

JFHOD



Journées Francophones d'Hépatogastroentérologie
& d'Oncologie Digestive

2019

obésité



PALAIS DES
CONGRÈS
DE PARIS

21/24 MARS

Avec le soutien institutionnel de :



www.jfhod.com

LIVRE DES RÉSUMÉS





Résumés du jeudi 21 mars

Communications orales (CO.01 à CO.28) _____	Page 3
Communications plénières (CO.29 à CO.33) _____	Page 22
Communications orales du GFHGNP (CO.34 à CO.40) _____	Page 26
Communications orales (CO.41 à CO.71) _____	Page 32
Posters (P.01 à P.157) _____	Page 51

Résumés du vendredi 22 mars

Communications orales (CO.72 à CO.92) _____	Page 146
Communications plénières (CO.93 à CO.96) _____	Page 160
Communications orales (CO.97 à CO.141) _____	Page 164
Communications orales du GFHGNP (CO.142 à CO.146) _____	Page 195
Vidéo-session (V.01 à V.07) _____	Page 198
Posters (P.150 à P.290) _____	Page 202
Posters du GFHGNP (P.291 à P.309) _____	Page 275

Résumés du samedi 23 mars

Communications plénières (CO.147 à CO.150) _____	Page 286
Posters (P.310 à P.451) _____	Page 288

Résumés du dimanche 24 mars

Communications plénières (CO.151 à CO.157) _____	Page 373
Posters (P.452 à P.599) _____	Page 378

INDEX DES AUTEURS

Page 467



Jeudi 21 mars

Une capsule colique complète négative est un résultat fiable pour éliminer une dysplasie colique avancée. ONECC : observatoire national de l'endoscopie par capsule colique. Résultats à 5 ans

N. Benech ⁽¹⁾, O. Vinet ⁽¹⁾, R. Benamouzig ⁽²⁾, X. Dray ⁽³⁾, T. Ponchon ⁽¹⁾, J.P. Galmiche ⁽⁴⁾, S. Sacher-Huvelin ⁽⁴⁾, E. Samaha ⁽³⁾, J.C. Saurin ⁽¹⁾

(1) Lyon ; (2) Bobigny ; (3) Paris ; (4) Nantes.

Introduction : L'endoscopie par capsule colique permet une évaluation non invasive de la muqueuse colique chez des patients avec une indication d'exploration digestive pour qui la coloscopie est difficile de réalisation (contre-indication, refus, échec). L'ONECC est le premier observatoire national de la capsule colique mis en place pour l'évaluation en pratique courante de cet examen. Nous présentons ici les résultats de l'analyse de la cohorte après plus de 5 ans de suivi.

Patients et Méthodes : L'ONECC est une cohorte observationnelle prospective ayant permis l'évaluation systématique des données démographiques et cliniques des patients ayant effectué une capsule colique auprès de 14 centres en France entre 2011 et mars 2017 (CHU, CH et cabinet de ville). Les comptes-rendus de capsule colique, de coloscopie et d'histologie ont été systématiquement repris. Les patients ont par la suite été contactés une fois par an par téléphone pour notification des événements médicaux majeurs.

Résultats : Six-cent quatre-vingts neuf capsules coliques ont été analysées. L'âge moyen des patients était de 69 ans (minimum 16 ans, maximum 96 ans) avec un sexe ratio H/F de 0,38. L'examen a été incomplet (absence de visualisation de l'ensemble du cadre colique) chez 236 patients (34,3%). La qualité de la préparation colique était estimée bonne ou excellente pour 69,2% des examens. La réalisation d'une capsule colique était justifiée par une contre-indication à la coloscopie (307, 44,6%), un refus de l'examen (144, 20,9%), une endoscopie incomplète (217, 31,5%) ou un motif non spécifié ou autre (21, 8,3%).

Cent quatre-vingts huit capsules (27,3%) ont permis l'identification de polypes significatifs ($\geq 5\text{mm}$ ou >3 polypes) et cent dix capsules (16%) présentaient un polype non significatif. Dans 53,7% des examens (370/689), au moins une autre lésion non néoplasique a été identifiée (angiodysplasie, ulcérations, diverticule ou autre). A la suite de l'examen, une coloscopie a été indiquée chez 278 patients (40,3%). Parmi ces indications, cent trente-sept patients avaient une lésion nécessitant un traitement (19,9% de l'ensemble des capsules, 72,9% des capsules significatives) et 75 présentaient une capsule incomplète (10,9%). Deux cent vingt-cinq coloscopies ont été finalement réalisées (80,9% des indications). Les 2 principales raisons de la non réalisation de la coloscopie pour les patients avec une capsule significative étaient la contre-indication anesthésique (14, 10,2%) et le refus du patient ou du médecin traitant (11, 8%). La capsule a permis l'identification d'une dysplasie confirmée après coloscopie dans 96 cas (13,9%) dont 16 cancers (2,7%), et 9 cas de dysplasies de haut grade (1,5%). Dans le cadre d'une recherche de la cause d'une hémorragie digestive active (104 capsules, 15,1%), une lésion était identifiée dans 72,1% des cas (polypes significatifs ou lésion susceptible d'occasionner un saignement).

La médiane de suivi était de 3 ans (minimum 0 an, maximum 7 ans). Au terme de ce suivi, un cancer a été diagnostiqué chez 9 patients avec une capsule colique non significative : 8 identifiés par une coloscopie post-capsule (1,2%, indication de la coloscopie : capsules incomplètes et/ou mauvaise préparation) et 1 adénocarcinome intra-muqueux a été diagnostiqué au cours du suivi ultérieur, 4 ans après la capsule (1/501, 0,1%). Au total, au terme du suivi, la valeur prédictive négative de la capsule colique pour la détection d'une néoplasie ou d'une dysplasie avancée (haut grade ou adénocarcinome) étaient respectivement de 92,2% et 98,2% (Tableau 1). En ne considérant que les capsules coliques complètes (453 examens, 65,7%), la sensibilité et la spécificité de la capsule colique pour la détection de dysplasie avancée étaient de 87,5% et 72,3% pour une valeur prédictive négative de 99,4%. A 5 ans, cent quinze patients inclus sont décédés (16,7%), aucun d'une néoplasie colique.

Conclusion : La capsule colique est un examen qui s'est bien diffusé en France avec un bon respect des indications recommandées. En pratique courante, malgré un fort taux d'examen incomplet, la valeur prédictive négative pour la détection de néoplasie (92%) et la détection d'une dysplasie de haut grade ou d'un cancer (98,4%) restaient importantes. Une lésion associée à une hémorragie digestive active était retrouvée dans près de trois-quarts des cas. Un seul patient (0,1%) avec une capsule colique négative de bonne qualité de réalisation a été diagnostiqué d'un cancer colorectal intra-muqueux 4 ans après la capsule (médiane de suivi de la cohorte: 3 ans). En ne considérant que les capsules complètes, la valeur prédictive négative pour la détection d'une dysplasie de haut grade ou d'un cancer était de 99,4%.

Remerciements : Références: 1. Enns, R. A. et al. Clinical Practice Guidelines for the Use of Video Capsule Endoscopy. Gastroenterology 152, 497–514 (2017).

Tableau 1 Tableau de contingence de la capsule colique au sein de la cohorte ONECC au terme de la période de suivi.

	Néoplasie + (n=112)	Néoplasie - (n=577)	Dysplasie Haut grade/Adénocarcinome + (n=32)	Dysplasie Haut grade/Adénocarcinome - (n=657)
Capsule significative (n=188)	96	92	25	163
Capsule non significative (n=501)	39	462	9	492

Pour consulter ce résumé en ligne : <https://www.snfge.org/resumes-2019/000126>

Etude prospective observationnelle multicentrique des hémorragies digestives hautes en centres hospitaliers généraux en 2017-2018, résultats à 6 mois

V. Quentin ⁽¹⁾, A.J. Rémy ⁽²⁾, G. Macaigne ⁽³⁾, R. Leblanc-Boubchir ⁽⁴⁾, C. Koudougou ⁽⁵⁾, M. Prieto ⁽⁶⁾, L. Tsakiris ⁽⁷⁾, D. Grasset ⁽⁸⁾, D. Cuen ⁽⁹⁾, K. Elriz ⁽¹⁰⁾, J. Verlynde ⁽¹¹⁾, M.P. Ripault ⁽¹²⁾, M. Baconnier ⁽¹³⁾, S. Herrmann ⁽¹⁴⁾, R.L. Vitzte ⁽¹⁵⁾, J.P. Arpurt ⁽¹⁶⁾, K. Bideau ⁽¹⁷⁾, F. Skinazzi ⁽¹⁸⁾, Y.H. Lam ⁽¹⁹⁾, L. Costes ⁽²⁰⁾, A. Pelaquier ⁽²¹⁾, P. Lahmek ⁽¹⁸⁾, S. Nahon ⁽²²⁾

(1) Saint-Brieuc ; (2) Perpignan ; (3) Jossigny ; (4) Valenciennes ; (5) La Roche-sur-Yon ; (6) Meaux ; (7) Melun ; (8) Vannes ; (9) Saint-Malo ; (10) Corbeil-Essonnes ; (11) Dunkerque ; (12) Béziers ; (13) Annecy ; (14) Orléans ; (15) Poissy ; (16) Avignon ; (17) Quimper ; (18) Paris ; (19) Cholet ; (20) Créteil ; (21) Montélimar ; (22) Montfermeil.

Introduction : Depuis l'étude française sur les hémorragies digestives hautes de 2005 (1) de nombreuses évolutions sont apparues avec l'arrivée des anticoagulants oraux directs, la plus large diffusion des techniques d'hémostase, la publication de nouvelles recommandations et la généralisation des astreintes d'endoscopie de territoire. Ce travail présente les résultats, après 6 mois d'inclusion, d'une nouvelle étude observationnelle qui a pour but d'en décrire l'épidémiologie, les facteurs de risque, la prise en charge et l'adhésion aux recommandations. Les résultats seront actualisés avec l'effectif complet au moment de la présentation.

Patients et Méthodes : Il s'agissait d'une étude prospective observationnelle multicentrique présentée en CPP et monitorée par une unité de recherche clinique. Du 01/11/2017 au 31/10/2018 tout patient présentant une hématomélie, un méléna ou une anémie aigue avec présence de sang dans l'estomac, survenant en dehors ou au cours d'une hospitalisation, était incluable. Les items étudiés étaient les données clinico-biologiques du patient, de l'endoscopie, le suivi évolutif immédiat et à 6 semaines. Le recueil était effectué dans chaque centre par chaque investigateur via un CRF électronique. L'analyse statistique a été réalisée sur le logiciel SPSS.

Résultats : 45 centres hospitaliers généraux ont participé à cette étude et inclus 1500 patients sur les 6 premiers mois, les 900 premiers dossiers complets ont été analysés. La répartition était de 607 hommes et 293 femmes (67,4%-32,6%), âgés en moyenne de 67,8 ans (21-98 ans). Une cirrhose était présente chez 21,7% des patients. Une prise d'aspirine était relevée chez 27,9% des patients, d'anti-agrégant chez 12,3%. Un traitement anticoagulant oral était suivi par 18,9% des patients (anti-vitamine K 55,9%, anticoagulants directs 41,7%).

Il s'agissait d'hémorragies non hospitalières dans 75,8% des cas, 9,7% des patients étaient en état de choc. L'endoscopie était réalisée chez 98,2% des patients, dans les 24 heures dans 85,9% des cas, majoritairement sans anesthésie générale (70,2%) et avec une aide endoscopiste (89,7%). Elle était décrite comme anormale dans 89,9% des cas, avec pour cause la plus probable de l'hémorragie une maladie ulcéreuse dans 45% des cas, une hypertension portale dans 20%, une oesophagite dans 11%, une néoplasie 5%, un syndrome de Mallory-Weiss 5% et une anomalie vasculaire 4% (autres causes 10%, données manquantes 66). Un saignement actif était présent dans 26,8 % des cas. Un geste d'hémostase était alors pratiqué dans 74,2% des procédures, permettant l'arrêt du saignement dans 67,7% des cas. Il s'agissait principalement dans ces cas d'injection de sérum adrénaliné (46,8%), de pose de clips (38,6%) et de ligatures (28,5%), traitement combiné dans 28% des procédures. Une récurrence survenait dans 10,2% des cas dans un délai moyen de 5,5 jours (0-40), plus fréquemment lors des hémorragies intra-hospitalières (17% vs 8,1%, $p<0,0001$, OR=2,3 [1,4-3,6]). La durée d'hospitalisation médiane post-endoscopie était de 7 jours (écart type 10,3). Un recours à la chirurgie avait lieu dans 3% des cas, à la radiologie interventionnelle dans 2%. Le taux de mortalité globale hospitalière était de 7,7%, celui des

patients avec une hémorragie communautaire de 5,3%, celui des patients présentant une hémorragie intra-hospitalière de 15,1% ($p<0,0001$, OR=3,19 [1,9-5,2]). A 6 semaines, ce taux était de 12,6% (9,3% pour les patients communautaires, 22,9% pour les patients avec hémorragie intra hospitalière ($p<0,0001$, OR=1,9-4,3)). Dans ces 2 populations (hémorragies communautaires vs hospitalières), le score de comorbidité de Charlson médian était respectivement de 2 (écart type 2,43) et 3 (écart type 2,57) ($p<0,0001$), les scores de Child Pugh et de Meld n'étaient pas différents. Le score de Blatchford médian était respectivement de 10 (écart type 4,5) et de 12 (écart type 4) ($p<0,0001$). Le score de Rockall était respectivement de 4,32 +/- 0,086 et de 5,13 +/- 0,132 ($p<0,02$).

Conclusion : Dans cette étude intermédiaire sur près de 1000 patients présentant une hémorragie digestive haute, un quart concernait des patients en cours d'hospitalisation pour un autre motif, la maladie ulcéreuse représentait la principale cause. Il existait des taux de récurrence, de mortalité initiale et à 6 semaines significativement plus élevés pour les hémorragies intra-hospitalières. Cela semblait en lien essentiellement avec des comorbidités plus importantes.

Remerciements : Financement par la bourse FARE/ SNFGE

Remerciements : Mme Marie-Cécile HERVE (Unité de recherche clinique)

Références Bibliographiques : 1.Nahon S et al. Epidemiological and prognostic factors involved in upper gastrointestinal bleeding: results of a French prospective multicenter study. Endoscopy 2012; 44: 998-1006

Pour consulter ce résumé en ligne : <https://www.snfge.org/resumes-2019/000065>

CO.04

Quelle classification prédit le mieux le risque de cancer sous-muqueux et intra-muqueux avec des endoscopes HD sans zoom ? Etude prospective sur 200 dissections colorectales

J. Jacques ⁽¹⁾, H. Lepetit ⁽¹⁾, M. Fabritius ⁽²⁾,
R. Legros ⁽¹⁾, M. Dahan ⁽¹⁾, J. Albouys ⁽¹⁾,
V. Valgueblasse ⁽¹⁾, D. Sautereau ⁽¹⁾, J. Rivory ⁽²⁾,
T. Ponchon ⁽²⁾, M. Pioche ⁽²⁾

(1) Limoges ; (2) Lyon.

Introduction : La caractérisation d'un polype représente une étape essentielle lors de sa découverte.

L'analyse précise du polype, selon son aspect morphologique, sa taille, l'étude de sa structure vasculaire et glandulaire de surface, avec des chromoendoscopies doit permettre de déterminer sa nature, d'estimer son degré de dégénérescence et surtout d'adapter le choix de la thérapeutique, résection endoscopique monobloc indispensable, résection endoscopique fragmentée possible, résection chirurgicale avec curage ganglionnaire.

De nombreuses classifications (Paris, SANO, KUDO, LST) ont été développées, cependant elles sont basées sur l'utilisation d'endoscopes avec Zoom, dont la disponibilité reste très limitée en France. La classification CONECCT simplifie ces différentes classifications avec des endoscopes sans Zoom pour aider à la décision thérapeutique devant la découverte d'une lésion colorectale superficielle. Notre étude analyse les résultats de CONECCT sur une cohorte prospective de lésions colorectales superficielles réséquées par ESD dans un centre tertiaire.

Patients et Méthodes : Entre 01/2016 et 09/2018, 220 ESD colorectales ont été réalisées dans notre centre chez 218 patients. Toutes les données sur la caractérisation ont été recueillies de façon prospective en utilisant des endoscopes HD avec chromoendoscopie virtuelle mais sans Zoom (Olympus série 190 avec NBI et Fujifilm série 700 avec BLI). 18 lésions ont été exclues pour manque d'au moins une donnée sur la caractérisation.

Résultats : Données descriptives : taille moyenne = 58mm. Polype= 29 (14,5%), LST Granulaire= 148 (74%), LST NG= 23 (16,5%). Macronodule > 1cm = 121 (60,5%), dépression (Paris O-IIc)= 27 (13,5%), SANO IIIA= 67 (33,5%), CONECCT IIc= 154 (77,5%) ; CONECCT IIA= 44 (22%) et CONECCT III= 2 (0,5%). Anatomopathologie : DBG=78 (39%); DHG= 46 (23%) ; Cancer Intra-muqueux= 52 (26%) ; cancer avec atteinte sous-muqueuse superficielle = 13 (6,5%) ; cancer avec atteinte sous-muqueuse profonde= 8 (4%) ; T2= 3 (1,5%)

Analyse multivariée :

- prédiction d'un cancer au moins intra-muqueux : CONECCT IIc (OR=8,8 ; p<0,0001), Taille (OR 1,02 ; p=0,0007)
- prédiction d'un cancer au moins sous-muqueux : présence d'un macronodule (OR 3,93 ; p=0,035), présence d'une dépression (OR 4,6 ; p=0,01) et la présence d'une zone SANO IIIA (OR 4,3 ; p=0,005)

Sensibilité et spécificité :

- LST G avec macronodule :
- cancer au moins sous muqueux (SMIC)= 17,7%, Se= 100%, Spe=40%
- cancer au moins intra-muqueux (MIC)= 48,8%, Se=94,4%, Spe=33,6%
- SANO III :
- SMIC=22%, Se= 68%, Spe=69%.
- MIC= 56%, Se=51,4%, Spe=60,3%
- Dépression (Paris O-IIc)
- SMIC= 26%, Se= 32%, Spe=88,7%.
- MIC= 48,8%, Se=16,5%, Spe=88,5%
- LST-NG :
- SMIC= 17,4% et 50% si LST NG pseudodéprimé.
- CONECCT IIc :
- SMIC= 13,2%, Se= 100%, Spe de 25,1%.
- MIC=45,6%, Se=94,4%, Spe 33,6%

Conclusion : La classification CONECCT permet de prédire avec une Sensibilité de 100% les lésions à risque d'envahissement sous-muqueux nécessitant une résection endoscopique monobloc indispensable. Elle permet

également de prédire avec une sensibilité de 94% les lésions à risque de cancer au moins intra-muqueux. Elle permet donc de sélectionner les lésions pour lequel une résection endoscopique fragmentée est possible. Cependant la faible spécificité de CONECCT et de l'ensemble des classifications disponibles avec des endoscopes sans zoom rend difficile l'application d'une stratégie sélective selon la caractérisation des lésions colorectales superficielles entre une ESD ou une EMR fragmentée puisque dans 75% des cas au moins un critère morphologique de risque d'invasion sous-muqueuse est présent et justifie théoriquement une résection endoscopique monobloc par dissection sous-muqueuse.

Remerciements : Bahin, F. F., Heitman, S. J., Rasouli, K. N., Mahajan, H., McLeod, D., Lee, E. Y. T., et al. (2017). Wide-field endoscopic mucosal resection versus endoscopic submucosal dissection for laterally spreading colorectal lesions: a cost-effectiveness analysis. Gut.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000323>

Prise en charge des perforations digestives endoscopiques avant et après les recommandations européennes ESGE (2015) : élaboration d'une charte radio-médicochirurgicale basée sur l'évidence locale

G. Bertrand ⁽¹⁾, J. Rivory ⁽¹⁾, J.C. Saurin ⁽¹⁾, M. Robert ⁽¹⁾, E. Pelascini ⁽¹⁾, O. Monneuse ⁽¹⁾, L. Gruner ⁽¹⁾, G.C. Poncet ⁽¹⁾, P.J. Valette ⁽¹⁾, H. Gimonet ⁽¹⁾, F. Rostain ⁽¹⁾, C. Ber ⁽¹⁾, Y. Bouffard ⁽¹⁾, J. Jacques ⁽²⁾, T. Ponchon ⁽¹⁾, M. Pioche ⁽¹⁾
(1) Lyon ; (2) Limoges.

Introduction : Les perforations sont un effet indésirable connu des procédures endoscopiques. Une proposition de prise en charge adaptée devrait être disponible dans chaque centre et partagée avec les radiologues et les chirurgiens comme le recommande l'ESGE. **L'objectif de notre étude** était d'analyser rétrospectivement les résultats des prises en charge des perforations dans notre centre avant et après 2016, afin de créer un algorithme de gestion basé sur des preuves locales.

Patients et Méthodes : Les patients étaient inclus s'ils avaient eu une perforation partielle ou complète (lésion de la musculuse), lors d'un acte d'endoscopie diagnostique ou thérapeutique. Nous avons comparé la prise en charge et ses résultats (morbidité, mortalité, durée d'hospitalisation) lors de deux périodes différentes, avant (2008-2015) et après la création d'une base de données locale exhaustive (2016-2018). Avec ces résultats, plusieurs questions ont été posées à un panel de médecins de notre hôpital afin de proposer un algorithme de prise en charge.

Résultats : 105 patients avec perforation digestive ont été inclus, dont 51 entre 2008 et 2015 et 54 après 2016. Les perforations se sont produites principalement pendant des procédures thérapeutiques (86.7%), avec une nette augmentation des perforations thérapeutiques depuis 2016 (96.3 versus 76.5%) ($p=0.002$). 78 perforations ont été diagnostiquées immédiatement au cours de la procédure. La fermeture endoscopique a été plus efficace lors des actes thérapeutiques (90.9%) que diagnostiques (75.0%, $p=0.06$), et a été cliniquement efficace sans nécessité de chirurgie dans 69 cas (88.5%) sans différence entre les deux périodes ($p=0.76$). Pour les perforations < 0.5 cm, quelle que soit la localisation, la fermeture endoscopique était suffisante dans 97.4%, contre 76.5% au-delà de 0.5 cm ($p<0.05$). Pour ces perforations < 0.5 cm, la réalisation systématique d'un scanner, la prescription d'antibiotiques ou l'avis chirurgical systématique n'amélioraient pas les résultats de prise en charge. Une chirurgie consécutive après échec de la fermeture endoscopique s'est produite dans 8.6% (9/105), sans changement significatif entre les deux périodes ($p=0.39$). Au total, 4 décès sont survenus dans les suites de la perforation dont seulement deux imputables à la perforation (une hémorragie à J10 post résection et une hémorragie cérébrale à J3 post chirurgie réparatrice). Les deux autres décès n'étaient pas reliés (accusation d'un hématome cérébral à J30 et phase terminale de cancer à J23 avec cachexie).

Conclusion : La détection des perforations et leur traitement en cours de geste améliore très nettement le pronostic des patients avec beaucoup moins de recours à la chirurgie réparatrice. La détection des perforations pourrait devenir un critère de qualité de l'endoscopie. Pour les perforations incomplètes (signe de la cible) et complètes < 0.5 cm, la fermeture endoscopique est presque toujours efficace et de ce fait, l'avis chirurgical, l'antibiothérapie et le scanner ne devraient plus être prescrit systématiquement mais seulement en cas de symptômes faisant craindre un lâchage de la fermeture endoscopique.

Pour consulter ce résumé en ligne :
<https://www.snfge.org/resumes-2019/000050>

Impact de l'antibioprofylaxie et des modalités de conditionnement lors de la réalisation d'une myotomie per-orale endoscopique pour troubles moteurs oesophagiens

A. Hastier ⁽¹⁾, R. Olivier ⁽²⁾, I. Bentellis ⁽¹⁾, M. Pioche ⁽³⁾, T. Piche ⁽¹⁾, T. Ponchon ⁽³⁾, E. Coron ⁽⁴⁾, M. Barthet ⁽⁵⁾, G. Vanbiervliet ⁽¹⁾
(1) Nice ; (2) Poitiers ; (3) Lyon ; (4) Nantes ; (5) Marseille.

Introduction : Aucune recommandation concernant l'antibioprofylaxie, les modalités de préparation et le conditionnement sont disponibles chez les patients porteurs de troubles moteurs oesophagiens bénéficiant de myotomie orale per endoscopique (POEM). Le but principal de notre étude était d'évaluer l'impact de l'antibioprofylaxie sur la survenue de complications lors de la réalisation d'un POEM. Les objectifs secondaires étaient : i) d'établir une corrélation entre l'utilisation de l'antibioprofylaxie et l'efficacité du geste ; ii) d'établir une corrélation entre le conditionnement pré procédure et la survenue de complications ; iii) de rechercher des facteurs prédictifs cliniques et biologiques de complications.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une analyse rétrospective comparative et multicentrique d'une base de données colligée prospectivement. Les données ont été recueillies de décembre 2013 à juin 2018 au sein des centres hospitaliers universitaires de Nice, Nantes, des hospices civils de Lyon, et de l'assistance publique des hôpitaux de Marseille. Les patients inclus étaient tous majeurs, atteints d'un trouble moteur oesophagien confirmé par une manométrie oesophagienne préalable et ont bénéficié d'un POEM. Deux groupes de patients ont été constitués et analysés en fonction ou non de l'administration d'une antibioprofylaxie. Le critère de jugement principal était la survenue de complications postopératoires, selon la classification de Cotton, en fonction de l'administration ou non d'une antibioprofylaxie. Les valeurs des leucocytes et de la CRP étaient relevées le lendemain du geste. Les critères de jugement secondaires étaient basés sur l'évaluation du score Eckardt à J30 en fonction de l'antibioprofylaxie, la survenue de complications per et postopératoires, selon la classification de Cotton, en fonction des mesures de conditionnement. Chaque malade avait déclaré sa non opposition à l'utilisation de ses données.

Résultats : Un total de 226 patients (âge médian 52,7 ± 19,57 ans [18-105], 116 femmes [51,3%]) a été inclus. L'indication du POEM était une achalasie de type 2 dans la plupart des cas ($n=135$, 60.3%) et les patients étaient le plus souvent naïfs de tout traitement ($n=136$, 60.2%). Le score moyen d'Eckardt pré-POEM était de $6,94 \pm 2,26$ [2-12]. La durée moyenne d'hospitalisation était de $3,46 \pm 2,68$ jours [1-25]. Les 2 groupes de patients étaient comparables en termes d'âge, de sexe, d'IMC, d'administration d'antibiothérapie dans le mois précédant le POEM, de traitement préalable, de sévérité de la maladie (score Eckardt pré-POEM), de durée de procédure, de longueur de myotomie et de nombre de clips posés. Une antibioprofylaxie peropératoire fut administrée à 170 patients (75.2%), pendant une durée moyenne de $3,93 \pm 3,46$ jours [1-21]. Le taux global de complications était de 18.1% (14 complications légères, 7 modérées et 5 sévères selon la classification de Cotton). Aucun décès ne fut observé. L'utilisation de l'antibioprofylaxie n'avait pas d'impact sur la sévérité et la gravité des complications ($p=0,113$), ni sur leur survenue per ou post-opératoire ($p=0,809$). La survenue ou non de complications n'influait pas l'efficacité du geste ($p=0,519$). La prise d'IPP pré-thérapeutique n'avait pas d'impact sur la survenue de complications en analyse uni et multivariée ($p=0,513$). La réalisation d'un régime liquide dans les 48h précédant le geste était significativement associée à une diminution du risque de complication ($p<0,001$). Une élévation supérieure ou égale à 80 mg/l de la CRP à J1 était prédictive de la survenue de complication avec une spécificité de 95%, une sensibilité de 39%, une valeur prédictive négative de 88% et une valeur prédictive positive de 64% (AUC : 0,32).

Conclusion : L'administration d'une antibioprofylaxie intraveineuse de manière systématique lors de la réalisation d'un POEM n'a pas d'impact sur la survenue de complications, sur leur sévérité ou sur l'efficacité du geste. Une valeur de CRP au seuil de 80 mg/L le lendemain de la procédure pourrait être un facteur prédictif de la survenue de complications postopératoires.

Pour consulter ce résumé en ligne :
<https://www.snfge.org/resumes-2019/000846>

CO.07

La myotomie per-orale endoscopique pour achalasie : faut-il choisir la voie antérieure ou postérieure ? Etude randomisée prospective multicentrique internationale

M. Pioche ⁽¹⁾, J. Rivory ⁽¹⁾, S. Roman ⁽¹⁾, F. Mion ⁽¹⁾, T. Ponchon ⁽¹⁾
(1) Lyon.

Introduction : La myotomie endoscopique perorale (POEM) est une procédure qui a révolutionné le traitement de l'achalasie depuis sa création en 2008. Les POEMs peuvent être effectuées par voie antérieure ou postérieure. L'objectif principal de cette étude était de comparer l'efficacité et la morbidité des approches antérieure et postérieure à 12 mois après la myotomie.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'un essai clinique international en simple aveugle, randomisé et sans infériorité. Les participants éligibles étaient des patients adultes présentant un diagnostic confirmé d'achalasie par manométrie œsophagienne haute résolution. Les patients ont été répartis avec un ratio de 1: 1 pour recevoir la POEM avec une approche antérieure ou postérieure. Le résultat principal était de comparer le taux de réussite clinique (score Eckardt <3) des approches antérieure et postérieure à 1 an ainsi que les morbidités respectives de ces deux approches.

Résultats : Au total, 150 patients ont été randomisés pour recevoir soit un POEM antérieur (n = 73), soit postérieur (n = 77). Un total de 148 patients ont reçu le traitement POEM et un total de 138 patients ont terminé le suivi d'un an et ont été inclus dans l'analyse d'efficacité primaire. Le succès technique a été obtenu chez 71 (97,3%) patients du groupe antérieur versus 77 (100%) patients du groupe postérieur (p = 0,23). La durée médiane du séjour à l'hôpital après l'intervention était de deux jours pour les deux groupes. Des événements indésirables sont survenus chez 15 patients (10%) au total (8 patients (11%) dans le groupe antérieur et 7 patients (9%) dans le groupe postérieur; p = 0,703). Le succès clinique a été atteint chez 90% des patients du groupe antérieur et 89% des patients du groupe postérieur. Une exposition anormale à l'acide œsophagien a été détectée chez respectivement 49% et 42% des patients des groupes antérieur et postérieur (p = 0,67). Les scores GERDQ n'étaient pas significativement différents entre les groupes d'étude. Dans les deux groupes, la qualité de vie s'est améliorée après le POEM pour toutes les mesures du SF-36.

Conclusion : Les approches antérieures et postérieures du POEM sont tout aussi efficaces et sûres pour le traitement de l'achalasie. (NCT03228758)

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.sfnge.org/resumes-2019/000046>

CO.08

Place de l'éducation thérapeutique dans l'accompagnement des patients atteints de MICI en rémission sous infliximab princeps au cours du switch vers un biosimilaire

A. Hastier ⁽¹⁾, V. Cluzeau ⁽¹⁾, J. Condat ⁽¹⁾, N. Arab ⁽¹⁾, X. Hébuterne ⁽¹⁾, J. Filippi ⁽¹⁾
(1) Nice.

Introduction : Les anti-TNF alpha occupent une place majeure dans la prise en charge des maladies inflammatoires chroniques intestinales (MICI) mais leur coût demeure important. Le CT-P13, premier biosimilaire de l'infliximab (IFX), a un profil d'efficacité et de tolérance comparable à l'IFX princeps, pour un coût moindre. Les médecins sont ainsi fortement incités à proposer un biosimilaire. Toutefois, pour les patients, le switch de l'IFX princeps au biosimilaire n'est pas toujours accepté. **Le but de notre travail** était d'évaluer l'intérêt de l'éducation thérapeutique (ETP) dans l'acceptation d'un switch de la molécule princeps au biosimilaire, chez des patients atteints de MICI en rémission clinique depuis au moins 6 mois, et en traitement de maintenance par IFX princeps.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude prospective monocentrique, ouverte et comparative. Tous les patients âgés de plus de 18 ans, suivis pour rectocolite hémorragique (RCH) ou maladie de Crohn (MC), traités par IFX princeps entre juin 2017 et juin 2018 et en rémission clinique durable depuis au moins 6 mois se voyaient proposer un questionnaire réalisé spécifiquement pour cette étude, afin d'évaluer leurs connaissances sur les biosimilaires et l'acceptation du traitement. Les patients avaient le choix d'accepter ou non le switch, avec ou sans entretien d'ETP. Les patients étaient réévalués aux semaines 8 et 16. Le critère de jugement principal de notre étude était le pourcentage de patients ayant accepté le switch après avoir bénéficié d'une séance d'ETP. Les critères de jugements secondaires étaient l'évaluation de la connaissance et du ressenti des patients par rapport à un traitement par biosimilaire ; la rémission clinique, basée sur le score de Harvey-Bradshaw < 4 pour la MC et sur le score de Mayo < 2 pour la RCH ; la rémission biologique, basée sur le dosage de la CRP (<5 mg/L) et de la calprotectine fécale (N<150 µg/g de selle) ainsi que l'immunogénicité après le switch, avec le dosage du taux résiduel d'IFX (TRI) et la recherche d'anticorps anti-IFX (ATI).

Résultats : 86 patients (âge médian 44 ans [19-79], 51 hommes et 35 femmes) ont été inclus (36% de RCH et 64% de MC). Le switch a été initialement accepté par 53% des patients et refusé par 47%. Parmi les 47% de refus, 78% ont accepté de participer à un entretien éducatif avec l'infirmière d'ETP ; 68% d'entre eux ont finalement accepté le switch. A la semaine 16, la persistance de traitement par biosimilaire était de 91%, soit 63 patients sur 69 switchés initialement. Aux semaines 0, 8 et 16, respectivement, le score de Mayo était de 0,68 ± 0,69, 0,81 ± 0,95 et 0,57 ± 0,76 (p=0,733) et le score de Harvey-Bradshaw était de 0,88 ± 1,70, 1,95 ± 2,27 et de 2,14 ± 2,36 (p=0,134) ; la CRP était de 2,92 ± 4,52, 3,48 ± 5,99 et 4,33 ± 10,82 (p=0,724) ; la calprotectine fécale était de 291 ± 402, 418 ± 596 et 427 ± 459 (p=0,745) ; le TRI était de 5,00 ± 3,98, 4,81 ± 3,97 et de 4,44 ± 3,34 (p=0,642) ; aucun patient n'a présenté d'immunisation après switch ; l'IIBDQ à S16 était à 175 ± 34 pour un score à J0 de 182,61 ± 28 (p=0,494). A l'inclusion, l'évaluation sur les connaissances des biosimilaires montrait que 77% des patients n'en avaient jamais entendu parler, 85% étaient favorables au switch et 61% émettaient avoir des craintes quant à leur utilisation. A la semaine 16, cette même évaluation montrait que 84% des patients disaient connaître les biosimilaires, 93% étaient favorables au switch et 39% avaient toujours des craintes quant à leur utilisation. Il n'y avait pas de différence significative sur l'acceptabilité du traitement par biosimilaire en comparant les patients ayant bénéficié ou non d'ETP (p=0,948).

Conclusion : Le CT-P13 a été le premier biosimilaire de l'IFX disponible pour traiter les patients atteints de MICI. L'interchangeabilité entre l'IFX princeps et le biosimilaire est possible mais pas toujours acceptée par les patients. Notre travail démontre pour la première fois que l'ETP joue un rôle primordial dans l'acceptation du switch par biosimilaire.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.sfnge.org/resumes-2019/000059>

Le vedolizumab est efficace dans la rectocolite hémorragique et la maladie de Crohn réfractaires : résultats après 3 ans de suivi d'une étude prospective multicentrique de cohorte, nichée dans la procédure d'autorisation temporaire d'utilisation

A. Amiot⁽¹⁾, M. Serrero⁽²⁾, L. Peyrin-Biroulet⁽³⁾, J. Filippi⁽⁴⁾, B. Pariente⁽⁵⁾, X. Roblin⁽⁶⁾, A. Buisson⁽⁷⁾, C. Stefanescu⁽⁸⁾, C. Trang Poisson⁽⁹⁾, R. Altwegg⁽¹⁰⁾, P. Marteau⁽⁸⁾, T. Vaysse⁽¹¹⁾, A. Bourrier⁽⁸⁾, S. Nancey⁽¹²⁾, D. Laharie⁽¹³⁾, M. Allez⁽⁸⁾, G. Savoye⁽¹⁴⁾, L. Vuitton⁽¹⁵⁾, J. Moreau⁽¹⁶⁾, S. Viennot⁽¹⁷⁾, A. Aubourg⁽¹⁸⁾, G. Bouguen⁽¹⁹⁾, V. Abitbol⁽⁸⁾, M. Fumery⁽²⁰⁾, Y. Bouhnik⁽²¹⁾

(1) Créteil ; (2) Marseille ; (3) Vandœuvre-lès-Nancy ; (4) Nice ; (5) Lille ; (6) Saint-Etienne ; (7) Clermont-Ferrand ; (8) Paris ; (9) Nantes ; (10) Montpellier ; (11) Le Kremlin-Bicêtre ; (12) Lyon ; (13) Bordeaux ; (14) Rouen ; (15) Besançon ; (16) Toulouse ; (17) Caen ; (18) Tours ; (19) Rennes ; (20) Amiens ; (21) Clichy-la-Garenne.

Introduction : Le vedolizumab est indiqué au cours de la rectocolite hémorragique (RCH) et de la maladie de Crohn (MC) modérée à sévère, en cas d'échec et/ou d'intolérance aux traitements conventionnels et aux anti-TNF. La cohorte OBSERV-MICI a confirmé l'efficacité et la tolérance à 54 semaines du vedolizumab dans la vraie vie au cours de ces affections. **Le but de notre travail** a été d'étudier l'efficacité du vedolizumab dans la cohorte prospective multicentrique OBSERV-MICI avec un suivi de 3 ans.

Patients et Méthodes : De Juin à Décembre 2014, 173 patients (64 hommes ; âge médian : 34,7 [IQR: 27,9-45,4] ans) atteints de MC et 121 patients (67 hommes ; âge médian: 40,1 [29,8-54,4] ans) de RCH, traités par vedolizumab dans 34 centres, ont été inclus de façon prospective dans le cadre d'une procédure d'autorisation temporaire d'utilisation. Tous les patients ont été traités par 3 perfusions de vedolizumab 300 mg aux semaines 0, 2 et 6 puis toutes les 4 à 8 semaines. Après la première année de traitement, les patients ont été évalués de façon semestrielle jusqu'à 3 ans de suivi. Nous rapportons ici les données après 30 mois de suivi (celles à 36 mois seront disponibles lors des JFHOD). La rémission a été définie par un score de Harvey-Bradshaw ≤ 4 pour la MC et par un score partiel de la Mayo Clinic < 3 . La probabilité de survie sous vedolizumab a été étudiée selon la méthode de Kaplan-Meier, le test du log-rank et le modèle de Cox.

Résultats : Le suivi médian était de 11,0 [4,7-27,5] mois pour les patients atteints de MC et de 18,0 [6,2-36,2] mois pour les patients atteints de RCH. Chez les patients atteints de MC, le traitement par vedolizumab était poursuivi chez 78, 70, 55, 47 et 36 patients à 12, 18, 24, 30 et 36 mois, respectivement. La probabilité de survie sans interruption du vedolizumab était de 49%, 31% et 26% à 12, 24 et 36 mois. En analyse multivariée, l'interruption du vedolizumab était augmentée en cas d'antécédent de lésion anopérinéale (OR = 0,62 [0,43-0,90], $p = 0,01$) et diminuée en cas d'âge d'induction > 35 ans (OR = 1,47 [1,01-2,13], $p = 0,005$). Chez les patients atteints de RCH, le traitement par vedolizumab était poursuivi chez 71, 63, 55, 51 et 48 patients à 12, 18, 24, 30 et 36 mois. La probabilité de survie sans interruption du vedolizumab était de 61%, 50% et 43% à 12, 24 et 36 mois. En analyse multivariée, l'interruption du vedolizumab était augmentée en cas de score partiel de la Mayo Clinic > 6 à l'inclusion (OR = 0,43 [0,25-0,74], $p = 0,003$) et de score endoscopique UCEIS à l'inclusion > 5 (OR = 0,55 [0,32-0,94], $p = 0,03$). Au cours du suivi, une rémission clinique sans corticoïdes était observée au cours de la MC chez 27%, 30%, 24%, 24% et 20% des patients à 12, 18, 24, 30 et 36 mois, respectivement. Parmi les 78 patients toujours traités par vedolizumab après 12 mois de suivi, une rémission clinique sans corticoïdes était observée chez 60%, 67%, 54%, 53% et 45% des patients à 12, 18, 24, 30 et 36 mois. Une rémission sans corticoïdes était observée au cours de la RCH chez 41%, 40%, 33%, 34% et 36% des patients à 12, 18, 24, 30 et 36 mois, respectivement. Parmi les 71 patients toujours traités par vedolizumab après 12 mois de suivi, une rémission clinique sans corticoïdes était observée chez 69%, 68%, 57%, 59% et 62% des patients à 12, 18, 24, 30 et 36 mois, respectivement.

Conclusion : Après 3 années de suivi, l'efficacité du vedolizumab se maintient chez les patients atteints de MC et de RCH. La présence de lésion anopérinéale et un âge jeune pour la MC et des scores d'activité clinique et endoscopique élevés pour la RCH sont associés à une interruption plus précoce du vedolizumab. Une proportion significative de patients interrompt le vedolizumab au-delà de la première année de traitement par perte de réponse à raison d'environ 10% par an.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000765>

CO.10

Efficacité du vedolizumab sur les lésions ano-périnéales de Crohn : résultats d'une étude observationnelle française multicentrique

C. Biron ⁽¹⁾, P. Seksik ⁽²⁾, M. Nachury ⁽³⁾, S. Nancey ⁽⁴⁾, C. Stefanescu ⁽²⁾, M. Serrero ⁽⁵⁾, L. Armengol-Debeir ⁽⁶⁾, C. Allimant ⁽⁷⁾, M.L. Tran-Minh ⁽²⁾, C. Zallot ⁽⁸⁾, M. Fumery ⁽⁹⁾, G. Bouguen ⁽¹⁰⁾, V. Abitbol ⁽²⁾, S. Vienne ⁽¹¹⁾, E. Chanteloup ⁽²⁾, S. Rajca ⁽¹²⁾, N. Dib ⁽¹³⁾, L. Peyrin-Biroulet ⁽¹⁴⁾, L. Vuitton ⁽¹⁾

(1) Besançon ; (2) Paris ; (3) Lille ; (4) Lyon ; (5) Marseille ; (6) Abbeville ; (7) Clermont-Ferrand ; (8) Nancy ; (9) Amiens ; (10) Rennes ; (11) Caen ; (12) Colombes ; (13) Angers ; (14) Vandœuvre-lès-Nancy.

Introduction : De nouvelles options thérapeutiques sont nécessaires chez les patients atteints de maladie de Crohn avec lésions ano-périnéales (LAP) réfractaires aux anti-TNF. Jusqu'ici, aucune étude dédiée n'a évalué l'efficacité du vedolizumab dans cette indication. Les objectifs de notre étude étaient d'évaluer l'efficacité du vedolizumab sur les LAP dans une cohorte française multicentrique et de déterminer les facteurs associés au succès de la biothérapie.

Matériels et méthodes : Nous avons mené une étude française multicentrique observationnelle (Bio-LAP) dans les centres du groupe d'étude thérapeutique des affections inflammatoires du tube digestif (GETAID). Les critères d'inclusion des patients étaient une maladie de Crohn sous vedolizumab avec, à l'initiation, une LAP active ou inactive (mais avec antécédent de drainage de suppuration datant de moins de 10 ans par rapport à l'initiation de la biothérapie). Chez les patients avec une LAP active à l'initiation, le succès de la biothérapie était défini par l'efficacité clinique à 6 mois de traitement sans recours à un traitement médical (antibiotiques ou topiques locaux) ou chirurgical (drainage de suppuration, dilatation de sténose, stomie de décharge ou amputation abdomino-périnéale) de LAP. Chez les patients qui avaient une LAP inactive à l'initiation, la récurrence de la maladie périnéale était définie par une poussée ano-périnéale et/ou par le recours à un traitement médical ou chirurgical de LAP.

Résultats : 17 centres français ont participé permettant d'inclure 151 patients dont 67,5% de femmes et 27% de fumeurs actifs. L'âge moyen était de 39,5 ans et l'IMC moyen de 22,4. À l'initiation de la biothérapie, l'ancienneté de la maladie de Crohn était de 15 ans en moyenne, 94,7% des patients avaient reçu des immunosuppresseurs, 98,7% avaient reçu au moins 1 anti-TNF et 6,6% avaient été traités par ustekinumab. Les patients avaient eu en moyenne 2,4 chirurgies antérieures de LAP. La durée de suivi moyenne était de 86 semaines et 98/151 (65%) patients ont interrompu le traitement après un délai moyen de 284 jours. Chez les 102 patients avec une LAP active à l'initiation dont 59,8% avec sténose à l'initiation, le succès était atteint chez 23/102 (22,5%) patients. Les sténoses étaient retirées avec succès chez 9/61 (15%) des patients. En analyse multivariée, le facteur favorable au succès du vedolizumab était l'absence d'antibiotique à l'initiation de la biothérapie (OR: 4.12; IC 95%: 1.06-15.98; p 0.02) et le nombre ≥ 3 d'anti-TNF antérieurs ou d'autres biothérapies antérieures était un facteur défavorable au succès du vedolizumab (OR: 0.13; IC 95%: 0.02-1.09; p 0.01). L'association à un immunosuppresseur concomitant à l'initiation et l'optimisation de la biothérapie n'étaient pas des facteurs associés au succès de la biothérapie.

Parmi les 49 patients avec une LAP inactive à l'initiation suivis 131 semaines en moyenne, 15/49 (30,6%) patients ont présenté une récurrence de la maladie périnéale sous 26 semaines en moyenne et 11/49 (22,4%) patients ont reçu un traitement médical et/ou chirurgical à visée ano-périnéale.

Conclusion : Le succès modéré et les récurrences de la maladie périnéale sous vedolizumab dans la maladie de Crohn soulèvent la question de l'efficacité des anti-intégrines sur le canal anal. Ces résultats doivent être confirmés par des analyses prospectives ultérieures.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000644>

CO.11

Transplantation de microbiote fécal dans la maladie de Crohn : une étude pilote randomisée, simple aveugle, contre placebo

H. Sokol ⁽¹⁾, C. Landman ⁽¹⁾, P. Seksik ⁽¹⁾, L. Berard ⁽¹⁾, M. Montil ⁽¹⁾, I. Nion-Lamurier ⁽¹⁾, A. Bourrier ⁽¹⁾, G. Le Gall ⁽¹⁾, V. Lalonde ⁽¹⁾, J. Kirchesner ⁽¹⁾, A. Daguene ⁽¹⁾, M. Cacanado ⁽¹⁾, A. Rousseau ⁽¹⁾, E. Drouet ⁽¹⁾, X. Dray ⁽¹⁾, P. Marteau ⁽¹⁾, L. Beaugerie ⁽¹⁾, T. Simon ⁽¹⁾

(1) Paris.

Introduction : Le rôle du microbiote intestinal dans la pathogenèse des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI) est établi et la transplantation de microbiote fécal (TMF) a montré une certaine efficacité dans l'induction de la rémission au cours de la rectocolite hémorragique dans trois essais cliniques contrôlés randomisés à ce jour. Cependant, il n'existe aucun résultat dans la maladie de Crohn (MC). De plus, on ne sait pas si le meilleur moment pour effectuer la TMF est pendant une poussée ou après avoir obtenu une rémission.

Patients et Méthodes : Un essai pilote randomisé, en simple aveugle, contre placebo évaluant la TMF chez des adultes ayant une MC colique ou iléo-colique a été réalisé. Les patients ont été inclus au cours d'une poussée (indice de Harvey Bradshaw [HBI] > 4) et traités par une corticothérapie orale. Après rémission clinique (HBI < 5), les patients ont été randomisés pour recevoir soit TMF (50-100g de selles d'un seul donneur resuspendu dans 250-350ml de sérum physiologique et administré frais) soit une transplantation simulée (sham transplantation, constitué de sérum physiologique) lors d'une coloscopie. Les corticostéroïdes ont été diminués progressivement et une deuxième coloscopie a été effectuée à la semaine 6. Le Crohn's Disease Endoscopic Index of Severity (CDEIS) a été évalué à chaque coloscopie. Le critère d'évaluation principal était l'implantation du microbiote du donneur chez le receveur à la semaine 6, défini par le microbiote fécal du receveur à la semaine 6 plus proche du donneur (indice Sorensen $\geq 0,6$) que du patient avant FMT. Les critères d'efficacité clinique, biologique et endoscopique ont également été évalués (NCT02097797).

Résultats : Au total, 21 patients ont été randomisés, 8 ont reçu une TMF, 9 ont reçu une sham transplantation et 4 n'étaient pas éligible pour la transplantation (3 en raison de l'identification d'un agent pathogène et 1 en l'absence de donneur). Aucun des patients n'a atteint le critère principal. Le taux de rémission clinique sans corticoïde à 10 et 24 semaines était de 44,4% et 33,3% dans le groupe Sham-transplantation et de 87,5% et 57,1% dans le groupe TMF (p = 0,13 et p = 0,6 respectivement à la semaine 10 et 24). Le CDEIS diminuait 6 semaines après la TMF (8,5 [4,6; 13,0] vs 3,5 [1,0; 8,9]; p = 0,03) mais pas après sham transplantation (2,4 [0,0; 8,3] vs 2,7 [0,7; 10,0]; p = 0,8). À l'inverse, le taux de CRP augmentait 6 semaines après la sham transplantation (3,0 [3,0; 4,2] vs 6,9 [4,0; 8,7] mg / l; p = 0,008) mais pas après la TMF (3,0 [3,0; 3,0] vs 3,0 [3,0; 14,2] mg / l; p = 0,5). L'analyse du microbiote intestinal permettait de mettre en évidence que les 2 patients du groupe TMF non colonisés par le microbiote du donneur étaient ceux qui rechutaient le plus vite. Inversement, la colonisation par le microbiote du donneur à la semaine 6 était associée avec le maintien en rémission. La composition du microbiote à la semaine 6 était prédictive d'une rémission clinique sans stéroïde à la semaine 24. Aucun signal de mauvaise tolérance n'a été identifié.

Conclusion : Aucun des sujets inclus dans l'étude n'a atteint le critère d'évaluation principal concernant la colonisation du microbiote du donneur à 6 semaines, tel que défini dans le protocole. Cependant, le critère de jugement a été défini en 2012, dans une période où aucune référence n'était disponible sur le sujet et était donc arbitraire. Cette étude pilote dans la MC suggère que la TMF réalisée après induction de la rémission clinique par des corticoïdes pourrait être efficace en tant que traitement d'entretien. Un essai comparatif randomisé de plus grande envergure est désormais nécessaire pour confirmer l'efficacité de cette stratégie.

Remerciements : Cette étude a été financée par des subventions du Programme Hospitalier de Recherche Clinique (PHRCR-13-029), de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris (CRC16), de la Fondation de France (Fond Ingermann) et de la Fondation Francois Aupetit.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000091>

Temps écoulé jusqu'à la perte d'efficacité après l'arrêt du tofacitinib chez des patients atteints de rectocolite hémorragique : résultats de l'essai OCTAVE Sustain

Y. Bouhnik ⁽¹⁾, M. Dubinsky ⁽²⁾, K. Clarke ⁽³⁾, J. Klaus ⁽⁴⁾, A. Soonasra ⁽⁵⁾, A. Thorpe ⁽⁵⁾, H. Zhang ⁽⁵⁾, G. Friedman ⁽⁵⁾, D. Woodworth ⁽⁵⁾, N. Lawendy ⁽⁵⁾, C. Su ⁽⁵⁾

(1) Clichy-la-Garenne ; (2) New York, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (3) Hershey, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (4) Ulm, ALLEMAGNE ; (5) Collegeville, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE.

Introduction : Les patients atteints de rectocolite hémorragique (RCH) peuvent nécessiter l'arrêt de leur traitement pharmacologique pour diverses raisons dont la survenue d'événements indésirables, la préparation d'une intervention chirurgicale ou le changement pour un autre traitement. Le tofacitinib est une petite molécule à prise orale, de la famille des inhibiteurs des Janus Kinases, indiqué dans le traitement de la RCH. La présente analyse a porté sur des patients ayant présenté une réponse clinique après 8 semaines de traitement par tofacitinib dans les essais OCTAVE Induction 1 & 2 (NCT01465763 & NCT01458951), qui ont ensuite été randomisés pour recevoir le placebo dans l'étude d'entretien de 52 semaines OCTAVE Sustain (NCT01458574) [1], s'apparentant à une interruption de traitement.

Patients et Méthodes : L'objectif était d'évaluer le délai d'échec thérapeutique après l'interruption du traitement chez les répondeurs cliniques au tofacitinib 10 mg 2xj durant la phase 1 d'induction. L'échec thérapeutique était défini, sur la base du score Mayo total, par une augmentation ≥ 3 points par rapport au score Mayo total à la visite de référence d'OCTAVE Sustain, plus une augmentation du sous-score de saignement rectal, du sous-score endoscopique ≥ 1 point et du sous-score endoscopique absolu ≥ 2 points. Les patients en échec thérapeutique après ≥ 8 semaines dans OCTAVE Sustain devaient arrêter l'étude. Les sorties pour cause de réponse clinique insuffisante étaient considérées comme des échecs thérapeutiques. Les taux d'événements pour l'échec thérapeutique et les délais d'événements en quartiles ont été estimés par la méthode de Kaplan-Meier.

Résultats : Cette analyse a inclus 174 patients ayant reçu un traitement d'induction par tofacitinib 10 mg 2xj, puis randomisés sous placebo dans OCTAVE Sustain. Les caractéristiques démographiques et cliniques initiales étaient en cohérence avec la population globale de l'étude (Tableau) [1] ; 52 patients (29,9 %) étaient en rémission à la visite de référence d'OCTAVE Sustain. Les proportions cumulées de patients en échec thérapeutique au fil du temps dans OCTAVE Sustain sont résumées dans le Tableau. À la Semaine 52 d'OCTAVE Sustain, 124 patients (75,3 %) étaient en échec thérapeutique. Les premier, deuxième et troisième quartiles estimés du délai d'échec thérapeutique étaient respectivement de 65, 135 et 371 jours. En procédant à une imputation des non-répondeurs, les taux de rémission, de cicatrisation de la muqueuse et de réponse clinique à la Semaine 52 d'OCTAVE Sustain dans ce groupe placebo étaient respectivement de 10,3 %, 12,6 % et 19,0 %. Sous placebo, la principale raison de sortie de l'étude était une réponse clinique insuffisante (y compris une aggravation de la RCH : 69,5 % des patients). Une réadministration ultérieure du traitement par tofacitinib 10 mg deux fois par jour, dans une étude d'extension en ouvert, a permis de retrouver une rémission, une cicatrisation de la muqueuse et une réponse clinique chez 40,4 %, 55,4 % et 75,8 % des patients, respectivement, au 2^{ème} mois [2].

Conclusion : Pour les patients ayant montré une réponse clinique initiale à 8 semaines de traitement d'induction par tofacitinib, l'échec thérapeutique est survenu après un délai médian de 135 jours suivant l'interruption du tofacitinib, c'est-à-dire après la re-randomisation au placebo dans OCTAVE Sustain.

Références Bibliographiques : 1. Sandborn WJ et al. N Engl J Med 2017;376:1723-36.
2. Panés J et al. J Crohns Colitis 2018;12(Suppl 1):P516.

Tableau. Caractéristiques démographiques et cliniques initiales, résumé de l'efficacité et de la tolérance, et délai d'échec thérapeutique dans la population ayant interrompu le traitement par tofacitinib (étude OCTAVE Sustain)

Caractéristiques démographiques et cliniques initiales	Population ayant interrompu le traitement par tofacitinib N=174*
Age (ans), moyenne (SD)	43,2 (14,0)
Hommes, n (%)	103 (59,2)
Score Mayo total à l'inclusion dans OCTAVE Sustain, moyenne (SD)	3,2 (1,9)
Efficacité à l'inclusion dans OCTAVE Sustain, n (%)	
Rémission	52 (29,9)
Cicatrisation de la muqueuse	87 (50,0)
Réponse clinique	172 (98,9)
Efficacité à la Semaine 52 d'OCTAVE Sustain, n (%)	
Rémission	18 (10,3)
Cicatrisation de la muqueuse	22 (12,6)
Réponse clinique	33 (19,0)
Résumé de la tolérance dans OCTAVE Sustain, n (%)	
EI	132 (75,9)
EIG	12 (6,9)
Arrêt pour cause d'EI	5 (2,9)
Arrêt pour cause de réponse clinique insuffisante (y compris aggravation de la RCH)	121 (69,5)
Taux cumulé d'événements à différents temps dans OCTAVE Sustain (estimation)	Echec thérapeutique, n (%) ^b
Inclusion	0 (0,0)
Semaine 4	2 (1,2)
Semaine 8	45 (26,0)
Semaine 16	78 (46,3)
Semaine 24	109 (65,3)
Semaine 32	115 (69,1)
Semaine 40	120 (72,2)
Semaine 52	124 (75,3)
Délai de survenue d'événement, jours	
Premier quartile	65
Deuxième quartile	135
Troisième quartile	371

*Patients ayant présenté une réponse clinique après 8 semaines de traitement d'induction par tofacitinib et randomisés au placebo dans OCTAVE Sustain ; *En se basant sur N=169 patients évaluable.

EI, événement indésirable ; EIG, événement indésirable grave ; N, nombre de patients évaluable ; n, nombre de patients présentant un événement ; SD, écart-type ; RCH, rectocolite hémorragique.

Pour consulter ce résumé en ligne :
<https://www.snfge.org/resumes-2019/000303>

CO.13

Efficacité de l'ustekinumab sur les lésions ano-périnéales de Crohn : résultats d'une étude observationnelle française multicentrique

C. Biron ⁽¹⁾, P. Seksik ⁽²⁾, M. Nachury ⁽³⁾, C. Stefanescu ⁽²⁾, A. Amiot ⁽⁴⁾, S. Vienneot ⁽⁵⁾, M. Serrero ⁽⁶⁾, M. Fumery ⁽⁷⁾, M.L. Tran-Minh ⁽²⁾, L. Siproudhis ⁽⁸⁾, A. Buisson ⁽⁹⁾, G. Pineton de Chambrun ⁽¹⁰⁾, V. Abitbol ⁽²⁾, S. Nancey ⁽¹¹⁾, L. Caillio ⁽¹²⁾, L. Plastaras ⁽¹³⁾, L. Armengol-Debeir ⁽¹⁴⁾, E. Chanteloup ⁽²⁾, N. Dib ⁽¹⁵⁾, S. Rajca ⁽¹⁶⁾, M. Amil ⁽¹⁷⁾, L. Peyrin-Biroulet ⁽¹⁸⁾, L. Vuitton ⁽¹⁾

(1) Besançon ; (2) Paris ; (3) Lille ; (4) Créteil ; (5) Caen ; (6) Marseille ; (7) Amiens ; (8) Rennes ; (9) Clermont-Ferrand ; (10) Montpellier ; (11) Lyon ; (12) Nîmes ; (13) Colmar ; (14) Abbeville ; (15) Angers ; (16) Colombes ; (17) La Roche-sur-Yon ; (18) Vandœuvre-lès-Nancy.

Introduction : De nouvelles options thérapeutiques sont nécessaires chez les patients atteints de maladie de Crohn avec lésions ano-périnéales (LAP) réfractaires aux anti-TNF. Jusqu'ici, aucune étude dédiée n'a évalué l'efficacité de l'ustekinumab dans cette indication. Les objectifs de notre étude étaient d'évaluer l'efficacité de l'ustekinumab sur les LAP dans une cohorte française multicentrique et de déterminer les facteurs associés au succès de la biothérapie.

Matériels et méthodes : Nous avons mené une étude française multicentrique observationnelle (Bio-LAP) dans les centres du groupe d'étude thérapeutique des affections inflammatoires du tube digestif (GETAID). Les critères d'inclusion des patients étaient une maladie de Crohn sous ustekinumab avec, à l'initiation, une LAP active ou inactive (mais avec antécédent de drainage de suppuration datant de moins de 10 ans par rapport à l'initiation de la biothérapie). Chez les patients avec une LAP active à l'initiation, le succès de la biothérapie était défini par l'efficacité clinique à 6 mois de la biothérapie sans recours à un traitement médical (antibiotiques ou topiques locaux) ou chirurgical (drainage de suppuration, dilatation de sténose, stomie de décharge ou amputation abdomino-périnéale) de LAP. Chez les patients qui avaient une LAP inactive à l'initiation, la récurrence de la maladie périnéale était définie par une poussée ano-périnéale et/ou par le recours à un traitement médical ou chirurgical de LAP.

Résultats : 21 centres français ont participé permettant d'inclure 207 patients dont 63,8% de femmes et 31% de fumeurs actifs. L'âge moyen était de 37,7 ans et l'IMC moyen de 22. A l'initiation de la biothérapie, l'ancienneté de la maladie de Crohn était de 14 ans en moyenne, 95,2% des patients avaient reçu des immunosuppresseurs, 99,1% avaient reçu au moins 1 anti-TNF et 28% avaient été traités par vedolizumab. Les patients avaient eu en moyenne 2,8 chirurgies antérieures de LAP. La durée de suivi moyenne était de 66 semaines. 56/207(27%) patients ont interrompu le traitement après un délai moyen de 363 jours. Chez les 148 patients avec une LAP active à l'initiation, dont 59,5% avec sténose à l'initiation, le succès était atteint chez 56/148 (37,8%) patients. Les sténoses étaient retirées avec succès chez 29/88 (33%) des patients. En analyse multivariée, le facteur favorable au succès de l'ustekinumab était l'absence d'optimisation de la biothérapie (OR 2.52; IC 95%: 1.15-5.56; p 0.01). L'association à un traitement concomitant à l'initiation de la biothérapie (antibiotique ou immunosuppresseur) et le nombre d'anti-TNF antérieurs ou d'autres biothérapies antérieures n'étaient pas des facteurs associés au succès de la biothérapie. Parmi les 59 patients avec une LAP inactive à l'initiation suivis 86 semaines en moyenne, 13/59(22%) ont présenté une récurrence de la maladie périnéale sous 25 semaines en moyenne et 8/59(13,6%) patients ont reçu un traitement médical et/ou chirurgical à visée ano-périnéale.

Conclusion : L'ustekinumab semble être une option thérapeutique encourageante chez les malades de Crohn avec LAP réfractaires. Ces résultats, et la place de l'ustekinumab par rapport aux autres biothérapies dans la stratégie thérapeutique, doivent être confirmés par des analyses prospectives ultérieures.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000640>

CO.14

Un traitement concomitant par curcumine orale ne permet pas de diminuer le taux de récurrence post-opératoire endoscopique chez les patients atteints de maladie de Crohn traités par thiopurines : résultats de l'essai contrôlé randomisé POPCUR

A. Buisson ⁽¹⁾, D. Laharie ⁽²⁾, S. Nancey ⁽³⁾, X. Hébuterne ⁽⁴⁾, X. Roblin ⁽⁵⁾, M. Nachury ⁽⁶⁾, L. Peyrin-Biroulet ⁽⁷⁾, M. Fumery ⁽⁸⁾, D. Coban ⁽¹⁾, F. Goutorbe ⁽⁹⁾, C. Allimant ⁽¹⁾, M. Reymond ⁽¹⁾, E. Vazeille ⁽¹⁾, B. Pereira ⁽¹⁾, M. Goutte ⁽¹⁾, G. Bommelaer ⁽¹⁾

(1) Clermont-Ferrand ; (2) Bordeaux ; (3) Lyon ; (4) Nice ; (5) Saint-Etienne ; (6) Lille ; (7) Vandœuvre-lès-Nancy ; (8) Amiens ; (9) Bayonne.

Introduction : Malgré une large utilisation des biothérapies, une résection intestinale reste nécessaire chez plus de la moitié des patients atteints de maladie de Crohn (MC). Alors que la chirurgie n'est pas curative, la prévention de la récurrence post-opératoire (RPO) reste un enjeu majeur pour ces patients, puisque jusqu'à 75 % d'entre eux présenteront une RPO endoscopique (RPO) dans l'année suivant la chirurgie. Les recommandations actuelles préconisent un traitement préventif de la RPO endoscopique chez les patients à risque et un ajustement thérapeutique à 6 mois, en fonction de l'aspect endoscopique. Parmi les traitements disponibles, les thiopurines ont montré une certaine efficacité. La curcumine, en raison de ses propriétés anti-inflammatoires et antioxydantes, s'est montrée efficace dans la prévention et le traitement de colites inflammatoires murines, et dans le traitement de la rectocolite hémorragique (RCH) chez l'homme [1].

Le but de notre étude était d'évaluer l'efficacité d'un traitement par curcumine, comparativement au placebo, en association à un traitement par thiopurines dans la prévention de la RPO endoscopique chez les patients atteints de MC.

Patients et Méthodes : Cet essai contrôlé randomisé en double aveugle contre placebo a été mené dans 8 centres français. Tous les patients (≥ 18 ans) ayant eu une résection intestinale pour MC ont été inclus consécutivement à J15 de leur chirurgie ou du rétablissement de continuité (si une stomie provisoire avait été nécessaire). Pour que les patients soient inclus, la résection iléale ou iléo-colique des lésions devait être macroscopiquement complète et l'anastomose accessible en endoscopie. A partir de J15 et jusqu'à l'évaluation endoscopique, tous les patients ont reçu 2,5mg/kg d'azathioprine par jour par voie orale associée à soit 3 g de curcumine orale par jour, soit un placebo (double aveugle). L'endoscopie à 6 mois (double lecture centralisée) classait la RPO endoscopique selon l'indice de Rutgeerts (ref). La RPO endoscopique était définie par un indice de Rutgeerts ≥ 12 et la RPO sévère par un indice de Rutgeerts ≥ 13 . La RPO clinique était définie par un CDAI > 150 . Un score de qualité de vie (IBDQ) a été mesuré à l'inclusion et à M6. Une étude statistique intermédiaire à la moitié des inclusions a été réalisée comme prévue par le protocole. Les analyses ont été réalisées en intention de traiter (ITT) et en per protocole (PP).

Résultats : Au total, 62 patients ont été inclus dont 31 dans chaque bras (âge moyen de 36,3 $\pm$ 12,0 ans, durée d'évolution de la MC de 8,1 ans $\pm$ 8,0 ans, 67,2 % de femmes, 37,8 % de fumeurs, 8,2 % de lésions ano-périnéales, 45,9 % de formes sténosantes, 36,1 % de formes fistulisantes, 45,9 % de patients avec antécédent de résection intestinale, 18,0 % de naifs d'anti-TNF et taille moyenne de résection iléale de 22,6 $\pm$ 16,6 cm). Il n'existait aucune différence démographique ou relative aux caractéristiques de la maladie entre les deux groupes. Parmi eux 9 patients ont été perdus de vue.

En ITT, la curcumine n'était pas plus efficace que le placebo puisque le taux de RPO endoscopique à 6 mois était de 67,7 % (21/31) vs 58,1 % (18/31) (p=0,60), dans les groupes curcumine et placebo, respectivement. En revanche, le taux de RPO sévère était significativement plus important dans le groupe curcumine (17/31, 54,8 %) par rapport au placebo (8/31, 25,8 %) (p= 0,02). Le taux de RPO clinique à 6 mois n'était pas différent entre les groupes curcumine et placebo : 38,7 % (12/31) vs 45,2 % (14/31), respectivement (p = 0,80). L'IBDQ n'était pas différent entre les deux groupes

(178,5 pour le groupe curcumine vs 181,5 pour le placebo ; $p=0,63$).

En PP (53 patients), on observait, dans le groupe curcumine et placebo, respectivement, un taux de RPO endoscopique de 61,5 % vs 51,9 % ($p=0,58$), de RPO endoscopique sévère de 46,2 % vs 14,8 % ($p=0,018$), de RPO clinique de 17,4 % vs 26,1 % ($p = 0,72$) et un IBDQ de 158,6 vs 156,3 ($p = 0,63$). Aucun effet indésirable sévère n'a été observé dans cette étude.

Discussion : L'analyse intermédiaire planifiée a conduit à interrompre l'essai.

Conclusion : La curcumine, à raison de 3g per os/jour, en combinaison avec les thiopurines, n'exerce aucun effet protecteur vis-à-vis de la RPO endoscopique ou clinique et pourrait même être délétère chez les patients atteints de MC, justifiant l'arrêt de l'étude.

Remerciements : AFA, SNFGE, 3i Nature, AOI, PHRC national

Références Bibliographiques : [1] Lang A et al. Clin Gastroenterol Hepatol 2015

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000397>

CO.15

Impact de Melaxose® versus Movicol® dans la constipation chronique idiopathique de l'adulte : résultat d'une étude prospective randomisée

M. Dapoigny ⁽¹⁾, P. Ducrotté ⁽²⁾, T. Piche ⁽³⁾

(1) Clermont-Ferrand ; (2) Rouen ; (3) Nice.

Introduction : Les laxatifs osmotiques sont proposés en première ligne de traitement dans la constipation chronique idiopathique selon les recommandations de la SNFCP en 2017. En raison de sa formulation originale, nous avons testé la non infériorité de Melaxose® (MEL: lactulose, paraffine et vaseline) par rapport à Movicol® (MOV; polyéthylène-glycol) et rapportons ici les résultats de la 1ère étude clinique comparant directement ces spécialités, réalisée en France par 74 gastro-entérologues libéraux et médecins généralistes.

Patients et Méthodes : MELODIE était une étude de non-infériorité prospective randomisée en assignation dissimulée de MEL et MOV dans la constipation chronique idiopathique (critères de Rome III) de l'adulte, excluant les patients ayant une constipation organique ou une pathologie digestive chronique. Les patients notaient leurs symptômes tous les jours sur un carnet durant 6 semaines. Après 14 jours sans traitement (J-14 à J-1), ils étaient randomisés à J0 et recevaient MEL 2 cuillères à café ou MOV 1 sachet tous les soirs pendant 4 semaines (J28). Les traitements modifiant le transit étaient interdits à l'exception de MICROLAX® en traitement de secours permis de J-14 à J-1. Le critère principal était l'évolution de J0 à J28 du score PAC-SYM (Patient-Assessment of Constipation, auto-questionnaire de 12 questions sur les symptômes abdominaux, rectaux et liés aux selles, score total de 0 (aucun symptôme) à 4 (intensité très importante)). Les critères secondaires incluaient la qualité de vie (QoL) évaluée via le PAC-QOL (28 questions, score de 0 (QoL non altérée) à 4 (QoL extrêmement altérée)), les caractéristiques des selles et la tolérance au traitement.

Résultats : Trois cent soixante-deux (362) patients (73% de femmes) ont été randomisés et traités dont 291 analysés en per protocol (sans déviation majeure au protocole). L'âge moyen était 53 ans, l'ancienneté moyenne de la constipation 11,5 ans et 81% des patients avaient moins de 3 exonérations par semaine avant l'inclusion. Le score PAC-SYM à J28 a diminué en moyenne de -1,24 dans le groupe MEL et -1,23 dans le groupe MOV, l'intervalle de confiance de la différence [-0,115 ; +0,15]) montrant la non-infériorité de Melaxose® par rapport à Movicol®, confirmée par les analyses de sensibilité (Tableau 1). La diminution des sous-scores (abdominaux, rectaux et selles) était similaire dans les 2 groupes. Le nombre moyen d'exonérations spontanées (EFS) durant la semaine sans traitement de J-7 à J0 était 4,1 et 4,3 et augmentait à 6,1 et 6,4 à J28 dans les groupes MEL & MOV respectivement. Le pourcentage de jours avec au moins une EFS sur la semaine augmentait de 47% (MEL) et 49% (MOV) à 73% et 74%, l'essentiel de l'effet étant observé dès la 1ère semaine. Le pourcentage de selles dures diminuait de 60% (MEL) et 62% (MOV) à 25% et 23%. La sensation de gêne au passage des selles était significativement plus réduite au cours du temps dans le groupe MEL ($p=0,038$). A J28 le changement ressenti depuis J0 était 'mieux' ou 'nettement mieux' pour 63% et 57% des patients et le traitement était jugé 'efficace' ou 'très efficace' par le médecin pour 72% et 66% des patients (MEL et MOV respectivement). L'amélioration de la QoL à J28 était importante dans les 2 groupes (Tableau 1) et homogène pour les 4 sous-domaines du PAC-QOL, dont celui évaluant la satisfaction, le plus affecté à J0.

Des événements indésirables ont été rapportés par 46 patients: MEL 20 (11,2%), MOV 26 (14,2%), le plus fréquent étant la diarrhée (3 (1,7%) et 6 (3,3%) patients). La relation au traitement était jugée probable pour 3 (MEL) et 5 (MOV) patients et possible pour 1 et 5 patients. Il y a eu 2 EI graves non liés au traitement dans le groupe MOV (anémie et dépression).

Conclusion : Cette étude clinique montre pour la première fois la non-infériorité de Melaxose® comparé à Movicol® sur le soulagement des symptômes liés à la constipation via le PAC-SYM, score validé et reconnu. Le traitement était jugé efficace par la majorité des patients et des médecins et la qualité de vie était améliorée, de

façon équivalente. La tolérance des 2 traitements était très satisfaisante. Melaxose® peut donc être utilisé en première intention dans la constipation idiopathique chronique sans perte d'efficacité par rapport aux PEG.

Remerciements : Sponsor de l'étude: Biocodex

Références Bibliographiques :

Recommandations pour la Pratique Clinique, Prise en charge de la CONSTIPATION, Vitton V et coll, Eu J Gastroenterol Hepatol 2018

Tableau 1 : Critère principal d'efficacité (étude MELODIE)

Melaxose®	Movicol®	Conclusion
Population Per Protocol (analyse principale)*		
N=147	N=144	
Score PAC-SYM initial [I0] : My (DS)	2,11 (0,42)	2,07 (0,44)
Variation du score PAC-SYM à J28 : (J0-J28) LSM (ES) *	-1,244 (0,047)	-1,226 (0,048)
Différence MEL-MOV : LSM [IC95]	-0,017 [-0,115 ; 0,15]	Non infériorité établie ** (-0,115 > -0,25)
Population ITT* (analyse de sensibilité du critère principal)***		
N=179	N=184	
Score PAC-SYM initial [I0] : My (DS)	2,11 (0,43)	2,05 (0,45)
Variation du score PAC-SYM (J0-J28) : LSM (ES) *	-1,242 (0,044)	-1,201 (0,044)
Différence MEL-MOV : LSM [IC95]	-0,041 [-0,082 ; 0,162]	Non infériorité confirmée ** (-0,082 > -0,25) ***
Population ITT (analyse du score PAC-QOL - critère secondaire)		
N=179	N=184	
Score PAC-QOL initial [I0] : My (DS)	2,01 (0,67)	1,99 (0,60)
Variation du score PAC-QOL (J0-J28) : LSM (ES) *	-0,887 (0,046)	-0,839 (0,046)
Différence MEL-MOV : LSM [IC95]	-0,048 [-0,08 ; 0,176]	NS (p=0,46) ***

ML: Melaxose®; MOV: Movicol®

My: moyenne; DS: déviation standard; ES: erreur standard de la moyenne; IC95: intervalle de confiance à 95%; LSM: least square mean.

*ANCOVA ajustée sur la valeur à J0;

**La borne inférieure de l'IC95% de la différence [différence (PAC-SYM V2 - PAC-SYM V4 Melaxose®) - différence (PAC-SYM V2 - PAC-SYM V4 Movicol®)] devra être supérieure à la borne de non infériorité (-0,25) préfixée pour pouvoir conclure à la non infériorité de Melaxose® par rapport au Movicol®.

*** Analyse similaire à l'analyse principale, les données manquantes étant gérées selon la méthode LOCF (Last Observation Carried Forward, Dernière observation disponible utilisée)

*Un patient inclus à tort a été randomisé mais n'a pas pris le traitement de l'essai

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000213>

CO.16

Sensibilité au lactose et malabsorption du lactose chez les patients souffrant de troubles fonctionnels intestinaux

M. Bouchoucha ⁽¹⁾, P. Rompteaux ⁽¹⁾, R. Kamel ⁽²⁾, N. Steuer ⁽³⁾, J.J. Raynaud ⁽¹⁾, J.M. Sabaté ⁽¹⁾, R. Benamouzig ⁽¹⁾

(1) Bobigny ; (2) Byblos, LIBAN ; (3) Paris.

Introduction : En France, 30 à 50 % des adultes ont une digestion incomplète du lactose. L'importance des symptômes est fonction de l'activité lactasique résiduelle et de la quantité de lactose ingérée. Ces symptômes apparaissant le plus souvent en période postprandiale, 30 minutes à 2 heures après l'ingestion de la nourriture contenant du lactose. Ils ne sont pas spécifiques qu'ils soient intestinaux: gaz, ballonnement, crampes abdominales, diarrhée, nausées, vomissements, ou généraux. Ils sont fréquemment confondus avec un syndrome de l'intestin irritable, pouvant retarder la mise en œuvre d'un régime adapté.

Le but de cette étude est d'évaluer la fréquence de la malabsorption du lactose et la fréquence de la sensibilité au lactose chez des patients souffrant de troubles fonctionnels intestinaux, avec symptômes majorés ou révélés par l'ingestion de lactose.

Patients et Méthodes : Nous avons inclus 142 patients consécutifs (104 femmes, 73%) présentant des troubles fonctionnels intestinaux. Chez tous les patients, la recherche d'une pullulation microbienne par breath test au glucose était négative. Ces patients ont rempli un questionnaire de Rome III. Le test d'absorption du lactose mesure la glycémie à jeun et 15, 30, 45 et 60 minutes après ingestion de 50 g de lactose. Une malabsorption était diagnostiquée si le pic de glycémie était inférieur à 0,20 g/l. Une sensibilité au lactose était enregistrée si des signes digestifs apparaissaient durant le test.

Résultats : Une sensibilité au lactose sans malabsorption était présente chez 58 patients (groupe I, 41%), une malabsorption sans sensibilité au lactose était retrouvée chez 14 patients (groupe II, 10%) et 23 patients (groupe III, 16%) présentaient à la fois une malabsorption du lactose et une sensibilité au lactose. 47 patients (Groupe IV, 33%) ne présentaient ni malabsorption ni sensibilité au lactose

Par comparaison avec les patients du groupe IV, les patients du groupe I étaient plus jeunes (38.8±1.5 vs 44.4±2.7 ; P=0.039) et se plaignaient d'une plus grande fréquence de douleurs thoraciques (29% vs 26%; P=0.042).

Les autres paramètres démographiques, la fréquence des autres symptômes (œsophagiens, gastroduodénaux, intestinaux et anorectaux selon Rome III) étaient comparables dans les 4 groupes de patients.

Conclusion : L'étude conjointe de l'absorption du lactose et de la sensibilité au lactose est utile pour éliminer la pathogénie liée à ce sucre chez des patients souffrant de troubles fonctionnels intestinaux et justifier l'instauration d'un régime sans lactose.

Chez les patients symptomatiques après ingestion de lactose, nous proposons de distinguer les patients souffrant de malabsorption du lactose par diminution de l'activité de la lactase intestinale des patients souffrant d'une sensibilité au lactose caractérisée par l'apparition de symptômes sans diminution de l'absorption du lactose.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000072>

Devenir de la colite ischémique modérée à sévère : étude rétrospective monocentrique

C. Somsouk ⁽¹⁾, C. Gagnière ⁽¹⁾, N. de'Angelis ⁽¹⁾, N. Petitdidier ⁽¹⁾, J. Tannoury ⁽¹⁾, F. Mesli ⁽¹⁾, M. Lévy ⁽²⁾, F. Brunetti ⁽¹⁾, I. Sobhani ⁽¹⁾, A. Amiot ⁽¹⁾,
(1) Créteil ; (2) Paris.

Introduction : La colite ischémique est la 2^{ème} cause d'hémorragie digestive basse et l'atteinte digestive vasculaire la plus fréquente. La sévérité de la colite ischémique repose sur l'importance des lésions endoscopiques bien qu'aucune classification n'ait été validée à cet effet et sur son retentissement général. Le but de cette étude était d'évaluer le pronostic des colites ischémiques modérées à sévères en termes de survie et de recours à la chirurgie (habituellement recommandée en cas de stade 3 ou de stade 2 associé à une défaillance hémodynamique) et d'en déterminer les facteurs pronostiques associés notamment endoscopiques.

Patients et Méthodes : De Janvier 2013 à Décembre 2016, 129 patients (87 hommes ; âge médian : 68 [IQR: 36-95] ans) atteints de colite ischémique sévère (grade 2 ou 3), ont été inclus de façon rétrospective dans cette étude. Les patients ont été identifiés en utilisant à la fois les systèmes de codage intrahospitalier (PMSI) mais également les bases de données des services d'endoscopie digestive, de chirurgie digestive et des différentes réanimations de l'hôpital. Les patients n'ayant pas eu d'endoscopie digestive (n = 31), ayant une colite ischémique de stade 1 (n = 38) et les patients présentant une ischémie mésentérique (n = 10) ont été exclus de cette étude. L'analyse a porté sur la mortalité globale, la mortalité spécifique à la colite ischémique et sur le recours à la chirurgie à 7 et 30 jours, à la fin du suivi. Les analyses statistiques ont été réalisées par les tests du χ^2 et une régression logistique binaire pour les analyses à 7 et 30 jours et sur la méthode de Kaplan-Meier, les tests du log-rank et des modèles de Cox pour le suivi au-delà de 30 jours.

Résultats : 129 colites ischémiques modérées à sévères ont été diagnostiquées dont 60 (47%) de stade 2 et 69 (53%) de stade 3. Le suivi médian était de 1,6 [0,2-13,3] mois. La colite ischémique était spontanée dans 72 cas (56%) et secondaire à une chirurgie cardiovasculaire dans 57 (44%). Le délai diagnostique médian était de 2,0 [1,0-4,0] jours pour les colites ischémiques spontanées et de 3,5 [2,0-8,0] pour les colites ischémiques postopératoires. Au diagnostic, 48 patients étaient préalablement traités par antiagrégant plaquettaire. Les taux de colectomie étaient de 28%, 30% et 30% à J7 et J30 et en fin de suivi, respectivement. En analyse multivariée, les facteurs pronostiques de colectomie étaient l'existence d'une chirurgie aortique préalable (OR = 3,92 [1,42-10,97], p = 0,008) et une hyperlactacidémie > 2,7 mmol/L au diagnostic (OR = 2,92 [1,18-7,25], p = 0,02). Les taux de mortalité globale et spécifique de la colite ischémique étaient de 26% et 19% à J7, de 38% et 26% à J30 et de 51% et 26% aux dernières nouvelles, soulignant l'impact ultérieur des comorbidités cardiovasculaires sous-jacentes au décours de l'épisode de colite ischémique. La probabilité de mortalité globale était de 15%, 49%, 51% et 53% à 3, 6, 9 et 12 mois. En analyse multivariée, la mortalité globale était augmentée en cas d'hyperlactacidémie > 2,7 mmol/L au diagnostic (OR = 2,77 [1,56-4,93], p = 0,001) et de pH artériel < 7,3 au diagnostic (OR = 2,42 [1,39-4,22], p = 0,002) et diminuée en cas de prise préalable d'antiagrégant plaquettaire (OR = 0,49 [0,27-0,88], p = 0,03). Les performances diagnostiques de l'actuelle classification endoscopique montrait une sensibilité de 77% et une spécificité de 62% (AUROC 0,70, p < 0,001) en tenant compte d'ulcérations dites creusantes ou extensives et de e67% et 81% (AUROC 0,74, p < 0,001) en les excluant. Au sein du sous-groupe de colite ischémique stade 3 pour lequel une indication opératoire était théoriquement portée, seuls 28 (41%) patients ont été opérés. La mortalité de la colite ischémique stade 3 était de 75% contre 54% chez les patients qui n'étaient pas opérés. En analyse multivariée, la chirurgie était plus fréquente chez les patients en situation postopératoire (OR = 8,20 [1,75-38,46], p = 0,008) et atteints préalablement par une artériopathie oblitérante des membres inférieures (OR = 17,54 [1,94-166,67], p = 0,01) et diminuée chez les patients âgés de plus de 70 ans (OR = 0,10 [0,02-0,45], p = 0,003).

Conclusion : La mortalité de la colite ischémique sévère à modérée (stade 2 et 3) est élevée dans plus de la moitié des cas. Le recours à la chirurgie est disparate et n'améliore paradoxalement pas le pronostic des patients, l'indication opératoire ne répondant pas toujours à des critères de gravité de la colite ischémique mais plus au terrain du patient. L'apport de l'endoscopie n'a pas de valeur pronostique et devrait faire l'objet de travaux prospectifs coordonnés couplant l'endoscopie à la tomodensitométrie.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000769>

CO.18

Hypersensibilité viscérale et augmentation de la perméabilité de la barrière intestinale dans des modèles murins de syndrome de l'intestin irritable avec malabsorption du fructose

C. Melchior ⁽¹⁾, V. Douard ⁽²⁾, K. Atmani ⁽¹⁾, C. Guérin ⁽¹⁾, C. Bole-Feynot ⁽¹⁾, C. Schmitt ⁽³⁾, X. Zhang ⁽²⁾, M. Coeffier ⁽¹⁾, A.J. Waligora-Dupriet ⁽³⁾, A. Grosfeld ⁽³⁾, C. Deraison ⁽⁴⁾, P. Ducrotte ⁽¹⁾, P. Serradas ⁽³⁾, N. Vergnolle ⁽⁴⁾, G. Gourcerol ⁽¹⁾

(1) Rouen ; (2) Jouy-en-Josas ; (3) Paris ; (4) Toulouse.

Introduction : L'association entre malabsorption du fructose et hypersensibilité viscérale n'a jamais été démontrée.

Notre objectif était de déterminer si la malabsorption du fructose est associée à une hypersensibilité viscérale chez les patients souffrant d'un syndrome de l'intestin irritable (SII) et de modéliser la malabsorption du fructose sur des modèles de souris pour essayer d'identifier les mécanismes physiopathologiques sous-jacents.

Matériels et méthodes : Nous avons étudié l'association entre malabsorption du fructose et hypersensibilité viscérale (mesurée à l'aide d'un barostat rectal) dans le SII, selon les critères de Rome III. Nous avons reproduit 3 modèles de la malabsorption du fructose : GLUT5^{-/-}, invalidation intestinale de GLUT2 (GLUT2ΔIEC) et souris WT soumises à un régime riche en fructose. Dans ces modèles nous avons évalué l'hypersensibilité viscérale par barostat rectal, la perméabilité intestinale dans le sérum après gavage de FITC-dextran, l'inflammation colique par le dosage de l'activité MPO et du taux d'ARNm de certaines cytokines et l'activité protéasique dans le colon et les fèces.

Résultats : Trente-huit patients SII ont été étudiés (81,6% de femme de moyenne d'âge 41,5 ± 14,7 ans). L'hypersensibilité viscérale était associée à la malabsorption du fructose dans 45,4% des patients et seulement à 11,1% des patients absorbateurs (p=0,03). Nos 3 modèles de malabsorption du fructose présentaient une hypersensibilité viscérale (WT avec régime riche en fructose, GLUT5^{-/-}, GLUT2ΔIEC, p<0,0001, p=0,05 and p=0,009) et une augmentation de la perméabilité intestinale (WT avec régime riche en fructose, GLUT5^{-/-}, GLUT2ΔIEC, p<0,05 en comparaison aux contrôles). L'activité élastase dans les fèces mais pas dans le colon était plus élevée chez les WT avec régime riche en fructose et les GLUT5^{-/-} en comparaison aux contrôles (23,2 U/mg ± 28,7 and 35,8 U/mg ± 30,8 vs 4,6 U/mg ± 10,3, p=0,02 and p=0,01). L'hypersensibilité viscérale n'était pas associée à l'inflammation chez les patients SII (dosage de calprotectine fécale identique) de même que chez les souris.

Conclusion : Chez les patients SII et chez les souris, la malabsorption du fructose est associée à une hypersensibilité viscérale qui pourrait être induite par un mécanisme PAR-2 avec une augmentation de l'activité élastase dans les fèces.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000531>

CO.19

Intérêt du temps de transit des marqueurs dans la sélection des patients adressés pour manométrie colique ?

C. Desprez ⁽¹⁾, C. Melchior ⁽¹⁾, V. Bridoux ⁽¹⁾, A.M. Leroi ⁽¹⁾, G. Gourcerol ⁽¹⁾

(1) Rouen.

Introduction : La manométrie colique permet de poser le diagnostic d'inertie colique dans le contexte de constipation chronique réfractaire et donc l'indication à une colectomie totale avec anastomose iléo-rectale. Cet examen reste cependant restreint aux centres tertiaires, ce qui peut limiter son usage, avec un risque non négligeable de perforation au cours du positionnement sous coloscopie totale. Le temps de transit des marqueurs (TTM) reste un examen simple et reproductible pouvant aider dans la sélection des patients adressés pour manométrie colique.

Matériels et méthodes : Cette étude a porté sur des patients ayant bénéficié d'une manométrie colique de 24 heures (n=126 ; âge moyen de 41 ans ; 84% de femmes) dans notre centre entre 2002 et 2017. Tous les patients inclus avaient une histoire ancienne de constipation chronique réfractaire au traitement médical, sans antécédent chirurgical digestif. Le TTM a été mesuré avant la manométrie colique par réalisation d'une radiographie d'abdomen sans préparation prise après six jours consécutifs d'ingestion de dix marqueurs radio-opaques en l'absence de tout traitement laxatif. Chaque manométrie colique a été réalisée pendant 24 heures avec une sonde de 12 cathéters selon les recommandations de l'ANSM et de l'ENSM (1). Quatre critères ont été utilisés pour le diagnostic d'inertie colique : 1/ absence de contractions propagées de haute amplitude (HAPC) définies comme des contractions de plus de 50 mmHg durant plus de dix secondes et propagées sur au moins trois sites d'enregistrement ; 2/ absence d'HAPC induites par Bisacodyl ; 3/ absence de réponse colique induite par le repas ; et 4/ un index de motilité diminué.

Résultats : Le TTM moyen était de 116,6 h pour les patients ne présentant aucun critère d'inertie colique, 107,2 h pour les patients présentant 1 critère, 115,1 h pour 2 critères, 121,3 h pour 3 critères et 136,8 h pour 4 critères (p=0,53). La durée de TTM était corrélée à un âge plus élevé (R=0,038). Les analyses individuelles ont montré qu'aucun critère seul n'était prédictif d'un allongement du TTM. Aucun des patients ayant les 4 critères d'inertie colique n'avait un TTM inférieur à 100 heures. Un TTM inférieur à 100 heures peut donc être considéré comme prédictif de l'absence d'inertie colique (Se=1 ; Sp=0,28 ; VPn=1 ; VPP=0,05).

Conclusion : Un TTM inférieur à 100 h permet d'éliminer le diagnostic d'inertie colique avec une sensibilité de 100%. Cet examen permet donc de mieux sélectionner les patients candidats à une manométrie du colon dans le cadre de leur constipation.

Références Bibliographiques : (1) Camilleri M, Bharucha AE, di Lorenzo C, Hasler WL, Prather CM, Rao SS, Ward A. American Neurogastroenterology and Motility Society consensus statement on intraluminal measurement of gastrointestinal and colonic motility in clinical practice. Neurogastroenterol Motil. 2008;20:1269-1282.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000549>

Apport de la tomographie par cohérence optique plein champ (FF-OCT) pour l'étude de la barrière épithéliale digestive chez les patients atteints de spina-bifida

R. Olivier ⁽¹⁾, L. Quénéhervé ⁽²⁾, J.F. Mosnier ⁽²⁾, C. Bossard ⁽²⁾, G. Bouguen ⁽³⁾, L. Siproudhis ⁽³⁾, A. Robert ⁽³⁾, M. Neunlist ⁽²⁾, E. Coron ⁽²⁾, C. Brochard ⁽³⁾

(1) Poitiers; (2) Nantes; (3) Rennes.

Introduction : La Tomographie par Cohérence Optique Plein Champ (FF-OCT, pour Full-Field Optical Coherence Tomography) est une technique d'imagerie ex vivo à résolution micrométrique habituellement réservée à l'imagerie des milieux biologiques. Elle permet l'acquisition rapide d'images de tissus ex vivo à l'échelle cellulaire, et représente de ce fait une approche séduisante pour l'analyse d'échantillons humains comme les biopsies endoscopiques. Les patients adultes atteints de Spina Bifida (SB) ont fréquemment des troubles digestifs possiblement en lien avec une hyperperméabilité intestinale. L'objectif de cette étude était d'évaluer la faisabilité et la pertinence de la FF-OCT dans l'étude de la morphologie de la barrière épithéliale intestinale à partir de biopsies coliques de patients ayant un SB.

Patients et Méthodes : Les analyses par FF-OCT ont été réalisées sur des biopsies coliques fixées de patients SB et de volontaires sains (VS), prélevées lors d'une coloscopie courte. Les biopsies étaient scannées à l'aide du Light-CT scanner (LLTech, Paris, France). Cet appareil permet de réaliser des images de contraste en niveaux de gris (résolution axiale 1µm, fréquence 75Hz), avec possibilité de réaliser une mosaïque afin d'obtenir un champ d'examen maximal de 25mm. La profondeur de l'image est ajustable, avec une profondeur maximale de plusieurs millimètres et la possibilité de réaliser une reconstruction tridimensionnelle du spécimen. Deux biopsies par patient/VS étaient analysées. Les différents critères morphologiques étudiés en FF-OCT étaient: la densité moyenne du tissu conjonctif, le nombre de cryptes, l'aire moyenne des cryptes, l'aire totale des cryptes, la rondeur moyenne des cryptes, la circularité moyenne des cryptes et la moyenne du grand axe/petit axe des cryptes. Ces données étaient comparées entre elles par un test t de Student. Une analyse histologique standard était également réalisée.

Résultats : Les données de 36 patients adultes SB et 16 VS ont été analysées. Parmi les patients SB : 26 (72%) présentaient des douleurs abdominales, 6 (17%) une incontinence fécale, le nombre moyen de selles était de 3/ semaines. L'aspect de la muqueuse était macroscopiquement sain en endoscopie et l'étude anatomopathologique standard ne retrouvait pas d'anomalie. La densité du tissu conjonctif en FF-OCT était significativement diminuée chez les patients Spina Bifida : $p < 0.0001$. Aucune différence significative n'a été mise en évidence concernant, par coupe, le nombre de crypte $p = 0,4210$, l'aire moyenne des cryptes $p = 0,2332$, l'aire totale des cryptes $p = 0,2391$, la rondeur moyenne des cryptes $p = 0,7906$, la circularité moyenne des cryptes $p = 0,09$ et la moyenne de la mesure du grand axe/petit axe des cryptes $p = 0,3463$.

Conclusion : Des anomalies morphologiques de la barrière épithéliale intestinale ont pu être mises en évidence par la FF-OCT chez les patients Spina Bifida adultes. Cette technique innovante permet l'étude quantitative précise de paramètres histologiques spécifiques et apporte donc des informations supplémentaires à l'étude anatomopathologique classique.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000018>

Consommation de soins au cours du syndrome de l'intestin irritable en France : étude de cohorte sur 7 ans réalisée chez 30 000 patients avec le système national des données de santé

J.M. Sabaté ⁽¹⁾, S. Rivière ⁽²⁾, P. Jouet ⁽³⁾, C. Gastaldi-Menager ⁽²⁾, A. Fagot-Campagna ⁽²⁾, P. Tuppin ⁽²⁾

(1) Bobigny; (2) Paris; (3) Boulogne-Billancourt.

Introduction : Le syndrome de l'intestin irritable (SII) qui associe douleurs abdominales et troubles du transit a une prévalence de 10% en France. Il peut entraîner une altération de la qualité de vie importante notamment chez les patients avec des formes sévères de SII et être responsable de dépenses de santé importantes. L'objectif de cette étude était d'évaluer l'utilisation des soins de santé dans le SII en France.

Patients et Méthodes : Le Système National de Données de Santé (SNDS) a été utilisé pour sélectionner les adultes couverts par le régime général de santé (87% de la population) avec une hospitalisation pour le SII en 2015. Les soins de santé remboursés au cours des 5 années précédentes et 1 an après l'hospitalisation ont été étudiés.

Résultats : Parmi les 43,7 millions d'adultes, nous avons identifié 29509 patients (0,07% du total, 33% d'hommes, 67% de femmes, âge moyen de 52 ans) dont 30% ont été admis en urgence. Au cours de leur hospitalisation, 33% avaient une endoscopie digestive haute et 64% une coloscopie. Dans les 5 années précédentes, 65% avaient au moins une hospitalisation (3% avec diagnostic de SII), 58% une échographie abdominale, 27% une tomodensitométrie abdominale, 21% une endoscopie digestive haute et 13% une coloscopie. L'année précédente, ces taux étaient respectivement de 39% (1%), 36%, 16%, 4%, 7% et certains d'entre eux avaient diminué l'année suivante avec respectivement: 27% (1%), 27%, 13%, 4%, 5%, 4%. D'autres examens ont aussi été réalisés, manométrie ano-rectale pour 0,2%; défécographie pour 0,1% et échoendoscopique basse pour 0,1% des patients.

L'année précédant l'hospitalisation, 86% avaient au moins une NFS (25% trois fois ou plus), 65% un dosage de CRP (13%), 58% un dosage de TSH (7%) et 8% un test sérique de maladie coeliaque; l'année suivante ces taux étaient respectivement à 63% (17%), 44% (8%), 43% (5%) et 3% (0,3%).

Pour les médicaments du SII, au moins un remboursement était retrouvé pour 85% des patients dans les 5 ans auparavant, 65% l'année précédente et 51% un an plus tard. Les laxatifs ont été largement utilisés (95% dans les cinq années précédant l'hospitalisation, 92% un an plus tôt et 89% un an plus tard). La sous-classe la plus utilisée était les laxatifs osmotiques. La classe des "anti-diarrhéiques, anti-inflammatoires et anti-infectieux intestinaux" était la plus impactée par l'hospitalisation avec respectivement 49%, 25% et 18% des individus ayant reçu au moins un remboursement dans les 5 ans avant, l'année précédente ou 1 an après.

L'année précédant l'hospitalisation, 96% des patients atteints du SII, avaient vu leur médecin généraliste plus d'une fois et 84% trois fois ou plus, tandis que 78% avaient vu un gastro-entérologue. Néanmoins, au cours des cinq années précédant l'hospitalisation, 82% des patients avaient consulté un gastro-entérologue au moins une fois (16% trois fois ou plus), ces fréquences ont diminué au cours de l'année suivant l'hospitalisation, 19% des patients ayant eu au moins une visite (3% trois ou plus). Pour tous les spécialistes, y compris les gastro-entérologues, 37% des patients ont eu trois consultations ou plus l'année précédente et 28% l'année suivante. Environ 10% des patients avaient consulté au moins une fois un psychiatre l'année précédant ou suivant l'année de référence.

Conclusion : Cette étude utilisant pour la première fois le SNDS pour l'évaluation de la consommation de soins de santé au cours du SII a mis en évidence la réalisation et la répétition probablement non utile d'un grand nombre de consultations et d'examens (radiologiques et biologiques), sans forte diminution de ces consommations de soins après l'hospitalisation index.

Cela pourrait s'expliquer en partie par la difficile relation patient-médecin qui peut augmenter la recherche de soins. Ces données plaident pour la diffusion des recommandations des sociétés savantes nationales auprès des médecins et le développement d'une éducation thérapeutique pour le SII dirigée vers les patients pour augmenter l'efficacité des dépenses de santé.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000083>

Etude TAGS : phase III évaluant l'association trifluridine/tipiracil versus placebo chez des patients atteints d'un cancer gastrique métastatique réfractaires aux traitements standards

A. Zaanan ⁽¹⁾, J. Tabernero ⁽²⁾, K. Shitara ⁽³⁾, M. Dvorkin ⁽⁴⁾, W. Mansoor ⁽⁵⁾, H.T.A. Arkenau ⁽⁶⁾, A. Prokharov ⁽⁶⁾, M. Alsina ⁽⁶⁾, M. Ghidini ⁽⁷⁾, C. Faustino ⁽⁸⁾, V. Gorbunova ⁽⁹⁾, E. Zhavrid K. Nishikawa ⁽¹⁰⁾, A. Hosokawa ⁽¹¹⁾, D. Ganea ⁽¹²⁾, S. Yalcin ⁽¹³⁾, K. Fujitani ⁽¹⁰⁾, G.D. Beretta ⁽¹⁴⁾, R. Winkler ⁽¹⁵⁾, L. Makris ⁽¹⁶⁾, T. Doi ⁽³⁾, D.H. Ilson ⁽¹⁷⁾

(1) Paris ; (2) Barcelone, ESPAGNE ; (3) Chiba, JAPON ; (4) Omsk, RUSSIE ; (5) Manchester, ANGLETERRE ; (6) Minskiy, RUSSIE ; (7) Crémone, ITALIE ; (8) Porto, PORTUGAL ; (9) Moscou, RUSSIE ; (10) Osaka, JAPON ; (11) Toyama, JAPON ; (12) Suceava, ROUMANIE ; (13) Ankara, TURQUIE ; (14) Bergame, ITALIE ; (15) Princeton, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (16) New Hope, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (17) New York, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE.

Introduction : L'association trifluridine/tipiracil (FTD/TPI), administrée par voie orale, approuvée chez les patients atteints d'un cancer colorectal métastatique réfractaire, a démontré une activité clinique prometteuse dans une étude japonaise de phase II sur le cancer gastrique réfractaire. L'étude TAGS (NCT02500043) vise à évaluer l'efficacité et la tolérance de l'association FTD/TPI chez des patients atteints de cancer gastrique métastatique lourdement pré-traités (CGm).

Patients et Méthodes : Cette étude de phase III a recruté des patients âgés de ≥ 18 ans avec : un CGm histologiquement confirmé, non résécable, comprenant un cancer de la jonction gastro-oesophagienne ; un statut ECOG PS (Eastern Cooperative Oncology Group performance status) de 0 ou 1 ; et au moins deux traitements chimiothérapeutiques antérieurs, comprenant des fluoropyrimidines, sels de platine, irinotecan et/ou taxane. Les patients ont été randomisés 2 : 1 pour recevoir l'association FTD/TPI (35 mg/m² deux fois par jour aux jours 1-5 et aux jours 8-12 de chaque cycle de 28 jours) plus les meilleurs soins de support, versus un placebo associé aux meilleurs soins de support. Les patients ont été stratifiés par région (Japon versus reste du monde), un ECOG PS (0 versus 1) et un traitement antérieur avec ou sans ramucicrumb.

Résultats : Entre le 24 février 2016 et le 5 janvier 2018, nous avons inclus de façon randomisée 507 patients pour recevoir FTD/TPI (n = 337) ou un placebo (n = 170). Les caractéristiques initiales des patients et de la maladie étaient bien équilibrées entre les 2 bras de traitement. A la date d'analyse (31 mars 2018), la médiane de survie globale était de 5,7 mois dans le groupe FTD/TPI et de 3,6 mois dans le groupe placebo (Hazard Ratio 0,69 ; intervalle de confiance 95 % [IC] 0,56, 0,85 ; p = 0,0003). Les taux de survie globale à 12 mois sont de 21,2 % dans le groupe FTD/TPI et de 13 % dans le groupe placebo. La médiane de survie sans progression est de 2 mois dans le groupe FTD/TPI et de 1,8 mois dans le groupe placebo (Hazard ratio 0,57 ; IC 95 % 0,47, 0,70 ; p < 0,0001). Les taux de survie sans progression à 4 et 6 mois sont respectivement de 26,8 % et 14,6 % dans le groupe FTD/TPI versus 7,7 % et 6,4 % dans le groupe placebo. Les événements indésirables de grade 3 ou plus sont identifiés chez 266 des 335 (79,4 %) patients traités par FTD/TPI, et 97 des 168 (57,7 %) patients qui ont reçu le placebo. Les anomalies hématologiques notables de grade 3/4 présentées par les patients traités par l'association FTD/TPI sont la leucopénie (21 %), la neutropénie (38,1 %), la lymphopénie (18,9 %) et l'anémie (18,6 %). Parmi les 38,1 % des patients ayant présenté une neutropénie de grade 3/4 avec FTD/TPI, six (1,8 %) ont eu une neutropénie fébrile. Aucun nouveau signal de toxicité n'a été observé.

Conclusion : Dans cette étude de phase III, les effets bénéfiques de la survie (diminution de 31 % du risque de décès associé à une amélioration de 2,1 mois de la survie médiane) ont démontré que l'association FTD/TPI est un traitement efficace pour les patients ayant un CGm lourdement pré-traités.

Pour consulter ce résumé en ligne :
<https://www.snfge.org/resumes-2019/000511>

Résultats finaux d'une cohorte prospective nationale d'adénocarcinome de l'intestin grêle

T. Aparicio ⁽¹⁾, J. Henriques ⁽²⁾, S. Manfredi ⁽³⁾, D. Tougeron ⁽⁴⁾, O. Bouché ⁽⁵⁾, D. Pezet ⁽⁶⁾, G. Piessen ⁽⁷⁾, R. Coriat ⁽¹⁾, A. Zaanan ⁽¹⁾, J.L. Legoux ⁽⁸⁾, E. Terrebbonne ⁽⁹⁾, M. Pocard ⁽¹⁾, J.M. Gornet ⁽¹⁾, T. Lecomte ⁽¹⁰⁾, C. Lombard-Bohas ⁽¹¹⁾, H. Perrier ⁽¹²⁾, C. Lecaille ⁽¹³⁾, S. Lavau-Denes ⁽¹⁴⁾, D. Vernerey ⁽²⁾, P. Afchain ⁽¹⁾

(1) Paris ; (2) Besançon ; (3) Dijon ; (4) Poitiers ; (5) Reims ; (6) Clermont-Ferrand ; (7) Lille ; (8) Orléans ; (9) Pessac ; (10) Tours ; (11) Lyon ; (12) Marseille ; (13) Bordeaux ; (14) Limoges.

Introduction : L'adénocarcinome de l'intestin grêle (AIG) est une tumeur rare pour laquelle il existe peu de données prospectives. L'objectif de notre cohorte prospective est de décrire les caractéristiques, la prise en charge et le pronostic des AIG chez des patients non sélectionnés à un niveau national.

Patients et Méthodes : Inclusion prospective des AIG diagnostiqués entre janvier 2009 et décembre 2012. Les tumeurs ampullaires étaient exclues. Le suivi a été recueilli sur 5 ans. Les analyses multivariées ont été réalisées en incluant les variables avec un p<0,1.

Résultats : 370 patients ont été inclus dans 74 centres, 23 patients ont été exclus de l'analyse en raison d'un diagnostic antérieur à 2009. Le nombre médian de patient inclus par centre était de 2 [1-32]. Il y avait 59% d'homme, l'âge médian était de 63 ans [23-90]. La tumeur primitive était localisée dans le duodénum (60,6%), jéjunum (20,7%), iléon (18,7%). La tumeur était bien différenciée (40,5%), moyennement différenciée (38,6%) ou peu différenciée (20,9%). Une maladie prédisposante a été notée chez 68 (19,7%) patients : maladie de Crohn n=30 (8,7%), syndrome de Lynch n=24 (6,9%), polyposse adénomateuse familiale n=6 (1,7%), maladie coeliaque n=6 (1,7%) et syndrome de Peutz-Jeghers n=2 (0,6%). Au diagnostic il y avait 122 (35,6%) patients métastatiques, 202 (58,2%) patients avaient un stade localisé et une résection de leur tumeur primitive et 19 (5,5%) une tumeur localement avancée non résécable toutes situées dans le duodénum. Le stade des tumeurs résecquées était 0-I chez 23 (6,4%), II chez 67 (19,5%) et III chez 99 (28,9%) patients. Une récurrence a été diagnostiquée chez 47/202 (23,3%) patients. Les AIG survenant dans un contexte de maladie de Crohn et le syndrome de Lynch étaient significativement associés à un âge jeune et une faible différenciation mais différaient pour la localisation du primitif (iléon dans 82,8% des maladies de Crohn mais 8,7% des syndromes de Lynch). Une chimiothérapie adjuvante a été prescrite chez 61,5% des patients ayant eu une résection de la tumeur primitive (46,3% des stades II et 84,6% des stades III). Le protocole de chimiothérapie était FOLFOX ou XELOX dans 90,7% des cas. Une chimiothérapie palliative a été prescrite dans 85,2% des cas de tumeur métastatiques, par FOLFOX ou XELOX dans 69,7% des cas. Avec un suivi médian de 54 mois, le taux de survie globale à 5 ans était de 87%, 78% et 55% pour les stades I, II et III respectivement et la survie médiane était de 12,7 mois pour les patients métastatiques. Chez les patients avec une tumeur résecquée les facteurs indépendants de mauvais pronostic étaient la faible différenciation (p=0,047) et une tumeur T4 (p=0,001). Il existait une tendance à une meilleure survie en cas de maladie prédisposante (HR 0,55 (IC95% 0,27-1,12). Chez les patients métastatiques le caractère synchrone des métastases et l'absence de chimiothérapie palliative étaient associés à une survie plus courte.

Conclusion : Le pronostic des AIG avancés reste mauvais sur une période récente. Une maladie prédisposante existe dans environ 20% des cas. Les caractéristiques tumorales varient en fonction de la maladie prédisposante ou de l'absence de maladie prédisposante. Le stade T et la différenciation tumorale sont des facteurs pronostiques pour la survie globale chez les patients avec une tumeur résecquée.

Remerciements : Financement : fondation ARCAD, promotion : GERCOR

Pour consulter ce résumé en ligne :
<https://www.snfge.org/resumes-2019/000488>

Impact pronostique de l'intensité de fixation en tomographie par émission de positons à la 18-fluoro-dihydroxyphénylalanine dans les tumeurs neuroendocrines métastatiques de l'intestin grêle

L. de Mestier⁽¹⁾, N. Deleval⁽¹⁾, O. Hentic⁽¹⁾, P. Lévy⁽¹⁾, J. Cros⁽¹⁾, V. Rebours⁽¹⁾, R. Lebtahi⁽¹⁾, P. Ruszniewski⁽¹⁾

(1) Clichy-la-Garenne.

Introduction : La tomographie par émission de positons (TEP) à la 18fluoro-dihydroxy-phénylalanine (FDOPA) a une excellente sensibilité pour l'identification des tumeurs neuroendocrines de l'intestin grêle (TNEG). Elle est couramment utilisée pour le bilan d'extension et la surveillance des TNEG. Son rôle pronostique n'a jamais été étudié.

Patients et Méthodes : Etude rétrospective de tous les patients consécutifs ayant eu une TEP-FDOPA dans deux hôpitaux français entre mars 2011 et juin 2018, pour le bilan d'extension ou au cours de la surveillance d'une TNEG métastatique prouvée histologiquement. Les examens de TEP-FDOPA étaient tous couplés à un scanner et réalisés selon le même protocole corps-entier. Critères d'inclusion : maladie métastatique visible en TEP-FDOPA. Des données épidémiologiques, tumorales et de survie étaient collectées.

Le caractère pathologique ou non des fixations de toutes les TEP-FDOPA était relu de façon centralisée avec confrontation aux imageries morphologiques (scanographie, IRM) en cas de doute. Toutes les TEP-FDOPA ont été accompagnées d'une mesure centralisée de l'avidité maximale (maximal standardized uptake value, [SUVmax]) tumorale et en foie sain. Le ratio SUVmax tumeur/foie sain (SUVmax T/F) était calculé pour chaque patient.

Le seuil de SUVmax T/F le plus discriminant pour l'impact pronostique était déterminé par courbe ROC. La survie globale (SG) était définie comme le délai entre la TEP-FDOPA et le décès ou la date des dernières nouvelles. Les courbes de survie étaient comparées avec la méthode du log-rank. L'impact pronostique des variables d'intérêt était étudié par un modèle de régression de Cox univarié, puis les variables non colinéaires ayant un $p < 0,2$ étaient incluses dans l'analyse multivariée.

Résultats : La population incluse était composée de 157 patients (hommes 53%), d'âge médian 65 ans (écart interquartile 25-75 [IQR] 59-72). Le délai médian entre le diagnostic initial et la TEP-FDOPA était de 40 mois. Le Ki67 médian était de 2% (IQR 1-6,5). Les TNEG étaient toutes bien différenciées et classées G1 dans 58%, G2 dans 41% et G3 dans 1% des cas. Le nombre médian de sites métastatiques était de 2 (IQR 1-3), 74% des patients avaient des métastases hépatiques bilobaires, 41% et 35% des patients avaient respectivement des métastases péritonéales et osseuses, et 41% des patients avaient un syndrome carcinoïde.

L'activité médiane injectée de FDOPA était de 2,2 MBq/kg (IQR 2-4) et le délai médian d'acquisition des images était de 68 minutes (IQR 59-76). Les localisations les plus fréquentes du foyer de plus forte avidité (SUVmax) étaient les métastases hépatiques (48%), les adénopathies mésentériques (15%), les adénopathies rétropéritonéales (14%) et les métastases osseuses (6%).

Au bout d'un suivi médian après la TEP-FDOPA de 22,4 mois (IQR 9,2-41,3), 22 patients étaient décédés. Un seuil de SUVmax T/F à 5,8 était le plus discriminant pour l'impact pronostique. La SG était significativement diminuée chez les patients ayant un SUV max T/F > 5,8 (65,7 mois vs. médiane non atteinte, $p=0,007$). Le taux de SG à 2 et 4 ans était respectivement de 100% chacun en cas de SUV max T/F ≤ 5,8, contre 91% et 67% en cas de SUV max T/F > 5,8.

Les variables indépendamment associées à un sur-risque de décès étaient la SUV max T/F > 5,8 (HR 8,09; IC 95% [1,04-63,13]; $p=0,046$) et l'âge > 65 ans (HR 2,95; IC 95% [1,18-7,38]; $p=0,021$), en analyse multivariée ajustée sur le Ki67 (HR 1,09; IC 95% [0,99-1,20]; $p=0,073$) et l'existence de >1 organe métastatique (HR 2,38; IC 95% [0,54-10,57]; $p=0,26$).

Conclusion : Il s'agit de la première étude à démontrer qu'une forte avidité en TEP-FDOPA (SUVmax T/F > 5,8) est un facteur indépendant de mauvais pronostic chez les patients atteints de TNEG métastatique.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000663>

Everolimus comme traitement après embolisation ou chimioembolisation de métastases hépatiques de tumeur endocrine digestive : étude de phase II FFCD 1104 -EVACEL-GTE

T. Walter⁽¹⁾, C. Lepage⁽²⁾, R. Coriat⁽³⁾, E. Barbier⁽²⁾, G. Cadiot⁽⁴⁾, F.X. Caroli-Bosc⁽⁵⁾, T. Aparicio⁽³⁾, K. Bouhier-Leporrier⁽⁶⁾, O. Hentic⁽⁷⁾, A.C. Dupont-Gossart⁽⁸⁾, M. Duluc⁽⁹⁾, C. Lepere⁽³⁾, T. Lecomte⁽¹⁰⁾, D. Smith⁽¹¹⁾, C. Petorin⁽¹²⁾, I. Iwanicki Caron⁽¹³⁾, M. Ducreux⁽¹⁴⁾, F. Gay⁽¹⁾, C. Lombard-Bohas⁽¹⁾, T. Debaere⁽¹⁴⁾

(1) Lyon ; (2) Dijon ; (3) Paris ; (4) Reims ; (5) Angers ;

(6) Caen ; (7) Clichy-la-Garenne ; (8) Besançon ;

(9) Marseille ; (10) Tours ; (11) Bordeaux ; (12) Clermont-

Ferrand ; (13) Rouen ; (14) Villejuif.

Introduction : La (chimio)-embolisation est indiquée dans le traitement des métastases hépatiques isolées ou prédominantes des tumeurs neuroendocrines (TNE-GI). L'embolisation hépatique augmente les niveaux de VEGF circulant. L'évérolimus, traitement systémique approuvé dans les TNE-GI, a un effet anti-angiogénique. Notre hypothèse est que l'évérolimus peut améliorer la survie sans progression hépatique (hSSP) post-embolisation.

Patients et Méthodes : EVACEL est une étude monobras de phase II multicentrique prospective chez des patients ayant des métastases hépatiques de TNE-GI de grade 1-2 prédominantes et progressives dans les 12 mois. L'évérolimus (10 mg/jour) était débuté dans les 7 jours suivant l'embolisation, dès que le grade maximum des toxicités hépatiques est redevenu de grade 1. Le critère principal était la hSSP à 24 mois (≥35% est suffisant pour démontrer une efficacité, 50% est attendu).

Résultats : Parmi les 74 patients inclus dans l'étude, 42% étaient des femmes, avec un âge médian de 66 ans (extrême: 43-86). La tumeur primitive était dans le jejuno-ileon pour 86% et de grade G1 (43%) ou G2 (57%). Le pourcentage d'envahissement hépatique médian était de 30% (extrême : 1-80) et 51% des pts avaient des métastases extra-hépatiques. Les pts étaient précédemment traités par analogues de la somatostatine pour 74% d'entre eux. Les pts ont eu 1 (n=19), 2 (n=54) ou 3 (n=1) embolisations, sans (n=21, 13 pts) ou avec chimiothérapie associée à l'embolisation (n=109, 61 pts). Soixante sept (90,5%) pts étaient éligibles pour la prise d'évérolimus. L'objectif sur le critère principal n'a pas été obtenu : 20 (30%) des 67 patients recevant l'évérolimus (et non 31) étaient en vie et sans progression à 24 mois post-embolisation. L'hSSP médiane (IC 95%) était de 18,5 (14,0-22,8) mois. Quarante (54%) et 30 (41%) pts ont eu une réponse objective (RECIST 1.1) et une maladie stable, respectivement (1 pt n'était pas évaluable). La survie sans progression médiane (IC 95%) et la survie globale médiane étaient de 16,9 (12,6-22,4) et 51,0 (32,9-60,3) mois, respectivement. Les toxicités de grade 3-4 les plus fréquentes (>5%) chez les patients ayant eu une embolisation et reçu de l'évérolimus (n=67) étaient une cytolysé hépatique (55%), une fatigue (19%), une diarrhée (16%), une anémie (12%), cutanées (9%), une hypertriglycéridémie (7,5%) et une mucite (6%).

Conclusion : L'évérolimus peut être administré après une embolisation. Les résultats de cette combinaison sont encourageants.

Clinical trial : NCT01678664 (clinicaltrials.gov)

Remerciements :

Novartis Pharma AG a subventionné l'étude

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000109>

CO.26

Gemcitabine plus nab-paclitaxel jusqu'à progression ou en traitement séquentiel avec du FOLFIRI.3 en 1^{ère} ligne de traitement de l'adénocarcinome du pancréas métastatique (APM) : une étude de phase II randomisée (PRODIGE 37-FIRGEMAX)

J. Taïeb ⁽¹⁾, Y. Rinaldi ⁽²⁾, A.L. Pointet ⁽¹⁾, E. Barbier ⁽³⁾, F. Khemissa Akouz ⁽⁴⁾, A. Grate ⁽⁵⁾, L. Miglianico ⁽⁶⁾, H. Mineur Laharie ⁽⁷⁾, K. Bouhier-Leporrier ⁽⁸⁾, F. Ghiringhelli ⁽⁹⁾, A. Thiriot-Bidault ⁽⁹⁾, R. Coriat ⁽¹⁾, E. Terreboune ⁽¹⁰⁾, M.C. Gouttebel ⁽¹¹⁾, D. Malka ⁽¹²⁾, C. Lepage ⁽³⁾, J.B. Bachet ⁽¹⁾

(1) Paris ; (2) Marseille ; (3) Dijon ; (4) Perpignan ; (5) Toulouse ; (6) Saint-Gregoire ; (7) Bordeaux ; (8) Caen ; (9) Antony ; (10) Pessac ; (11) Romans-sur-Isère ; (12) Villejuif.

Introduction : La chimiothérapie est efficace dans les APM mais nous avons besoin de nouvelles approches afin d'améliorer la survie des patients (pts) et leur qualité de vie. Nous avons précédemment publié les résultats d'une stratégie de traitement séquentiel par gemcitabine suivie d'un FOLFIRI intensifié(1) montrant une bonne efficacité et une bonne tolérance. Dans PRODIGE 37, cette séquence a été répétée mais en remplaçant la gemcitabine par le nouveau standard de 1ère ligne: Gemcitabine + nab-paclitaxel (G+A) (2).

Patients et Méthodes : Nous avons randomisé des pts naïfs de tout traitement, atteints d'APM, et ayant une bilirubine<1.5 LNS et un PS entre 0 et 2 afin qu'ils reçoivent soit en alternance G+A (MPACTJ2 (2 mois [mo]) et FOLFIRI.3 (FIRGEM)1 (2 mo; Bras A) soit G+A seul (Bras B). L'objectif principal était d'obtenir un taux de survie sans progression à 6 mois (SSP) de plus de 40% (H0) en espérant 60% (H1; méthode binomiale-exacte; 124 pts requis). Les analyses ont été faites sur les populations pré-planifiées ITT modifiée (mITT, pts qui ont reçu au moins une dose de traitement) et per-protocole (PP, pts ayant eu au moins 2 mo de traitement et donc atteignant l'alternance pour le bras A).

Résultats : Entre Novembre 2015 et Novembre 2016, 127 pts ont été randomisés. L'âge moyen était de 64 ans (étendue:38-76), PS était 0/1/2 chez 37/51/12%, il n'y avait pas de différence entre les bras pour les caractéristiques à l'inclusion. Les toxicités de grade 3-4 par pt (%) étaient (bras A/B): diarrhée (13/2), nausée/vomissement (9/2), neutropénie (42/31), neutropénie fébrile (2/0), toxicité cutanée (5/14) et neuropathie périphérique (13/20). Aucun décès toxique n'est survenu. Le taux de réponse objective (meilleure réponse) (mITT) était A: 40% (IC95%, 28-54) et B: 25% (IC95%, 15-38). Le taux de SSP à 6 mois était A: 45% et B: 23% en mITT (n=122; HR: 0.70; IC95%, 0.48-1.03) et A: 60% et B: 30% en PP (n=90; HR: 0.57; IC95%, 0.36-0.90). La médiane de survie globale (PP) était A: 15.8 et B: 12.4 mo (HR: 0.66. IC95%, 0.37-1.16).

Conclusion : La stratégie FIRGEMAX avec G+A suivi du FOLFIRI.3 tous les 2 mo apparaît comme faisable et efficace, avec des toxicités contrôlables et une diminution des neurotoxicités, chez les pts avec APM capables de recevoir 2 mo de traitement.

Remerciements : Cette étude a été sponsorisée par la FFCD et le groupe PRODIGE et a reçu le support financier de Celgene®

Références Bibliographiques : Von Hoff and al. Increased survival in pancreatic cancer with nab-paclitaxel plus gemcitabine. N Engl J Med. 2013 Oct 31;369(18):1691-703

Touilloud and al. ixed-dose rate gemcitabine alone or alternating with FOLFIRI.3 (irinotecan, leucovorin and fluorouracil) in the first-line treatment of patients with metastatic pancreatic adenocarcinoma: an AGE0 randomised phase II study (FIRGEM). Eur J Cancer. 2014 Dec;50(18):3116-24

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000108>

CO.27

Stratification des adénocarcinomes canaux du pancréas basée sur les caractéristiques de la tumeur et du micro-environnement

F. Puleo ⁽¹⁾, R. Nicolle ⁽²⁾, Y. Blum ⁽²⁾, J. Cros ⁽³⁾, P. Demetter ⁽¹⁾, E. Quertinmont ⁽¹⁾, M. Svrcek ⁽²⁾, J. Iovanna ⁽⁴⁾, D. Franchimont ⁽¹⁾, L. Verset ⁽¹⁾, M. Gomez Galdon ⁽¹⁾, J. Devière ⁽¹⁾, A. de Reyniès ⁽²⁾, P. Laurent-Puig ⁽²⁾, J. Van Laethem ⁽¹⁾, R. Marechal ⁽¹⁾, J.B. Bachet ⁽²⁾

(1) Bruxelles, BELGIQUE ; (2) Paris ; (3) Clichy-la-Garenne ; (4) Marseille.

Introduction : Des études transcriptomiques ont révélé l'existence de différents sous-types d'adénocarcinome canalaire pancréatique (ACP) mais il n'existe pas à ce jour de classification consensuelle. Il est difficile d'obtenir des tissus de haute qualité et fraîchement congelés pour l'analyse des transcriptomes en routine clinique. Nous avons cherché à redéfinir les sous-types d'ACP en utilisant des échantillons fixés au formol et inclus en paraffine (FFPE), en vue d'une future utilisation en recherche clinique.

Patients et Méthodes : Des échantillons FFPE d'ACP de 309 patients consécutifs opérés de septembre 1996 à décembre 2010 dans 4 hôpitaux universitaires ont été inclus. L'ADN et l'ARN ont été isolés. Des analyses du transcriptome, un séquençage ciblé de l'ADN et des analyses immunohistochimiques ont été réalisés pour chaque échantillon. Nous avons utilisé une analyse en composantes indépendantes pour identifier les profils de transcriptome normal, tumoral et du microenvironnement. Nous avons utilisé un système de classification à partir d'une analyse non supervisée utilisant une approche de regroupement par consensus de notre ensemble de données après élimination des composants de contamination normaux. Nous avons associé les sous-types à la survie globale et à la survie sans maladie des patients en utilisant la régression des risques proportionnels de Cox avec une estimation des hazard ratio et des IC à 95%. Nous avons utilisé les ensembles de données PDA du Cancer Genome Consortium (TCGA) et du International Cancer Genome Consortium (ICGC) comme cohortes de validation.

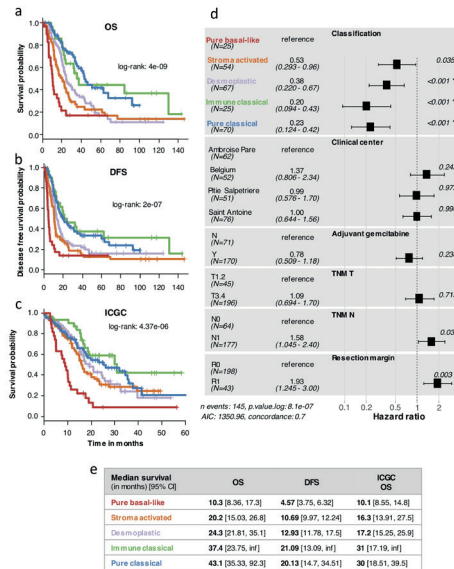
Résultats : Deux sous-types spécifiques du compartiment tumoral, "basal" et "classical", ont été identifiés. Sur la base d'une analyse combinée de l'expression génique de la composante tumoral et du microenvironnement, 5 sous-types ont été mis en évidence : "Pure Basal", "Stroma Activated", "Desmoplastic", "Pure Classical" et "Immune Classical". Les sous-types avaient une valeur pronostique: survies globales médianes étaient de 10,3 mois pour le "Pure Basal", 43,1 et 37,4 mois pour les "Pure Classical" et "Immune Classical", et 20,2 mois pour le sous-type "Stroma Activated" (test du log-rank basé sur Stroma activé versus Basal p = 0,018). La valeur pronostique était retrouvée en analyse univariée et multivariée. Ces différences de survie selon les sous-types ont été validées à partir des données d'ACP disponibles (ICGC et TCGA). Nous avons également observé que le sous-type exocrine précédemment décrit était une contamination par les cellules provenant du tissu pancréatique normal.

Conclusion : Nous proposons un système de classification basé sur l'analyse de l'expression génique d'échantillons FFPE d'ACP combinant analyse tumorale et du microenvironnement. Ce système pourrait être utilisé pour le développement de nouvelles thérapies ciblées et estimer le pronostic des patients.

Remerciements : Ce travail fait partie du programme «Cartes d'identité des tumeurs (CIT)» financé et développé par la Ligue nationale contre le cancer (<http://cit.ligue-cancer.net>). L'étude a été financée par Action 29 du Plan national Cancer Belgique, Fonds de dotation Patrick de Brou de Laurière et Fondation Aide et Recherche en Cancérologie Digestive (ARCAD).

Figure: Valeur pronostique de la classification de la tumeur en 5 sous-types.

a: Courbes de survie globale (OS), n=288 patients. b: Courbes de survie sans récurrence (DFS) n=288 patients. c: Courbe de survie globale dans le jeu de données ICGC, n=267 patients. d: Analyse de survie multivariée pour la classification, n=241 patients. e: Survie médiane en mois avec des intervalles de confiance de 95% pour chacune des analyses de survie univariée (a, b et c).



Pour consulter ce résumé en ligne :
<https://www.snfge.org/resumes-2019/000546>

CO.28

FOLFIRINOX jusqu'à progression, FOLFIRINOX avec traitement d'entretien, ou traitement séquentiel avec de la gemcitabine et du FOLFIRI.3 pour le traitement de 1^{ère} ligne du cancer du pancréas métastatique : phase II randomisée (PRODIGE 35-PANOPTIMOX)

L. Dahan ⁽¹⁾, J.M. Phelip ⁽²⁾, K. Le Malicot ⁽³⁾, N. Williet ⁽⁴⁾, J. Desrame ⁽⁵⁾, J. Volet ⁽⁶⁾, C. Petorin ⁽⁷⁾, D. Malka ⁽⁸⁾, C. Rebischung ⁽⁹⁾, T. Aparicio ⁽¹⁰⁾, C. Lecaille ⁽¹¹⁾, Y. Rinaldi ⁽¹¹⁾, A. Turpin ⁽¹²⁾, A.L. Bignon ⁽¹³⁾, J.B. Bachet ⁽¹⁰⁾, J.F. Seitz ⁽¹⁾, E. François ⁽¹⁴⁾, C. Lepage ⁽³⁾

(1) Marseille ; (2) Saint-Priest-en-Jarez ; (3) Dijon ; (4) Saint-Étienne ; (5) Lyon ; (6) Reims ; (7) Clermont-Ferrand ; (8) Villejuif ; (9) Grenoble ; (10) Paris ; (11) Bordeaux ; (12) Lille ; (13) Caen ; (14) Nice.

Introduction : Le cancer du pancréas métastatique (mPC) a un pronostic sombre avec une survie globale à 5 ans <5%. Nous avons démontré dans une précédente phase III randomisée (PRODIGE 4-ACCORD11)¹ la supériorité d'une chimiothérapie par FOLFIRINOX pendant 6 mois (mo) sur la gemcitabine en terme de survie sans progression (SSP) (6.4 vs. 3.3 mo); HR: 0.47; IC95%: 0.37-0.59; p<0.001) et de survie globale (SG) (11.1 vs. 6.8 mo; HR: 0.57; IC95%: 0.45-0.73; p<0.001), au dépend d'une sur-toxicité, notamment des neuropathies périphériques liées à l'oxaliplatine. Notre étude évalue dans une phase II randomisée deux stratégies : la maintenance par 5FU et un traitement séquentiel par Fircem.

Patients et Méthodes : Les patients (pts) ont été randomisés pour recevoir soit 6 mo de FOLFIRINOX (bras A), 4 mo de FOLFIRINOX suivi d'un entretien par LV5FU2 chez les pts contrôlés et une ré-introduction du FOLFIRINOX à progression (Bras B) ou un traitement séquentiel alternant gemcitabine et FOLFIRI.3 tous les 2 mo (Bras C). L'objectif principal était d'évaluer le taux de pts vivants et sans progression à 6 mo (H0: 30%; H1: 45%; Design de Fleming) de manière à sélectionner la meilleure stratégie de traitement pour un futur essai de phase III.

Résultats : Entre Jan 2015 et Nov 2016, 273 pts (âge moyen: 63 ans; étendue: 40-76) ont été randomisés (A: 91; B: 92; C: 90). La durée médiane de traitement était de 5.1, 6.2, et 4.4 mo pour les bras A, B, et C respectivement. Une neurotoxicité de grade 3/4 était apparue chez 10% des pts dans le bras A et 19% des pts du bras B. Le ratio médian d'oxaliplatine délivré était de 83% dans le bras A et 92% dans le bras B. Les taux de SSP à 6 mois étaient de 47% pour le bras A, 44% [IC90%: 35.10-53.12] pour le bras B concluant à l'efficacité, et 34% [IC90%: 25.72-43.29] pour le bras C. Le taux de réponse objective à 4 mo était respectivement de 35%, 41%, et 17%. La SSP médiane était respectivement de 6.3, 5.7 and 4.5 mo pour les bras A, B et C. La survie globale médiane était de 10.1 mois et 11.2 mois pour les bras A et B et 7.3 mois pour le bras C. A 18 mois 18.5% des patients du bras A était vivant contre 28% dans le bras B. Une analyse exploratoire montre une différence significative de survie entre le bras A et B.

Conclusion : L'entretien par LV5FU2 apparaît comme une stratégie faisable et efficace chez les pts atteint d'un mPC avec une maladie contrôlée après 4 mo d'induction par FOLFIRINOX. Le taux de neurotoxicités sévères était plus élevé dans le bras entretien, en raison d'une dose cumulée d'oxaliplatine plus importante. Le Fircem paraît inefficace dans notre étude.

Remerciements : Cette étude a été sponsorisée par la FFD et le Groupe PRODIGE

Références Bibliographiques : Conroy et al. FOLFIRINOX versus gemcitabine for metastatic pancreatic cancer. N Engl J Med. 2011 May 12;364(19):1817-25

Pour consulter ce résumé en ligne :
<https://www.snfge.org/resumes-2019/000130>

Etude observationnelle sur le parcours de soins des nouveaux patients atteints d'hépatite C : résultats de l'observatoire ANGH KIDEPIST

I. Rosa ⁽¹⁾, A.J. Rémy ⁽²⁾, J.P. Arpurt ⁽³⁾, R. Bader ⁽⁴⁾, A. Baron ⁽⁵⁾, F. Bourhis ⁽⁶⁾, S. Doumet ⁽⁷⁾, M.C. Foutrein ⁽⁸⁾, A. Garioud ⁽⁹⁾, H. Hamon ⁽¹⁰⁾, V. Jouannaud ⁽¹¹⁾, C. Koudougou ⁽¹²⁾, C. Renou ⁽¹³⁾, M.P. Ripault ⁽¹⁴⁾, F. Skinazi ⁽¹⁵⁾, M. Trompette ⁽¹⁶⁾, R.L. Vitte ⁽¹⁷⁾, D. Zanditenas ⁽¹⁸⁾, F. Maille ⁽¹⁵⁾, F. Ehrhard ⁽¹⁹⁾, L. Turner ⁽²⁰⁾

(1) Créteil ; (2) Perpignan ; (3) Avignon ; (4) Mulhouse ; (5) Evry ; (6) Chambéry ; (7) Villeneuve-Saint-Georges ; (8) Arras ; (9) Creil ; (10) Valence ; (11) Montfermeil ; (12) La Roche-sur-Yon ; (13) Hyères ; (14) Béziers ; (15) Paris ; (16) Jossigny ; (17) Poissy ; (18) Bry-sur-Marne ; (19) Lorient ; (20) Dourdan.

Introduction : Les nouveaux traitements du VHC permettent d'obtenir une guérison virologique dans plus de 95% des cas. L'accès universel au traitement décidé en France en mai 2016 et l'assouplissement des règles de présentation en RCP permettent actuellement de traiter tous les patients quelque soit le stade de fibrose, l'objectif fixé en France étant l'éradication virale en 2025. Pour arriver à ce but il est nécessaire de renforcer les actions de dépistage et de dépister les patients à risque mais également d'identifier tous les acteurs à mobiliser afin d'améliorer ce dépistage. Actuellement certaines populations à fort risque viral ont été parfaitement identifiées. Il s'agit des personnes incarcérées, des usagers de drogues, des HSH et des migrants. Des actions de dépistage spécifiques ont été ou vont être mises en place dans chacun de ces milieux : UCSA, CSAPA, PASS. En revanche il n'existe actuellement aucune donnée récente sur le nombre de patients dépistés en « population générale » ni sur le rôle des médecins généralistes dans le dépistage.

L'objectif principal de cette étude observationnelle est de décrire le parcours de soins actuel des patients atteints du virus de l'hépatite C et de décrire quels sont les professionnels de santé qui dépistent.

Les objectifs secondaires de cette étude observationnelle sont de décrire la typologie de patient atteints d'hépatite C en 2017 : Facteurs de risques, comorbidités, raisons du dépistage et stade de fibrose.

Patients et Méthodes : L'observatoire s'est déroulé dans 35 centres de l'ANGH de septembre 2017 à septembre 2018. Tous les patients âgés de plus de 18 ans consultant pour la première fois en hépatologie pour une hépatite chronique C ayant une PCR VHC positive étaient inclus. Les patients suivis auparavant mais perdus de vue réadressés en consultation pouvaient être inclus.

Résultats : 504 patients ont été inclus dans 25 centres. Il s'agissait dans 63% d'hommes, d'âge moyen 54 ans. Concomitamment pour cent des patients avaient une comorbidité (DNID, syndrome métabolique, ATCD cardiovasculaire). Le dépistage était réalisé en raison d'anomalies biologiques ou cliniques, d'atcd de toxicomanie, de transfusion, d'incarcération, ou migrants dans respectivement 24%, 33%, 4%, 4% et 8% des cas.

Le dépistage était réalisé dans 40,6% par le médecin généraliste, dans 23% par un médecin spécialiste, dans 13% par les CSAPA/CARRUD, dans le milieu carcéral dans 3% et dans les services de psychiatrie dans 0,6% des cas. Il s'agissait d'une reprise de suivi pour 114 patients et 56 avaient déjà été traités auparavant. A noter que 8% des patients ont repris contact d'eux même avec l'hépatologue après un arrêt de suivi. Le stade de fibrose était F3F4 pour 33% des patients, F2 pour 24% et F0F1 pour 42% d'entre eux. 43% de cette population était considérée précaire : AME, CMU, SDF dans respectivement 7, 31 et 5% des cas. La recherche de facteurs de risque après le dépistage montrait qu'il existait un antécédent de toxicomanie dans 58% des cas versus 33% déclaré avant le dépistage. Les résultats seront réactualisés pour mars 2019.

Conclusion : Le médecin généraliste est le premier acteur dans le dépistage et l'adressage des patients pour une hépatite C. Ce dépistage est réalisé en raison d'anomalies

cliniques ou biologiques dans 25% des cas et en raison de l'existence de facteurs de risque dans 46% des cas. Les patients vus en consultation en 2017-2018 ont un antécédent de toxicomanie dans 60% des cas. Un tiers d'entre eux a une fibrose sévère et 50% ont des comorbidités. Ces patients ne relèvent pas majoritairement d'un parcours simplifié mais d'une prise en charge multidisciplinaire. L'implication des médecins généralistes dans le dépistage doit être poursuivie en parallèle du dépistage des populations à risque.

Remerciements : Remerciements aux laboratoires Gilead pour le financement de l'étude

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000218>

Rôle du microenvironnement stromal dans l'inflammation et la pathogénèse des fistules digestives sur un modèle de fistule colo-cutanée murin

G. Perrod ⁽¹⁾, G. Rahmi ⁽¹⁾, O. Clement ⁽¹⁾, C. Cellier ⁽¹⁾, L. Peduto ⁽¹⁾

(1) Paris.

Introduction : Notre connaissance actuelle des mécanismes inflammatoires et cicatriciels mis en jeu dans le développement des trajets fistuleux Crohniens est limitée. Les cellules profibrotiques stromales ont été décrites comme une population importante se développant le long des trajets fistuleux, témoignant de leur implication dans la pathogénèse fistuleuse (1). Basé sur un modèle de souris transgénique permettant le traçage génétique et la déplétion d'une population cellulaire stromale profibrotique exprimant transitoirement ADAM12 (2), notre travail a pour but d'identifier le rôle du microenvironnement stromale dans les mécanismes inflammatoires et la pathogénèse des fistules digestives.

Matériels et méthodes : Dans cette étude, nous avons évalué le rôle des cellules ADAM12 et leur progénie en utilisant trois modèles de souris BAC transgéniques développés par notre équipe. Ces modèles expriment des gènes reporter ou déléter sous le contrôle du locus ADAM12. Les deux premiers modèles permettent de visualiser par immunofluorescence les cellules exprimant ADAM12 (M12-GFP) et leur progénie (M12tTA/LC1/YFP). Le troisième modèle (M12-tTA) permet leur déplétion sélective par injection de toxine diphthérique. La fistule colo-cutanée était réalisée selon le modèle chirurgical décrit par Bültmann et al.(3), correspondant à la fixation à la peau du caecum après sa tunnélisation dans l'espace sous cutané sur un trajet centimétrique.

En utilisant ces différents modèles génétiques, nous avons cherché à identifier la présence de ces cellules au sein des trajets fistuleux. Dans un deuxième temps nous avons évalué l'impact clinique et biologique de leur déplétion à différents temps post opératoires.

Résultats : L'analyse du trajet fistuleux par immunofluorescence a confirmé l'activation de cette population cellulaire au sein du trajet fistuleux. Les cellules ADAM12 étaient identifiées à J4 et localisées à proximité des vaisseaux de la couche digestive séreuse et de l'hypoderme. A J8, une expansion marquée de la progénie était visualisée à proximité de l'orifice fistuleux, au niveau des couches digestives sous muqueuse, musculuse et séreuse. Pour l'évaluation de l'impact lié à la déplétion, un total de 35 souris B6 males âgées de 25 semaines ont été opérées, dont 20 souris M12-tTA et 15 contrôles. Une déplétion précoce (J3-J7) était associée à une fermeture de l'orifice de fistule chez 5 (25%) souris dans le groupe M12-tTA contre 0 (0%) dans le groupe contrôle ($p=0.05$). Après exclusion des orifices fermés, la déplétion était associée à une rétraction de l'orifice plus importante dans le groupe déplété 1,3 (± 0.3) que dans le groupe contrôle 1,5 (± 0.4) ($p>0.05$). Il n'y avait pas de différence significative pour la variation de poids entre les 2 groupes. A l'échelle biologique, la déplétion était associée à une légère augmentation des cytokines anti-inflammatoires (IL-10, TGF β 1) et du facteur de croissance VEGF α .

Conclusion : Cette étude préliminaire confirme la présence d'une population cellulaire stromale d'origine péri vasculaire comme un des acteurs majeurs dans la pathogénèse des fistules digestives. Leur déplétion sélective était responsable d'une meilleure cicatrisation, aboutissant à la fermeture de certains orifices. Ces travaux prometteurs doivent être poursuivis pour permettre une meilleure compréhension des mécanismes impliqués, notamment à l'échelle cellulaire et moléculaire.

Remerciements : Nous remercions l'Institut Pasteur et l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris pour leur support institutionnel et la bourse SFED-MSD qui a participé au financement de ces travaux

Références Bibliographiques : 3.Bültmann, O., Philipp, C., Ladeburg, M. & Berlien, H. P. Creation of a caecostoma in mice as a model of an enterocutaneous fistula. Res. Exp. Med. Z. Für Gesamte Exp. Med. Einschl. Exp. Chir. 198, 215–228 (1998).

2.Dulauroy, S., Di Carlo, S. E., Langa, F., Eberl, G. & Peduto, L. Lineage tracing and genetic ablation of ADAM12(+) perivascular cells identify a major source of profibrotic cells during acute tissue injury. Nat. Med. 18, 1262–1270 (2012).

1.Panés, J. & Rimola, J. Perianal fistulizing Crohn's disease: pathogenesis, diagnosis and therapy. Nat. Rev. Gastroenterol. Hepatol. 14, 652–664 (2017).

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000974>

Analyse des comptes-rendus de coloscopie établis sur une année dans le cadre du programme de dépistage organisé du cancer colorectal dans un département français

C. Noel ⁽¹⁾, J. Jézéquel ⁽¹⁾, F. Cholet ⁽¹⁾, F. Bommelaère ⁽¹⁾, S. Bouzeloc ⁽¹⁾, M. Cariou ⁽¹⁾, J.B. Nousbaum ⁽¹⁾, M. Robaszekiewicz ⁽¹⁾
(1) Brest.

Introduction : En 2018, sous l'égide du CNP-HGE un groupe de travail piloté par la SFED a défini les critères de qualité de la coloscopie transposables aux pratiques professionnelles françaises. Ces critères, basés sur les recommandations de l'ESGE, sont répartis dans 7 domaines : les critères pré-procédure, le caractère complet de la coloscopie, l'identification des lésions coliques et leur prise en charge, les complications, le vécu du patient et les critères post-procédure (1). Certains éléments doivent obligatoirement figurer dans le compte rendu (CR) de coloscopie afin de permettre une évaluation des pratiques : ce sont la qualité de la préparation colique, les informations relatives à l'anesthésie, le taux d'atteinte caecale, la description détaillée des lésions et de la technique de résection et la survenue de complications et leur prise en charge. Ces éléments permettent de juger de la qualité d'une coloscopie et d'extraire des indicateurs tels que le taux de détection des adénomes.

Le but de cette étude était de réaliser une analyse qualitative des CR de coloscopie rédigés à l'issue d'un examen réalisé pour un test immunologique positif dans le cadre de la campagne de dépistage organisé du cancer colorectal (DOCCR) menée dans un département français pendant l'année 2016.

Matériels et méthodes : Tous les CR de coloscopie transmis à la structure chargée du DOCCR de ce département ont été revus. Les données analysées étaient l'identité du patient et du médecin correspondant, les données relatives à l'indication de l'examen et aux antécédents pertinents du patient, le matériel utilisé, les données relatives à l'anesthésie, le type et la qualité de la préparation colique, la description des segments coliques explorés, le temps de retrait du coloscope, la description des gestes complémentaires à visée diagnostique (chromoscopie), le nombre de lésions, l'analyse descriptive de la lésion la plus volumineuse (site, taille, macroscopie, classification de Paris et de Kudo), la technique et le matériel utilisés pour la résection des polypes, la description de complications et leur prise en charge, la conclusion du compte rendu et l'existence de recommandations pour la surveillance ultérieure, la présence d'images annexées au compte rendu.

Résultats : 1401 CR ont été analysés : 1135 coloscopies ont été réalisées par des gastroentérologues libéraux et 266 par des gastroentérologues hospitaliers. L'identité du patient était présente dans tous les CR. Le nom du médecin correspondant était renseigné dans 58,5 % des cas. Le motif d'examen figurait dans 99,6 % des CR et des antécédents pertinents étaient mentionnés dans 15,7 % des cas. 14,6 % des CR ne contenaient pas de données relatives à l'anesthésie. Le type de préparation était indiqué dans 51,1 % des cas. Des données relatives à la qualité de la préparation étaient présentes dans 90,6 % des CR, mais la classification de Boston n'était utilisée que dans 35,0 % des cas. Le segment colique le plus proximal atteint était mentionné dans 99,0 % des cas ; 95,0 % des coloscopies étaient complètes. Le temps de retrait du coloscope était indiqué dans 12,0 % des cas. 947 compte rendus décrivaient au moins une lésion colique. Le nombre et le site des lésions détectées étaient renseignés dans 98,9 % et 95,3 % des cas. La taille estimée des lésions figurait dans 84,3 % des CR. L'aspect macroscopique des lésions était décrit dans 76,4 % des CR ; les classifications de Paris et de Kudo, n'étaient utilisées que dans respectivement 7,4 % et 1,2 % des cas. Les modalités d'exérèse des polypes étaient décrites dans 84,8 % des cas. Le matériel utilisé pour l'exérèse était mentionné dans 70,5 % des CR. Aucun CR ne rapportait la survenue de complications au cours de la coloscopie. Des recommandations pour une surveillance coloscopique ultérieure figuraient dans 36,4 % des CR. Une iconographie était associée à 9,6 % des CR. 64,2 % des CR présentaient au moins 4 des 5 critères majeurs devant figurer

dans le CR. La complétude des critères majeurs n'était pas différente selon le mode d'exercice des gastroentérologues.

Conclusion : Un tiers des CR de coloscopie réalisées dans le cadre d'une campagne de DOCCR ne répondent pas aux critères de qualité requis et sont perfectibles. Dans une dynamique globale d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, la diffusion de recommandations pour l'utilisation de CR de coloscopie standardisés et informatisés et l'évaluation des pratiques professionnelles sont essentielles.

Références Bibliographiques : (1) Kaminski MF et al. Endoscopy 2017; 49: 378-97

Pour consulter ce résumé en ligne :
<https://www.snfge.org/resumes-2019/000418>

Tolérance et efficacité d'ustekinumab en traitement d'induction dans la rectocolite hémorragique (RCH) modérée à sévère : résultats de l'essai de phase 3 UNIFI

X. Roblin ⁽¹⁾, B. Sands ⁽²⁾, L. Peyrin-Biroulet ⁽³⁾, W. Sandborn ⁽⁴⁾, R. Panaccione ⁽⁵⁾, C. O'Brien ⁽⁶⁾, H. Zhang ⁽⁶⁾, J. Calhans ⁽⁶⁾, G. Van Assche ⁽⁷⁾, S. Danese ⁽⁸⁾, S. Targan ⁽⁹⁾, M. Abreu ⁽¹⁰⁾, T. Hisamatsu ⁽¹¹⁾, P. Szapary ⁽⁵⁾, C. Marano ⁽⁵⁾

(1) Saint-Etienne; (2) New York, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE; (3) Nancy; (4) San Diego, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE; (5) Calgary, CANADA; (6) Spring House, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE; (7) Louvain, BELGIQUE; (8) Milan, ITALIE; (9) Los Angeles, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE; (10) Miami, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE; (11) Tokyo, JAPON.

Introduction : Evaluer la sécurité et l'efficacité d'ustekinumab (UST) par voie intraveineuse (IV) en traitement d'induction chez des patients atteints de RCH active modérée à sévère qui présentent une réponse insuffisante ou une intolérance à un traitement conventionnel (corticoides, immunomodulateurs) ou à des traitements biologiques (1 ou plusieurs anti-TNF ou vedolizumab).

Patients et Méthodes : UNIFI était une étude de phase 3 randomisée, en double-aveugle, contrôlée versus placebo dans laquelle les patients étaient randomisés 1:1:1 à la semaine (S)0 pour recevoir en induction une dose unique par voie IV UST 130 mg ou une dose calculée en fonction du poids équivalente à ~6 mg/kg : 260 mg [Poids ≤ 55 kg], 390 mg [55 < poids ≤ 85 kg], ou 520 mg [Poids >85 kg] ou placebo (PBO). A S8, la rémission clinique, cicatrisation endoscopique, réponse clinique, variation du score IBDQ (Inflammatory Bowel Disease Questionnaire) par rapport aux valeurs initiales et la cicatrisation de la muqueuse (critère incluant la cicatrisation endoscopique et la cicatrisation histologique) étaient évalués.

Résultats : 961 patients, dont ~50 % en échec d'une biothérapie, ont été randomisés et inclus dans la population de l'analyse principale ; 941 patients (98%) ont atteint S8. Les données démographiques, les caractéristiques de la maladie et ses traitements concomitants (Tables 1 & 2) étaient généralement similaires entre les groupes de traitement. Une proportion significativement plus élevée de patients (p<0.001) recevant UST IV 130 mg et 6 mg/kg a atteint la rémission clinique, la cicatrisation endoscopique, la réponse clinique et la cicatrisation de la muqueuse à S8. Une amélioration significative du score IBDQ par rapport à l'inclusion a été observée (Table 3) comparé au PBO. Une diminution significative (p<0,05) des taux médians des marqueurs fécaux (calprotectine et lactoferrine) a aussi été observée à S8. Le nombre d'événements indésirables (EI) reporté, respectivement dans les bras UST IV 130 mg, 6mg/kg et placebo, a été similaire entre les groupes (41,4%, 50,0% et 48,0%). De la même façon pour les événements indésirables graves (3,7%, 3,1%, et 6,6%), des infections (15,9%, 15,3% et 15,0%), des infections sérieuses (0,6%, 0,3% et 1,3%). Aucun cas de cancer, d'infection opportuniste ou de tuberculose n'a été rapporté jusqu'à S8. Un décès par hémorragie par rupture des varices œsophagiennes a été rapporté pour un patient sans histoire connue de cirrhose dans le bras UST ~6mg/kg avant S8.

Conclusion : Une dose unique UST en IV a permis une amélioration significative clinique, endoscopique et de la qualité de vie à S8 comparé au PBO des patients atteints de RCH modérée à sévère en échec à un traitement conventionnel ou à un traitement biologique. Le traitement a été bien toléré au cours de la période d'induction.

Table 1. Caractéristiques des patients à la visite d'inclusion

	PBO IV	UST IV 130 mg	UST IV ~6mg/kg
Durée de la maladie n (années)			
N	319	320	322
Médiane	5.97	5.90	6.03
IQR	(2.71, 11.30)	(2.84, 11.41)	(2.68, 11.07)
Extension de la maladie			
N	316	318	320
Limitée au colon gauche	167 (52.9%)	183 (57.6%)	166 (52.0%)
Étendue	149 (47.2%)	135 (42.5%)	152 (47.5%)
Score Mayo (0-12)			
N	319	320	321
Médiane	9.0	9.0	9.0
IQR	(8.0, 10.0)	(8.0, 10.0)	(8.0, 10.0)
Sévérité de la RCH			
N	319	320	321
Modérée (Score Mayo ≥6 et ≤10)	263 (82.5%)	271 (84.7%)	276 (86.0%)
Sévère (Score Mayo >10)	54 (17.2%)	48 (15.0%)	45 (14.0%)
Manifestations Extra-intestinales			
N	319	320	322
Présente	84 (26.3%)	80 (28.1%)	97 (30.1%)
Absente	235 (73.7%)	239 (71.9%)	225 (69.9%)
Echec d'un traitement biologique			
N	319	320	322
Oui	161 (50.5%)	164 (51.3%)	166 (51.6%)
Non	158 (49.5%)	156 (48.6%)	156 (48.4%)
CRP (mg/L)			
N	316	315	320
Médiane	4.7	4.5	4.8
IQR	(1.4, 10.0)	(1.6, 9.9)	(1.8, 13.7)
Lactoferrine Fécale (µg/g)			
N	294	302	306
Médiane	152.0	190.1	226.9
IQR	(49.8, 373.1)	(67.0, 418.3)	(86.2, 462.0)
Calprotectine Fécale (mg/kg)			
N	289	296	300
Médiane	1274.0	1387.0	1506.5

Table 2. Traitements concomitants pour la RCH à la visite d'inclusion et l'historique médical

	PBO IV	UST IV 130 mg	UST IV ~6mg/kg
Nombre de patients randomisés	319	320	322
Traitements concomitants à l'inclusion			
Patients sous traitement pour leur RCH (%)	283 (88.7%)	290 (90.6%)	294 (91.3%)
Patients sous corticostéroïdes (%)	157 (49.2%)	173 (54.1%)	168 (52.2%)
Patients sous immunosuppresseurs (%)	89 (27.9%)	93 (29.1%)	89 (27.6%)
Patients sous immunosuppresseurs (%)	207 (64.9%)	215 (67.2%)	238 (73.9%)
Historique médical			
Patients sans historique d'échec à une biothérapie* (%)	158 (49.5%)	156 (48.8%)	156 (48.4%)
Naïf de biothérapie	151 (47.3%)	145 (45.3%)	147 (45.7%)
Non naïf de biothérapie, pas d'échec	7 (2.2%)	11 (3.4%)	9 (2.8%)
Patients en échec d'une biothérapie* (%)	161 (50.5%)	164 (51.3%)	166 (51.6%)
Un anti-TNF (vedolizumab exclu)	112 (35.1%)	107 (33.4%)	106 (32.9%)
Au moins un anti-TNF (excluant vedolizumab)	159 (49.8%)	162 (50.6%)	164 (50.9%)
Tout anti-TNF et vedolizumab	47 (14.7%)	55 (17.2%)	58 (18.0%)
Vedolizumab	49 (15.4%)	57 (17.8%)	60 (18.6%)

*Non réponse primaire, non réponse secondaire ou intolérance

Table 3. Critères principaux et autres critères à S8

	PBO IV	UST IV 130 mg	UST IV ~6mg/kg
Nombre de patients randomisés	319	320	322
Patients en rémission clinique* (%)	17 (5.3%)	50 (15.6%)*	50 (15.5%)*
Patients en cicatrisation endoscopique* (%)	44 (13.8%)	84 (26.3%)*	87 (27.0%)*
Patients en réponse clinique* (%)	100 (31.3%)	164 (51.3%)*	199 (61.8%)*
Changement du score IBDQ depuis l'inclusion			
N	317	316	321
Médiane	10.0	31.5	31.0
IQR	(-2.0, 34.0)	(7.5, 53.5)*	(11.0, 56.0)*
Cicatrisation de la muqueuse [‡]			
N	316	316	315
Patients avec cicatrisation de la muqueuse (%)	28 (8.9%)	64 (20.3%)*	58 (18.4%)*

*Mayo score ≤2 points, sans sous score >1

†Sous-score endoscopique de Mayo de 0 ou 1

‡Une diminution du score de Mayo de ≥30% et ≥3 points par rapport à la baseline, avec soit une diminution de score de saignement rectal 1 ou un sous-score de saignement de 0 ou 1

§Associant la cicatrisation endoscopique (sous-score endoscopique de Mayo de 0 ou 1) et la cicatrisation histologique (définie par 0-5 % de neutrophiles dans l'épithélium, pas de destruction des cryptes et absence d'érosions ou d'ulcérations ou de granulations).

*p<0.001

Pour consulter ce résumé en ligne :
<https://www.snfge.org/resumes-2019/000388>

La chimio-hyperthermie intra-péritonéale per-opératoire (CHIP) dans le traitement de la carcinose péritonéale d'origine colorectale : une étude multicentrique française de phase III randomisée, PRODIGE7

F. Quenet ⁽¹⁾, D. Elias ⁽²⁾, L. Roca ⁽¹⁾, D. Goéré ⁽²⁾, L. Ghouti ⁽³⁾, M. Pocard ⁽⁴⁾, O. Facy ⁽⁵⁾, C. Arvieux ⁽⁶⁾, G. Lorimier ⁽⁷⁾, D. Pezet ⁽⁸⁾, F. Marchal ⁽⁹⁾, V. Loi ⁽¹⁰⁾, P. Meeus ⁽¹⁰⁾, H. de Forges ⁽¹⁾, T. Stanbury ⁽⁴⁾, J. Paineau ⁽¹¹⁾, O. Glehen ⁽¹⁰⁾

(1) Montpellier ; (2) Villejuif ; (3) Toulouse ; (4) Paris ; (5) Dijon ; (6) Grenoble ; (7) Angers ; (8) Clermont-Ferrand ; (9) Nancy ; (10) Lyon ; (11) Nantes.

Introduction : Durant la dernière décennie, l'association d'une chirurgie de cytoréduction maximale et d'une chimio-hyperthermie intra péritonéale per-opératoire (CHIP) a permis d'améliorer fondamentalement la survie de patients sélectionnés porteurs de carcinose péritonéale d'origine colorectale. Prodiges7 est la première étude évaluant le rôle spécifique de la CHIP après chirurgie de cytoréduction dans le traitement de la carcinose péritonéale colorectale.

Patients et Méthodes : PRODIGE 7 est une étude multicentrique randomisée de phase III. Les patients éligibles étaient porteurs d'une carcinose péritonéale d'origine colorectale prouvée histologiquement, isolée et dont le PCI était inférieur à 25. Une randomisation 1/1 était stratifiée par centre, selon le caractère complet de la résection (R0/1 vs R2) ainsi que sur la réalisation d'une chimiothérapie systémique néoadjuvante. Tous les patients ont bénéficié d'une chirurgie de cytoréduction associée ou non à une CHIP à l'oxaliplatine selon les données de la randomisation. Une chimiothérapie systémique de 6 mois devait être réalisée, indifféremment avant, après ou en intervalle du geste de cytoréduction. L'objectif principal était la survie globale. Les objectifs secondaires étaient la survie sans récidive et la toxicité. Le nombre de 264 patients était nécessaire à la mise en évidence d'un gain en survie globale de 30 à 48 mois entre le bras non-CHIP et le bras CHIP (HR=0.625) avec un niveau α nominal de 0,046 et une puissance de 80%.

Résultats : 17 centres français ont inclus 265 patients entre février 2008 et janvier 2014. L'âge médian était de 60 ans (range: 30-74). La baseline était bien équilibrée entre les deux bras. Le taux de mortalité globale était de 1,5% à 30 jours post-opératoires sans différence entre les deux bras. A 60 jours, le taux de morbidité globale de grade 3-5 était significativement plus haut dans le bras CHIP (24,1% vs. 13,6%, $p=0.030$). Les taux de résection complète étaient de 90% identiques dans les deux bras. Après un suivi médian de 64 mois (95% CI: 58.9-69.8), la médiane de survie globale était de 41,2 mois dans le bras non-CHIP (95% CI 35.1-49.7) et de 41,7 mois dans le bras CHIP HR=1.00 (95% CI: 0.73- 1.37) $p=0.995$. La médiane de survie sans récidive était de 11,1 mois (95% CI: 9-12.7) dans le bras non-CHIP et de 13,1 mois (95% CI: 12.1-15.7) dans le bras CHIP, HR=0.90 (95% CI: 0.69-1.90) ($p=0.486$), alors que les taux de survie à 1 an étaient de 46% dans le bras non-CHIP et de 59% dans le bras CHIP. En analyse de sous-groupe, les taux de survie globale et sans récidive étaient significativement plus importants chez les patients porteurs d'un PCI moyen (de 11 à 15) : la médiane de survie globale était de 32,7 mois (95% CI: 23.5-38.9) dans le bras non-CHIP et de 41,6 mois (95% CI: 36.1-non atteinte) dans le bras CHIP, HR=0.437 95%CI (0.21-0.90), $p=0.0209$.

Conclusion : La chirurgie de cytoréduction macroscopiquement complète seule permet d'obtenir des résultats de survie globale satisfaisants. L'ajout d'une chimio-hyperthermie basée sur l'oxaliplatine ne permet pas de gains supplémentaires de survie globale et sans récidive. De futures investigations seront nécessaires pour mettre en évidence un bénéfice de survie dû à la CHIP chez les patients porteurs d'un PCI de 11 à 15.

Remerciements : Promotion: UNICANCER, Étude soutenue par le groupe PRODIGE et La Ligue contre le Cancer

Pour consulter ce résumé en ligne :
<https://www.snfge.org/resumes-2019/000733>

Diagnostic étiologique des cholestases de l'enfant par séquençage nouvelle génération par capture ciblée

M. Almes ⁽¹⁾, A. Lachaux ⁽²⁾, F. Gottrand ⁽³⁾, D. Debray ⁽⁴⁾, F. Lacaille ⁽⁴⁾, M. Girard ⁽⁴⁾, A. Dabadie ⁽⁵⁾, B. Roquelaure ⁽⁶⁾, A. Fabre ⁽⁶⁾, T. Lamireau ⁽⁷⁾, P. Broué ⁽⁸⁾, J. Bouligand ⁽¹⁾, E. Jacquemin ⁽¹⁾, A. Spraul ⁽¹⁾, E. Gonzales ⁽¹⁾

(1) Le Kremlin-Bicêtre ; (2) Lyon ; (3) Lille ; (4) Paris ; (5) Rennes ; (6) Marseille ; (7) Bordeaux ; (8) Toulouse.

Introduction : Les cholestases néonatales sont fréquentes et peuvent évoluer vers une cholestase chronique. En pédiatrie, les cholestases sont le plus souvent graves et représentent 50% des indications de transplantation hépatique. Les causes de cholestase d'origine génétique sont multiples. Ces cholestases génétiques sont des maladies rares mais collectivement représentent jusqu'à 50% des cholestases de l'enfant. L'analyse moléculaire par séquençage moyen débit s'est imposée comme outil de diagnostic pour remplacer le séquençage Sanger. L'objectif de cette étude est d'évaluer l'utilisation du séquençage nouvelle génération (NGS) pour le diagnostic étiologique des cholestases de l'enfant.

Patients et Méthodes : Tous les enfants atteints de cholestase néonatale et/ou chronique (hors pathologie lithiasique et insuffisance hépatique) pour lesquels une étude moléculaire a été prescrite depuis 2015 ont été inclus ($n=290$) dont 65 patients sans diagnostic moléculaire malgré une étude préalable par séquençage Sanger de gènes cibles.

L'étude moléculaire a été réalisée par capture ciblée d'un panel de 70 gènes comprenant des gènes impliqués dans les cholestases, les icères, les insuffisances hépatocellulaires, les cytopathies mitochondriales et les maladies métaboliques avec atteinte hépatique.

Les variants pathogènes identifiés ont été vérifiés par séquençage Sanger ou PCR quantitative (délétions). Une analyse familiale a été réalisée pour étudier la ségrégation allélique et la transmission des variants.

Résultats : Cette analyse a permis d'établir un diagnostic moléculaire chez 88 patients (30%).

Un diagnostic moléculaire de cholestase ou d'ictère d'origine génétique a été confirmé :

- chez 54 patients présentant des activités normales de GGT : cholestase intrahépatique familiale progressive (PFIC) de type 1 et cholestase récurrente bénigne (BRIC) de type 1 (ATP8B1, $n=2$), PFIC2, BRIC2, cholestase médicamenteuse (œstroprogestatif), ou CNT (ABCB11, $n=19$), PFIC4 (TJP2, $n=7$), PFIC5 (NR1H4, $n=1$), PFIC6 (MYO5B, $n=9$), déficit de synthèse des acides biliaires primaires par déficit en delta 4-3-oxostéroïde-déshydrogénase (AKR1D1, $n=1$), xanthomatose cérébrotendineuse (CYP27A1, $n=1$), syndrome ARC (VPS33B, $n=2$), déficit en SCYL1 ($n=1$), syndrome de Dubin Johnson ($n=10$) ou syndrome de Gilbert ($n=1$)
- et chez 34 patients présentant des activités élevées de GGT : syndrome d'Alagille (JAG1 ($n=18$), NOTCH2 ($n=2$), PFIC3 (ABCB4, $n=6$), maladie de Wilson (ATP7B, $n=1$), cholangite sclérosante néonatale (DCDC2, $n=5$), mucoviscidose (CFTR, $n=2$).

Des variants pathogènes ont également été identifiés chez 13 patients, sur les gènes ATP8B1 ($n=1$), ABCB11 ($n=9$) et ABCB4 ($n=3$) mais uniquement à l'état hétérozygote. Chez 3 patients deux mutations hétérozygotes de 2 gènes différents étaient identifiées.

Enfin, des variants de signification inconnue ont été identifiés sur un ou plusieurs gènes chez 52 patients. Ces variants doivent être confrontés aux données phénotypiques (cholestase néonatale transitoire ou forme de cholestase fibrogène d'apparition tardive) et pourraient expliquer des phénotypes plus complexes.

Conclusion : Le séquençage d'un panel de gènes par NGS est un outil utile dans le diagnostic étiologique des cholestases de l'enfant. Utilisé en première intention, il permet d'établir un diagnostic étiologique chez plus de 20% des patients et de réduire le délai de rendu des résultats.

Remerciements : Les médecins référents, pour nous avoir adressés leurs patients : Majed Al Khouri (Montpellier), Dominique Astruc (Strasbourg), Georges Barjonet (Montélimar), Marjorie Bonneton (Nancy), Mathilde Butori (Nice), Aurélie Comte (Besançon), Gilles Dassieu (Créteil), Sylvie Destombe (Saint-Etienne), Béatrice Digeon (Reims), Georges Dimitrov (Orléans), Claire Dubuisson (Paris), Anne-Clémentine Dumant-Forest (Rouen), Isabelle Etienne (Mayotte), Raphaëlle Maudinas (Dijon), Julie Rebeuh (Strasbourg), Anne Turquet (La Réunion).

C. Oliveira et A. Proust pour la réalisation technique du séquençage.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/001005>

CO.35

Performance des scores composites dans l'évaluation de la fibrose hépatique chez l'enfant par rapport à l'élastographie transitoire

T.L. Pop ⁽¹⁾, A.A. Negrii ⁽¹⁾, A.C. Stefanescu ⁽¹⁾, A. Grama ⁽¹⁾, M. Platon ⁽¹⁾, A. Maniu ⁽¹⁾, H. Stefanescu ⁽¹⁾

(1) Cluj-Napoca, ROUMANIE.

Introduction : L'évaluation de la fibrose est importante pour le diagnostic et le suivi des patients avec maladies de foie. Cependant, la biopsie hépatique (le gold standard pour l'évaluation de la fibrose) est une méthode invasive et imparfaite. Chez l'enfant, les biomarqueurs non invasifs ne sont pas validés, bien que le besoin de méthodes non-invasives soit encore plus évident en pédiatrie, où le risque de complications de la biopsie du foie est plus grand.

L'objectif de l'étude était d'évaluer les performances diagnostiques de quatre tests sérologiques composites: Fibrotest, APRI (rapport transaminase sur plaquettes), GPR (rapport glutamyl-transpeptidase au nombre de plaquettes) et FIB-4 (indice de fibrose fondé sur 4 facteurs) pour la prédiction de la fibrose ou cirrhose chez les enfants.

Patients et Méthodes : Les patients avec maladies hépatique chronique des étiologies différentes, de moins de 18 ans, ont été évalués par TE et scores non-invasives pour la fibrose hépatique. Les patients exclus de l'étude étaient les patients dont les analyses hématologiques ou biochimiques étaient incomplètes, dans lesquelles au moins 10 mesures Fibroscan valides n'avaient pas pu être obtenues ou l'imagerie et l'évaluation sérologique avaient été réalisées sur un intervalle plus de 30 jours et la réévaluation du stade de fibrose a été atteint en moins d'un an. Nous avons utilisé Fibroscan comme méthode de référence pour évaluer les performances prédictives des quatre tests sérologiques composites pour la fibrose significative, la fibrose sévère et la cirrhose, évaluées à l'aide de la courbe ROC.

Résultats : Nous avons inclus 129 évaluations de 87 patients (âge moyen $9,96 \pm 5,25$ ans, 65 de sexe masculin, $2,25 \pm 3,88$ jours entre les tests et TE).

Les valeurs AUROC pour la fibrose significative (F0-1 vs F2-4 METAVIR) ont varié entre 0,72 (IC 95% 0,60-0,84) pour FIB-4 et 0,87 (IC 95% 0,80-0,93) pour GPR, résultats statistiquement significatifs ($p \leq 0,0001$).

Pour le diagnostic de fibrose sévère (F0-F2 vs F3-F4 METAVIR), les valeurs de l'AUC varièrent entre 0,68 (IC 95% 0,53-0,82) pour le FIB-4 et 0,86 (IC 95% 0,80-0,93) ($p \leq 0,05$). Le score GPR avait une bonne performance diagnostique de fibrose sévère (AUROC = 0,80-0,89), les scores APRI et Fibrotest avaient une performance diagnostique acceptable (AUROC = 0,70-0,79) et le score FIB-4 avait une performance diagnostique médiocre (AUROC = de 0,60 à 0,69).

Pour le diagnostic de cirrhose (F0-F3 vs F4 METAVIR), les valeurs de l'AUC varièrent entre 0,76 (IC 95% 0,60-0,90 et IC 95% 0,63-0,89 CI respectivement) pour APRI et GPR modifié en fonction de l'âge et 0,86 (IC 95% 0,78-0,94) pour le GPR, les résultats étant statistiquement significatifs ($p \leq 0,001$). Les scores GPR et APRI avaient une bonne performance diagnostique de la cirrhose (AUROC = 0,80-0,89) et Fibrotest avait une performance diagnostique acceptable (AUROC = 0,70-0,79).

Conclusion : Le score GPR avait une performance diagnostique supérieure aux scores Fibrotest et APRI et FIB-4 pour le diagnostic de la fibrose significative, de la fibrose sévère et de la cirrhose. Le score APRI présentait également de bonnes performances en cas de cirrhose. La modification des scores APRI et GPR en fonction de l'âge et du sexe n'améliore pas la performance diagnostique.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/001015>

CO.36

Déficit en fructose 1.6 biphosphatase : une nouvelle cause de stéatose hépatique

M. Gorce ⁽¹⁾, M. Tardieu ⁽²⁾, A. Roubertie ⁽³⁾,
S. Roche ⁽⁴⁾, L. de Parscau du Plessix ⁽⁵⁾, G. Touati ⁽¹⁾,
P. Broué ⁽¹⁾

(1) Toulouse ; (2) Tours ; (3) Montpellier ; (4) Bordeaux ;
(5) Brest.

Introduction : Le foie est l'un des organes clefs dans la physiopathologie des maladies héréditaires du métabolisme (MHM). Il peut être le siège du déficit enzymatique, la cible lésionnelle principale mais aussi un site secondaire d'expression des MHM. Certains symptômes hépatiques inexpliqués sont parfois en rapport avec des MHM non encore diagnostiqués. Les déficits enzymatiques de la néoglucogénèse sont des maladies rares, de transmission autosomique récessive et entraînent une réduction de synthèse du glucose à partir d'acides aminés, du lactate ou de glycérol. Ils s'expriment principalement par une hypoglycémie avec hyperlactatémie après un jeûne. Le traitement repose sur l'administration de glucide lent en fonction de la tolérance au jeûne. **Le but de ce travail** était de recenser les manifestations hépatiques associées au déficit en fructose 1-6 biphosphatase (F1-6BP), enzyme d'une étape de la néoglucogénèse.

Matériels et méthodes : Etude multicentrique rétrospective. Nous avons recherché et relevé toute symptomatologie hépatique clinique, biologique, radiologique et histologique répertoriée dans les dossiers de 5 enfants (garçons n=5 ; fille n=0) atteints d'un déficit en F1-6BP confirmés par biologie moléculaire. Nous avons dissocié les symptômes observés à l'occasion des décompensations initiales conduisant au diagnostic (âge moyen au diagnostic 14.4 mois $\pm$ 12 ; 1 jour-32 mois) ou des décompensations ultérieures éventuelles, puis au cours de leur évolution à l'équilibre métabolique sous traitement (suivi moyen 5.8 ans $\pm$ 5.7 ; 2 ans $\frac{1}{2}$ -16 ans ; âge en fin d'étude 7 ans $\pm$ 5.7 soit 2 ans $\frac{1}{2}$ -18 ans).

Résultats : Nos patients ont été diagnostiqués devant une hypoglycémie symptomatique et hyperlactacidémie survenue à l'issue d'un jeûne prolongé à l'âge moyen de 14.4 mois $\pm$ 12 (1 jour-32 mois). La durée moyenne de suivi était de 5.8 ans $\pm$ 5.7 (2 ans $\frac{1}{2}$ -16 ans) et l'âge moyen des patients en fin d'étude était de 7 ans $\pm$ 5.7 (2 ans $\frac{1}{2}$ -18 ans). Tous les enfants ont présenté des signes d'atteinte hépatique biologiques, cliniques ou radiologiques lors des décompensations initiales ou ultérieures et/ou en cours d'évolution. Aucun patient n'a eu de biopsie du foie. Nous avons observé :

1/ une élévation variable des transaminases chez tous les patients avec $5 \times N < \text{ALAT} < 30 \times N$ transitoire mimant une hépatite aigue lors de 4 décompensations chez 2 patients dont 1 épisode accompagné d'insuffisance hépatique aigue transitoire (TP 43%, V 57%), $N < \text{ALAT} < 5 \times N$ transitoire pendant 4 épisodes de décompensation chez 2 patients et $N < \text{ALAT} < 2 \times N$ permanente chez 1 patient en cours de suivi ;

2/ une hépatomégalie clinique et/ou échographique chez 2/5 enfants, permanente (n=1) ou lors d'une décompensation (n=1) ;

3/ un foie hyperéchogène chez 4 enfants ayant eu des échographies hépatiques, lors de décompensation initiale (n=2/4) ou lors de consultation de suivi à l'équilibre métabolique (n=3/4).

4/ Aucun patient n'a présenté d'ictère. 2 patients ont développé un surpoids.

Discussion : La présence d'une hépatomégalie et/ou d'une élévation des transaminases ont déjà été rapportées au moment du diagnostic dans cette maladie. A notre connaissance et à ce jour, l'hyperéchogénicité du foie n'a jamais été décrite. Mais des stéatoses hépatiques ont été signalées dans les premiers cas publiés, lorsque le diagnostic enzymatique était réalisé sur biopsie de foie, avant d'être effectué sur lymphocyte puis en biologie moléculaire. Nous faisons l'hypothèse que la stéatose est due à l'accumulation hépatique de glycérol.

Conclusion : 1/ le déficit en F1-6BP peut s'exprimer par des signes d'hépatite aigue ou persistante, une hépatomégalie, une insuffisance hépatique associés à des hypoglycémies. 2/ La présence d'une stéatose avec foie hyperéchogène est régulièrement observée à l'équilibre métabolique, doit motiver une surveillance spécifique à long terme et peut conduire au diagnostic en l'absence d'hypoglycémie. 3/ Nous proposons d'ajouter le déficit en F1-6BP à la liste des étiologies de stéatose.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000723>

Les aciduries organiques : indications, résultats et complications en transplantation hépatique pédiatrique

S. Sissaoui⁽¹⁾, A. Brassier⁽¹⁾, C. Capito⁽¹⁾, M. Girard⁽¹⁾, D. Debray⁽¹⁾, J.B. Arnoux⁽¹⁾, Z. Demir⁽¹⁾, C. Wicker⁽¹⁾, C. Chardot⁽¹⁾, P. de Lonlay⁽¹⁾, F. Lacaille⁽¹⁾

(1) Paris.

Introduction : Depuis l'essor de la transplantation hépatique dans les années 80, le traitement de certaines maladies métaboliques est possible. Si pour les leucinoses et les déficits du cycle de l'urée, la transplantation est curative, pour d'autres comme les aciduries organiques, elle permet une amélioration de la qualité de vie sans en permettre la guérison. Ces indications étaient marginales jusqu'à l'amélioration de la morbi-mortalité de la maladie métabolique et de la transplantation. Ces maladies non hépatiques prennent une place de plus en plus importante en transplantation hépatique chez les enfants.

L'objet de cette étude se focalise sur l'évaluation de la transplantation hépatique chez les enfants atteints d'aciduries organiques.

Patients et Méthodes : Nous avons sélectionné les patients avec acidurie organique : méthylmalonique (AMM) ou propionique (AP) suivis par notre équipe et ayant bénéficiés d'une transplantation hépatique seule ou combinée avec le rein.

Nous avons évalué les indications, les paramètres anthropométriques, la qualité de vie par l'intermédiaire des apports protéiques ainsi que les complications post-opératoires de cette population.

Résultats : Une quarantaine d'enfants est suivie pour une acidurie organique dans l'équipe.

Durant ces 5 derniers années dans notre centre, 13 enfants ont été transplantés hépatiques pour une acidurie méthylmalonique dont 8 avec le rein. 2 enfants avec une transplantation hépatique seule pour les aciduries propioniques. Nous réalisons entre 15 et 20 transplantations hépatiques en moyenne par an.

Le plus jeune âge à la transplantation est de 2 ans et demi avec un âge moyen de 8 ans pour les AMM. Les deux patients transplantés hépatiques pour une AP sont des adolescents. Le recul maximal pour la transplantation hépatique seule est de 5 ans. L'indication principale pour les patients AMM est l'altération de la fonction rénale et pour les patients AP la dysfonction cardiaque. Pour les plus jeunes, il s'agit plus de la prévention des ces affections et l'amélioration de la qualité de vie.

Nous avons constaté des suites opératoires plus complexes avec des difficultés d'équilibration des immunosuppresseurs, des troubles neurologiques, des décompensations cardiaques, des symptômes digestifs aspécifiques générant une durée d'hospitalisation en moyenne plus longue que pour les autres indications. Il n'y a pas plus de complications chirurgicales.

La qualité de vie a toujours été amélioré concernant les apports protéiques et le nombre d'hospitalisation après la transplantation avec un meilleur équilibre de leur métabolisme.

Conclusion : A l'aube de la thérapie génétique, la transplantation hépatique a une place importante dans la prise en charge des maladies métaboliques et de plus en plus précocement pour éviter les décompensations et l'altération des fonctions rénales et cardiaques. La question éthique de l'attribution d'un greffon à ces enfants est posée comme celle du coût.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/001127>

Dysbiose et inflammation intestinale précoces chez les enfants atteints de mucoviscidose

R. Enaud⁽¹⁾, K. Hooks⁽¹⁾, A. Barre⁽¹⁾, T. Barnette⁽¹⁾, C. Hubert⁽¹⁾, M. Massot⁽¹⁾, T. Bazin⁽¹⁾, H. Clouzeau⁽¹⁾, S. Bui⁽¹⁾, M. Fayon⁽¹⁾, P. Berger⁽¹⁾, P. Lehours⁽¹⁾, C. Bebear⁽¹⁾, M. Nikolski⁽¹⁾, T. Lamireau⁽¹⁾, L. Delhaes⁽¹⁾, T. Schaevebeke⁽¹⁾

(1) Bordeaux.

Introduction : La mucoviscidose, la plus fréquente maladie génétique graves dans les populations caucasiennes, est la conséquence de mutations du gène CFTR, codant pour une protéine impliquée dans l'équilibre hydro-électrolytique des sécrétions. Bien que la morbi-mortalité soit essentiellement conditionnée par l'atteinte pulmonaire, d'autres organes sont touchés, dont le tractus digestif, siège d'une inflammation intestinale chronique et d'une perturbation du microbiote (appelée « dysbiose »). Avec les progrès dans la prise en charge de l'atteinte pulmonaire, l'espérance de vie des patients atteints de mucoviscidose a nettement augmenté ces dernières années (au-delà de 50 ans pour les patients nés en 2017 en France). D'autres problématiques émergent ainsi, notamment les conséquences de cette inflammation intestinale chronique sur la qualité de vie, l'état nutritionnel, l'inflammation pulmonaire et systémique ou encore sur le surrisque de cancers digestifs de ces patients.

Cependant, à l'heure actuelle, la physiopathologie de cette inflammation intestinale reste encore à préciser. Elle semblerait combiner une cascade d'événements entraînant une dysbiose caractérisée notamment par une diminution des espèces bactériennes anti-inflammatoires (*Bifidobacterium* spp., *Faecalibacterium prauznitzii* et *Eubacterium limosum*) et l'émergence de bactéries opportunistes pro-inflammatoires (*Escherichia coli*). Cependant, contrairement à la maladie de Crohn (MC), le lien entre inflammation intestinale et dysbiose reste très peu étudié dans la mucoviscidose. L'objectif principal de cette étude était donc de rechercher une association entre la composition du microbiote intestinal et la présence d'une inflammation intestinale chez des enfants atteints de mucoviscidose.

Patients et Méthodes : Un échantillon de selles a été recueilli chez 20 enfants (âgés de 5 à 17 ans) atteints de mucoviscidose. L'analyse du microbiote fécal a été réalisée par séquençage de la région v4 de l'ARNr 16S par technologie Illumina (MiSeq). L'inflammation digestive a été évaluée par le dosage ELISA de la calprotectine fécale. L'évolution clinique des patients a été réévaluée à 2 ans (Indice de masse corporelle, VEMS, nombre de cure d'antibiotique).

Résultats : Malgré l'âge médian de 9 ans de notre cohorte, une inflammation intestinale était présente chez 7 enfants (35%). Il n'y avait pas de différence significative de diversité alpha entre les patients avec ou sans inflammation intestinale. Le microbiote des patients ayant une inflammation se distinguait par une augmentation de l'abondance d'*Acidaminococcus* spp., *Staphylococcus* spp., *Streptococcus* spp. et *Veillonella* dispar, et une diminution de *Bacteroides* spp., *Ruminococcus* spp., *Coprococcus* spp., *Dialister* spp., *Parabacteroides* spp., *Bifidobacterium* adolescents et *Faecalibacterium prauznitzii* (Figure 1). Ces perturbations du microbiote présentaient des similitudes avec la dysbiose observée dans la MC, comme en témoigne l'augmentation du « Microbial Dysbiosis Index » chez les enfants atteints de mucoviscidose avec inflammation intestinale, indice initialement validé dans la MC. Enfin, l'inflammation intestinale était associée à une utilisation accrue d'antibiotiques au cours des deux années suivantes.

Conclusion : Cette étude a permis de mieux caractériser les perturbations du microbiote associées à la présence d'une inflammation intestinale dans la mucoviscidose. Ces résultats encourageants peuvent participer à une meilleure compréhension de la physiopathologie de cette inflammation et contribuer à proposer de nouvelles prises en charge visant à moduler le microbiote pour diminuer l'inflammation, en espérant ainsi réduire la survenue de cancers digestifs dans cette population. De plus, en cas d'inflammation, la surreprésentation des *Streptococcus* et l'usage plus fréquent d'antibiotique au cours du suivi posent la question de l'implication de l'axe intestin-poumon dans la physiopathologie et dans l'évolution de la mucoviscidose.

Remerciements : Cette étude a été financée par l'Association Aquitaine pour la Recherche Clinique en Rhumatologie et par la Bourse de recherche 2017 "le microbiote intestinal et la santé humaine" de Biocodex Microbiota Foundation.

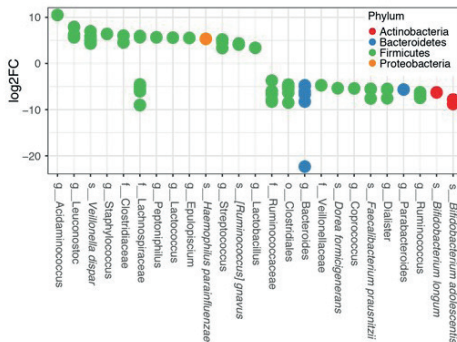


Figure 1 : La composition du microbiote fécal diffère selon l'inflammation intestinale inflammatoire des patients atteints de mucoviscidose.

Représentation des différences de composition du microbiote chez les patients atteints de mucoviscidose avec inflammation intestinale, comparé à ceux sans inflammation.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000017>

CO.39

Sécurité des vaccins durant la première année chez les enfants nés de mère atteinte de maladie inflammatoire chronique intestinale et exposés in utero aux anti-TNFα. Analyse descriptive de la base du système national des données de santé (EVA-VAC)

M. Luu⁽¹⁾, E. Benzenine⁽¹⁾, A. Barkun⁽²⁾, M. Doret⁽³⁾, C. Michiels⁽¹⁾, T. Degand⁽¹⁾, C. Quantin⁽¹⁾, M. Bardou⁽¹⁾

(1) Dijon ; (2) Montréal, CANADA ; (3) Bron.

Introduction : Les enfants nés de mères atteintes de Maladies Inflammatoires Chroniques Intestinales (MICI) peuvent être exposés in utero aux anti-TNFα. Ces médicaments, l'infliximab surtout, peuvent être retrouvés dans le sang de l'enfant jusqu'à un an après la naissance. Il est donc recommandé de retarder l'administration des vaccins vivants après le 6^{ème} mois de vie, et certains auteurs suggèrent même, sur ces données pharmacocinétiques, d'attendre 12 mois de vie. Les données de sécurité des vaccins vivants durant la première année de vie chez ces enfants sont parcellaires et contradictoires. Si aucun événement sérieux n'a été observé chez 15 enfants vaccinés par le Bacille de Calmette-Guérin (BCG) durant leur première semaine de vie, un cas de tuberculose disséminée fatale post vaccination a été décrit. L'insuffisance et la discordance de ces données nous a conduit à évaluer les pratiques vaccinales et la sécurité des vaccins administrés, vivants et inertes, durant la première année de vie chez ces enfants.

Matériels et méthodes : Les enfants nés entre 2013 et 2014 et ayant eu au moins une vaccination avant 1 an de vie ont été inclus à partir de la cohorte EVASION. EVASION est une cohorte nationale observationnelle rétrospective de femmes enceintes atteintes de MICI, construite à partir des données du Système National des Données de Santé (SNDS). Les vaccins recommandés pendant la première année (BCG pour la tuberculose, diphtérie-tétanos-poliomyélite, coqueluche, Haemophilus Influenzae B, hépatite B, Pneumocoque, méningocoque C et rougeole-oreillons-rubéole) ont été considérés, et identifiés à partir des données de remboursement du SNDS. La date d'administration était assimilée à la date de délivrance. Les complications liées aux vaccins ont été identifiées en utilisant les codes de la Classification Internationale des Maladies, version 10.0 (CIM-10). Les complications infectieuses ont été identifiées à partir des codes CIM-10 et des données de délivrance d'antibiotiques.

Résultats : Dans cette cohorte de 4741 enfants, 670 (14.1%) étaient exposés aux anti-TNFα in utero, principalement nés de mères avec une maladie de Crohn (603/670, 90.0%). L'infliximab et l'adalimumab représentaient respectivement 51.9% et 46.1% des anti-TNFα. Environ deux-tiers des exposés (412/670, 61.5%) l'étaient pendant le 3^{ème} trimestre de grossesse, et 315 (47%) jusqu'à l'accouchement. Un traitement concomitant par thiopurines ou corticoides était observé dans respectivement 16.0% (n=107) et 19.3% (n=214) des cas. Le BCG était administré moins fréquemment chez les enfants exposés (88/670, 13.1%) que non exposés (780/4701, 19.2% p<0.05) aux anti-TNFα. Il l'était également plus tardivement (à 128±117 et 71.6±88.2 jours en moyenne respectivement, p<0.001). Chez les enfants exposés, le vaccin contre le BCG était administré majoritairement avant 6 mois (64/88, 73%). Aucune infection tuberculeuse n'est survenue pendant la première année de vie. Une couverture d'au moins 85% était atteinte dans les deux groupes pour les autres vaccins recommandés durant la première année de vie. Aucun signal de sécurité n'a été observé pour les vaccins non-vivants durant la première année de vie. Le risque d'infection durant la première année de vie était similaire entre les enfants exposés et non-exposés, tant pour les infections communautaires (50.8% vs. 53.2% respectivement, p=0.24) que pour les infections nécessitant une hospitalisation (9.1% vs. 9.4% respectivement, p=0.83).

Conclusion : Cette étude réalisée sur la plus grande cohorte observationnelle publiée d'enfants exposés aux anti-TNFα in utero, montre que les cliniciens ne respectent pas les recommandations de retarder l'administration des vaccins

vivants au-delà du 6^{ème} mois de vie. Cependant aucune augmentation du risque de tuberculose n'a été observée chez les enfants vaccinés contre le BCG avant 6 mois de vie. Dans les populations exposées in utero aux anti-TNF α , la décision d'une vaccination précoce par le BCG devrait se baser essentiellement sur l'évaluation individuelle du risque de tuberculose, plutôt que sur la notion d'exposition.

Remerciements : ANR (ANR-15-CE36-0006-01)
Appel d'Offres Interne CHU Dijon (LUUAOI-2016).

Références Bibliographiques : Luu M, Benzenine E, Doret M, Michiels C, Barkun A, Degand T, et al. Continuous Anti-TNF α Use Throughout Pregnancy: Possible Complications For the Mother But Not for the Fetus. A Retrospective Cohort on the French National Health Insurance Database (EVASION). *Am J Gastroenterol*. 2018 Jul 2; Seow CH, Nguyen GC. "Just in Time": When Is It Safe to Administer Live Vaccines to Infants Exposed to Anti-Tumor Necrosis Factor Agents In Utero? *Gastroenterology*. 2016;151(6):1249–50. Cheent K, Nolan J, Shariq S, Kiho L, Pal A, Arnold J. Case Report: Fatal case of disseminated BCG infection in an infant born to a mother taking infliximab for Crohn's disease. *J Crohns Colitis*. 2010 Nov;4(5):603–5.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000300>

CO.40

Evaluation des méthodes de sédation lors d'endoscopies digestives : une étude prospective de 37 enfants

E. Ott-Chouki ⁽¹⁾, R. Vieux ⁽¹⁾, M. Chotard ⁽¹⁾, A. Comte ⁽¹⁾

(1) Besançon.

Introduction : La sédation consciente est de plus en plus utilisée au centre hospitalier universitaire (CHU) de Besançon pour la réalisation d'endoscopies digestives diagnostiques chez l'enfant. L'objectif de ce travail était d'évaluer l'efficacité et la tolérance des méthodes de sédation dans notre centre universitaire. Au préalable, nous avons réalisé une enquête multicentrique des pratiques nationales.

Patients et Méthodes : L'enquête multicentrique a été réalisée au moyen d'un questionnaire envoyé à tous les membres du groupe francophone d'hépatologie, gastro-entérologie et nutrition pédiatriques (GFHGNP). Notre étude régionale était prospective et monocentrique. Elle incluait tous les patients âgés de moins de 18 ans pour lesquels une endoscopie digestive était réalisée entre janvier et juin 2018, au CHU de Besançon. La douleur avant, pendant et après le geste était évaluée à l'aide de questionnaires standardisés. Le type de sédation et les conditions du geste étaient décrits au moyen d'un questionnaire. Tous les enfants ont été rappelés à trois semaines pour évaluer l'acceptabilité d'une nouvelle endoscopie sous les mêmes conditions de sédation.

Résultats : Pour l'enquête des pratiques nationales, le taux de réponse était de 95.3% incluant la totalité des CHU français. Sur 43 centres interrogés via le GFHGNP, 34% des centres hospitaliers réalisaient des endoscopies digestives chez l'enfant sous sédation consciente. Les benzodiazépines associées au MEOPA étaient utilisées comme sédation pour 90.9%, avec une bonne tolérance.

Sur l'enquête prospective, du 1^{er} janvier au 30 juin 2018, 119 endoscopies ont été réalisées dont 37 sous sédation consciente. L'âge médian était de 12.1 ans (10-15). On comptait 35 oeso-gastro-duodénoscopies (EOGD) et deux recto-sigmoïdoscopies. Avant la réalisation de l'endoscopie, l'anxiété des enfants était en moyenne de 4.4 ± 2 sur une échelle de 10. La moyenne du score de CHEOPS était de 6.9 ± 2.6 . Une sédation légère par mélange équimolaire oxygène protoxyde d'azote (MEOPA) associée au midazolam intra-jugal était utilisée dans 34 cas (91.8%). Les trois autres patients étant âgés de moins d'un an, ont reçu uniquement du saccharose avant le geste. La durée de l'endoscopie était en moyenne de 7.8 minutes $\pm$ 4.0. L'endoscopie digestive était complète dans 82.8% avec la nécessité de réaliser des biopsies digestives dans 88.5% des cas. Les conditions d'examen étaient bonnes, moyennes et mauvaises pour respectivement 27 patients (77.1%), 7 (20%) et 1 patient (2.8%). La durée d'hospitalisation était comprise entre une heure et trois heures pour 33 patients (89.1%). Le taux d'acceptabilité d'une nouvelle endoscopie digestive dans les mêmes conditions de sédation était de 97%.

Conclusion : En 2018, plus d'un tiers des centres hospitaliers français pratiquent une sédation consciente lors d'endoscopies digestives chez l'enfant. L'association du midazolam au MEOPA est principalement utilisée. Notre étude a montré que la sédation consciente est efficace et bien tolérée pour les actes diagnostiques brefs. Elle diminue la durée d'hospitalisation et évite le recours à l'anesthésie générale. Dans notre étude, l'hypnose était utilisée par du personnel formé et semblait améliorer la tolérance. Cela pourrait faire l'objet d'une autre étude prospective multicentrique.

Références Bibliographiques : Michaud L, Sedation for diagnostic upper gastrointestinal endoscopy: a survey of the Francophone Pediatric Hepatology, Gastroenterology, and Nutrition Group. *Endoscopy*. 2005 Feb;37(2):167-70. Coopman S, Rivallain C, Michaud L, Guimber D, Turck D, Gottrand F. Efficacité et tolérance de l'hypnose pour les endoscopies digestives chez l'enfant- 39^{ème} CONGRES ANNUEL du GFHGNP : DIJON 2018

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000228>

CO.41

Le dosage répété de calprotectine fécale dans les 3 premiers mois suivant une résection intestinale permet de prédire la survenue d'une RPO endoscopique à 6 mois chez les patients atteints de maladie de Crohn

M. Boube ⁽¹⁾, D. Laharie ⁽²⁾, S. Nancey ⁽³⁾, X. Hébuterne ⁽⁴⁾, M. Fumery ⁽⁵⁾, B. Pariente ⁽⁶⁾, X. Roblin ⁽⁷⁾, L. Peyrin-Biroulet ⁽⁸⁾, M. Reymond ⁽¹⁾, C. Allimant ⁽¹⁾, E. Vazeille ⁽¹⁾, D. Coban ⁽¹⁾, M. Goutte ⁽¹⁾, R. Minet-Quinard ⁽¹⁾, B. Pereira ⁽¹⁾, G. Bommelaer ⁽¹⁾, A. Buisson ⁽¹⁾

(1) Clermont-Ferrand ; (2) Bordeaux ; (3) Lyon ; (4) Nice ; (5) Amiens ; (6) Lille ; (7) Saint-Etienne ; (8) Vandœuvre-lès-Nancy.

Introduction : La chirurgie ne permettant pas un traitement curatif de la maladie de Crohn (MC), la prévention de la récidence post-opératoire (RPO) reste un enjeu majeur puisque que le taux de RPO endoscopique l'année suivant la chirurgie atteint environ 75 % des patients suivis dans les centres de référence. Il est actuellement recommandé de réaliser une coloscopie à 6 mois post-opératoire et d'intensifier le traitement en cas de RPO endoscopique précoce. Le choix du traitement à débiter immédiatement après la chirurgie, afin de prévenir cette RPO endoscopique à 6 mois, reste difficile, puisque les facteurs de risque identifiés à ce jour sont d'une efficacité limitée. Dans ce contexte, l'utilisation précoce du dosage de la calprotectine fécale pourrait s'avérer précieux. Le but de notre étude était donc d'étudier les performances du dosage répété de la calprotectine fécale dans les 3 premiers mois post-opératoires pour prédire une RPO endoscopique à 6 mois.

Patients et Méthodes : A partir d'un essai contrôlé randomisé multicentrique (8 centres), nous avons réalisé une étude ancillaire prospective. Tous les patients atteints de MC ayant eu une résection intestinale ou un rétablissement de continuité dans les 15 jours (avec anastomose atteignable en endoscopie) ont été inclus consécutivement entre novembre 2014 et septembre 2017. Tous les patients étaient traités par azathioprine 2,5 mg/kg/jour associés à soit du placebo, soit 3 g/jour de curcumine par voie orale. Des prélèvements de selles ont été réalisés avant de démarrer le traitement (M0), à 1 mois (M1) et à M3. Le dosage de calprotectine fécale a été réalisé par des tests quantitatifs immunologiques en aveugle des données cliniques et endoscopiques. Tous les patients ont réalisé une coloscopie à M6 afin d'évaluer la présence d'une RPO endoscopique définie comme un indice de Rutgeerts $\geq$ i2b (lecture centralisée).

Des analyses statistiques univariées puis multivariées (incluant les facteurs de risque connus de RPO) ont été réalisées en prenant en compte, le cas échéant, le caractère répété des données. Les seuils ont été définis à l'aide de courbes ROC et des indices usuels (Liu, Youden) en fonction de la pertinence clinique.

Résultats : Au total, 48 patients ont été inclus dans notre étude (âge moyen de $35,3 \pm 11,5$ ans, durée d'évolution de la MC de 5,0 ans [1,0-10,0], 60,4 % de femmes, 33,0 % de fumeurs, 6,3 % de lésions ano-périnéales, 45,8 % de formes sténosantes, 35,4 % de formes fistulisantes, 47,9 % de patients avec antécédent de résection intestinale, 20,8 % de naifs d'anti-TNF et taille moyenne de résection iléale de 20,5 [13,3-30,0] cm). Le taux de RPO endoscopique à 6 mois était de 36,0 %. Le niveau médian de calprotectine fécale était de 112 [81-298] $\mu\text{g/g}$, 100 [50-139] $\mu\text{g/g}$ et 100 [58-192] $\mu\text{g/g}$ à M0, M1 et M3, respectivement. Les taux médians de calprotectine fécale n'étaient pas significativement différents entre les patients avec et sans RPO endoscopique, respectivement, à M0 (100 [50-190] vs 166 [89-312] $\mu\text{g/g}$; $p=0,15$), M1 (93 [48-104] vs 100 [50-180] $\mu\text{g/g}$; $p=0,44$) et M3 (100 [68-328] vs 99 [50-100] $\mu\text{g/g}$; $p=0,28$). En revanche, la cinétique des valeurs de calprotectine fécale était significativement différente entre les patients avec et sans RPO ($p=0,021$). Les variations relatives de calprotectine fécale entre M1 et M0 (0% [- 63% ; + 155%] vs -33% [- 63% ; 0%]; $p=0,48$) et entre M3 et M1 (+20% [- 8% ; +110%] vs 0% [- 33% ; +7%]; $p=0,17$) n'étaient pas significativement différentes entre, respectivement, les patients avec et sans RPO endoscopique. En revanche, la

variation relative de calprotectine fécale entre M3 et M0 était plus importante chez les patients avec RPO endoscopiques à M6 (+ 60% [- 47% ; + 217%]) par rapport à ceux sans RPO endoscopique (- 38% [- 64% ; 0%]) ($p=0,01$). Ce résultat était confirmé en analyse multivariée ajustée sur les facteurs de risque connus de RPO ($p=0,021$). A l'aide d'une courbe ROC (AUC = 0,73), une augmentation relative de 10 % entre M0 et M3 était le meilleur seuil pour prédire une RPO endoscopique à M6 (sensibilité = 64,7 % [41,1-82,7], spécificité = 87,5 % [68,0-96,3], valeur prédictive négative = 77,8% [57,5-91,4] et valeur prédictive positive = 78,6% [49,2-95,3]).

Conclusion : Le dosage répété de calprotectine fécale dans les 3 premiers mois suivant une résection intestinale, notamment la variation entre M0 et M3, permet de prédire la survenue d'une RPO endoscopique à 6 mois chez les patients atteints de MC suggérant son utilité en pratique quotidienne.

Remerciements : AFA, SNFGE, 3i Nature, AOI, PHRC national

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000657>

Evaluation des pratiques professionnelles autour de la RCP MICI d'un centre tertiaire français : analyse de 869 dossiers présentés entre 2014 et 2018

H. Del Arco ⁽¹⁾, P. Rivière ⁽²⁾, F. Zerbib ⁽²⁾, D. Laharie ⁽²⁾, F. Poulléot ⁽²⁾

(1) Bayonne ; (2) Bordeaux.

Introduction : L'effort des outils thérapeutiques et de suivi dans le domaine des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI) a amélioré la prise en charge des patients tout en rendant plus complexe la prise de décision. Dans ce sens, des réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) dédiées aux MICI existent depuis plusieurs années en France. Ces dernières sont en plein essor et répondent à un cadre législatif moins codifié que celles dédiées à la cancérologie. Dans ce contexte, l'objectif de ce travail est de réaliser une analyse critique de la RCP MICI d'un centre tertiaire français via la réalisation d'une évaluation des pratiques professionnelles (EPP).

Patients et Méthodes : L'EPP de cette RCP MICI a été scindée en 3 actions distinctes. Premièrement, une enquête de pratique avec approche par indicateur reprenant de manière rétrospective les dossiers présentés entre le 01/01/2014 et le 31/12/2017. L'indicateur retenu fut de savoir si la décision prise a été effectivement suivie. Deuxièmement, un audit clinique en temps réel réalisé à partir du film de 2 RCP ayant eu lieu en 2018. L'objectif étant ici d'émettre - au travers d'une analyse descriptive critique - des pistes d'amélioration dans l'organisation de cette réunion. Enfin, a été réalisée une enquête de satisfaction des praticiens participants à cette RCP via un questionnaire distribué lors d'une réunion régionale de formation médicale continue.

Résultats : L'enquête rétrospective avec approche par indicateur a permis d'inclure 1163 fiches présentées sur une période de 4 ans. 824 fiches ont été analysées (335 ont été exclues en raison de l'impossibilité d'obtenir des informations sur le devenir des patients après présentation en RCP ; 4 car le médecin référent du patient n'avait pas été saisi). L'âge médian des patients présentés était de 38 ans, 50,2 % étaient des femmes et 78% souffraient d'une maladie de Crohn (MC). La décision prise en RCP MICI était effectivement suivie dans 72 % des cas. Dans 16 % des cas elle ne l'était pas, et dans 11 % l'information n'était pas retrouvée clairement dans le dossier médical. En analyse multivariée chez les patients atteints d'une MC, le seul facteur associé à un moins bon suivi de la décision était le lieu d'exercice du médecin référent (centres libéraux par rapport au CHU; OR : 3,3 (IC95 : 0,94-11,3) ; p=0,02). Chez les patients atteints d'une recto-colite hémorragique, le fait que le patient soit une femme était indépendamment associé à un moins bon suivi de la décision (OR : 5,7 (IC95 : 1,8-19,5) ; p<0,01). Concernant l'audit clinique, 45 présentations de dossiers ont été filmées entre mars et mai 2018. Le médecin référent du patient était absent dans 58 % des cas et 53 % des dossiers ont nécessité une relecture d'imagerie. La durée médiane de présentation était de 5 (3-5,58) minutes. Le principal incident à rapporter était la sonnerie de téléphone durant la RCP (22 % des dossiers impactés). Enfin, l'enquête de satisfaction a permis de recueillir l'avis de 23 praticiens. 100 % des participants ont répondu la RCP était une aide dans la prise en charge des malades. Les modalités d'organisation de la RCP étaient connues dans 91 % des cas. Plusieurs suggestions concernant l'organisation ont été émises lors de la remise du questionnaire (changement d'horaire, visio-conférence, aide d'un secrétaire médicale).

Conclusion : Le taux de « décision suivie » à 72 % est satisfaisant mais reste perfectible. Cette EPP a permis d'élaborer des pistes d'amélioration (circuit de la fiche, amélioration des outils informatiques, rappel sur la discipline...). Les RCP MICI vont possiblement s'imposer dans un futur proche comme un préalable indispensable avant une mise en traitement. A l'instar des RCP en cancérologie, des recommandations nationales pourraient à l'avenir permettre de mieux les structurer.

Pour consulter ce résumé en ligne : <https://www.snfgc.org/resumes-2019/000604>

La cicatrisation transmurale évaluée en IRM est associée à une meilleure évolution de la maladie et représente une nouvelle cible thérapeutique potentielle chez les patients atteints de maladie de Crohn

A. Buisson ⁽¹⁾, J. Vignette ⁽¹⁾, C. Allimant ⁽¹⁾, M. Reymond ⁽¹⁾, B. Pereira ⁽¹⁾, G. Bommelaer ⁽¹⁾, C. Hordonneau ⁽¹⁾

(1) Clermont-Ferrand.

Introduction : La mauvaise acceptabilité des coloscopies répétées limite l'utilisation de la cicatrisation muqueuse endoscopique comme objectif thérapeutique en pratique quotidienne chez les patients atteints de maladie de Crohn (MC). L'IRM, mieux acceptée que la coloscopie par les patients, pourrait être une alternative intéressante pour évaluer la réponse aux traitements, d'autant plus qu'elle permet une évaluation concomitante du colon et de l'intestin grêle, et la détection des formes compliquées de la maladie (sténose, fistules).

L'objectif était d'étudier si l'amélioration des lésions IRM sous traitement était associée à une diminution du risque de chirurgie, d'hospitalisation et d'intensification thérapeutique.

Patients et Méthodes : A partir d'une base de données de tous les patients consécutifs ayant réalisé une IRM pour MC luminale dans notre centre entre janvier 2012 et juin 2018, nous avons inclus rétrospectivement tous les patients adultes ayant eu deux IRM : avec signes objectifs d'inflammation sur la 1ère IRM, la 2ème IRM indiquée pour réévaluer l'activité de la maladie et un suivi > 6 mois. Les patients ayant eu une résection intestinale entre les deux IRM étaient exclus. Nos critères de jugement étaient le délai entre la 2ème IRM et : la chirurgie, la 1ère hospitalisation pour MC ou la 1ère intensification thérapeutique. Toutes les IRM ont été réalisées selon le même protocole standardisé sans préparation colique la veille ni lavement. La normalisation de l'IRM était définie comme la disparition de toutes les lésions actives. L'amélioration des lésions était définie comme une diminution du MaRIA > 25 % ou du score de Clermont > 25 % ou la présence d'au moins deux critères de réponse transmurale parmi : disparition des ulcérations, disparition des adénopathies, disparition de la sclérolipomatose, diminution d'au moins 30 % de la prise de contraste relative (RCE) ou augmentation d'au moins 10 % du coefficient apparent de diffusion (ADC). La stabilité ou l'aggravation des lésions étaient définies comme l'absence d'amélioration.

L'association entre les critères de réponse thérapeutique en IRM et le risque de chirurgie, d'hospitalisation ou d'intensification thérapeutique a été réalisée en analyse univariée par le test du log rank puis en analyse multivariée ajustée sur les critères clinico-biologiques à l'aide d'un modèle de Cox. Les résultats sont exprimés en Hazard Ratio (HR) et intervalle de confiance à 95 %.

Résultats : Nous avons identifié 443 patients ayant eu 889 IRM. Parmi eux, 274 patients ont été inclus dans notre étude (âge moyen 33,1 ± 15,8 ans, durée d'évolution de la MC 7,0 [2,0-13,0] ans, 36,4 % de fumeurs, 31,4 % de patients avec antécédent de résection intestinale, 51,5 % de formes iléales isolées, 5,5 % de formes purement coliques et 43,1 % de formes iléo-coliques, 25,9 % de lésions ano-péritonéales, 35,4 % de MC sténosantes et 31,0 % de MC fistulisantes). A la 2ème IRM, les patients recevaient un ou plusieurs traitements parmi les corticoides (6,3 %), les immunosuppresseurs (45,2 %), les anti-TNF (65,7 %) et l'ustekinumab (2,6 %). Le délai médian entre les 2 IRM était de 9,2 mois [6,0 - 14,1].

Au total, 53 patients ont eu une résection intestinale pour MC durant la période d'étude pour un suivi médian de 14,9 mois [4,3 - 31,4]. En analyse multivariée, l'amélioration des lésions en IRM était associée à une diminution du risque de chirurgie (HR = 0,13 [0,05 - 0,38] ; p < 0,001) tandis qu'une localisation iléocolique (L3) et un phénotype compliqué (B2 ou B3) (HR = 2,52 [1,06 - 6,00] ; p < 0,036) étaient associés à une augmentation de ce risque.

Au total, 72 patients (26,3 %) ont été hospitalisés pour MC durant la période d'étude. En analyse multivariée, l'amélioration des lésions en IRM était associée à une diminution du risque d'hospitalisation (HR = 0,25 [0,11 - 0,56])

; $p = 0,001$) tandis qu'un phénotype sténosant (B2) ($HR = 3,09$ [1,40 – 6,93] ; $p = 0,006$) ou fistulisant (B3) ($HR = 2,71$ [1,17 – 6,26] ; $p = 0,02$) ou une corticothérapie ($HR = 2,56$ [1,13 – 5,81] ; $p = 0,025$) étaient associés à une augmentation de ce risque.

Au total, 163 patients (59,5 %) ont eu une intensification thérapeutique pour MC durant la période d'étude. En analyse multivariée, l'amélioration des lésions en IRM était associée à une diminution du risque d'intensification thérapeutique ($HR = 0,08$ [0,03 – 0,20] ; $p < 0,001$). La normalisation de l'IRM était associée à une diminution plus importante de ce risque ($p < 0,05$).

Conclusion : L'amélioration des lésions en IRM (cicatrisation transmurale) est associée à une diminution du risque de chirurgie, d'hospitalisation et d'intensification thérapeutique et pourrait donc être utilisée plus largement pour évaluer la réponse thérapeutique chez les patients atteints de MC à la fois en pratique quotidienne et dans les essais cliniques.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000875>

CO.44

Baisse de l'incidence des colites inclassées au sein du registre EPIMAD sur la période 1988-2014

P. Mayer⁽¹⁾, H. Sarter⁽¹⁾, M. Fumery⁽²⁾, G. Savoye⁽³⁾, A. Leroyer⁽¹⁾, L. Dauchet⁽¹⁾, C. Gower-Rousseau⁽¹⁾, B. Pariente⁽¹⁾

(1) Lille ; (2) Amiens ; (3) Rouen.

Introduction : Les colites inclassées (CI) sont une entité mal définie dont l'incidence varie entre 5-15% des nouveaux diagnostics de maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI). La définition initiale repose sur l'analyse histologique de pièce de colectomie, mais le diagnostic actuel de CI correspond aux cas de MICI coliques pour lesquelles il n'y a pas d'arguments pour un diagnostic certain de maladie de Crohn (MC) ou de rectocolite hémorragique (RCH). Plusieurs études ont retrouvé un taux élevé de reclassement en MC ou RCH au cours du suivi suggérant que les CI ne seraient pas une entité propre mais issues d'un défaut de classement des MICI coliques. Les objectifs de ce travail étaient d'étudier en population générale, l'évolution de l'incidence des CI sur la période 1988-2014 ainsi que leur reclassement au cours du suivi.

Patients et Méthodes : Nous avons mené une étude rétrospective observationnelle au sein du registre EPIMAD, incluant tous les patients avec un diagnostic de CI fait après l'âge de 17 ans entre 1988 et 2014 ($n=476$), résidant dans 4 départements du nord-ouest de la France. Un dossier était expertisé et classé en CI s'il s'agissait d'une MICI localisée au colon ayant des arguments cliniques et morphologiques et histologiques pour une MC et pour une RCH, selon l'algorithme diagnostique du registre EPIMAD, valide et publié (1). Le reclassement était défini par un changement de diagnostic au cours du suivi. Pour cette étude, la période 1988-2014 a été divisée en 3 périodes de 9 ans (1988-1996, 1997-2005 et 2006-2014).

Résultats : De 1988 à 2014, 24 304 cas incidents de MICI ont été recensés, incluant 8449 (66,2%) MC, 3839 (30,1%) RCH et 476 (3,7%) CI. Les patients avec un diagnostic de CI étaient plus souvent des hommes (51,7 % ($n=246$) versus 45,6% ($n=5602$) ($p=0,009$)), avec un âge plus élevé au diagnostic (36 ans [26 ; 51] versus 30 ans [23 ; 42] ($p<0,0001$)). Sur la période 1988-2014, une diminution significative de la part des CI parmi les MICI diagnostiquées était observée, passant de 6% en 1988-1996 à 2% en 2006-2014 ($p<0,0001$). Pendant cette période, les incidences de MC et RCH restaient stables. Un événement clinique permettant le reclassement est survenu chez 142 patients (29,8%) avec un délai médian de 1 an (IQR [1,2]) après le diagnostic de CI. Sur la totalité des patients diagnostiqués CI ($n=476$), 334 (70,2%) n'ont pas eu de second diagnostic, 132 (27,7%) ont eu un second diagnostic et 10 (2,1%) ont eu un troisième diagnostic. Quatre-vingt-neuf patients (18,7%) ont pu être reclassés en MC ou RCH suite à une seconde poussée. Il n'y a pas de différence statistique dans le taux de reclassement des CI en MC ou RCH quel que soit le mode de découpage de la période ($p=0,56$ pour 9 ans). Le taux de reclassement en MC ou en RCH n'a pas significativement évolué au cours de la période d'étude, passant de 17% en 1988-1996 à 21% en 2006-2014 ($p=0,56$).

Conclusion : Grâce aux données en population générale du Registre EPIMAD, une baisse significative de l'incidence des CI sur la période 1988-2014 a été observée. Ceci pourrait s'expliquer par les progrès réalisés dans les performances diagnostiques de la MC et de la RCH et interroge sur la pertinence du maintien de l'entité des CI.

Références Bibliographiques : (1) Gower-Rousseau et al. Gut 1994

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000529>

Les lésions néoplasiques non conventionnelles des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin

J.F. Mosnier ⁽¹⁾, S. Reis ⁽¹⁾, A. Boureille ⁽¹⁾, G. Meurette ⁽¹⁾, C. Bossard ⁽¹⁾

(1) Nantes.

Introduction : Malgré les programmes de dépistage des cancers colorectaux chez les patients atteints de maladie inflammatoire chronique de l'intestin (MICI), des cancers sont encore découverts "fortuitement" sur les pièces opératoires de ces patients opérés pour d'autres raisons qu'une dysplasie ou un cancer. L'hypothèse de ce travail était que des lésions précancéreuses autres que la dysplasie conventionnelle associée au MICI, décrites par Riddell et coll., pourraient expliquer une partie de ces cancers "fortuits".

Matériels et méthodes : 796 pièces de résection intestinale de 717 patients atteints de MICI (545 maladies de Crohn, 197 rectocolites ulcéro-hémorragiques) examinées dans le service de Pathologie de l'institution entre 1993 et 2016 étaient identifiées. Les pièces dans lesquelles était isolé un cancer étaient relues afin d'examiner le(s) cancer(s) et les lésions précessives. Une lésion précessive était définie par sa contiguité immédiate avec le cancer, faisant d'elle le précurseur probable du cancer. Les blocs des tissus lésionnels inclus en paraffine étaient collectés. Une analyse immunohistochimique (CDX2, p16, MGMT et TP53) et moléculaire (BRAF, NRAS, KRAS, PIK3CA, RER et méthylation de CDX2) des cancers et des lésions précessives était entreprise après microdissection des zones d'intérêt. Les données cliniques et endoscopiques des patients étaient colligées rétrospectivement. Des statistiques descriptives étaient effectuées.

Résultats : 29 cancers provenant de 26 patients (18 rectocolites ulcéro-hémorragiques, 7 maladies de Crohn et une colite aigue grave) étaient diagnostiquées sur les 796 pièces opératoires (3,6% des patients). La découverte du cancer était fortuite chez 7 des 26 patients (27%) (4 rectocolites ulcéro-hémorragiques, 2 maladies de Crohn et une colite aigue grave). Chez les 19 autres patients, les résections coliques étaient motivées par des biopsies positives pour la dysplasie de haut grade / carcinome ($n = 16$) ou la dysplasie de bas grade ($n = 3$). 26 cancers étaient colique ou rectal, 2 intestinaux, 1 anal. La découverte fortuite de cancer était significativement plus souvent associée à une colite active que les cancers dépistés par les biopsies endoscopiques. Une lésion précessive était isolée dans 18 des 29 cancers (62%) : 9 (50%) étaient des lésions visibles ou invisibles avec dysplasie conventionnelle (adénome tubuleux et/ou villosus, dysplasie en muqueuse plane, polype/adénome festonné sessile avec dysplasie conventionnelle) et 9 (50%) correspondaient à des lésions inhabituelles par l'absence de dysplasie conventionnelle. Ces lésions étaient classées arbitrairement en hyperplasie villosuse hypersécrétante ($n = 6$), lésion papillaire inclassable ($n = 2$) et lésion festonnée inclassable ($n = 1$). Les lésions précessives, y compris les lésions inhabituelles, présentaient les mêmes anomalies moléculaires que les cancers contigus. Dans les lésions inhabituelles les anomalies moléculaires les plus fréquentes étaient la surexpression de p53 et la perte et/ou la méthylation de CDX2. Des mutations de KRAS étaient identifiées dans deux lésions précessives inhabituelles (une hyperplasie villosuse hypersécrétante et une lésion papillaire inclassable), témoignant de leur potentiel néoplasique. La fréquence des anomalies moléculaires n'était pas significativement différentes entre les lésions précessives avec dysplasie conventionnelle et les lésions inhabituelles.

Conclusion : Des lésions visibles sans dysplasie conventionnelle sont précancéreuses chez les patients atteints de MICI. Le déploiement des nouvelles techniques endoscopiques et l'application des recommandations SCENIC devraient permettre d'apprendre à identifier ces lésions et préciser leur prise en charge.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000745>

Plexites myentériques et récurrence post-opératoire de la maladie de Crohn : implication des cellules gliales entériques et d'ICAM-1

C. Le Berre ⁽¹⁾, J. Pabois ⁽¹⁾, T. Durand ⁽¹⁾, E. Durieu ⁽¹⁾, M. Rolli-Derkinderen ⁽¹⁾, C. Bossard ⁽¹⁾, J. Podevin ⁽¹⁾, M. Neunlist ⁽¹⁾, I. Neveu ⁽¹⁾, P. Naveilhan ⁽¹⁾, A. Bourreille ⁽¹⁾

(1) Nantes.

Introduction : Cinquante pour cent des patients atteints de maladie de Crohn (MC) sont opérés dans les vingt premières années de leur maladie avec un risque majeur de récurrence. Parmi les facteurs de risque de récurrence précoce, la présence de plexites myentériques (≥ 1 cellule immunitaire au contact des ganglions de la marge proximale de résection) a été intégrée aux recommandations européennes (Gionchetti et al., 2017) mais ce critère n'est pas utilisé du fait de l'identification difficile des plexites et de la méconnaissance des interactions entre système nerveux entérique (SNE) et système immunitaire.

Les objectifs de notre étude étaient de caractériser les acteurs cellulaires des plexites, de phénotyper les lymphocytes T (LT) présents dans les plexites et d'identifier les molécules responsables des interactions entre cellules du SNE et cellules du système immunitaire, afin de faciliter leur identification en routine.

Matériels et méthodes : Analyse ex vivo : 29 patients (20 atteints de MC et 9 atteints d'un cancer colique) ayant eu une résection iléo-colique ont été inclus. Les lames issues de la marge proximale de résection iléo-colique ont été utilisées pour le phénotypage immunohistochimique des cellules gliales entériques (CGE) (S100 β), des neurones (Hu) et des LT (CD3, CD4, CD8). L'ensemble des ganglions présents sur les lames ont été identifiés et les LT présents au sein ou à proximité des ganglions ont été comptés.

Analyse in vitro : Les interactions entre cellules du SNE et cellules du système immunitaire ont été étudiées à l'aide de cultures primaires de CGE co-cultivées avec des LT. Les co-cultures ont été utilisées pour analyser, par immunocytochimie, l'adhérence des LT aux CGE après activation des LT par des anticorps anti-CD3/anti-CD28, et après prétraitement des CGE par des lipopolysaccharides (LPS) ou par un cocktail pro-inflammatoire IL-1 β /TNF α (IT). L'expression de molécules d'adhérence (MAdCAM, NCAM et ICAM-1) a été déterminée par PCR quantitative, western blot et immunocytochimie.

Résultats : Les analyses ex vivo ont révélé des contacts cellulaires entre les CGE et les deux sous-types de LT (CD4+ et CD8+). Le nombre de LT par ganglion était significativement supérieur chez les patients atteints de MC ($5,6 \pm 0,9$) en comparaison aux patients contrôles ($1,2 \pm 0,2$) ($p < 0,001$), avec un seuil discriminant de 1,7 LT/ganglion. Le nombre de LT par ganglion était deux fois plus élevé chez les patients atteints de MC récidivante ($7,1 \pm 1,4$) par rapport aux patients n'ayant pas récidivé ($3,6 \pm 0,9$) ($p = 0,175$). Au-delà de 7,7 LT/ganglion, tous les patients récidivaient.

Les analyses in vitro ont révélé une augmentation significative du nombre de LT en contact avec les CGE après un prétraitement des CGE par des LPS ou de l'IT, respectivement d'un facteur 2,7 ($\pm 0,7$) ($p < 0,01$) et 2,1 ($\pm 0,3$) ($p < 0,01$) par rapport à la condition contrôle. Cette augmentation était accompagnée d'une surexpression de l'ARN d'ICAM-1 d'un facteur 31,8 ($\pm 9,3$) ($p < 0,0001$) après prétraitement des CGE par des LPS, et d'un facteur 75,1 ($\pm 30,9$) ($p < 0,0001$) après prétraitement des CGE par de l'IT, tandis qu'il n'était pas détecté de surexpression des ARN de MAdCAM et NCAM en condition inflammatoire. Cette forte augmentation de l'expression d'ICAM-1 a été confirmée à l'échelle protéique par western-blot et immunocytochimie.

Conclusion : Notre étude a démontré que les conditions inflammatoires augmentaient les interactions entre CGE et LT. Cette augmentation est associée à une surexpression d'ICAM-1, suggérant un rôle du couple ICAM-1/LFA-1 dans la formation des plexites. Des expériences complémentaires sont nécessaires pour confirmer ces résultats et envisager à long terme des stratégies thérapeutiques pour prévenir la récurrence post-opératoire de la MC.

Références Bibliographiques : Gionchetti, P., Dignass, A., Danese, S., Dias, M., José, F., Rogler, G., Lakatos, P.L., Adamina, M., Ardizzone, S., Buskens, C.J., et al. (2017). 3rd European Evidence-based Consensus on the Diagnosis and Management of Crohn's Disease 2016: Part 2: Surgical Management and Special Situations. *J Crohns Colitis* 11, 135–149.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000064>

CO.47

Intérêt du dosage de la calprotectine sérique dans les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin : étude prospective monocentrique

T. Di Bernardo ⁽¹⁾, A. Haccourt ⁽¹⁾, P. Veyrard ⁽²⁾, E. Del Tedesco ⁽³⁾, J.M. Phelip ⁽²⁾, N. Williet ⁽³⁾, S. Paul ⁽³⁾, X. Roblin ⁽³⁾

(1) Saint-Étienne ; (2) Saint-Priest-en-Jarez ;

(3) Saint-Etienne.

Introduction : La calprotectine fécale (CF) est le biomarqueur non vulnérant le plus performant pour le diagnostic et la surveillance des Maladies Inflammatoires Chroniques de l'Intestin (MICI). Il est un marqueur clé dans la stratégie du « Treat To Target »⁽¹⁾. Cependant en pratique clinique, le prélèvement de selles apparaît contraignant pour les patients⁽²⁾. Le but de notre étude était d'évaluer les performances diagnostiques de la calprotectine sérique (CS) pour prédire la rémission clinique (RM) et la cicatrisation muqueuse (CM) dans les MICI.

Matériels et méthodes : Il s'agissait d'une étude prospective monocentrique. Nous avons inclus consécutivement tout patient atteint soit d'une Rectocolite Hémorragique (RCH) soit d'une Maladie de Crohn (MC). Les critères d'exclusions étaient : Un rhumatisme inflammatoire, une surinfection à *Clostridium difficile*, prise récente d'AINS, la grossesse, un âge < 16ans, patients atteints de lésions ano-périnéales exclusives. L'objectif principal était de rechercher les valeurs prédictives de la CS pour la rémission clinique et la cicatrisation muqueuse et de la comparer aux autres biomarqueurs. En analyse secondaire, nous avons recherché une corrélation entre la CS, la CF et la Protéine C Réactive (PCR). La rémission clinique était définie pour la MC par un score CDAI < 150 et un score Mayo clinique < 2 pour la RCH. La cicatrisation muqueuse était définie pour la MC par l'absence d'activité inflammatoire à l'IRM et/ou l'absence d'ulcération à la coloscopie, pour la RCH un score Mayo endoscopique entre 0 et 1. La technique d'analyse pour la CS était réalisée par le test rapide Bühlmann Quantum Blue[®].

Résultats : De juin 2017 à juin 2018, 82 patients (60,2% MC ; Sex ratio H/F=0,74 ; Age moyen=42,19±15,4) permettant de réaliser 123 dosages de CS ont été inclus.

Sur les 123 dosages de CS, 87 (70,7%) étaient réalisés chez des patients en RC.

En ce qui concerne la prédiction de la RC, la CS présentait une Aire sous la courbe (AUC) à 67,6%, avec pour un seuil de 5,3 mg/ml une Sensibilité (Se) de 65,6%, une Spécificité (Spé) de 67,6%, conférant des performances diagnostiques non inférieures aux autres biomarqueurs tels que la PCR (p=0,80) et la CF (p=0,42). Cette valeur prédictive était plus favorable dans la RCH que dans la MC. En ce qui concerne la prédiction de la CM, les performances diagnostiques de la CS étaient bonnes, AUC = 73,4%, avec pour un seuil de 4,8mg/ml une Se de 61,9% et une Spé de 80,9%. Ces résultats étaient superposables à ceux de la PCR (p=0,48) et de la CF (p=0,23).

Il existait une corrélation entre le score endoscopique au cours de la RCH et la CS (r=0,59) plus importante qu'avec la CF (r=0,46). Aucune corrélation significative n'était rapportée entre CS et CF (r=0,16) et CS et PCR (r=0,35).

Conclusion : Cette étude a permis de mettre en évidence que la CS est un biomarqueur prédictif de la RC et de la CM dans les MICI. Ce biomarqueur n'était pas inférieur aux autres biomarqueurs en termes de prédiction. D'autres études regroupant un plus grand nombre de patients sont nécessaires afin de confirmer dans l'avenir la place de la CS dans la prise en charge des MICI.

Références Bibliographiques : 2. Buisson A, Gonzalez F, Poullenot F, Nancey S, Sollellis E, Fumery M, et al. Comparative Acceptability and Perceived Clinical Utility of Monitoring Tools: A Nationwide Survey of Patients with Inflammatory Bowel Disease. *Inflamm Bowel Dis.* août 2017;23(8):1425-33.

1. Colombel JF, Panaccione R, Bossuyt P, Lukas M, Baert FJ, Vanasek T, et al. Superior Endoscopic and Deep Remission Outcomes in Adults with Moderate to Severe Crohn's Disease Managed with Treat to Target Approach Versus Clinical Symptoms: Data from Calm. *Gastroenterology.* 1 avr 2017;152(5):S155. 2. Buisson A, Gonzalez F, Poullenot F, Nancey S, Sollellis E, Fumery M, et al. Comparative Acceptability and Perceived Clinical Utility of Monitoring Tools: A Nationwide Survey of Patients with Inflammatory Bowel Disease. *Inflamm Bowel Dis.* août 2017;23(8):1425-33.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000160>

La biopsie liquide per-opératoire dans l'adénocarcinome canalaire du pancréas résecable : un nouvel outil diagnostique et pronostique

E. Buscail ⁽¹⁾, C. Caumont ⁽¹⁾, C. Alix-Panabières ⁽²⁾, P. Quincy ⁽¹⁾, A. Chauvet ⁽¹⁾, S. Verdon ⁽¹⁾, M. Marty ⁽¹⁾, J.P. Merlio ⁽¹⁾, A. Bedel ⁽¹⁾, A. Brisson ⁽¹⁾, F. Moreau-Gaudry ⁽¹⁾, V. Vendrely ⁽¹⁾, C. Laurent ⁽³⁾, S. Dabernat ⁽¹⁾, L. Chiche ⁽³⁾

(1) Bordeaux ; (2) Montpellier ; (3) Pessac.

Introduction : Un des problèmes du cancer du Pancréas (CP) est le temps de latence entre la suspicion du CP et la mise en place des traitements, notamment néo-adjuvants qui nécessitent une preuve histologique. Les méthodes de biopsie liquide pourraient accélérer la mise en évidence d'éléments tumoraux et le diagnostic.

L'objectif principal de l'étude était de comparer la performance diagnostique de plusieurs techniques de biopsie liquide chez des patients atteints d'un CP résecable d'emblée sans traitement néo-adjuvant. L'objectif secondaire était la corrélation entre la quantification des paramètres de la biopsie liquide et le taux de récurrence post-opératoire.

Matériels et méthodes : Nous avons conçu un essai clinique prospectif (PANC-CTC# NCT03032913) visant à détecter les cellules tumorales circulantes (CTC), l'ADN tumoral circulant (ADNct) et les onco-exosomes chez les patients atteints de CP et chez les patients d'un groupe témoin sans antécédent de cancer, opérés d'une pathologie bénigne en appliquant différentes méthodes. Pour les CTCs, il s'agissait de l'enrichissement et détection de CTCs par la méthode CellSearch® (méthode de référence approuvée par la FDA), méthode d'enrichissement de CTCs RosetteSep® et OncoQuick® puis quantification de l'ADN tumoral par dd-PCR. Les exosomes ont été isolés puis caractérisés avec le taux d'expression de Glypican-1 (marqueur spécifique du CP Melo et al. Nature 2015). Le statut de mutation KRAS des tumeurs primaires, a également été recherché sur les pièces opératoires. Tous les patients de l'étude (groupe témoin et groupe CP) ont eu un prélèvement de sang périphérique, les patients du groupe CP ont eu un prélèvement de sang portal en per-opératoire.

Résultats : De février à novembre 2017, 21 patients atteints de CP résecable et 28 patients témoins ont été inclus (dont 8 TIPMP non dégénérées et 2 pancréatites chroniques calcifiantes). Au total 15 patients (72%) ont été détectés positifs par au moins une méthode. Les CTCs ont été détectées chez 9 patients (70% dans le sang portal exclusif). Les onco-exosomes ont été détectés chez 11 patients sur 21 dans le sang périphérique (sang portal en cours d'analyse). L'ADNct n'a été détecté que chez deux patients métastatiques (découverte per-opératoire). La détection combinée des CTCs et des onco-exosomes était significativement corrélée à un taux de récurrence métastatique post opératoire (Log Rank $p=0.03$).

Conclusion : Cette étude pilotes suggère que la biopsie liquide peut être un outil prometteur à fois diagnostique et pronostique dans le CP à un stade précoce. En effet les CTC sont détectées dans le sang des patients porteurs de petites tumeurs adénocarcinomatueuses résecables avec une sensibilité supérieure à celle de l'ADNt circulant. De plus, la combinaison de la recherche de CTC et celle des onco-exosomes circulants permettrait de prédire la récurrence post-opératoire.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000223>

Corrélation entre l'index Ki67 et l'avidité tumorale en TEP au 18FDG dans les tumeurs neuroendocrines pancréatiques : une analyse lésion par lésion

L. de Mestier ⁽¹⁾, M. Armani ⁽¹⁾, J. Cros ⁽¹⁾, O. Hentic ⁽¹⁾, V. Rebours ⁽¹⁾, G. Cadot ⁽²⁾, A. Sauvanet ⁽¹⁾, A. Couvelard ⁽¹⁾, R. Lebtahi ⁽¹⁾, P. Ruzsiewski ⁽¹⁾

(1) Clichy-la-Garenne ; (2) Reims.

Introduction : L'index de prolifération Ki67 et l'avidité tumorale en tomographie par émissions de positions (TEP) au 18fluoro-déoxyglucose (FDG) sont des facteurs pronostiques des tumeurs neuroendocrines pancréatiques (TNEP). Des études ont rapporté une corrélation entre eux, mais en comparant le Ki67 mesuré sur la lésion la plus facilement accessible lors du diagnostic initial, à la lésion la plus avide en TEP-FDG corps-entier réalisée lors du suivi. Or le Ki67 est influencé par l'hétérogénéité tumorale, liée à la technique de prélèvement, à une hétérogénéité intertumorale (entre les métastases, et/ou avec la tumeur primitive), à une hétérogénéité intratumorale et à des variations dans le temps. Notre objectif était d'évaluer la corrélation entre le Ki67 et l'intensité de fixation en TEP-FDG de manière précise à l'échelle lésionnelle.

Patients et Méthodes : Cette étude a inclus tous les patients consécutifs opérés d'une TNEP (tumeur primitive et/ou métastase(s)), sans chimiothérapie néoadjuvante, dans un centre expert de 2012 à 2017, et ayant réalisé une TEP-FDG dans les 6 mois précédant la chirurgie. Pour chaque patient, une ou plusieurs lésion(s)-cible(s) ≥ 10 mm étai(en)t déterminée(s). Pour chaque lésion-cible, le Ki67 était mesuré de manière centralisée sur la pièce opératoire. Le grade pathologique (pG) était déterminé selon le Ki67 (pG1, <3%; pG2, 3%-20%; pG3, >20%). L'intensité de fixation de chaque lésion-cible était mesurée de manière centralisée sur la TEP-FDG préopératoire, exprimée selon le rapport de Standardized Uptake Value (SUV) maximale tumeur/foie (SUVmax T/F). Comme suggéré dans la littérature, le grade métabolique (mG) était déterminé selon le SUVmax T/F (mG1, ≤ 1 ; mG2, 1-2,3 et mG3 > 2,3). La discrimination des seuils de SUVmax T/F utilisés pour la classification du mG étaient vérifiés par courbe ROC. Nous avons étudié la corrélation entre le Ki67 et le SUVmax T/F, et entre le pG et le mG. L'hétérogénéité intertumorale était évaluée chez les patients ayant plusieurs lésions-cibles et était considérée significative si la discordance de Ki67 induisait un changement de pG.

Résultats : Vingt-cinq patients (64% d'hommes, âge médian 52 ans) étaient inclus, dont 13 étaient opérés d'une pancréatocécum, 2 d'une hépatocécum, et 10 des deux dans le même temps opératoire. La chirurgie était réalisée dans un délai médian de 2,4 mois (interquartile 25-75 [IQR] 1,1-3,7) suivant la TEP-FDG. Au total, 42 lésions-cibles étaient identifiées : 24 lésions pancréatiques, 16 lésions hépatiques et 2 lésions ganglionnaires. La taille médiane était 20 mm (IQR 15-30). Le Ki67 médian était 4,5% (IQR 1%-15%) et les lésions-cibles étaient classées pG1, pG2 ou pG3 dans respectivement 38%, 40% et 22% des cas.

Le Ki67 était corrélé au SUVmax T/F ($r=0,66$, $p<0,001$). Les valeurs de SUVmax T/F = 1 et 2,3 étaient les plus discriminantes pour les seuils mG1/mG2 (aire sous la courbe ROC=0,80) et mG2/mG3 (aire sous la courbe ROC=0,83). Le SUVmax T/F médian était de 0,77 (IQR: 0,62-1,48) pour les lésions pG1, 1,41 (IQR 0,97-2,03) pour les lésions pG2 et 2,98 (IQR 1,37-3,71) pour les lésions pG3 ($p=0,001$). À l'inverse, le Ki67 médian était de 1 (IQR 1-5) pour les lésions mG1, 4 (IQR 1-11) pour les lésions mG2 et 25 (IQR 14-45) pour les lésions mG3 ($p=0,001$). Parmi les 11 patients ayant plusieurs lésions-cibles, 36,4% présentaient une hétérogénéité intertumorale significative.

Conclusion : Il s'agit de la première étude démontrant une corrélation entre le Ki67 et l'avidité tumorale en TEP-FDG à l'échelle de la lésion. L'intensité de fixation en TEP-FDG pourrait prédire le pG des lésions de TNEP et est moins influencé par l'hétérogénéité tumorale. Ainsi, la TEP-FDG peut compléter l'évaluation anatomo-pathologique de l'agressivité tumorale des TNEP et pourrait s'avérer pertinente pour guider la réalisation de biopsies et le choix des traitements à proposer.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000713>

CO.50

Détection de mutations germinales et critères stricts ou élargis de cancer du pancréas familial

P. Hammel ⁽¹⁾, C. Korenbaum ⁽¹⁾, M. Schwarz ⁽¹⁾, C. Colas ⁽²⁾, F. Coulet ⁽²⁾, S. Granier ⁽¹⁾, M. Parrin ⁽¹⁾, L. de Mestier ⁽¹⁾, P. Lévy ⁽¹⁾, V. Rebours ⁽¹⁾, N. Soufir ⁽²⁾

(1) Clichy-la-Garenne ; (2) Paris.

Introduction : On estime 5% à 10 % des cancers du pancréas (CaP) surviennent dans un contexte de transmission familiale sans ou avec mutation germinale identifiée. L'amélioration des techniques de séquençage devrait permettre de détecter un taux plus élevé d'altérations génétiques prédisposantes. D'autre part, les familles comportant plusieurs cas de CaP et/ou de lésions prédisposantes type TIPMP ne s'intègrent pas dans les critères actuellement définis de CaPaFa (CaPaFa-like ou « atténuées »).

Patients et Méthodes : Depuis 2007, 221 cas index de familles à risque ont été testés après consultation d'oncogénétique. Deux groupes ont été définis : 1) définition stricte de CaPaFa selon les critères internationaux (2 apparentés au 1^{er} degré ou ≥ 3 quel que soit le degré) : n=133 ; 2) CaPaFa « atténuées » : 1 seul apparenté au 2^d degré, TIPMP + apparenté avec CaP au 1^{er} ou 2^d degré, ou patient avec CaP ≤ 50 ans) : n=88. Tous les patients ont eu un séquençage des gènes BRCA2, BRCA1 et CDKN2A (méthode Sanger) ; de plus, un séquençage NGS de plus de 90 gènes a été réalisé dans un sous-groupe (CaPaFa vrai : n=15 ; CaPaFa « atténuées » : n=11).

Résultats : Parmi les CaPaFa vraies, des mutations germinales pathogènes de BRCA2, BRCA1 et CDKN2A étaient présentes dans 5,7%, 2,0% et 1,8%, respectivement. Pour les CaPaFa « atténuées », ces taux étaient de 3,1%, 3,1% et 1,7%. L'analyse par panel NGS a permis d'identifier des mutations supplémentaires dans les gènes ATM et PALB2, ainsi que dans plusieurs gènes candidats qui seront détaillées lors de la présentation.

Conclusion : 1) l'élargissement de l'analyse par NGS des familles CaPaFa permis d'identifier des anomalies germinales supplémentaires possiblement utiles dans la sélection des apparentés pour un éventuel dépistage pancréatique ; 2) nous avons détecté des mutations dans des familles CaPaFa « atténuées » ne répondant pas strictement aux critères reconnus, mais pouvant correspondre à des formes mineures de CaPaFa.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000901>

CO.51

Les tumeurs intra-canaliaires papillaires et mucineuses du pancréas présentant la mutation GNAS ont un meilleur pronostic par rapport à celles RAS-mutées

A. Parvanescu ⁽¹⁾, M. Cesaretti ⁽¹⁾, C. Silve ⁽²⁾, I. Bieche ⁽²⁾, V. Rebours ⁽¹⁾, P. Lévy ⁽¹⁾, A. Sauvanet ⁽¹⁾, J. Cros ⁽³⁾, S. Gaujoux ⁽³⁾

(1) Clichy-la-Garenne ; (2) Paris ; (3) Clichy.

Introduction : La prise en charge des TIPMP est principalement basée sur leurs caractéristiques clinico-radiologiques, ce qui est souvent insuffisant pour déterminer leur potentiel de malignité et leur risque de dégénérescence. A l'inverse, des critères histologiques et génétiques, comme le phénotype des TIPMP ou leur statut mutationnel, ne sont pas actuellement pris en compte dans la prise en charge des TIPMP, alors que l'apport de la biologie moléculaire est utilisé depuis plusieurs années dans la stratégie thérapeutiques de nombreux cancers.

Le but de ce travail a été de déterminer le statut mutationnel GNAS, RAS, BRAF et PIK3CA chez les patients opérés pour TIPMP et le corréler aux caractéristiques cliniques, histologiques et de survie de ces patients.

Matériels et méthodes : 149 patients consécutifs opérés d'une TIPMP ont été inclus et leur ADN tumoral extrait. Le statut mutationnel GNAS a été déterminé par discrimination allélique (TaqMan) et confirmé par SNaPhot.

Le statut mutationnel RAS, BRAF et PIK3CA a été déterminé par fusion haute résolution et séquençage Sanger.

Résultats : Les phénotypes gastrique et intestinal étaient les plus fréquents (52% et 41%).

Les TIPMP intestinales étaient associées à la dysplasie de haut grade (49%) et étaient les seules associées aux carcinomes colloïdes muqueux.

Toutes les TIPMP pancréato-biliaires étaient invasives et localisées dans le canal principal.

La mutation activatrice GNAS était associée au phénotype intestinal (p<10-4) tandis que les mutations de la voie RAS n'étaient associées avec aucun phénotype particulier.

Les gènes de la voie EGFR étaient rarement mutés (2%).

Les TIPMP GNAS mutées étaient rarement invasives (11%) et dans ce cas presque exclusivement (83%) colloïde et donc de meilleur pronostic.

En analyse univariée, la mutation GNAS était associée avec une meilleure survie. En analyse multivariée, pour les TIPMP invasives, seul le statut N0 était associé avec une meilleure survie.

Conclusion : Chez les patients sélectionnés pour la chirurgie, l'analyse de la mutation GNAS et du phénotype tumoral permettent de mieux prédire leur devenir et pourraient améliorer leur prise en charge à l'avenir.

Références Bibliographiques : Lynch TJ, Bell DW, Sordella R et al. « Activating Mutations in the Epidermal Growth Factor Receptor Underlying Responsiveness of Non-Small-Cell Lung Cancer to Gefitinib ». The New England Journal of Medicine 350, no 21 (20 mai 2004): 2129-39.

Distler M, Kersting S, Niedergethmann M et al. « Pathohistological Subtype Predicts Survival in Patients with Intraductal Papillary Mucinous Neoplasm (IPMN) of the Pancreas ». Annals of Surgery 258, no 2 (août 2013): 324-30.

Tanaka M, Carlos Fernández-del C, Volkan A et al. « International Consensus Guidelines 2012 for the Management of IPMN and MCN of the Pancreas ». Pancreatology: Official Journal of the International Association of Pancreatology (IAP) ... [et Al.] 12, no 3 (juin 2012): 183-197.

Furukawa, Toru, Takashi Hatori, Izumi Fujita, Masakazu Yamamoto, Makio Kobayashi, Nobuyuki Ohike, Toshio Morohoshi, et al. « Prognostic Relevance of Morphological Types of Intraductal Papillary Mucinous Neoplasms of the Pancreas ». Gut 60, no 4 (4 janvier 2011): 509-516.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000762>

Evaluation d'une technique de drainage des sténoses pancréatiques serrées sur pancréatite chronique calcifiante par forage à l'extracteur de Soehendra®

J.P. Le Mouel⁽¹⁾, P. Basile⁽²⁾, M. Barthet⁽³⁾, J.M. Gonzalez⁽³⁾

(1) Amiens ; (2) Rouen ; (3) Marseille.

Introduction : La prise en charge endoscopique des sténoses canalaire pancréatiques induites par la pancréatite chronique calcifiante (PCC) est particulièrement difficile du fait de leur caractère serré et calcifié. En cas de sténose uniquement franchie par un fil guide lors d'une cholangio-pancréatographie rétrograde (CPRE), un extracteur de Soehendra peut être utilisé pour réaliser un forage de la sténose et permettre la mise en place secondaire d'une prothèse pancréatique. **L'objectif de notre étude** était d'évaluer la faisabilité de cette technique.

Patients et Méthodes : Tous les patients ayant bénéficié de forages de sténoses canalaire pancréatiques secondaires à une PCC, entre Janvier 2004 et Janvier 2018, dans une unité d'endoscopie d'un centre tertiaire, ont été inclus. Les variables démographiques, cliniques et endoscopiques étaient collectées rétrospectivement. L'objectif principal était l'analyse du succès technique de la procédure, défini par la possibilité de positionner une prothèse pancréatique au-delà de la sténose après le forage à l'extracteur de Soehendra. Les objectifs secondaires étaient l'évaluation des complications et l'identification des facteurs de risque d'échec de la technique.

Résultats : 101 patients, ayant bénéficièrent au total de 180 forages canalaire, ont été inclus. L'âge moyen était de 53,3 (± 12,8) ans, avec un sex-ratio H/F de 2:1. L'étiologie des PCC se répartissait entre alcoolique (n=37, 37%), génétique (n=6, 6%), auto-immune (n=4, 4%) et idiopathique (n=21, 21%) (Données manquantes pour 33 (32%) patients). Cinquante-neuf (58%) patients ont bénéficié d'un seul forage, contre 21 (21%), 11 (11%) et 10 (10%) qui ont respectivement eu 2, 3 et 4 forages, lors de CPRE distinctes. Le succès technique était obtenu lors de 93% (n=167) des procédures. Les forages avaient lieu lors d'une première CPRE, après sphinctérotomie pancréatique, dans 32% (n=58) des cas. L'accès au canal pancréatique se faisait via la papille principale pour 87% (n=157) des forages, contre 13% (n=23) via la papille accessoire. Les sténoses se situaient au niveau céphalique, isthmique, corporeo-caudale ou mixte, dans respectivement 50% (n=90), 22% (n=40), 17% (n=31) et 11% (n=19) des cas. Le diamètre de l'extracteur de Soehendra utilisé était de 7 et 10 french (fr) dans 43% (n=78) et 57% (n=102) des forages. En cas de succès, la mise en place de prothèses plastiques de 7 et 10 fr, ou de prothèses métalliques, était effectuée respectivement dans 84% (n=142), 13% (n=22) et 3% (n=3) des cas. Lors de la CPRE suivante, le changement de la prothèse était possible pour 67% (n=111) des procédures et, en cas d'impossibilité (30%, n=48), un nouveau forage était réalisé dans 83% (n=40) des cas. Le taux de complication aiguë était de 4,5%, essentiellement marqué par des pancréatites aiguës non graves (n=6) et des bactériémies sans critère de sepsis sévères (n=2). Dans les effets indésirables plus tardifs, il était noté 9% (n=16) de migrations intra-digestives des prothèses ; contre 2% (n=3) de migrations intra-pancréatiques ; et 2% (n=3) de pseudokystes rétentionnels. En analyse multivariée, les critères d'échecs du forage identifiés étaient une réalisation du forage lors d'une première CPRE (p=0,038) et un diamètre de l'extracteur de Soehendra de 7 fr (p=0,016).

Conclusion : Le forage canalaire pancréatique par un extracteur de Soehendra est une alternative très simple, peu coûteuse, efficace et sûre, permettant le drainage prophétiq

Pour consulter ce résumé en ligne :
<https://www.snfge.org/resumes-2019/000239>

Développement de critères cholangioscopiques pour le diagnostic des sténoses biliaires indéterminées

H. Elbacha⁽¹⁾, H. Rafik⁽²⁾, S. Leblanc⁽²⁾, S. Grabar⁽²⁾, B. Vedrenne⁽³⁾, B. Napoléon⁽⁴⁾, F. Fumex⁽⁴⁾, K. Barange⁽⁵⁾, R. Laugier⁽⁶⁾, F. Prat⁽²⁾

(1) Rabat, MAROC ; (2) Paris ; (3) Mulhouse ; (4) Lyon ; (5) Toulouse ; (6) Marseille.

Introduction : La cholangioscopie permet une exploration endoscopique des voies biliaires et améliore les performances diagnostiques lors de l'exploration des sténoses biliaires par rapport aux autres techniques d'imagerie. Cependant, l'interprétation des images cholangioscopiques reste subjective en l'absence d'une classification de référence. **L'objectif de notre étude** est d'établir des critères d'analyse visuelle permettant de distinguer les lésions bénignes et malignes.

Matériels et méthodes : 4 centres référents ont inclus 98 enregistrements de cholangioscopie Spyglass DS™ réalisés pour des sténoses biliaires de nature indéterminée (SBI) dont le diagnostic définitif était connu par l'histologie ou le suivi de plus d'1 an. 7 experts en cholangioscopie ont participé à l'élaboration d'une grille de lecture consensuelle regroupant 20 critères sémiologiques. Les vidéos ont été analysées individuellement par chaque expert après randomisation suivant la grille de lecture. Une hypothèse diagnostique a été émise pour chaque examen.

Résultats : 98 vidéos de SBI provenant de 95 patients d'âge moyen 66 ans (13-89) ont été analysées ; il s'agissait de 38 sténoses bénignes et 60 sténoses malignes. La sensibilité variait de 36 à 80% et la spécificité de 52 à 78% selon l'observateur. L'analyse univariée puis multivariée (Stepwise, Forward, Backward) des items de la grille de lecture a permis d'identifier 6 critères significatifs figurant dans le tableau ci-dessous.

Variable	OR	IC à 95%		P value
		inf	sup	
Matériel endobiliaire	0.50	0.35	0.71	0.0001
Atteinte circonférentielle	2.14	1.37	3.36	0.0009
Aspect polypode	1.90	1.26	2.85	0.0021
Végétations vascularisées	1.81	1.15	2.86	0.002
Relief granuleux	2.06	1.42	2.98	0.0002
Vaisseaux irréguliers	2.04	1.35	3.09	0.0007
Couleur (foncée ou érythémateuse)	2.33	1.07	5.08	0.028

Conclusion : Les performances du diagnostic visuel cholangioscopique des SBI sont moyennes. Des critères simples ont été identifiés qui permettent d'aider au diagnostic de malignité. La deuxième partie de notre étude évaluera l'impact de ces critères sur les performances diagnostiques des observateurs.

Pour consulter ce résumé en ligne :
<https://www.snfge.org/resumes-2019/000678>

Evaluation de l'ergonomie du nouveau SpyGlass™ DS pour les pathologies bilio-pancréatiques : étude prospective multicentrique « EasySpy »

A. Laquière ⁽¹⁾, J. Privat ⁽²⁾, F. Fumex ⁽³⁾, L. Lecomte ⁽¹⁾, B. Napoléon ⁽³⁾, C. Boustière ⁽¹⁾

(1) Marseille ; (2) Vichy ; (3) Lyon.

Introduction : La cholangioscopie à un seul opérateur est une technique endoscopique difficile du fait de la rigidité et de la mauvaise définition des cholangioscopes à usage unique. Récemment la cholangioscopie numérique à usage unique est devenue disponible. Le SpyGlass DS permettrait de mieux visualiser les lésions endo-canales biliaires et pancréatiques et de réaliser diverses procédures thérapeutiques. L'objectif de l'étude était d'évaluer prospectivement l'ergonomie du SpyGlass DS pour les procédures diagnostiques et thérapeutiques des maladies biliaires et pancréatiques.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude non interventionnelle, prospective, multicentrique (6 centres experts). Tous les patients nécessitant une cholangioscopie diagnostique ou thérapeutique ont été inclus dans l'étude. La cholangioscopie diagnostique était indiquée en cas de sténose des voies biliaires ou du canal pancréatique principal (CPP), indéterminée après un bilan morphologique complet (TDM, IRM, Echo-endoscopie). La cholangioscopie thérapeutique était indiquée en cas d'échec d'ablation de calculs biliaires ou pancréatiques ou d'échec de drainage biliaire. La réussite diagnostique était définie par la caractérisation et les biopsies réussies des lésions cibles. La réussite thérapeutique était définie par le succès technique endoscopique attendu comme la fragmentation des calculs ou l'insertion du fil de guide dans les voies biliaires à drainer. La facilité d'utilisation du SpyGlass DS pour réaliser ces procédures était évaluée par EVA. Toutes les complications étaient répertoriées. Les patients ont été suivis 12 mois. (N° Clinical Trial NCT03190343).

Résultats : Au total, du 23/11/2016 au 05/06/2018, 64 patients consécutifs ont été inclus prospectivement dans cette étude (30 femmes, 34 hommes, moyenne d'âge 69±15,4 ans). Une cholangioscopie diagnostique et thérapeutique ont été effectuées respectivement chez 48 patients et 16 patients. Un seul opérateur effectuait toutes les procédures avec 2 IDE dans 83% des cas. L'exploration des voies biliaires et du CPP était complète dans 100% des cas, aucun échec technique n'a été reporté. Dans 70% des cas le Spyglass DS apportait un gain diagnostique par rapport au bilan standard comprenant écho-endoscopie +/- ponction, CPRE, IRM et TDM. La facilité pour manier le Spyglass DS dans les voies biliaires et/ou le Wirsung mesurée par EVA, était de 8,7/10 et la qualité de l'image mesurée par EVA était de 9,3/10. La sensibilité, la spécificité et la précision pour le diagnostic visuel + biopsie, de cancer des voies biliaires étaient respectivement de 92,2%, 82,8% et 85,2%. Le taux global de réussite technique des procédures thérapeutiques était de 65% pour les calculs biliaires et 52% pour les calculs pancréatiques. Le taux de complication globale était de 5,6%.

Conclusion : La cholangioscopie à usage unique par un seul opérateur avec le Spyglass DS est une évolution technologique majeure permettant de diagnostiquer et de traiter facilement des maladies bilio-pancréatiques en échec des investigations ou des traitements usuels.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000243>

Étude cas-témoins sur l'exposition aux pesticides des enfants atteints d'une maladie inflammatoire chronique de l'intestin

W. Hassen Jutteau ⁽¹⁾, A. Vanrenterghem ⁽¹⁾, C. Coulange ⁽¹⁾, L. Tran ⁽¹⁾, D. Djeddi ⁽¹⁾

(1) Amiens.

Introduction : Peu de données épidémiologiques sont actuellement disponibles sur l'exposition passé et présent aux pesticides des enfants souffrant d'une maladie inflammatoire du tube digestif (MITD).

Patients et Méthodes : Nous avons mené une étude prospective cas-témoins incluant des patients âgés de 2 à 18 ans atteints d'une maladie de Crohn (MC) ou d'une rectocolite hémorragique (RCH). Chaque patient a été apparié à un enfant témoin sain du même âge et du même sexe issu de son entourage. L'exposition aux pesticides de ces enfants a été évaluée par un questionnaire portant sur les habitudes alimentaires, l'environnement familial, le tabagisme actif et passif, l'exposition aux animaux, l'exposition aux plantes et aux produits phytosanitaires.

Résultats : Nous avons inclus 54 enfants dont 27 atteints d'une MITD (25 MC et 2 RCH) et 27 témoins sains. L'âge moyen des patients était entre 5 et 17 ans. Le sex-ratio (M/F) était de 1,07. Il n'y avait pas de différence significative concernant les paramètres anthropométriques entre les 2 groupes

Les résultats de l'enquête montraient que 70% du groupe MITD habitait un logement entouré de champs agricoles contre 59% chez les enfants témoins (p=0,34). Par ailleurs, 78% du groupe MITD possédaient des plantes d'intérieurs à leurs domiciles contre 63% chez les témoins (p=0,23). Concernant l'alimentation, 61% du groupe MITD consommaient des fruits et des légumes issues de l'agriculture biologiques contre 76% chez les témoins (p=0,40). L'exposition aux produits phytosanitaires à l'intérieur ou à l'extérieur de l'habitat n'était pas significativement différente entre les 2 groupes (p>0,05). L'exposition au tabagisme actif et passif était similaire dans les deux groupes.

Conclusion : Notre étude n'a pas mis en évidence d'exposition exagérée des enfants MITD aux pesticides. Cependant ces résultats mériteraient d'être confirmés par des études multicentriques avec évaluation biologique de l'imprégnation par les pesticides.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000971>

Le taux de (1-3)- β -D-glucan est-il prédictif de la présence de manifestations extra-digestives dans les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin pédiatriques ?

C. Coulange ⁽¹⁾, A. Vanrenterghem ⁽¹⁾, A. Léké ⁽¹⁾, G. Kongofo ⁽¹⁾, T. Chouaki ⁽¹⁾, D. Djeddi ⁽¹⁾

(1) Amiens.

Introduction : Les manifestations extradiigestives (MED) des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI) pédiatriques sont fréquentes et altèrent la qualité de vie. Un lien existe entre le taux de (1-3)- β -D-glucan (BDG) sérique, marqueur des infections fongiques invasives, et l'activité des MICI. Notre objectif était de mettre en évidence une corrélation entre le taux de BDG sérique et la présence de MED.

Patients et Méthodes : Les enfants de moins de 18 ans suivis pour MICI dans l'unité de gastro-pédiatrie du CHU Amiens Picardie entre décembre 2013 et décembre 2015 ont bénéficié d'un dosage des BDG sériques. La présence de MED a été recueillie de façon rétrospective. Elles ont été classées en 2 groupes : MED primaires (indépendantes de l'atteinte digestive) et MED secondaires à l'atteinte digestive.

Résultats : Soixante et un patients de $13,4 \pm 4,1$ ans ont été inclus (50,8% de garçons). Soixante-sept pour cent des patients présentaient une ou plusieurs MED au moment du dosage, dont 15 MED primaires et 33 secondaires. Vingt-deux enfants ont été inclus au diagnostic de leur MICI; 77,3% des patients ont développé au moins une MED en $3,4 \pm 0,6$ années de suivi (13 MED primaires et 13 secondaires). Le taux moyen des BDG sériques était de $56,2 \pm 60,2$ pg/ml. Aucune corrélation n'a été mise en évidence entre ce taux et la présence de MED au moment du dosage ($p=0,34$) ni entre ces taux au diagnostic et la présence de MED dans l'évolution ($p=0,25$).

Discussion : Le microbiote fongique semble jouer un rôle dans la physiopathologie des MICI et de leur MED. Mais c'est la réponse immunitaire secondaire au passage de la barrière entérocytaire par les agents fongiques et non pas la présence dans le sang des agents fongiques qui est responsable des manifestations inflammatoires à distance et donc des MED.

Conclusion : Le dosage du BDG ne semble pas corrélé à la présence de MED, alors qu'il est corrélé à l'activité de la maladie digestive. La recherche d'autres marqueurs prédictifs de la survenue de MED doit donc être poursuivie pour améliorer la prise en charge des MICI pédiatriques.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000957>

La présence d'ulcérations profondes au diagnostic est-elle un critère de sévérité de l'évolution chez les patients pédiatriques atteints de maladie de Crohn ?

B. Pigneur ⁽¹⁾, M. Rapp ⁽¹⁾, E. Abi Nader ⁽¹⁾, F. Charbit-Henrion ⁽¹⁾, O. Goulet ⁽¹⁾, F. Ruemmele ⁽¹⁾

(1) Paris.

Introduction : L'incidence de la maladie de Crohn augmente actuellement en pédiatrie. Les facteurs de risque associés à une évolution plus sévère sont classiquement un âge jeune au diagnostic, la localisation iléale, une atteinte digestive étendue. La maladie de Crohn (MC) est décrite comme plus sévère lorsqu'elle débute à l'âge pédiatrique. Il est important pour optimiser la prise en charge des patients d'avoir des critères au diagnostic permettant de prédire l'histoire naturelle de la maladie et de limiter les risques de complications (sténose et de fistule).

Une étude ancienne chez l'adulte avait montré que les patients ayant au diagnostic des ulcérations profondes et étendues avaient une évolution péjorative avec une maladie de Crohn plus agressive, et un risque plus élevé de complications (1). A notre connaissance, il n'existe pas dans la littérature de travaux identiques chez l'enfant.

Le but de notre travail était de regarder dans une cohorte pédiatrique si la présence d'ulcérations profondes au diagnostic de MC était ou non associée à une utilisation plus précoce des anti-TNF et à une évolution plus sévère de la maladie sur les 5 premières années.

Patients et Méthodes : Ont été analysés rétrospectivement les données de tous les patients pédiatriques atteints de Maladie de Crohn suivis à l'hôpital Necker entre 2006 et 2011. Etaient inclus les patients atteints de maladie de Crohn diagnostiquée avant l'âge de 17 ans, avec une description détaillée de l'endoscopie initiale permettant l'analyse du type des ulcérations, et un suivi de 5 ans minimum par rapport à la date du diagnostic. Les patients étaient comparés en fonction de la présence ou l'absence d'ulcérations profondes sur l'examen endoscopique initial. Des critères cliniques et biologiques étaient notés pour chaque patient à l'inclusion et au cours du suivi.

Résultats : Parmi les 66 patients inclus, 44 présentaient des ulcérations profondes. Les patients présentant des ulcérations profondes étaient mis plus précocement sous traitement par anti-TNF α : en moyenne à $1,4 \pm 1,0$ ans du diagnostic contre $2,4 \pm 1,6$ ans dans l'autre groupe ($p=0,048$). Le traitement par Imurel était instauré lui aussi plus tôt chez les patients avec ulcérations profondes, à $3,6 \pm 7,7$ mois vs $12,3 \pm 11,8$ mois ($p=0,02$) chez les patients n'ayant pas d'ulcération.

Au cours de la première année d'évolution les patients du groupe ulcérations profondes présentaient plus de complications. Onze patients évoluaient vers une sténose dans le groupe ulcérations profondes contre 2 dans l'autre groupe ($p=0,0005$). Quatre patients nécessitaient une chirurgie dans le groupe ulcérations profondes alors qu'aucun n'était opéré dans l'autre groupe ($p=0,04$). A 5 ans, on ne notait pas de différence entre les 2 groupes en terme de nombre de poussées, d'hospitalisations et d'interventions chirurgicales.

Conclusion : Pour conclure, notre travail a permis de confirmer que les lésions endoscopiques sévères (ulcérations profondes) au diagnostic de la maladie de Crohn dans une population pédiatrique, sont un facteur péjoratif de l'évolution. Les patients avec des ulcérations profondes au diagnostic avaient une évolution clinique plus sévère avec un taux accru de complications pénitantes et de chirurgie lors de la première année malgré une prise en charge thérapeutique plus agressive avec une utilisation plus précoce des immunosuppresseurs (anti TNF et Imurel).

Références Bibliographiques : 1. Allez M, Leman M, Bonnet J, et al. Long Term Outcome of Patients With Active Crohn's Disease Exhibiting Extensive and Deep Ulcerations at Colonoscopy. Am J Gastroenterol. 2002 Apr;97(4):947-53.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000698>

Epidémiologie de la nutrition parentérale à domicile (NPD) chez l'adulte en France (étude préliminaire)

D. Lescut ⁽¹⁾, C. Bouteloup ⁽²⁾, A. de Luca ⁽³⁾, D. Barnoud ⁽⁴⁾, N. Danel-Buhl ⁽⁵⁾, F. Diebold ⁽⁶⁾, J. Gonneau-Lejeune ⁽⁷⁾, A. Léké ⁽⁸⁾, M.F. Vaillant ⁽⁹⁾,
(1) Lille ; (2) Clermont-Ferrand ; (3) Tours ; (4) Lyon ;
(5) Béthune ; (6) Fréjus ; (7) Saint-Denis (REUNION) ;
(8) Amiens ; (9) Grenoble.

Introduction : Les données épidémiologiques concernant la NPD en France sont méconnues et peu précises. L'arrêté de 2014 (1) imposant une prestation pour toute NPD, avec plusieurs forfaits correspondant à des codes de la Liste des Produits et Prestations (LPP), permet actuellement d'obtenir des données fiables.

Patients et Méthodes : Selon la méthode utilisée pour la Nutrition Entérale à Domicile (NED) (2) et à l'aide des codes de LPP et des données des Affections de Longue durée (ALD), il a été demandé aux Directions Régionales du Service Médical de l'Assurance Maladie (DRSM) de l'ensemble du territoire de communiquer 1/le nombre de nouveaux patients pris en charge en NPD en 2016 (ce qui rapporté à la population permet le calcul de l'incidence) 2/le nombre total de patient pris en charge en NPD en 2016 (calcul de la prévalence) 3/ de croiser ces résultats avec les fichiers d'ALD. Les patients ont été regroupés en 3 tranches d'âge (15 à 39 ans, 40 à 65 ans et > 65 ans) et en 5 catégories (cancérologie, neurologie, Maladies intestinales chroniques inflammatoires (MICI), insuffisance d'organe, autres).

Résultats : 5 DRSM ont actuellement répondu (Auvergne - Rhône Alpes, Centre, Hauts de France, Provence-Alpes-Côte d'Azur - Corse, Réunion) correspondant à une population totale de 14 577 618 personnes.

	Incidence /100000	Préval globale /100000	Préval NPD >12sem	Cancéro	Neuro	MICI	Insuf organe	Autres	Population (millions)
15 à 39 ans	3,4	4,8	2,4	37,5%	14,4%	28,1%	7,5%	12,5%	5,5
40 à 64 ans	23,9	32,1	7,5	85,6%	11,7%	4,5%	21,3%	10,4%	5,9
> 65 ans	67,7	84,0	18,1	85,9%	10,7%	1,1%	46,2%	17,9%	3,2
Tout adultes	25,8	33,4	10,4	83,6%	11,3%	3,6%	34,6%	14,7%	14,6

Discussion : Cette étude effectuée sur une population de près de 15 millions d'habitants de plus de 15 ans retrouve en 2016 une incidence annuelle moyenne de la NPD chez l'adulte de 25,8/100 000 habitants et une prévalence moyenne globale de 33,4/100 000 habitants. La prévalence moyenne de NPD > 12 semaines est de 10,4/100 000 habitants. A partir de ces données une estimation nationale de prévalence en France (59 millions habitants >15 ans) serait d'environ 19 700 patients adultes/an pris en charge en NPD dont 6100 pendant plus de 12 semaines. La cancérologie est la première des indications de NPD (85%). Les MICI sont la seconde cause de NPD dans la tranche d'âge 15 à 39 ans (28%).

Conclusion : Alors que la NPD doit être réservée à l'insuffisance intestinale (1), ces données évoquent une vraisemblable utilisation excessive de la NPD au dépend de la NED notamment en cancérologie.

Remerciements : Les auteurs remercient les DRSM qui ont participé à ce travail

Ce travail a été effectué dans le cadre du Comité des Clans et des Délégués Régionaux de la Société Francophone Nutrition Clinique et Métabolisme

Références Bibliographiques : 2- D.Lescut et al., Nutr Clin Metabol 2013 ;27:171-177

1- Arrêté du 16 juin 2014. Journal Officiel de la République Française, texte 20, 18 juin 2014

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000685>

Quadrithérapie concomitante, traitement séquentiel ou une bithérapie pour l'éradication de première ligne d'*Helicobacter pylori* ? Étude prospective randomisée

M. Zerihou ⁽¹⁾, A. El Mekkaoui ⁽¹⁾, N. Abda ⁽¹⁾, W. Khannoussi ⁽¹⁾, G. Kharrasse ⁽¹⁾, I. Zahi ⁽¹⁾
(1) Oujda, MAROC.

Introduction : La résistance d'*Helicobacter pylori* aux antibiotiques a augmenté le besoin d'un nouveau traitement de première intention. Notre étude a pour but d'évaluer et de comparer l'efficacité et la tolérance du traitement concomitant au traitement séquentiel et une bithérapie à fortes doses d'Esoméprazole et d'Amoxicilline.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude prospective, randomisée allant du Juin 2016 à Septembre 2018. Ont été inclus, les malades adultes présentant une infection à HP, naïf au traitement. Les patients inclus ont été randomisés et répartis en trois groupes en utilisant un IPP à forte dose à base d'Esoméprazole 40 mg 2*/j :

* le groupe (BT) bithérapie : Esoméprazole 40 mg 2*/j + Amoxicilline 1g 3*/j x 14 jours.

* le groupe (SQ) traitement séquentiel : Esoméprazole 40 mg 2*/j + Amoxicilline 1g 2*/j(5jours) Puis Esoméprazole 40mg 2*/j + clarithromycine 500mg 2*/j et Métronidazole 500mg 2*/j (5jours).

* et le groupe (CT) : traitement concomitant : Esoméprazole 40 mg 2*/j + Amoxicilline 1g 2*/j + clarithromycine 500mg 2*/j + métronidazole 500 mg 2*/j pendant 10 jours.

Tous les malades ont été revus après 2 semaines du traitement afin d'évaluer l'observance thérapeutique et la tolérance médicamenteuse. Un test respiratoire pour le contrôle d'éradication d'HP était réalisé 6 semaines après l'arrêt du traitement.

Résultats : Au total, 393 patients ont accepté de participer à l'étude. L'âge moyen des patients était de 43,9 +/- 15 ans (16-90 ans). Le sex-ratio F/H était = 1. Les groupes BT, SQ et CT comprenaient respectivement 130, 132 et 131 patients. Ils étaient comparables de point de vue de l'âge, le sexe, la présentation clinique et endoscopique. Le taux d'éradication en intention de traiter (ITT) était de 63.1%, 86.4% et 90.8% respectivement dans les groupes BT, SQ et CT (P = 0.0001). Ce taux en per-protocole était de 67.7%, 88.5% et 95.3% (P = 0,00016) respectivement. La prévalence des effets secondaires au traitement concomitant était de 38.2% significativement plus élevée (P = 0.001) que le groupe BT (13.80%) et le groupe SQ (22%). La compliance thérapeutique était de 94%, 98.5% et 95.4% respectivement chez les patients recevant le protocole BT, SQ et CT (P=0.16).

Conclusion : Cette étude a démontré que le taux d'éradication pour le traitement concomitant était significativement plus élevé que ceux du traitement séquentiel et de la bithérapie avec un taux d'effets secondaires plus important avec le traitement concomitant.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000777>

Surprescription d'IPP en milieu gériatrique

B. Anon ⁽¹⁾, M.C. Lanoue ⁽¹⁾, A. Aubourg ⁽¹⁾, L. d'Alteroche ⁽¹⁾, J.P. Barbieux ⁽¹⁾, M. Caulet ⁽¹⁾, T. Lecomte ⁽¹⁾, C. Nicolas ⁽¹⁾, L. Picon ⁽¹⁾, D. Regnault ⁽²⁾, D. Moussata ⁽¹⁾, H. de Bouët du Portal ⁽¹⁾

(1) Tours ; (2) Villejuif.

Introduction : Les inhibiteurs de la pompe à protons ont révolutionné le monde de la gastro-entérologie notamment dans la prise en charge de l'ulcère gastro-duodénal. De nombreuses données sont désormais disponibles sur les risques de la prise de ces médicaments au long court. Chez les sujets âgés, souvent poly-médiqués, les IPPs peuvent être également responsables d'interactions médicamenteuses à l'origine d'effets secondaires non négligeables. L'objectif de cette étude était d'évaluer les pratiques de prescriptions d'IPP chez des patients âgés en court/moyen et long séjours gériatriques afin de sensibiliser les médecins gériatres à une dé-prescription éventuelle.

Patients et Méthodes : Etude prospective observationnelle de pratique réalisée entre juillet et octobre 2017 dans 27 établissements de court/moyen et long séjours gériatriques. Les informations étaient collectées à l'aide d'une grille standardisée, après analyse des dossiers par les médecins en charge des patients. Les données suivantes étaient collectées : indication, posologie, durée de prescription corrélées aux recommandations de l'HAS sur la prescription des IPPs.

Résultats : Au total 1087 dossiers ont été analysés représentant 595 patients en court/moyen séjour et 492 en long séjour. L'âge était supérieur à 80 ans dans 70 et 84% des patients en court/moyen et long séjours avec un âge > 90 ans dans 25 et 42%, respectivement. On notait plus de 7 lignes de traitement dans 83% et 74% des patients en court/moyen et long séjour, respectivement. Parmi les 229 et 218 résidents en court/moyen et long séjours qui avaient au moins 1 antiagrégant plaquettaire, 83 et 86% avaient de l'aspirine, respectivement. La majorité des patients, >92 et 97% des patients en court/moyen et long séjour, respectivement, n'avaient pas d'AINS ou corticoïdes. Les IPP étaient non indiqués ou prescrits pour une indication inconnue chez 72% et 66% des patients de court/moyen et long séjour, respectivement. La durée et la posologie étaient conformes dans 61% des patients en court/moyen séjours. Chez les patients en long séjour, la durée et la posologie était conforme dans 30 et 26% des cas seulement.

Conclusion : La prescription d'IPP est souvent non adaptée chez les sujets âgés ce qui nécessite la mise en place d'un protocole de dé-prescription des IPPs qui reste à évaluer.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000515>

Troubles mnésiques dans l'obésité et rôle du microbiote intestinal : étude MEMOB

S. Cambos ⁽¹⁾, R. Enaud ⁽²⁾, L. Delhaes ⁽²⁾, D. Cota ⁽²⁾, B. Gatta-Chérifi ⁽¹⁾

(1) Pessac ; (2) Bordeaux.

Introduction : L'obésité est un facteur de risque de troubles cognitifs, indépendamment des comorbidités tels que l'hypertension artérielle ou le diabète de type 2. L'impact de l'obésité sur les fonctions mnésiques, est moins étudié. Parmi les mécanismes impliqués, le microbiote intestinal pourrait jouer un rôle. L'objectif de l'étude est de caractériser les dysfonctions mnésiques chez des patients obèses, et de les corréler à certains profils de microbiote intestinal.

Matériels et méthodes : L'étude MEMOB est un essai prospectif longitudinal monocentrique. Des sujets obèses et des sujets normopondéraux ont été inclus. Tous les sujets ont participé à une série de tests mnésiques, standardisés (test de fluence verbale, test d'apprentissage auditivo-verbal de Rey Taylor (AVLT) consistant en un rappel successif d'une liste de 15 mots, mémoire spatiale, mémoire des symboles), associés à des outils innovants testant spécifiquement la flexibilité de la mémoire hippocampique (test du labyrinthe radial virtuel). Des scores d'anxiété, de qualité de vie et de dépression venaient compléter les tests. Pour les sujets obèses, des données anthropométriques, biologiques (métaboliques, vitaminiques), ainsi qu'un échantillon de selle pour analyse de microbiote était recueilli. Les échantillons étaient conservés à -80°C, puis l'ADN bactérien a été extrait à l'aide du kit PowerFecal de Qiagen®. Le séquençage de l'ADN était effectué à l'aide d'un séquenceur de 3^{me} génération, le MiNION, utilisant la technique novatrice du Nanopore. Des corrélations étaient testées entre des profils de microbiote et les tests mnésiques.

Résultats : 28 sujets obèses et 15 sujets témoins sains ont été inclus. L'IMC des sujets obèses était significativement plus élevé (42,4 ± 5,1 vs. 22,8 ± 12,6, p<0,05). L'âge des sujets n'était pas différent (42,4 ± 12,0 vs. 45,6 ± 7,1 ans, p=NS). Les patients obèses présentent une phase d'apprentissage plus longue (plus d'essais au stade 1) que les témoins au test du labyrinthe radial (7,7 ± 2,2 versus 6,4 ± 0,9, p<0,05). Il n'existe pas de différence significative au stade 2 du test, explorant la flexibilité de la mémoire dépendante de l'hippocampe. Au test du rappel des 15 mots (AVLT), les patients obèses présentent également un retard à l'apprentissage avec des performances initialement significativement moins élevées (9,8 ± 2,2 et 11,8 ± 1,8 versus 11,6 ± 2,2 et 13 ± 1,4 mots rappelés, p<0,05, pour les essais 2 et 3). Au test de fluence verbale, les patients obèses ont une altération dans les deux catégories (lexicale et catégorielle), avec un nombre de mots en moyenne significativement inférieur (17,6 ± 4,9 mots vs. 20,9 ± 4,7, p<0,05, et 21,2 ± 3,2 mots vs. 23,8 ± 3,3, p<0,05). Les scores d'anxiété et de dépression n'étaient pas différents entre les deux groupes.

Le kit PowerFecal de Qiagen® a permis une extraction ADN de qualité de l'ensemble des échantillons, et la technique du MiNION a permis l'analyse de 18 profils de microbiote intestinal des sujets obèses avant chirurgie bariatrique. Il existe une corrélation négative entre l'ordre Eggerthellales et les différents scores du rappel des 15 mots (r = -0,55 pour AVLT2, r = -0,64 pour AVLT4, -0,65 pour AVLT5, p<0,05 pour tous les tests). Au rang taxonomique inférieur (famille), il existe une corrélation négative entre Eggerthellaceae et ces mêmes tests.

Conclusion : Les sujets obèses avant chirurgie bariatrique présentent des dysfonctions mnésiques en comparaison à une population témoin. Il existe des corrélations négatives entre des profils de microbiote intestinal et certains tests mnésiques, c'est à dire que : plus l'abondance de Eggerthellales est importante, moins bons sont les résultats mnésiques. Eggerthella a pu être associée à certains profils de microbiote chez des sujets âgés fragiles (1). Nos résultats suggèrent que l'obésité pourrait précipiter le vieillissement cognitif, en lien avec une modification du microbiote.

Références Bibliographiques : 1. Maffei VJ et al Biological Aging and the Human Gut Microbiota. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2017 Oct 12;72(11):1474-82.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000731>

CO.62

Effets des surnageants fécaux de patients atteints de troubles du spectre autistique sur la perméabilité intestinale et le système nerveux entérique

J. Gonzales ⁽¹⁾, L. Aymeric ⁽²⁾, M. Roul ⁽¹⁾, C. Le Berre-Scoul ⁽¹⁾, A. Gaman ⁽³⁾, F. Le Vacon ⁽⁴⁾, M. Le Boyer ⁽³⁾, H. Boudin ⁽¹⁾, M. Neunlist ⁽¹⁾

(1) Nantes ; (2) Angers ; (3) Créteil ; (4) Saint-Herblain.

Introduction : Les troubles du spectre autistiques (TSA) correspondent à une maladie neuro-développementale dans laquelle des dysfonctions de l'axe microbiote-intestin-cerveau sont de plus en plus reconnues comme un potentiel mécanisme physiopathologique. En particulier, des altérations du microbiote intestinal ou de ses métabolites, comme les sels biliaires secondaires, ont été suggérées comme étant des facteurs contribuant à la pathologie des TSA. Dans le but d'étudier l'impact d'une dysbiose intestinale sur les fonctions intestinales et l'homéostasie du système nerveux entérique (SNE), nous avons utilisé des surnageants fécaux (SF) préparés à partir de selles de patients atteints de TSA ou de contrôles sains. Plus spécifiquement, nous avons étudié l'impact de ces SF sur les fonctions de la barrière épithéliale intestinale et le phénotype du SNE.

Matériels et méthodes : Des souris préalablement traitées aux antibiotiques ont reçu par lavement rectal des SF de patients atteints de TSA (n=16) ou de contrôles sains (n=10). Les perméabilités intestinales paracellulaire et transcellulaire ont été mesurées in vivo et ex vivo dans le colon proximal. Une analyse de l'expression des gènes pour les protéines gliales (S100 β), neuronales (GAP43) et des molécules de l'inflammation (IL-1 β , TNF α , TLR2) a été réalisée dans le colon proximal des souris ainsi que dans des cultures de SNE de rat traitées par les SF de patients atteints de TSA ou contrôles sains. De plus, les concentrations des acides biliaires primaires et secondaires ont été mesurées par spectrométrie de masse.

Résultats : Aucune modification de la perméabilité in vivo n'a été observée chez les souris traitées avec les SF de patients atteints de TSA, tandis que l'analyse ex vivo du colon proximal a permis de montrer une diminution de la perméabilité transcellulaire et paracellulaire comparativement aux souris traitées par les SF de contrôles sains.

Les SF de patients atteints de TSA induisent des changements d'expression de l'ARNm de S100 β , GAP43, TNF α et TLR2 dans le colon proximal ainsi que dans les cultures de SNE par rapport aux SF de contrôles sains. Parmi les acides biliaires que nous avons mesurés dans les SF, l'acide désoxycholique, un acide biliaire secondaire produit par les bactéries intestinales à partir de sels biliaires primaires, est significativement plus élevée dans les SF de patients atteints de TSA par rapport aux SF de contrôles sains.

Conclusion : Les SF de patients atteints de TSA affectent de manière différentielle la perméabilité intestinale et l'expression de gènes dans le colon, incluant les gènes du SNE. Cependant les médiateurs présents dans les SF responsables des effets observés restent à être identifiés.

Remerciements : Ce projet est financé par la Fondation pour la Recherche Médicale (FRM)

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000394>

CO.63

Transplantation de microbiote fécal dans l'infection récidivante à *Clostridium difficile* : retour d'expérience d'un centre référent entre 2014 et 2018

E. Chartrain ⁽¹⁾, J. Scanzi ⁽¹⁾, C. Aumeran ⁽¹⁾, C. Mourgues ⁽¹⁾, M. Wasiaik ⁽¹⁾, C. Teilhet ⁽¹⁾, A. Buisson ⁽¹⁾, M. Jouannet ⁽¹⁾, A. Abergel ⁽¹⁾

(1) Clermont-Ferrand.

Introduction : L'infection à *Clostridium difficile* (ICD) est la première cause de diarrhée nosocomiale dans le monde. La dysbiose intestinale, parfois liée à la prise d'antibiotiques, fait le nid de cette infection digestive et expose à un risque élevé de récurrence (>25%). Depuis les recommandations européennes de l'ESCCID publiées en 2014, la transplantation de microbiote fécal (TMF) est devenue le traitement de référence des ICD récidivantes.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude observationnelle, de suivi prospectif des patients ayant eu une TMF pour ICD récidivante (au moins 2 récurrences) entre novembre 2014 et juillet 2018 au CHU de Clermont-Ferrand. Notre objectif était d'évaluer l'efficacité (arrêt de la diarrhée et absence de récurrence à 8 semaines), la tolérance, le retentissement sur la qualité de vie à 6 mois (SF-36) et l'impact médico-économique de la TMF. Le screening du donneur était celui recommandé par le GFTF (1).

Résultats : Dix-neuf patients (18 adultes et un enfant de 5 ans) ont eu une TMF dans la période étudiée. Le nombre moyen d'infections à *Clostridium difficile* avant TMF était de 4,1. La TMF était faite à partir de selles fraîches de donneur (proche du patient ou anonyme), par voie haute dans 53% des cas (sonde naso-jéjunale majoritairement), par lavement dans 42% des cas, et coloscopie dans 5% des cas. La procédure était réalisée en ambulatoire dans plus de la moitié des cas (52,8%).

Le taux d'efficacité de la TMF était de 94,7%, avec seulement un échec. L'échec correspond à un décès survenu à J21 d'un choc septique non imputable à la TMF chez une patiente très dénutrie atteinte d'une néoplasie pancréatique.

La tolérance a été globalement bonne avec seulement 15,8% d'effets secondaires mineurs (crampes abdominales, vomissements).

Nous rapportons une amélioration significative de la qualité de vie à 6 mois post-TMF, autant dans les paramètres liés à la santé physique que dans ceux liés à la santé mentale (p=0.02).

Le coût total d'une TMF, incluant le screening du donneur, était d'environ 3100 euros, et pourrait être réduit par l'utilisation de selles congelées permettant à un même donneur de faire plusieurs transplants.

Conclusion : Notre étude montre une excellente efficacité de la TMF en cas d'ICD récidivante, comparable aux données de la littérature, avec une très bonne tolérance puisqu'aucun effet secondaire grave imputable à la TMF n'a été rapporté. L'amélioration de la qualité de vie à 6 mois est majeure. Cette procédure est faisable en ambulatoire, cette modalité est donc à privilégier dès que possible. Malgré un coût élevé de l'acte (non référencé dans la CCAM), la TMF permet de réduire les coûts de santé en diminuant les récurrences et donc la morbi-mortalité des ICD.

Références Bibliographiques : (1) Sokol H et al. Faecal microbiota transplantation in recurrent *Clostridium difficile* infection: Recommendations from the French Group of Faecal microbiota Transplantation. Dig Liver Dis. 2016 Mar;48(3):242-7.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000975>

AMG 714 (anticorps monoclonal anti-IL15) ralentit la progression lymphomateuse chez les patients avec une maladie coeliaque réfractaire de type 2. Etude de phase 2a, multicentrique, randomisée, en double aveugle, contrôlée contre placebo

C. Cellier⁽¹⁾, G. Bouma⁽²⁾, T. Vangils⁽²⁾, S. Khater⁽¹⁾, G. Malamut⁽¹⁾, L. Crespo⁽³⁾, P. Green⁽⁴⁾, S. Crowe⁽⁵⁾, C. Pekka⁽⁶⁾, W. Tsuji⁽⁷⁾, F. Leon⁽⁷⁾, N. Cerf-Bensussan⁽¹⁾, E. Macintyre⁽¹⁾, O. Hermine⁽¹⁾, C. Mulder⁽²⁾

(1) Paris ; (2) Amsterdam, PAYS-BAS ; (3) Madrid, ESPAGNE ; (4) New York, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (5) San Diego, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (6) Tampere, FINLANDE ; (7) Jersey City, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE.

Introduction : La sprue réfractaire de type II (SR2) est définie par la présence d'une population clonale de lymphocytes intra-épithéliaux (LIE) de phénotype anormal (absence d'expression en surface des molécules CD3 et CD8). Une progression vers un lymphome T invasif est observée dans environ 50 % des cas avec une survie à cinq ans de 40 à 50 %. Il n'existe aucun traitement de référence efficace. L'interleukine 15 joue un rôle majeur ex vivo en favorisant la prolifération clonale des LIE issus de patients SR2 (effet anti-apoptotique). Le but de cette étude a été d'évaluer pour la première fois chez l'homme, l'efficacité et la sécurité d'un anticorps monoclonal anti-interleukine 15 (AMG 714) chez des patients atteints de SR2

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude de phase 2a, randomisée, en double aveugle, contrôlée contre placebo, en groupes parallèles, réalisée dans 6 sites experts en maladie coeliaque en Europe et aux Etats-Unis. Les patients inclus ont été randomisés dans un rapport 2:1 pour recevoir 8 mg/kg d'AMG 714 ou un placebo pour un total de 7 doses par voie intraveineuse sur une période de 10 semaines. Une endoscopie digestive haute était réalisée avant et après le traitement afin d'évaluer la réponse immunologique (pourcentage de LIE aberrants en cytométrie en flux, réarrangement clonal du TCR par PCR) et histologique.

Résultats : Vingt-huit patients ont été inclus d'avril 2016 à mai 2017. Il n'a pas été observé de diminution significative du pourcentage de LIE anormaux quantifié par cytométrie en flux avec l'AMG 714 (62.86% à S0 et 61.46% à S12 dans le groupe AMG 714, 57.60% à S0 versus 59.18% à S12 dans le groupe placebo, p=0.75). De même il n'y avait pas de modification significative du degré d'atrophie villositaire, même si une tendance était observée. En revanche, aucun patient du groupe AMG 714 n'a eu de progression de la clonalité du TCR versus 50% dans le groupe placebo. La réponse clinique, évaluée par l'échelle de Bristol, montrait une amélioration significative de la diarrhée dans le groupe AMG 714 (de 52.6% vs 36.8%), alors qu'une aggravation était notée dans le groupe placebo (de 22.2% à 44.4%), et cette différence était statistiquement significative. D'une manière globale, la survenue d'effets indésirables était similaire dans les deux groupes. L'effet indésirable le plus fréquent dans le groupe AMG 714 était la survenue d'infections, notamment de rhinopharyngites. Deux cas de syndrome cérébelleux ont été rapportés sous AMG 714.

Conclusion : AMG 714 (anticorps monoclonal anti-IL15) semble associé à un bénéfice clinique et une diminution de la progression de la clonalité chez les patients atteints de SR2 (lymphome T intra épithélial associé à la maladie coeliaque). Même en l'absence d'amélioration significative du pourcentage de LIE anormaux et de l'atrophie villositaire, il existait une stabilité de ces paramètres dans le groupe traité avec une aggravation dans le groupe placebo. Ces données préliminaires de la première étude utilisant une biothérapie ciblée sont prometteuses et devront être confirmées par un essai comportant une durée de traitement prolongée.

Pour consulter ce résumé en ligne :
<https://www.snfge.org/resumes-2019/000741>

L'étude du profil métabolomique par 1H-RMN révèle des métabolites discriminants du carcinome hépatocellulaire humain développé sur maladie du foie gras non alcoolique (NAFLD) selon le stade de fibrose

A. Demidem⁽¹⁾, C. Teilhet⁽¹⁾, C. Reynes⁽²⁾, R. Sabatier⁽²⁾, A.S. Biesse-Martin⁽¹⁾, M.P. Vasson⁽¹⁾, A. Abergel⁽¹⁾

(1) Clermont-Ferrand ; (2) Montpellier.

Introduction : Il y a une augmentation de l'incidence de la maladie du foie gras non alcoolique (NAFLD) ainsi que de la fréquence du carcinome hépatocellulaire (CHC) associée aux NAFLD. Dans cette étiologie, des cas de CHC sont de plus en plus fréquemment rapportés en l'absence de cirrhose (35 à 65%), suggérant la possibilité d'une voie de cancérogenèse directe. A l'heure actuelle, il n'y a pas d'étude concernant l'impact de la fibrose sur le profil métabolique du CHC développé dans la NAFLD.

Le but de cette étude a été de mettre en évidence des différences métaboliques et de proposer des hypothèses mécanistiques de la transformation maligne en fonction des stades de fibrose (F0F1 versus F3F4).

Patients et Méthodes : Une stratégie métabolomique non ciblée a été appliquée. L'analyse a porté sur 52 paires de tissus tumoraux hépatiques humains (CHC) et de tissus non tumoraux (TNT) obtenues grâce au Réseau des Centres de Ressources Biologiques Foie-INCA. Parmi les 52 CHC, 26 sont développés sur fibrose sévère ou cirrhose (F3F4 selon la classification METAVIR), et 26 sur fibrose nulle à mimine (F0F1). Les extraits tissulaires ont été analysés par spectroscopie par résonance magnétique nucléaire du 1H à 400 MHz. Une méthode d'évolution optimiste (algorithme génétique, analyse discriminante linéaire et validation croisée) a été utilisée pour identifier les métabolites associés au CHC vs TNT.

Résultats : Nous avons comparé chaque groupe de tissus CHC avec leur propre TNT.

L'analyse métabolomique a permis de révéler dans le CHC-F0F1, une augmentation du taux de dérivés de la choline (phosphocholine et glycérophosphocholine) et une diminution de la phosphoéthanolamine correspondant à une altération de la synthèse des membranes phospholipidiques, une augmentation du taux de glutamine suggérant l'activation de la glutamine synthétase, et une accumulation du glutathion, de l'acide ascorbique et de l'histidine, indiquant une réponse anti-oxydante.

En revanche, le CHC-F3F4 est caractérisé par une accumulation des acides aminés branchés (Valine, Leucine et Isoleucine) et aromatiques (Tyrosine) suggérant l'activation de la voie mTOR ainsi qu'une augmentation de la créatine et de la sarcosine pouvant refléter des désordres des méthylations impliquant une up-régulation de la Glycine N Méthyl Transférase (GNMT).

Discussion : Notre étude a mis en évidence des signatures métaboliques spécifiques du CHC selon le stade de fibrose. A partir de ces observations, nous proposons les hypothèses suivantes : pour le CHC-NAFLD F0F1, une altération des phospholipides, associée à une activation de la choline kinase (CK) et des phospholipases A2 (Plase A2), ainsi qu'une activation de la glutamine synthétase (GS) et une réponse au stress oxydant. Dans le CHC-NAFLD F3F4, la reprogrammation métabolique concerne principalement l'accumulation des acides aminés suggérant l'activation de la voie mTOR ayant pour conséquences des désordres des méthylations, associés à une up régulation de la Glycine N Méthyl Transférase (GNMT).

Conclusion : Ces résultats nous permettent de suggérer qu'il existerait deux phénotypes de CHC développés sur NAFLD selon le stade de fibrose. Cette étude souligne l'impact de la pathologie sous-jacente sur la reprogrammation métabolique de la tumeur.

Remerciements : Les auteurs remercient le Réseau des Centres de Ressources Biologiques Foie-INCA (N° BRIF: BB-0033-00085) et le CLARA pour le financement.

Pour consulter ce résumé en ligne :
<https://www.snfge.org/resumes-2019/000912>

CO.66

Corrélation de la mesure de l'élasticité hépatique par FibroScan® et ShearWave® pour l'évaluation de la fibrose hépatique chez des patients atteints de petits CHC avec histologie du foie non tumorale disponible

N.M.S. Kaboré-Zombré ⁽¹⁾, J.C. Nault ⁽¹⁾, N. Barget ⁽¹⁾, O. Sutter ⁽¹⁾, V. Tanguy ⁽¹⁾, L. Blaise ⁽¹⁾, E. Abou Ali ⁽¹⁾, V. Grando ⁽¹⁾, G. Nkontchou ⁽¹⁾, P. Nahon ⁽¹⁾, O. Seror ⁽¹⁾, M. Ziol ⁽¹⁾, N. Ganne-Carrié ⁽¹⁾

(1) Bondy.

Introduction : L'évaluation non invasive de la fibrose hépatique par méthode physique est possible grâce au Fibroscan depuis 2002 et plus récemment, des techniques bi dimensionnelles couplées à l'échographie ont été développées. **L'objectif de notre étude** était de comparer les résultats de mesure d'élasticité hépatique par Fibroscan et Shearwave chez des patients atteints de maladie chronique du foie histologiquement prouvée.

Matériels et méthodes : Tous les patients traités par ablation percutanée d'un carcinome hépatocellulaire (CHC) entre le 2/01/17 et le 30/06/18 dans un centre expert « tumeurs primitives du foie » d'Ile de France répondant aux critères d'inclusion suivants ont été inclus de façon rétrospective: i) disponibilité d'une histologie du foie non tumoral contributive prélevée immédiatement avant l'ablation percutanée ; 2) mesures d'élasticité hépatique par double méthode (ShearWave au moment de l'évaluation de la faisabilité de l'ablation percutanée et Fibroscan) avec délai de moins de 6 mois entre les 2 mesures. Les données cliniques, biologiques et radiologiques ont été recueillies prospectivement dans les 4 semaines précédant l'ablation percutanée par les référents médicaux des patients dans le logiciel dédié à la présentation des dossiers en RCP tumeur primitive du foie. Les variables continues ont été comparées par un test de Wilcoxon apparié et les variables discontinues par un test de McNemar.

Résultats : Parmi 151 patients atteints de CHC traités par ablation percutanée entre le 2/01/17 et le 30/06/18, 53 ont été inclus dans cette étude. Les patients (85% hommes, âge moyen de 66 ± 12.6 ans, IMC > 25 kg/m² : 63%) présentaient une maladie chronique du foie rapportée à l'alcool (51%), la NASH (47%), le VHC (25%), le VHB (19%) avec une étiologie mixte dans 43% des cas, compliquée d'une fibrose hépatique mutilante objectivée par l'histologie dans 87% des cas (F3 n=2, F4 n = 44). La fonction hépatique était préservée (Child-Pugh A 98%, B 2%). La majorité des CHC comportait moins de 3 lésions tumorales (taille médiane = 20 mm) et le taux sérique médian d'AFP était de 6 ng/ml ; 68% des cas se présentaient sous une forme unifocale. Les délais médians entre les mesures d'élasticité hépatique par les 2 techniques et entre la biopsie de foie et la mesure d'élasticité hépatique la plus ancienne étaient de 7 jours et 49 jours, respectivement. Chez 3 malades, le fibroscan n'était pas interprétable. Les mesures d'élasticité hépatique (médiane ; IQR) étaient de 19,5 + 2,1 kPa avec le Fibroscan (82% avec sonde M, 18% avec sonde XL) et de 14,5 + 2,0 kPa avec le Shearwave (p<0.0001). La corrélation entre les valeurs médianes de fibroscan et de shearwave était de r=0,4529 avec p = 0,0010 selon le test de Spearman. Parmi les 4 patients avec une fibrose F0/F1 à la biopsie, les valeurs médianes du shearwave étaient toutes supérieures à 10 kPa (min-max=10-15 kPa) tandis que les valeurs médianes du fibroscan étaient inférieures à 7 kPa chez deux patients. Parmi les patients cirrhotiques, 6 patients (15%) avaient une valeur médiane de fibroscan inférieure à 12 kPa tandis que 13 (32%) patients avaient une valeur médiane de shearwave inférieures à 12 kPa (P=0,09). Parmi les 11 patients avec cirrhose liée à l'hépatite C, 2 (18%) avaient une valeur médiane de fibroscan inférieure à 12 kPa tandis que 3 (27%) avaient une valeur médiane de shearwave inférieure à 12 kPa. Parmi les 21 patients avec cirrhose liée à l'alcool et/ou à une NASH, 2 patients (9,5%) avaient une valeur médiane de fibroscan inférieure à 12 kPa tandis que 6 (29%) avaient une valeur médiane de shearwave inférieure à 12 kPa.

Conclusion : Dans notre série rétrospective, il a été observé : i) une faible corrélation entre les mesures d'élasticité hépatique obtenues par Fibroscan et Shearwave (r < 0,5); ii) une meilleure corrélation aux résultats histologiques des mesures d'élasticité hépatique obtenus par fibroscan par rapport à celles obtenues par Shearwave. Une étude de plus grande ampleur est nécessaire pour confirmer ces données et une standardisation du recueil des mesures d'élasticité par shearwave serait souhaitable.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000727>

Quantification de la stéatose hépatique chez les patients ayant une stéatose, d'origine alcoolique ou non alcoolique. Évaluation de 4 techniques IRM

C. Boudinaud ⁽¹⁾, B. Magnin ⁽¹⁾, B. Buchard ⁽¹⁾, G. Lamblin ⁽¹⁾, L. Muti ⁽¹⁾, L. Boyer ⁽¹⁾, A. Aberger ⁽¹⁾
(1) Clermont-Ferrand.

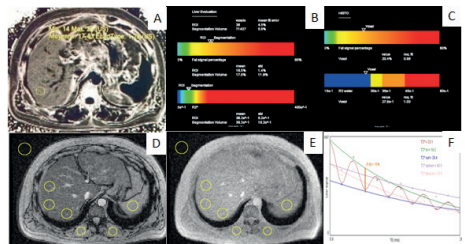
Introduction : La quantification par IRM de la stéatose hépatique a été largement étudiée chez les patients NAFLD (Non Alcoholic Fatty Liver Disease), mais n'a pas été étudiée chez les patients ayant une stéatose d'origine alcoolique. Nous avons évalué la quantification de la stéatose hépatique par 4 méthodes IRM différentes afin de déterminer celle qui était la mieux corrélée à l'histologie, méthode de référence.

Matériels et méthodes : Soixante patients ayant bénéficié d'une biopsie hépatique, quelle qu'en soit la raison, ont été inclus de façon prospective entre Mars 2017 et Mars 2018 (stéatose non alcoolique=16, stéatose alcoolique=17, autre=27). En fonction du bilan de coagulation, la biopsie était réalisée soit par voie transperitoneale soit par voie transjugulaire. Le même jour était effectuée une IRM hépatique avec quatre techniques différentes de quantification de la stéatose (MRImaging 3 échos, 6 échos, 11 échos et MRSpectroscopie). Les données quantitatives histologiques et d'imagerie ont été comparées. En analyses secondaires, ont été étudiés les effets de la consommation d'alcool, de la surcharge hépatique en fer et de la fibrose sur la quantification de la stéatose.

Résultats : Les quatre techniques IRM avaient une excellente corrélation avec la mesure histologique : MRImaging 3 échos ($r = 0.852$, $p < 0.001$), MRImaging 6 échos ($r = 0.819$, $p < 0.001$), MRImaging 11 échos ($r = 0.818$, $p < 0.001$), et MRSpectroscopie ($r = 0.812$, $p < 0.001$). Concernant les analyses en sous-groupes : la consommation d'alcool, la présence de fer ou de fibrose ne modifiaient pas de façon significative la corrélation entre l'histologie et l'IRM, quelle que soit la technique utilisée. La quantification était très bien corrélée à l'histologie aussi bien chez les patients ayant une NAFLD que chez les patients ayant une stéatose d'origine alcoolique.

Conclusion : Pour quantifier la stéatose hépatique, notre étude montre une excellente corrélation des 4 techniques IRM utilisées avec le standard histologique, chez les patients ayant aussi bien une stéatose alcoolique que non alcoolique. Par sa simplicité et sa courte durée, la séquence MRImaging 3 échos peut être utilisée en pratique quotidienne pour quantifier la stéatose quelle qu'en soit la cause.

Références Bibliographiques : [1]Teli M., Day C., James OF., Burt A., Bennett M. Determinants of progression to cirrhosis or fibrosis in pure alcoholic fatty liver. The Lancet 1995;346:987-90. doi:10.1016/S0140-6736(95)91685-7. [2] Maurice J, Manousou P. Non-alcoholic fatty liver disease. Clin Med 2018;18:245-50. doi:10.7861/clinmedicine.18-3-245. [3] Younossi ZM, Koenig AB, Abdelatif D, Fazel Y, Henry L, Wymer M. Global epidemiology of nonalcoholic fatty liver disease-Meta-analytic assessment of prevalence, incidence, and outcomes: HEPATOLOGY. Vol. XX, No. X 2016. Hepatology 2016;64:73-84. doi:10.1002/hep.28431. [4]Bellentani S. The epidemiology of non-alcoholic fatty liver disease. Liver International 2017;37:81-4. doi:10.1111/1111.13299. [5]Vuppalanchi R, Chalasani N. Nonalcoholic fatty liver disease and nonalcoholic steatohepatitis: Selected practical issues in their evaluation and management. Hepatology 2009;49:306-17. doi:10.1002/hep.22603. [6]Paul A. Nonalcoholic Fatty Liver Disease. The New England Journal of Medicine 2002;11. [7]Matteoni C, Younossi Z, Gramlich T, Boparai N, Liu Y, McCullough A. Nonalcoholic fatty liver disease: A spectrum of clinical and pathological severity. Gastroenterology 1999;116:1413-9. doi:10.1016/S0016-5085(99)70506-8. [8]Charlton MR, Burns JM, Pedersen RN, Watt KD, Heimbach JK, Dierkhising RA. Frequency and Outcomes of Liver Transplantation for Nonalcoholic Steatohepatitis in the United States. Gastroenterology 2011;141:1249-53. doi:10.1053/j.gastro.2011.06.061. [9] Wong RJ, Aguilar M, Cheung R, Perumpall RB, Harrison SA, Younossi ZM, et al. Nonalcoholic Steatohepatitis Is the Second Leading Etiology of Liver Disease Among Adults Awaiting Liver Transplantation in the United States. Gastroenterology 2015;148:547-55. doi:10.1053/j.gastro.2014.11.039. [10] Byrne CD, Targher G. NAFLD: A multisystem disease. Journal of Hepatology 2015;62:S47-64. doi:10.1016/j.jhep.2014.12.012. [11] Bedossa P. Pathology of non-alcoholic fatty liver disease. Liver International 2017;37:85-9. doi:10.1111/1111.13301. [12] Son J-Y, Lee JY, Yi N-J, Lee K-W, Suh K-S, Kim KG, et al. Hepatic Steatosis: Assessment with Acoustic Structure Quantification of US Imaging. Radiology 2016;278:257-64. doi:10.1148/radiol.2015141779. [13] Runge JH, Smits LP, Verheij J, Depla A, Kuiken SD, Baak BC, et al. MR Spectroscopy-derived Proton Density Fat Fraction Is Superior to Controlled Attenuation Parameter for Detecting and Grading Hepatic Steatosis. Radiology 2018;286:547-56. doi:10.1148/radiol.2017162931. [14] Shimizu K, Namimoto T, Nakagawa M, Morita K, Oda S, Nakaura T, et al. Hepatic fat quantification using automated six-point Dixon: Comparison with conventional chemical shift based sequences and computed tomography. Clinical Imaging 2017;45:111-7. doi:10.1016/j.clinimag.2017.06.006. [15] Cassidy FH, Yokoo T, Aganovic L, Hanna RF, Bydder M, Middleton MS, et al. Fatty Liver Disease: MR Imaging Techniques for the Detection and Quantification of Liver Steatosis. RadioGraphics 2009;29:231-60. doi:10.1148/rq.291075123. [16] Koplav M. Importance of imaging and recent developments in diagnosis of nonalcoholic fatty liver disease. World Journal of Hepatology 2015;7:769. doi:10.4254/wjh.v7.i5.769. [17] Hetterich H, Bayerl C, Peters A, Heier M, Linkohr B, Meisinger C, et al. Feasibility of a three-step magnetic resonance imaging approach for the assessment of hepatic steatosis in an asymptomatic study population. European Radiology 2016;26:1895-904. doi:10.1007/s00330-015-3966-y. [18] Idilman IS, Tuzun A, Savas B, Elhan AH, Celik A, Idilman R, et al. Quantification of liver, pancreas, kidney, and vertebral body MRI-PDFF in non-alcoholic fatty liver disease. Abdominal Imaging 2015;40:152-9. doi:10.1007/s00261-015-0385-0. [19] Idilman IS, Aniktar H, Idilman R, Kabacam G, Savas B, Elhan A, et al. Hepatic Steatosis: Quantification by Proton Density Fat Fraction with MR Imaging versus Liver Biopsy. Radiology 2013;267:767-75. doi:10.1148/radiol.13121360. [20] Yokoo T, Serai SD, Pirasteh A, Bashir MR, Hamilton G, Hernandez D, et al. Linearity, Bias, and Precision of Hepatic Proton Density Fat Fraction Measurements by Using MR Imaging: A Meta-Analysis. Radiology 2018;286:486-98. doi:10.1148/radiol.2017170550. [21] Kleiner DE, Brunt EM, Van Natta M, Behling C, Contos MJ, Cummings OW, et al. Design and validation of a histological scoring system for nonalcoholic fatty liver disease. Hepatology 2005;41:1313-21. doi:10.1002/hep.20701. [22] Guin B, Loffroy R, Ben Salem D, Masson D, Hervé G, Petit JM, et al. Stéatose hépatique et séquence phase-opposition de phase : aspects théoriques et applications pratiques à 3T. Journal de Radiologie 2007;88:1845-53. doi:10.1016/S0221-0363(07)78362-2. [23] N.d. https://imagemed.univ-rennes1.fr/fr/mrquantif/overview.php (accessed July 18, 2018). [24] Wang X, Zhang X, Ma L. Diagnostic performance of magnetic resonance technology in detecting steatosis or fibrosis in patients with nonalcoholic fatty liver disease: A meta-analysis. Medicine 2018;97:e10605. doi:10.1097/MD.00000000000010605. [25] Middleton MS, Heba ER, Hooker CA, Bashir MR, Fowler KJ, Sandrasegaran K, et al. Agreement Between Magnetic Resonance Imaging Proton Density Fat Fraction Measurements and Pathologist-Assigned Steatosis Grades of Liver Biopsies From Adults With Nonalcoholic Steatohepatitis. Gastroenterology 2017;153:753-61. doi:10.1053/j.gastro.2017.06.005. [26] Hornig DE, Hernandez D, Reeder SB. Quantification of liver fat in the presence of iron overload: Liver Fat in Iron Overload. Journal of Magnetic Resonance Imaging 2017;45:428-39. doi:10.1002/jmri.25382. [27] Hannah WN, Harrison SA. Noninvasive imaging methods to determine severity of nonalcoholic fatty liver disease and nonalcoholic steatohepatitis: HEPATOLOGY. Vol. XX, No. X, 2016 HANNAH AND HARRISON. Hepatology 2016;64:2234-43. doi:10.1002/hep.28699.



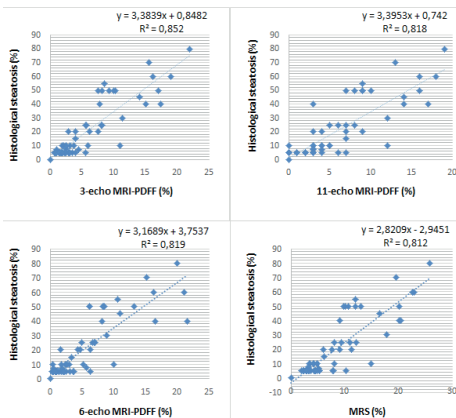


Table 2

Parameters	Average percentage of steatosis for histology*	p-value (of percentage of histological steatosis)	Correlation coefficient between imaging and histological quantification (r)			
			MRI 3echo	MRI 11echo	MRI 6echo	MRS
Alcohol						
Yes (n=23)	20.9% ± 19.0	p = 0.74	0.93	0.88	0.89	0.86
No (n=37)	20.5% ± 21.5		0.84	0.81	0.79	0.84
Diabetes						
Yes (n=23)	21.4% ± 22.6	p = 0.94	0.87	0.87	0.84	0.84
No (n=37)	20.1% ± 19.3		0.83	0.78	0.81	0.79
Dyslipidemia						
Yes (n=22)	25.3% ± 21.7	p = 0.09	0.86	0.87	0.87	0.89
No (n=38)	17.9% ± 19.4		0.81	0.74	0.75	0.72
Iron overload						
Yes (n=17)	21.3% ± 19.6	p = 0.73	0.83	0.81	0.76	0.79
No (n=43)	20.3% ± 21.0		0.85	0.82	0.84	0.83
Fibrosis						
Yes (n=39)	24.2% ± 22.5	p = 0.02	0.88	0.88	0.84	0.88
No (n=21)	13.8% ± 13.8		0.79	0.72	0.8	0.75

Table 2: Analysis in subgroups

Table 1

Characteristics of the 60 patients in the study

Demographic	Total = 60
Age (years)	57.9 ± 12.4 (31-85)
Men, n (%)	43 (72)
Women, n (%)	17 (28)
BMI (kg/m²)	28.8 ± 4.4 (21.5-42)
Cirrhosis, n (%)	35 out of 60 (58)
Regular alcohol consumption, n (%)	23 out of 60 (38)
Diabetes, n (%)	23 out of 60 (38)
Dyslipidemia, n (%)	22 out of 60 (36)

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfgc.org/resumes-2019/000264>

CO.68

Prévalence de la stéatose hépatique diagnostiquée par la fonction CAP du FibroScan® chez les patients adressés pour mesure de l'élastométrie pour hépatopathie chronique

M. Ben Cheikh ⁽¹⁾, A. Hssine ⁽¹⁾, I. Doghri ⁽²⁾, O. Bousnina ⁽¹⁾, L. Kallel ⁽¹⁾

(1) Ariana, TUNISIE ; (2) Tunis, TUNISIE.

Introduction : La fonction CAP (Controlled Attenuation Parameter) du FibroScan® est un nouvel outil de diagnostic non-invasif permettant de quantifier la stéatose hépatique dans le même temps que celle de l'élastométrie. Elle est basée sur l'atténuation des signaux ultrasonores.

L'objectif de cette étude était d'évaluer la prévalence de la stéatose hépatique chez les patients atteints d'une hépatopathie chronique adressés à notre service pour mesure de leur élastométrie et de déterminer les facteurs associés à la présence d'une stéatopathie.

Matériels et méthodes : Dans une étude prospective transversale, une mesure du CAP a été réalisée à l'aide de la sonde M, ou en cas d'échec ou de résultat non fiable, avec la sonde XL chez tous les patients adressés pour une mesure de leur élastométrie hépatique pour exploration d'une hépatopathie chronique quelque soit son étiologie. La mesure du CAP était quantitative, mesurée en dB/m. Les valeurs seuils utilisées pour le diagnostic d'une stéatose étaient respectivement de 246/242 dB/m pour les sondes M et XL et étaient de 285/286 dB/m pour le diagnostic d'une stéatose sévère selon Ledinghen et al [1].

Résultats : Au total 134 patients ont été inclus, d'âge moyen 49,3 (± 12,9) ans et dont 51,5% étaient des femmes. Quarante-neuf (36,8%) patients étaient infectés par le virus de l'hépatite C (VHC), 46 (34,6%) par le virus de l'hépatite B (VHB), 5 (3,8%) avaient une co-infection VIH-VHC, 2 une co-infection VHB - VHC (1,5%) et 17 (12,8%) avaient une stéatose hépatique non alcoolique.

Trente et un pour cent de nos patients étaient obèses (IMC ≥ 30 kg / m²) et 33% étaient en surpoids (IMC ≥ 25 kg / m²). L'utilisation de la sonde M a permis d'obtenir des résultats fiables dans 91% des cas. Le recours à la sonde XL était nécessaire chez 12 patients.

La valeur moyenne du CAP (± DS) était de 252,9 dB / m (± 58,7) avec une mesure moyenne de l'élasticité hépatique correspondante de 6,3 kPa.

La stéatose hépatique en général et la stéatose sévère en particulier ont été notées respectivement chez 53,7% et 26,1% de nos patients. Les patients atteints d'une hépatite virale avaient une stéatose dans 46% des cas, celle-ci était sévère chez 17,6% d'entre eux. Les patients initialement adressés avec le diagnostic de stéatopathie avaient une stéatose diagnostiquée aussi par le CAP dans 94% des cas. Cette stéatose était sévère dans 70,6% des cas.

Les valeurs du CAP étaient significativement corrélées avec l'indice de masse corporelle (r = 0,62, p < 0,001). En revanche, il n'y avait pas de corrélation entre les valeurs du CAP et l'âge, le sexe ou l'étiologie de l'hépatopathie ni avec la glycémie, la triglycéridémie, le taux de cholestérol, les enzymes hépatiques. Soixante-trois pour cent (63%) des patients atteints d'une stéatose et 46% de ceux atteints d'une stéatose sévère, telle que diagnostiquée avec le CAP, ne présentaient pas de stéatose hépatique à l'échographie. Inversement, 98% des patients ne présentant pas de stéatose hépatique selon le CAP, ne présentaient pas de stéatose hépatique à l'échographie non plus.

Conclusion : La stéatose hépatique diagnostiquée par la fonction CAP du Fibroscan est présente chez plus de la moitié de nos patients, toutes causes d'hépatopathies confondues et une stéatose hépatique sévère est présente chez un quart des patients. La prise en charge de la maladie hépatique sous-jacente ne doit pas négliger la prise en charge de la stéatose associée. Ce travail montre par ailleurs la limite de l'échographie dans le diagnostic de la stéatose, surtout si le radiologue n'est pas sensibilisé pour la rechercher.

Références Bibliographiques : 1- de Ledinghen V, Hiriart JB, Vergniol J, Mierrouche W, Bedossa P, Paradis V. Controlled Attenuation Parameter (CAP) with the XL Probe of the Fibroscan(R): A Comparative Study with the M Probe and Liver Biopsy. Dig Dis Sci. 2017;62:2569-77.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfgc.org/resumes-2019/000540>

Facteurs génétiques prédictifs de la fibrose hépatique au cours de la stéatohépatite non-alcoolique : étude d'association de type exome-wide de deux populations en Sicile et en France et étude d'association de type phénotype-wide dans une cohorte de Nice

A. Oussalah ⁽¹⁾, R.M. Guéant-Rodriguez ⁽¹⁾, G. Anello ⁽²⁾, C. Chery ⁽¹⁾, P. Rouyer ⁽¹⁾, T. Josse ⁽¹⁾, M. Elia ⁽²⁾, A. Tran ⁽³⁾, P. Gual ⁽³⁾, L. Brunaud ⁽¹⁾, J.P. Bronowicki ⁽¹⁾, J.L. Guéant ⁽¹⁾

(1) Vandœuvre-lès-Nancy ; (2) Troina, ITALIE ; (3) Nice.

Introduction : Plusieurs études d'associations pangénomiques (genome-wide association studies GWAS, en anglais) ont rapporté des variants génétiques prédictifs de la fibrose hépatique associée à la stéatohépatite non-alcoolique (NASH). Les puces de génotypage haut débit de type exome-wide ont permis d'évaluer de façon plus fine les régions exoniques du génome, qui comportent environ 85 % des variants potentiellement associés à des phénotypes pathologiques (1). Les approches exome-wide peuvent identifier de nouveaux loci en comparaison aux approches GWAS classiques. Nous avons utilisé cette approche pour la mise en évidence de déterminants génétiques du métabolisme de la bilirubine et du risque de cholécystectomie qui leurs sont associés (2). L'objectif principal de notre étude est de rechercher les facteurs génétiques potentiellement associés à la fibrose hépatique chez des patients atteints de NASH via cette approche exome-wide.

Patients et Méthodes : L'étude a comporté trois phases. La phase #1 a consisté en une étude d'association exome-wide sur la cohorte sicilienne TROINA (n = 560). La phase #2 de l'étude a consisté en une réplification in silico sur la cohorte ALDEPI (n = 236). La phase #3 de l'étude a consisté en une étude phénotype-wide (PheWAS) en utilisant 38 données phénotypiques issues de la cohorte de NICE (n = 272). Le critère principal de jugement était le score APRI en tant que marqueur non invasif de la fibrose hépatique. Le génotypage haut débit a été réalisé par une puce Infinium HumanExome BeadChip v1.2 (Illumina®, Paris, France) sur une plateforme iScan (Illumina®, Paris, France). Les contrôles de qualité pour les phases #1 et #2 de l'étude ont inclus un call rate par échantillon et par variant > 98 %, une vérification de la déviation de l'équilibre de Hardy-Weinberg, l'étude de la stratification des populations par une analyse en composantes principales et l'étude de parentalité par une analyse en identité de descendance. L'analyse statistique de l'objectif principal a consisté en une régression multiple utilisant un modèle allélique ainsi qu'une analyse par régression d'haplotype. L'étude PheWAS a consisté en un criblage systématique des 38 phénotypes de la cohorte de NICE pour les top variants issus des phase #1 et #2 de l'étude selon une analyse en régression multiple selon un modèle génétique additif.

Résultats : L'étude exome-wide de la phase #1 a retrouvé une prédiction du risque de fibrose associée à la NASH pour trois variants du gène *TNXB* codant la famille de protéines ténaécines des glycoprotéines de la matrice extracellulaire (rs2071295, intronique, P=8.61E-05 ; beta = -0.05 ; rs2071293, intronique, P=1.63E-04 ; beta = -0.05 ; rs185819 (p.His1161Arg), P=5.96E-04 ; beta = 0.05). La phase #2 de l'étude a mis en évidence un autre variant rare du gène *TNXB* (rs200432719 p.Val1093Met ; MAF = 0.9 % ; P = 5.63e-8 ; beta = 0.71). La phase #3 de l'étude en PheWAS a montré une association entre les quatre variants du gène *TNXB* et les scores de fibrose histologique, la concentration plasmatique du cholestérol total, cholestérol-LDL et cholestérol-HDL, de la protéine C-réactive, l'indice de masse corporelle et le périmètre abdominal (Tableau 1).

Conclusion : Les résultats de cette étude développée en trois phases soulignent l'intérêt potentiel du locus *TNXB* dans la pathogénie de la fibrose hépatique associée à la stéatohépatite non-alcoolique. Des études fonctionnelles sont nécessaires pour identifier les mécanismes moléculaires liés à cette association avec le risque de fibrose hépatique.

Références Bibliographiques : 1. Schork AJ, et al. All SNPs are not created equal: genome-wide association studies reveal a consistent pattern of enrichment among functionally annotated SNPs. *PLoS Genet.* 2013 Apr;9(4):e1003449

2. Oussalah A, et al. Exome-Wide Association Study Identifies New Low-Frequency and Rare UGT1A1 Coding Variants and UGT1A6 Coding Variants Influencing Serum Bilirubin in Elderly Subjects: A Strobe Compliant Article. *Medicine (Baltimore).* 2015 Jun;94(22):e925.

Phenotype	TNXB variant	MAF	P-Value	Beta
Fibrosis according to Brunt/ NASH CRN Scoring System Scores <1B	rs200432719 p.Val1093Met	0.03%	1.71E-04	0.056
Fibrosis according to Brunt/ NASH CRN Scoring System Scores <1C	rs2071293 (intronic)	21.5%	1.66E-02	0.370
Fibrosis according to Brunt/ NASH CRN Scoring System Scores <1C	rs2071295 (intronic)	21.7%	1.67E-02	0.379
Cholesterol, total (mmol/L)	rs185819 p.His1161Arg	42.3%	3.41E-02	-0.090
Cholesterol, LDL (mmol/L)	rs185819 p.His1161Arg	42.3%	8.08E-03	-0.127
Cholesterol, HDL (mmol/L)	rs200432719 p.Val1093Met	0.03%	3.78E-02	0.022
C-reactive protein (mg/L)	rs2071295 (intronic)	21.7%	4.12E-02	0.004
BMI (kg/m²)	rs2071295 (intronic)	21.5%	6.63E-02	0.016
Waist-circumference (cm)	rs2071295 (intronic)	21.7%	9.59E-02	0.005

GR: Clinical Research Network; MAF: minor allele frequency.

Pour consulter ce résumé en ligne :
<https://www.snfge.org/resumes-2019/001051>

Le profil spectral infrarouge du sérum est prédictif du degré de fibrose hépatique chez les patients atteints d'hépatite chronique C

G. Thiéfin ⁽¹⁾, D. Bertrand ⁽²⁾, V. Untereiner ⁽¹⁾, R. Garnotel ⁽¹⁾, M. Offroy ⁽³⁾, J.P. Bronowicki ⁽⁴⁾, G.D. Sockalingum ⁽¹⁾

(1) Reims ; (2) Nantes ; (3) Nancy ; (4) Vandœuvre-lès-Nancy.

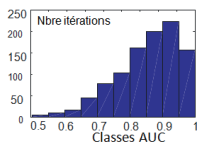
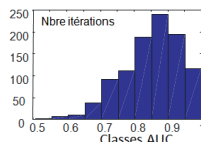
Introduction : L'évaluation de la fibrose hépatique est un élément déterminant de la prise en charge des malades atteints d'hépatopathie chronique. Les tests non invasifs de fibrose sont limités par la persistance d'une zone grise ne permettant pas de classer tous les malades avec une valeur prédictive cliniquement pertinente. Il existe donc un champ de recherche pour développer des techniques innovantes. L'objectif de cette étude était d'évaluer dans une série de patients atteints d'hépatite C la performance diagnostique de la spectroscopie infrarouge à transformée de Fourier (IRTF) appliquée au sérum pour évaluer la fibrose hépatique en prenant comme référence la classification histopathologique.

Patients et Méthodes : Cette étude bicentrique a été menée à partir d'une sérothèque de 94 patients (47±13 ans, 64 hommes) atteints d'hépatite chronique C à différents stades histologiques de fibrose : Metavir F0 (n=20), F1 (n=17), F2 (n=20), F3 (n=20) et F4 (n=17). Après décongélation et dilution, 10 aliquots de 5 µl de chaque échantillon ont été déposés sur une plaque de silicium. Après séchage, les spectres ont été enregistrés en mode transmission entre 4000 et 400 cm⁻¹ en utilisant le spectromètre IRTF Tensor 27 (Bruker® Optics, Allemagne). Les spectres obtenus ont été prétraités par dérivation seconde et correction SNV. Vingt longueurs d'onde ont été sélectionnées par algorithme génétique selon leur performance diagnostique évaluée par un modèle PLS à 5 dimensions. Le critère de sélection était l'aire sous la courbe (AUC) ROC en utilisant un jeu d'entraînement (n=76) et un jeu de validation (n=18) pour différencier les patients F0F1F2 des patients F3F4, puis les patients F0F1F2F3 des patients F4. Pour prendre en compte l'effet d'échantillonnage, 1000 itérations ont été effectuées avec le pool final de 20 longueurs d'onde pour calculer l'AUC moyenne. Un algorithme a été élaboré dans la plateforme Matlab pour l'automatisation de l'analyse.

Résultats : Après les tests de qualité et le prétraitement, l'analyse a été réalisée sur une matrice de 94 spectres moyens x 1849 variables. Le modèle PLS à 5 facteurs permettait de différencier les patients ayant une fibrose avancée F3F4 des patients F0F1F2 avec une AUC ROC de 0.89 ± 0.084 (moyenne ± écart-type de 1000 itérations). Parmi les 1000 itérations, seulement 0.46 % correspondaient à une AUC < 0.70. Pour le diagnostic de cirrhose versus F0F1F2F3, le modèle PLS à 5 facteurs avait également une excellente performance diagnostique avec une AUC de 0.90 ± 0.051 pour 1000 itérations. Parmi les 1000 itérations, seulement 0.34 % correspondaient à une AUC < 0.70. La distribution des AUC obtenues lors des 1000 itérations pour chaque test diagnostique est illustrée sur les figures ci-dessous : à gauche pour l'algorithme discriminant les patients F0F1F2 et F3F4 et à droite pour l'algorithme discriminant les patients F0F1F2F3.

Conclusion : Cette étude montre que la spectroscopie IRTF appliquée au sérum a un fort potentiel de développement pour l'évaluation non invasive de la fibrose hépatique. L'algorithme développé dans cette étude a vocation à être testé dans différents types d'hépatopathie chronique, notamment les patients ayant une hépatopathie métabolique. Cette technique innovante cumule l'avantage de la rapidité et du haut débit et ne nécessite aucun réactif.

Remerciements : Société d'Accélération de Transfert de Technologie SATT Nord.



L'amélioration des fonctions cognitives des malades cirrhotiques avec consommation excessive d'alcool est possible

P. Perney ⁽¹⁾, R. Alarcon ⁽¹⁾, B. Naipas ⁽¹⁾, H. Donnadiou-Rigole ⁽²⁾, S. Pelletier ⁽¹⁾

(1) Nîmes ; (2) Montpellier.

Introduction : L'encéphalopathie hépatique (EH) chronique est une complication neuropsychiatrique qui peut associer des troubles moteurs, comportementaux et des dysfonctions cognitives. Lorsqu'il s'agit d'une cirrhose alcoolique, ou d'origine mixte avec consommation excessive d'alcool, les troubles neuropsychiatriques de l'EH pourraient être aggravés. En effet, l'alcoolisation excessive est fréquemment responsable, per se, de troubles cognitifs concernant l'attention, la mémoire épisodique et les fonctions exécutives. Chez les patients consommateurs excessifs d'alcool sans atteinte hépatique, l'arrêt de l'alcool et un programme de remédiation cognitive permet l'amélioration significative de l'ensemble de ces troubles. Par contre, la capacité de réponse de patients ayant une cirrhose, et donc potentiellement une EH, n'est pas connue.

L'objectif de cette étude était donc de comparer la fréquence et l'intensité des troubles cognitifs chez des malades consommateurs excessifs d'alcool avec ou sans cirrhose, lors de l'admission et après un séjour hospitalier de 6 semaines associant une abstinence totale et un programme de remédiation cognitive.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective menée dans un centre de réhabilitation addictologique. Les critères d'inclusion étaient : admission pour un trouble de l'usage de l'alcool ; statut hépatologique (cirrhose ou absence de cirrhose) disponible lors de l'admission ; évaluation des fonctions cognitives par le Montréal Cognitive Assessment test (MoCA) effectuée à l'admission et à la sortie. Les critères d'exclusion étaient l'existence d'une pathologie neurologique ou psychiatrique modifiant la cognition.

Le MoCA est un test qui évalue 8 fonctions cognitives : fonctions exécutives/visuo-spatiales, dénomination, mémoire immédiate, mémoire retardée, attention, langage, abstraction, orientation. Durant le séjour, les patients avaient une abstinence contrôlée et bénéficiaient d'un programme de remédiation cognitive. Ce programme correspondait à des ateliers permettant de travailler spécifiquement les fonctions cognitives touchées, en particulier les fonctions exécutives, visuo-spatiales et la mémoire.

Résultats : 427 patients ont été inclus, 67 avec cirrhose (AC) dont 47 Child A et 20 Child B/C, et 360 sans cirrhose (SC). Pour les groupes AC et SC, le sexe ratio était de 82 % et 70 % et l'âge moyen de 53,6 versus 49,6 ans. Les scores moyens MoCA à l'admission n'étaient pas différents entre les cirrhotiques Child A vs B/C, ni entre les groupes AC (21.6 ± 3.4) et SC (22.1 ± 3.6). À la sortie, les scores étaient significativement (p=0,01) améliorés dans les deux groupes, AC (23.7 ± 3.7) et SC (24.9 ± 3.2). Toutefois, le gain était discrètement mais significativement (p=0,04) moins important dans le groupe AC (2,1 ± 2,9) que SC (2,9 ± 2,8). L'amélioration cognitive était moins importante chez les patients Child B/C vs Child A, même si la différence entre ces deux groupes n'était pas significative (1,9±2,2 vs 2,4±2,7). Le pourcentage de patients avec MoCA normal était similaire à l'admission dans les groupes AC et SC (9,0 vs 14,7%, NS) mais était significativement moins élevé dans le groupe AC à la sortie (32,8% vs 50,8%, p=0,007).

Aucun facteur autre que la cirrhose (âge, sexe, niveau d'étude, consommation moyenne d'alcool, âge de début des problèmes d'alcool, co-consommation d'autre drogue, IMC, statut familial, statut professionnel) n'expliquait la récupération plus modeste dans le groupe AC.

Conclusion : L'arrêt de l'alcool et un programme de remédiation cognitive pendant 6 semaines permet, chez des malades avec une cirrhose, une amélioration significative des fonctions cognitives. Cette amélioration est moins importante que chez des patients sans cirrhose, ce qui pourrait traduire l'impact d'une EH. Ces résultats suggèrent qu'une prise en charge alcoolologique spécifique doit systématiquement être évoquée en cas d'EH.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfgc.org/resumes-2019/000637>

<https://www.snfgc.org/resumes-2019/000367>

P.01

Conception d'une application mobile d'aide à la prise en charge en hépato-gastroentérologie à destination des internes en médecine : le projet « GastroHelp »

J. Lazartigues ⁽¹⁾, A. Gangloff ⁽¹⁾, M. Hassine ⁽¹⁾, F. Di Fiore ⁽¹⁾, G. Savoye ⁽¹⁾

(1) Rouen.

Introduction : L'essor et la démocratisation des smartphones ont considérablement modifié la vie des professionnels de santé en facilitant l'accès au savoir. Néanmoins, les applications mobiles de santé à destination des internes en médecine d'Hépatogastro-Entérologie (HGE) renfermant un contenu médical synthétique, fiable et utilisable dans notre pratique quotidienne sont peu nombreuses. L'objectif est la mise en place d'un guide thérapeutique en HGE sous forme d'application mobile.

Matériels et méthodes : Un cahier des charges a été rédigé avant la mise en place de l'équipe chargée du développement de l'application. Le contenu a été rédigé en parallèle du développement après recherche bibliographique et en utilisant les recommandations professionnelles médicales selon les préconisations de la Haute Autorité de Santé et du guide de bonnes pratiques de conception et développement d'applications de santé mobile édité par l'entreprise dmdSanté.

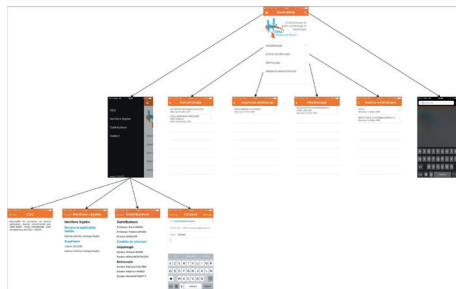
Résultats : Les utilisateurs cibles de l'application mobile sont en priorité les internes en médecine d'HGE.

Le codage, l'architecture et la charte graphique de l'application ont été réalisés par un informaticien et une graphiste sous la supervision d'un interne d'HGE. Une version fonctionnelle de l'application a été développée sur iOS. De manière simplifiée, « GastroHelp » comprend l'application mobile (fonctionnant sur le smartphone/tablette) et le serveur distant (où est stocké le contenu de l'application). L'application mobile télécharge les données (contenu texte, photos, vidéos...) du serveur vers le smartphone/tablette. L'accès internet est nécessaire uniquement lors du téléchargement du contenu vers le smartphone/tablette. L'application contient un menu principal, plusieurs menus secondaires et menus tertiaires ainsi que d'autres catégories de menus ayant différentes fonctions (recherche, affichage des conditions générales d'utilisation).

Les recherches bibliographiques ont été réalisées sur PubMed par mots-clés avec ou sans opérateurs booléens. La recherche concernait l'épidémiologie, le diagnostic, le bilan avant traitement et la prise en charge. Nous avons utilisé des articles originaux, revues systématiques, revues générales, revues didactiques et méta-analyses. Nous avons aussi utilisé les recommandations professionnelles des sociétés savantes françaises, européennes et américaines d'HGE et des autorités sanitaires françaises (Haute Autorité de Santé, Agence Nationale de Sécurité du Médicament) sur les sites concernés. Nous avons aussi utilisé la base de données médicamenteuse Vidal (résumés des caractéristiques du produit) pour les médicaments cités dans l'application.

Treize fiches ont été rédigées dans les domaines de l'hépatologie (infection de liquide d'ascite, antibioprophylaxie des infections spontanées de liquide d'ascite, encéphalopathie hépatique, intoxication au paracétamol, porphyrie cutanée tardive), de la gastro-entérologie (colite ischémique), de l'endoscopie digestive (antibioprophylaxie en endoscopie digestive, ingestion de caustique) et de l'oncologie digestive (occlusion sur carcinose péritonéale, neuropathie chimioinduite, mucite, infection de chambre implantable, neutropénie fébrile). Un comité de relecture composé de médecins hépato-gastro-entérologues volontaires d'un centre hospitalo-universitaire français a été mis en place pour la validation des fiches. Les fiches sont en cours de validation.

Conclusion : L'application « GastroHelp » est quasi-finalisée sur le plan technique. Le contenu est en cours de validation et pourra être étoffé dans le futur. Le test de l'application en conditions réelles sur une cohorte d'internes en médecine d'HGE débutera dès l'obtention d'un financement.



Pour consulter ce résumé en ligne :
<https://www.snfge.org/resumes-2019/000346>

P.02

Comment informer les professionnels de santé sur les dispositifs médicaux ? Création en endoscopie digestive d'un outil pilote informatique connecté au livret des dispositifs médicaux de l'hôpital

C. Danet⁽¹⁾, V. Duhalde⁽¹⁾, A. Culetto⁽¹⁾, K. Barange⁽¹⁾,
L. Buscail⁽¹⁾, C. Barrué⁽¹⁾, I. Labadens⁽¹⁾, P. Cestac⁽¹⁾

(1) Toulouse.

Introduction : La communication au sens large et celle d'informations sur le bon usage des Dispositifs Médicaux (DM) dans un Centre Hospitalier est primordiale mais est souvent non optimale, et ces informations n'atteignent pas souvent les professionnels de santé pour être prises en compte dans leur pratique quotidienne.

L'objet de ce travail réalisé par les pharmaciens référents du pôle Digestif, en collaboration étroite avec les médecins et Infirmier Diplômé d'Etat (IDE) d'endoscopie, est de créer à partir du logiciel existant consacré à l'approvisionnement de ces Dispositifs Médicaux, un outil de bon usage qui allie Dispositifs Médicaux référencés et techniques d'Endoscopie Digestive (ED) dans un but informatif, pédagogique et d'évaluation de la pertinence de leur référencement.

Matériels et méthodes : Un questionnaire a été envoyé par les pharmaciens aux médecins et IDE d'ED de notre hôpital pour définir leur besoins en informations sur les Dispositifs Médicaux.

Dans un premier temps, il a été nécessaire de définir une liste précise des DM spécialisés d'ED en croisant les DM référencés et consommés par l'ED. Les libellés identifiant les DM ont été révisés de manière structurée afin que les caractéristiques techniques essentielles soient lisibles. Une classification en 3 niveaux (groupe produit, famille, regroupement famille) a également été créée pour chacun de ces DM. Dans un second temps, les différents groupes de DM ont été rattachés à des techniques d'endoscopie digestive lors de plusieurs réunions de travail associant médecins endoscopistes, IDE et pharmaciens.

Ces données ont permis la réalisation d'une base Access® accessible depuis chaque ordinateur de l'hôpital permettant la consultation d'informations pragmatiques sur tous les DM d'ED avec plusieurs modes d'entrées.

Résultats : 855 DM sont consommés par l'ED représentant 1.24 millions d'euros en 2017.

Après exclusion des DM standards consommés par plusieurs disciplines, on retient 361 DM spécialisés en ED. Le travail d'appariement des DM aux techniques d'ED a permis d'en déréférencer 18 (soit 5%) non utilisés ou pour lesquels des alternatives plus coût/efficaces existaient déjà.

Les 343 DM spécialisés d'ED ont été classés dans 117 groupes produits et 21 familles. 92% des libellés ont été révisés.

La base de données Access® permet à chaque utilisateur de rechercher un DM par Technique d'ED, groupe produit, libellé produit ou fournisseur. Les informations disponibles sont : code de commande, libellé du DM, référence fournisseur, prix, conditionnement, traçabilité, mode de gestion (achat/dépôt), fiche technique ou protocole de service.

Conclusion : L'information sur le bon usage des DM n'est pas aussi facilement disponible que pour le médicament. La création de cet outil émane d'un besoin exprimé par les équipes d'ED d'avoir plus de lisibilité sur l'ensemble des DM référencés de notre centre. Au-delà de l'information qu'il apporte, cet outil est utile pour optimiser le référencement des DM d'ED en dehors des périodes d'achat afin de mettre à jour de façon dynamique notre arsenal. La révision des libellés des DM a permis de sécuriser le circuit de la commande jusqu'à l'utilisation et éviter des commandes inappropriées et des périmés. Enfin l'appariement DM/Technique d'endoscopie digestive donne un sens clinique au livret des DM et peut être utile aux IDE pour la préparation des interventions, ou pédagogique pour la formation des internes en endoscopie digestive.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfgc.org/resumes-2019/000942>

P.03

L'incision muqueuse transversale au cours du POEM facilite l'accès à la sous-muqueuseC. Jung ⁽¹⁾, M. Barret ⁽¹⁾, B. Brieu ⁽¹⁾, B. Bordacahar ⁽¹⁾, S. Leblanc ⁽¹⁾, F. Prat ⁽¹⁾, S. Chaussade ⁽¹⁾

(1) Paris.

Introduction : La myotomie perorale endoscopique (POEM) est un traitement validé dans l'achalasie et d'autres troubles moteurs œsophagiens obstructifs. La technique initialement décrite par Inoue et al. accède à la sous-muqueuse au moyen d'une incision longitudinale de la muqueuse œsophagienne. Au cours de la tunnélisation de la sous-muqueuse, la muqueuse œsophagienne peut être mise en tension par l'endoscope, déchirée, et l'incision muqueuse involontairement étendue. Nous proposons d'évaluer la faisabilité et la sécurité d'une incision muqueuse transversale de l'œsophage.

Patients et Méthodes : Les patients traités par POEM avec incision muqueuse transversale à Cochin ont été inclus prospectivement. Le geste était réalisé en décubitus dorsal sous anesthésie générale avec intubation, sous insufflation au CO₂, et un TT Knife J était utilisé. Tous les patients recevaient une antibioprophylaxie périopératoire et une antibiothérapie pendant 5 jours, ainsi que deux semaines de traitement par Inhibiteurs de la pompe à protons. Un scanner thoracoabdominopelvien avec opacification haute était réalisé chez tous les patients à J1 avant réalimentation.

Résultats : Entre le 01/01/2018 et le 01/10/2018, 10 patients consécutifs (3 hommes, et 7 femmes, âge moyen 57,6 ans) ont été traités par POEM. L'indication du POEM était une achalasie (n=8), un œsophage marteau-piqueur (n=1), et un diverticule œsophagien épiphénique (n=1). Le succès technique de la procédure de POEM était de 100%. L'incision muqueuse transversale était réalisée sur le mur postérieur dans 6 cas, et fermée par un moyen de 3,8 (2-8) clips. La myotomie était réalisée sur une médiane (IQR) de 10,6 cm (7-17cm), 7,4 cm cm dans l'œsophage et 3,2 cm dans l'estomac. Un saignement per endoscopique, contrôlé en cours de geste survenait dans 3/10 cas. Un emphysème sous cutané était observé dans 3/10 cas. Aucune fuite extraœsophagienne de produit de contraste n'était observée, et tous les patients pouvaient reprendre une alimentation orale liquide à J1. Au scanner, un pneumomédiastin et pneumopéritoine était observé chez tous les patients, sans nécessité d'exsufflation ni signe de mauvaise tolérance clinique. La durée moyenne d'hospitalisation était de 2,3 jours.

Conclusion : l'incision muqueuse transversale pour accéder à la sous-muqueuse au cours du POEM est une option faisable et sûre permettant un accès plus aisé à la sous-muqueuse, sans plus ni moins de complications que l'incision muqueuse longitudinale. Cette approche pourrait réduire la tension sur la muqueuse durant le geste, la longueur de l'incision, et le nombre de clips nécessaires à la fermeture.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000417>

P.04

Mucosectomie anti-reflux (ARMS) dans le traitement du reflux gastro-œsophagien réfractaire aux IPP : étude pilote évaluant la faisabilité et données préliminaires d'efficacitéJ.M. Gonzalez ⁽¹⁾, J.P. Le Mouel ⁽²⁾, P. Basile ⁽³⁾, V. Vitton ⁽¹⁾, M. Barthet ⁽¹⁾

(1) Marseille ; (2) Amiens ; (3) Rouen.

Introduction : Il n'a à ce jour pas de traitement endoscopique validé du reflux gastro-œsophagien (RGO) validé malgré les multiples techniques développées et évaluées, qui manquent de faisabilité et restent onéreuses. La mucosectomie œsophagienne est une technique codifiée de référence, dont une application pourrait être le traitement du reflux de par la rétraction qu'elle entraîne lors de la cicatrisation si elle est réalisée sur la jonction oeso-gastrique (1, 2). C'est pourquoi nous proposons cette étude pilote évaluant sa faisabilité chez des patients avec RGO réfractaires.

Patients et Méthodes : Il s'agissait d'une étude pilote mono-centrique rétrospective, de cas consécutifs. Les patients inclus avaient tous un RGO réfractaire aux inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) optimisés, sans trouble moteur de l'œsophage associé. Les patients qui avaient une œsophagite ulcérée ou une hernie hiatale > 2cm étaient exclus. La procédure était réalisée en ambulatoire, avec un endoscope large canal opérateur (3,8mm), sous CO₂ avec un système de ligature élastique Duette® (Cook Endoscopy, USA). Elle consistait en la réalisation d'une mucosectomie sur les 3/4 de la circonférence au niveau du cardia, avec une résection étendue sur les deux versants œsophagien et gastrique. Les patients sortaient avec un traitement par IPP pleine dose pendant 1 mois, et étaient revus tous les 3 mois. L'objectif principal était de documenter la faisabilité et la sécurité du geste, notamment en termes de complications immédiates (perforation, hémorragie) ou retardées (sténose). L'objectif secondaire était d'évaluer l'efficacité d'une part sur le symptôme principal, définie par sa disparition ou la diminution de sa fréquence à moins d'un épisode par semaine, d'autre part sur le score RDQ (3) auquel ont été rajoutés les symptômes atypiques (talgie, sinusites, toux, éructation).

Résultats : Au total, 19 patients ont été inclus, 12 hommes et 7 femmes, de 53 ans d'âge moyen [32-88]. Le symptôme principal était le pyrosis dans 74% (n=14), les autres étant des régurgitations (2), une douleur thoracique (1), un goût acide (1), une toux récurrente (1), des sinusites répétées (1).

La procédure a été faisable dans 100% des cas en ambulatoire, avec une durée moyenne inférieure à 30 minutes. Il n'y a pas eu de complication immédiate de type perforation, ni d'hémorragie retardée. Six patients (30%) ont développé une dysphagie dans le mois suivant, dont 3 se sont résolues spontanément (oedème) et 3 ont nécessité une séance unique de dilatation (à 12mm), sans récurrence par la suite. La durée de suivi était de 3 à 15 mois.

Concernant l'efficacité clinique, 5 patients n'ont pu être réévalués (pas de réponse aux rappels). Parmi les autres, l'efficacité sur le symptôme principal était complète dans 57,4% des cas (n=8/14), partielle dans 7,1% des cas (1/14), et insuffisante dans 35,5%. Une diminution significative du RDQm moyen a été observée après la procédure : 4,1 ± 6,7 vs. 20,1 ± 5,1 (p=0,0026).

Conclusion : La mucosectomie anti-reflux par ARMS pour le traitement du RGO réfractaire est une technique, simple, sûre, et réalisable en ambulatoire. Son efficacité reste à préciser, car impactée par une standardisation progressive de la technique (site et étendue de mucosectomie) pendant l'étude, et nécessité une sélection stricte de malades. Néanmoins, elle pourrait être une étape intermédiaire simple avant le recours éventuel à la chirurgie pour ces patients, dont elle ne gêne pas la faisabilité.

Références Bibliographiques : 1. Inoue H, Ito H, Ikeda H, et al. Anti-reflux mucosectomy for gastroesophageal reflux disease in the absence of hiatal hernia: a pilot study *Annals of Gastroenterology*. 2014;27,346-351.

2. Eleftheriadis N, Inoue H, Ikeda H. Endoscopic Treatment of GERD and Case Report: Successful Anti-

Reflux Mucosectomy (ARMS) For Endoscopic Treatment of PPI-Resistant GERD in A 24-Years-Old Greek. Adv Res Gastroentero Hepatol 3(1): ARGH.MS.ID.555602 (2017).
 3. Shaw MJ, Talley NJ, Beebe TJ, et al. Initial validation of a diagnostic questionnaire for gastroesophageal reflux disease. Am J Gastroenterol. 2001;96:52e7.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000249>

P.05

Peroral endoscopic myotomy (POEM) dans le traitement de l'achalasie : est-ce le temps des recommandations de pratique clinique ? Une enquête multicentrique européenne

J.M. Gonzalez ⁽¹⁾, M. Pioche ⁽²⁾, J. Jacques ⁽³⁾, G. Vanbiervliet ⁽⁴⁾, E. Chabrun ⁽⁵⁾, J. Branche ⁽⁶⁾, J. Privat ⁽⁷⁾, T. Wallenhorst ⁽⁸⁾, J. Rivory ⁽²⁾, G. Rahmi ⁽⁹⁾, V. Lepilliez ⁽²⁾, A. Charachon ⁽¹⁰⁾, S. Leblanc ⁽⁹⁾, M. Barthet ⁽¹⁾, V. Vitton ⁽¹⁾

(1) Marseille ; (2) Lyon ; (3) Limoges ; (4) Nice ; (5) Bordeaux ; (6) Lille ; (7) Vichy ; (8) Rennes ; (9) Paris ; (10) Monaco, MONACO.

Introduction : Le POEM est devenu un traitement de référence sûr et très efficace de l'achalasie. Néanmoins, bien que certains aspects procéduraux semblent communément admis, d'autres points restent hétérogènes, notamment l'évaluation préopératoire, les indications du POEM, et le suivi et ses modalités. Etant donné son expansion, il y a nécessité de proposer des recommandations de pratique clinique. Nous proposons une enquête de pratiques auprès de centres experts POEM en première étape.

Matériels et méthodes : Tous les centres français et certains centres européens pratiquant des POEM en routine ont été identifiés, et une enquête en ligne (Google Forms, Google, CA, USA) leur a été proposée (1 réponse/centre). Elle regroupait des questions portant sur leur pratique courante dans la prise en charge des troubles moteurs œsophagiens par POEM, qui étaient divisées en 4 parties : i) Evaluation préopératoire; ii) Indications; iii) Détails/habitudes sur la procédure; iv) Suivi (incluant le traitement postopératoire, le suivi clinique et paraclinique).

Résultats : Vingt-et-un centre ont répondu, 13 français et 8 européens (Espagne, Belgique, Italie, Angleterre, Russie et Suisse). Dans chacun, il y a en moyenne 1,5 opérateurs/centre [1-3], pour 86% gastroentérologues, qui font en moyenne 28 POEM/an [8-70]. Il y a des juniors en formation dans 43%, et la learning curve estimée est de 11 +/- 7 cas. L'évaluation préopératoire clinique contient systématiquement le score d'Eckardt et l'IMC dans 62%. La paraclinique comprends une endoscopie avec biopsies œsophagienne et une manométrie haute résolution (MHR) dans 100% des cas, plus rarement un scanner ou une écho endoscopie.

Les indications à proposer le POEM en 1ère intention selon la MHR sont le type III dans 100% des centres, les types I dans 81% et les types II dans 76%. Il est aussi proposé en 1^{er} dans 95% après échec du Heller, 81% si score d'Eckardt élevé ou chez les hommes < 45ans. En 2^{ème} ligne après dilatation, 45% l'indiquent après échec d'une seule dilatation (tout diamètre). Les deux principales contre-indications sont les achalasies paranéoplasiques (71%) et les maladies systémiques (52%). Des POEM sont aussi pratiquée dans les œsophages marteau-piqueur dans 81% des centres, et dans les spasmes étagés dans 57%.

En préopératoire, les patients mangent liquide dans 67% des cas, en moyenne 1,8 jours avant la procédure [1-5], et à jeun 12 heures avant. L'aspirine est stoppée dans 29% des cas (100% pour anticoagulants et autre AAP). Tous les patients sont hospitalisés.

La procédure est pratiquée sous AG, le patient sur le dos dans 90% des centres. Une antibioprophylaxie est administrée dans 86%. L'endoscope utilisé est régulier dans 90% des centres, toujours avec du CO₂. Le couteau le plus utilisé pour le tunnel (n=9/21) et pour la myotomie (n=12/21) est le Triangle (Olympus, Japon), viennent ensuite, le Hybrid Knife (Fuji, Japon) et le Hook knife (Olympus, Japon), 62% des opérateurs n'utilisant qu'un seul instrument. Dans l'achalasie, le tunnel est postérieur dans 86% des centres, avec une longueur moyenne de 13,6cm [10-17], et la myotomie est antérograde dans 81% des centres, sur les fibres circulaires dans 86%, avec une longueur moyenne de 10cm [6-15]. La durée moyenne des procédures est de 55 minutes min [25-100].

En postopératoire, les boissons sont autorisées à J-1 dans 81% des centres, avec une sortie ce même jour dans 43% d'entre eux, et une réalimentation normale à partir de J-4 dans 71% des cas. La durée moyenne de séjour après POEM est de 2,2 jours [1-5]. Les patients sortent sous IPP, reprennent les antiagrégants à J3 et les anticoagulants à J-6. La médiane

pour la première consultation est à 3 mois, incluant un score d'Eckardt (100%), et le calcul de l'IMC dans 76%. Une MHR est réalisée en systématique dans 53% des centres. Les patients sont le plus souvent suivis annuellement (71%).

Conclusion : Malgré sa place bien établie dans le traitement des troubles moteurs œsophagiens, il y a autour du POEM une disparité sur certaines pratiques parmi les différents centres. Une méthode Delphi pourrait permettre de trancher sur les points les plus variés, pour proposer des guidelines européennes de bonne pratique autour du POEM.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000244>

P.06

Efficacité de la pyloro-mytomie endoscopique comme traitement de la gastroparésie réfractaire

S. Ghisbain⁽¹⁾, R. Caiazzo⁽¹⁾, C. Baillet⁽¹⁾, G. Piessen⁽¹⁾, B. Pariente⁽¹⁾, P. Wils⁽¹⁾, R. Gérard⁽¹⁾, J. Branche⁽¹⁾

(1) Lille.

Introduction : La gastroparésie est une pathologie fonctionnelle digestive dont la prévalence est de 2 à 4%. Elle est caractérisée par un ralentissement de la vidange gastrique en l'absence d'obstacle mécanique. L'efficacité du traitement médical (prokinétique) ou endoscopique (dilatation du pylore, injection de toxine botulique) est faible. La pyloromyotomie endoscopique a montré une efficacité dans le traitement de la gastroparésie dans plusieurs études publiées depuis 2013. L'objectif de l'étude est d'étudier la faisabilité, la morbidité et l'efficacité de la pyloromyotomie endoscopique dans le traitement de la gastroparésie réfractaire, d'étudier les modifications de la scintigraphie gastrique et de déterminer des facteurs prédictifs d'échec ou de succès.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude monocentrique. Tous les patients consécutifs ayant eu une pyloromyotomie endoscopique entre juin 2016 et février 2018 dans le centre ont été inclus. Une évaluation pré et post interventionnelle par scores cliniques (score GCSI symptomatique) et score GIQLI (de qualité de vie) et scintigraphie de vidange gastrique a été réalisée. Le succès clinique a été défini comme une diminution du score GCSI de 1 point ou plus aux dernières nouvelles par rapport à l'évaluation pré opératoire.

Résultats : Il y avait 36 patients inclus. Les étiologies de la gastroparésie étaient : post opératoire (18) dont œsophagectomie (6), idiopathique (15) et diabétique (3). Les traitements antérieurs reçus étaient : stimulation électrique gastrique à haute fréquence (4), injections de toxine botulique (10), dilatations endoscopiques du pylore (13). La durée d'intervention moyenne était de 42.7±16 minutes. L'intervention a été un succès clinique pour 20 patients sur 29 aux dernières nouvelles. Il y a eu 4 rechutes. Le GCSI initial moyen était de 3.8±0.8 points avant et de 2.5±1.4 points aux dernières nouvelles, p<0.001. Le résidu solide à 3h moyen évalué en scintigraphie de vidange gastrique était de 47.2±23.7% avant l'intervention et de 24.6±28.8% après, p=0.001. Une normalisation de la vidange gastrique sur ce paramètre est intervenue pour 7 patients sur 19, et 13 l'ont améliorée sans la normaliser. Le reste des paramètres de la vidange gastrique s'améliorent significativement : La vitesse de vidange des solides de 18.5±13.4%/h à 32.3±22.5%/h p=0.006, le temps de demi vidange des solides de 147±42 minutes à 97±38.9 minutes p<0.001. Le GIQLI moyen initial était de 61.8±23.6 points et de 68.3±23.8 points après, p=0.103. Une complication per opératoire est survenue pour 6 patients, la prise en charge a été réalisée au cours de l'intervention, tous sont sortis à J1. Un patient est sorti à J4 pour des douleurs et 1 a été réhospitalisé à J15 pour une hémorragie digestive.

Conclusion : La pyloromyotomie endoscopique permet une amélioration significative du score clinique et de la vidange gastrique. Notre étude semble montrer une meilleure efficacité en cas de gastroparésie post opératoire et notamment après œsophagectomie. Cependant, nous ne mettons pas en évidence d'amélioration de la qualité de vie.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000309>

P.07

La résection muqueuse endoscopique (RME) pour le traitement du reflux gastro-œsophagien (RGO) en l'absence de hernie hiatale : étude piloteA. Laquière ⁽¹⁾, F. Trottier-Tellier ⁽²⁾, L. Lecomte ⁽¹⁾, C. Boustière ⁽¹⁾

(1) Marseille; (2) Québec, CANADA.

Introduction : Le traitement endoscopique du RGO a fait l'objet de nombreuses études qui ont montré des résultats peu concluants. La seule étude pilote sur la RME de la jonction œso-gastrique (1) a montré une diminution significative des symptômes du RGO. Le but de notre étude était de montrer l'efficacité et la tolérance de la RME pour le traitement du RGO.

Patients et Méthodes : Les patients atteints d'un RGO sévère, nécessitant un traitement quotidien au long court par inhibiteur de la pompe à protons (IPP), sans hernie hiatale ont été inclus prospectivement dans une étude monocentrique (CPP N°2016-A01591-50). L'intervention consistait à réséquer la muqueuse de l'œsophage sur 1 cm en hauteur au dessus de la ligne Z sur 1/3 de la circonférence et la muqueuse gastrique sur 2 cm en hauteur sous la ligne Z sur 2/3 de la circonférence. Les patients ont été évalués avant et après la RME par un questionnaire de qualité de vie (GERD-HRQL) et par une pH-métrie. Toutes les complications ont été répertoriées. La durée de suivi était de 6 mois.

Résultats : 15 patients ont été inclus de janvier 2017 à mars 2018. L'âge moyen des patients était de 55 ans ($\pm$ 9.82), la RME œso-gastrique était conforme au protocole dans 100% des cas. La durée moyenne de l'intervention était de 40 mn ($\pm$ 7.76), aucune complication grave per-procédure n'a été répertoriée. Les scores de qualité de vie ont été significativement améliorés : 58 vs 32 ($p < 0,001$) à 1 mois et 58 vs 39 ($p < 0,001$) à 6 mois. Mais la pH-métrie à 6 mois n'était pas significativement meilleure. La fraction du temps (pH <4) était 32,5% vs 24,8% ($p = 0,56$). A 6 mois, sur les 15 patients, 5 patients ne prenaient plus d'IPP, 6 autres avaient un traitement intermittent par IPP et 4 patients disaient n'avoir aucune amélioration. Tous les patients ont eu des douleurs de grade 2 à 3 pendant les 2 jours suivant l'intervention et 2 patients ont présenté des sténoses nécessitant 2,5 dilatations en moyenne.

Conclusion : Cette étude montre l'efficacité partielle et la tolérance moyenne de la RME œso-gastrique pour le traitement du RGO. Le protocole de RME œso-gastrique dans le traitement du RGO doit être optimisé pour les études ultérieures

Références Bibliographiques : Inoue H, Ito H, Ikeda H et al. Anti-reflux mucosectomy for gastroesophageal reflux disease in the absence of hiatal hernia: a pilot study. Ann Gastroenterol 2014; 27: 346-351

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000246>

P.08

Facteurs prédictifs d'échec de la dilatation pneumatique au cours de l'achalasieM. Ayari ⁽¹⁾, S. Ayadi ⁽¹⁾, E. Bel Hadj Mabrouk ⁽¹⁾, Y. Zaimi ⁽¹⁾, K. El Jeri ⁽¹⁾, Y. Said ⁽¹⁾, L. Mouelhi ⁽¹⁾, R. Debbeche ⁽¹⁾

(1) Tunis, TUNISIE.

Introduction : L'achalasie primaire est un trouble moteur rare caractérisée par un apéristaltisme du corps œsophagien et un défaut de relaxation du sphincter inférieur de l'œsophage (SIO). Bien que la myotomie per-œsophagienne endoscopique (POEM) soit une technique innovante, peu morbide et prometteuse, sa place reste à définir et le traitement de référence se base encore sur la dilatation pneumatique (DP) dans plusieurs pays. Le but de cette étude est d'évaluer les résultats de la dilatation endoscopique et de déterminer les facteurs prédictifs d'échec de ce traitement.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective colligeant tous les patients ayant une achalasie dont le diagnostic était retenu sur un ensemble d'arguments cliniques, endoscopiques et manométriques et traité par DP entre 2000 et 2017. Les dilatations ont été effectuées avec des ballonnets de 30 à 35 mm. L'efficacité du traitement a été jugée sur l'amélioration clinique des patients (Score d'Eckart). L'échec était défini par un nombre de dilatation > 2 ou bien le recours à un traitement chirurgical.

Résultats : Soixante-huit patients ont été inclus. L'âge moyen était de 47 ans avec un sex-ratio F/H=1.3. La dysphagie était présente dans tous cas avec altération de l'état général dans 35%. Le délai moyen entre l'apparition des symptômes et le diagnostic était de 21,4 mois [1mois-10 ans]. La manométrie a confirmé le diagnostic en montrant l'apéristaltisme œsophagien présent chez tous les malades. La pression moyenne du SIO était de 32 mm hg (5-60 mm hg). Au total 93 DP étaient réalisés soit en moyenne 1.3 dilatations par patient. La récurrence clinique nécessitant une deuxième séance de dilatation était retrouvée chez 22% des patients. L'échec du traitement endoscopique était noté dans 6% des cas. Le délai des récurrences des symptômes était en moyenne de 8 mois (1-24 mois). En étude analytique univariée l'âge jeune < 30 ans ($p = 0,002$), une dysphagie évoluant plus de 21 mois ($p = 0,001$), le nombre de dilatation ($p < 0,0001$), une pression initiale du SIO < 35 mm hg ($p < 0,0001$) et l'achalasie vigoureuse ($p = 0,002$) étaient significativement associés à l'échec des dilatations. En analyse multivariée, seuls l'âge jeune ($p = 0,004$), la faible pression du SIO ($p = 0,003$) et l'achalasie vigoureuse ($p < 0,001$) étaient des facteurs prédictifs indépendants de l'échec de la DP. Dans notre étude le sexe n'était pas significativement associé à l'échec du traitement.

Conclusion : La dilatation pneumatique est une technique efficace, simple et bien tolérée. Cependant en présence de facteurs cliniques et manométriques prédictifs d'échec de la DP, un autre traitement endoscopique tel que la POEM pourrait être proposé en première attention.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000928>

P.09

Efficacité des dilatations endoscopiques dans la prise en charge de l'achalasie

H. Horma⁽¹⁾, H. Abid⁽¹⁾, M. Figuigui⁽¹⁾, A. Lamine⁽¹⁾, M. Lahlali⁽¹⁾, N. Lahmidani⁽¹⁾, M. Elyoussfi⁽¹⁾, M. Elabkari⁽¹⁾, S.A. Ibrahim⁽¹⁾, D.A. Benajah⁽¹⁾

(1) Fès, MAROC.

Introduction : L'achalasie primitive de l'œsophage est un trouble moteur idiopathique de l'œsophage défini par l'absence de contractions propagées (apéristalisme) au niveau du corps de l'œsophage ; et par un défaut de relaxation du sphincter inférieur de l'œsophage en réponse aux déglutitions. Le diagnostic est orienté par l'endoscopie et affirmé par la manométrie œsophagienne. Le but de notre étude et d'évaluer l'efficacité de la dilatation endoscopique chez les patients présentant une achalasie pris en charge au sein de notre service.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective s'étalant sur une période de 9 ans entre janvier 2009 et décembre 2017, incluant tous les patients ayant une achalasie dont le diagnostic était retenu sur un ensemble d'arguments cliniques, endoscopiques, manométriques et radiologiques. L'efficacité du traitement a été jugée sur le Score d'Eckart. L'échec était défini par l'absence d'amélioration ou un nombre de dilatation >3.

Résultats : 88 patients ont été inclus avec un âge moyen de 45,31 ans [extrêmes 18-81 ans] et dont 55,6% avaient un âge < 45 ans. Le sexe ratio était de 1,04. Le maître symptôme était la dysphagie (100% des cas) suivi de la régurgitation dans 72,7% et l'amaigrissement dans 54,5%. Le score moyen d'Eckart avant la réalisation de la dilatation était de 5,75. La fibroscopie œso-gastro-duodénale a été réalisée chez tous les patients et avait mis en évidence une stase salivaire et ou alimentaire dans 63,6% et un ressaut positif dans 81,8%. La manométrie a été réalisée chez 81,8% et a confirmé le diagnostic d'achalasie dans tous les cas. La TOGD faite dans 43,1%. La moyenne de dilatation était de 1,72 séance par patient [extrêmes 1 à 8 séances] avec un taux de réussite de 87,5%. Le succès initial sans recours à d'autres séances de dilatation était de 65,9% et la tranche d'âge la plus concernée par cette réponse thérapeutique était celle comprise entre 20 – 40 ans (plus de 80%). Le score moyen d'Eckart après dilatation était de 1,5 (extrêmes 0 à 8). La récurrence clinique, nécessitant d'autres séances de dilatation, était survenue chez 30 patients soit 34,9% dont 18 (60%) ont nécessité moins de 3 séances avec bonne évolution. 73,3% de ces patients avaient une rechute lors de la première année. L'échec de la dilatation était observé chez 12 patients (13,6%) dont 5 patients opérés alors qu'on a continué la dilatation chez 7 autres. On a colligé un seul cas de perforation post dilatation ayant nécessité le recours à une chirurgie en urgence.

Conclusion : Selon les résultats de notre étude la dilatation œsophagienne est une technique efficace (un taux de réussite de 87,5%). « En pratique, compte tenu de la moindre invasivité de la dilatation pneumatique et au vu des résultats de l'étude, il semble préférable de débiter l'approche thérapeutique d'une achalasie par une (ou des) dilatation(s) par voie endoscopique et de ne recourir à la POEM ou à la chirurgie que dans un second temps, en cas d'échec de la dilatation pneumatique »

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfgc.org/resumes-2019/000761>

P.10

Prise en charge endoscopique des sténoses bénignes de l'œsophage

E. Bel Hadj Mabrouk⁽¹⁾, S. Ayadi⁽¹⁾, M. Ayari⁽¹⁾, Y. Zaimi⁽¹⁾, K. El Jeri⁽¹⁾, Y. Said⁽¹⁾, L. Mouelhi⁽¹⁾, R. Debbeche⁽¹⁾

(1) Tunis, TUNISIE.

Introduction : Les sténoses bénignes de l'œsophage sont plus rares que les sténoses d'origine néoplasique. La fibroscopie œso-gastro-duodénale (FOGD) permet généralement de poser le diagnostic étiologique. Le traitement de choix est la dilatation endoscopique. Son objectif principal est la disparition ou au moins l'amélioration de la dysphagie. L'examen est souvent simple, sûr et bien toléré. Nous proposons dans ce travail de rapporter l'expérience de notre centre dans la prise en charge endoscopique des différentes étiologies des sténoses bénignes de l'œsophage.

Patients et Méthodes : C'est une étude rétrospective sur une période de 17 ans, colligeant tous les patients ayant été admis dans notre service pour prise en charge d'une sténose œsophagienne bénigne. Les techniques utilisées sont les bougies de Savary-Gilliard pour les sténoses peptiques, post radique, caustique et dans le syndrome de Plummer Vinson, et les ballonnets pneumatiques dans l'achalasie.

Résultats : 129 patients ont été colligés. Le sexe ratio H/F était de 0,9. L'âge moyen de nos patients était de 50 ans avec des extrêmes de 14 à 88 ans. Un tabagisme actif a été retrouvé chez 35,5% des malades. Sur le plan clinique, la dysphagie présente dans 94,7% des cas, et elle était associée à une altération de l'état général dans 36,8% des cas. 3,9% des malades étaient aphasiques lors de la consultation initiale. Les symptômes évoluaient en moyenne depuis 22 mois (1-144 mois). Les étiologies des sténoses étaient : l'achalasie dans 52,7% des cas suivie par la sténose peptique dans 41,8%. Les autres étiologies étaient la sténose post radique (n=3), le syndrome de Plummer Vinson (n=3) et la sténose caustique (n=1). La FOGD a montré une sténose infranchissable au niveau du 1/3 inférieur de l'œsophage chez 84,9% des patients, au niveau du 1/3 moyen chez 9,5% des patients et au niveau du 1/3 supérieur chez 3,9% des patients (n=5). La stase œsophagienne était retrouvée chez 40,8% des malades. Le nombre de dilatations était de 2 en moyenne (1-4 dilatations). 4 cas de complications sont survenues : perforation œsophagienne suite à une dilatation pneumatique sur achalasie (n=1), 3 cas d'hémorragies sur œsophagite peptique (n=1), post radique (n=1) et achalasie (n=1). Une récurrence de la symptomatologie était retrouvée chez 25% des patients avec un délai moyen de 21 mois (1-84 mois). Le recours à la chirurgie est survenu chez 14,7% des patients ; immédiatement suite à une perforation œsophagienne (n=1) ou ultérieurement suite à l'échec de la dilatation endoscopique.

Conclusion : La dilatation œsophagienne est le premier traitement des sténoses bénignes de l'œsophage. La procédure est souvent très bien tolérée. Cependant, des complications peuvent survenir quand la prise en charge est différée. De ce fait, la dilatation endoscopique devrait être proposée et réalisée dès le début de la dysphagie afin d'avoir un meilleur résultat et ainsi réduire la morbidité de ces actes.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfgc.org/resumes-2019/000391>

P.11

Dilatation endoscopique des sténoses peptiques : évaluation clinique et facteurs prédictifs d'échec

E. Bel Hadj Mabrouk ⁽¹⁾, S. Ayadi ⁽¹⁾, M. Ayari ⁽¹⁾, Y. Zaimi ⁽¹⁾, K. El Jeri ⁽¹⁾, Y. Said ⁽¹⁾, L. Mouelhi ⁽¹⁾, R. Debbeche ⁽¹⁾

(1) Tunis, TUNISIE.

Introduction : Les sténoses peptiques représentent l'étiologie la plus fréquente des bénignes œsophagiennes. Dans la littérature, elle présente environ 60 à 80 % d'entre elles. Ces sténoses sont dues à une exposition chronique à l'acidité gastrique. Le diagnostic positif ainsi que la prise en charge thérapeutique se basent principalement sur l'endoscopie digestive haute. Nous proposons dans ce travail de rapporter le profil clinique et évolutif de nos patients ainsi que d'évaluer le traitement endoscopique.

Patients et Méthodes : C'est une étude rétrospective sur 17 ans colligeant tous les patients pris en charge dans l'unité d'endoscopie du service de gastroentérologie pour une sténose peptique. Les données épidémiologiques, cliniques et endoscopiques ont été rapportées. Toutes les sténoses ont été dilatées en utilisant les bougies de Savary-Gilliard avec des diamètres adaptés selon la sténose. L'échec thérapeutique était défini par la récurrence de la dysphagie ou le recours à la chirurgie.

Résultats : 54 patients ont été inclus dans notre étude. L'âge moyen était de 60 ans (14-88 ans). Le sexe masculin était prédominant avec un sex-ratio H/F=1,8 (35 hommes/19 femmes). Un tabagisme actif a été retrouvé chez 37% des patients. Une histoire de reflux gastro-œsophagien (RGO) était présente chez 53,7% des patients. Sur le plan clinique, la dysphagie a été présente chez tous les patients au moment du diagnostic. Elle était associée à une altération de l'état général avec amaigrissement dans 57,4% des cas. La fibroscopie œso-gastro-duodénale (FOGD) a montré une sténose infranchissable chez 73,1% des patients ; située au niveau du bas œsophage dans 77,8% des cas et au niveau du moyen œsophage dans 22,2% des cas. Cette sténose était régulière dans 88,9% des cas. Une hernie hiatale était associée dans 22,2% des cas et un endobrachyœsophage a été retrouvé dans 11,1% des cas (n=6). Nos patients ont eu en moyennes 2 séances de dilatation par les bougies de Savary (1-4 dilatations), puis ils ont été mis sous inhibiteurs de la pompe à proton (IPP) juste après la procédure. Deux cas d'hémorragie moyennement abondante sont survenus après l'acte qui se sont taries spontanément. La dilatation endoscopique a permis l'amélioration de la dysphagie chez 87% des cas. 7 ont eu un traitement chirurgical après échec de la procédure. En étude univariée, le sexe masculin, l'âge inférieur à 60 ans ainsi qu'une évolution des symptômes depuis plus que 21 mois était statistiquement corrélée à un recours à la chirurgie après échec de la dilatation endoscopique (p respectives : 0,037 ; 0,007 et 0,0001). Par contre en étude multivariée, seul l'âge inférieur à 60 ans était corrélé à un recours à la chirurgie (p<0,0001). Une récurrence de la symptomatologie après dilatation est survenue chez 24,1% des malades avec un délai moyen de 24 mois (2-72 mois). Les facteurs prédictifs de récurrence retrouvés sont l'âge inférieur à 60 ans (p<0,0001) et le sexe masculin (p=0,015). L'ancienneté d'évolution de la symptomatologie ainsi que le nombre élevé de dilatations n'étaient pas statistiquement corrélés à une récurrence (p respectives égales à 0,08 et 0,083).

Conclusion : La sténose peptique est une complication redoutable du RGO non ou mal traité. Selon notre étude, la dilatation endoscopique associée aux IPP permet souvent la rémission avec un taux faible de complications.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000392>

P.12

La dilatation endoscopique des sténoses peptiques œsophagiennes : facteurs prédictifs de recours à la chirurgie (à propos de 34 cas)

M. Ben Abdelwahed ⁽¹⁾, H.L. Mohamed ⁽²⁾, R. Baklouti ⁽²⁾, F. Aissaoui ⁽¹⁾, M. Zakhama ⁽²⁾, A. Guediche ⁽²⁾, W. Bouhleh ⁽²⁾, W. Ben Mansour ⁽²⁾, B.C. Nabil ⁽²⁾, L. Safer ⁽²⁾

(1) Tunis, TUNISIE ; (2) Monastir, TUNISIE.

Introduction : La sténose peptique (SP) constitue une des complications graves du reflux gastro-œsophagien (RGO). Elle reste une pathologie fréquente dans les pays en voie de développement.

Le but du travail est d'évaluer l'apport des dilatations endoscopiques dans les sténoses peptiques œsophagiennes et de préciser les facteurs prédictifs de recours à la chirurgie

Matériels et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective réalisée sur une période de 8 ans (2011 – 2017). Nous avons inclus tous les patients dont l'âge était ≥ 16 ans, ayant une dysphagie secondaire à une sténose peptique. La dilatation endoscopique était réalisée en utilisant les ballonnets hydrostatiques, à diamètre variable entre 10 et 20 mm. Nous avons défini la récurrence de la sténose par une récurrence de la dysphagie quatre semaines après la première dilatation. Les sténoses réfractaires sont définies par des sténoses ayant nécessité plus de cinq séances avec des intervalles de récurrence courts.

Résultats : Trente-quatre patients ont été inclus. Il s'agit de 25 hommes et 9 femmes avec un sexe ratio de 2,7. L'âge moyen était de 52 ans [20-85]. Vingt sept patients avaient un tabagisme actif. Chez l'ensemble de nos patients on a noté : des antécédents de RGO qui évoluait depuis en moyenne 7,71 ans (2-18 ans) chez 18 patients (52,9%), un pyrosis chez 14 % des malades (n= 5), des régurgitations chez 44 % (n= 15) et des douleurs épigastriques chez 20,6 % (n=7). Une perte pondérale modérée était observée chez 40 % des patients. On a noté une dysphagie aux solides chez la plupart des patients (n=20). Le transit œsophagien a été réalisé chez 60 % des patients. Ce dernier a objectivé une sténose d'allure peptique au niveau du tiers inférieur de l'œsophage chez 88 % de nos malades, alors qu'une sténose du tiers moyen de l'œsophage a été objectivée chez quatre patients. Les sténoses étaient souvent courtes ne dépassant pas 2 cm de hauteur chez 80 % des patients. Une dilatation modérée de l'œsophage en amont a été retrouvée chez 8 patients et une hernie hiatale chez 20 patients. L'endoscopie a objectivé la présence d'une SP au niveau du tiers inférieur de l'œsophage chez 94,11 %. Parmi les lésions endoscopiques associées, une œsophagite a été retrouvée chez 38,5 % des patients et un endobrachyœsophage était présent chez 18 % des patients. Une seule séance de dilatation par ballonnet était suffisante chez 64,7 % (n=22). Trois patients ont nécessité quatre séances de dilatation. Cinq séances étaient réalisées chez deux patients et six chez deux autres pour obtenir un résultat jugé satisfaisant. Aucune complication post dilatation n'a été notée. Un traitement de consolidation à base d'inhibiteurs de la pompe à proton (IPP) a été prescrit dans 76,4% (n=26). Cinq patients avaient une sténose réfractaire et ont été proposés pour un traitement chirurgical.

Le recours à la chirurgie était significativement associé à l'ancienneté des symptômes (p=0,002), au tabagisme (p=0,04), à la non prescription d'un traitement de consolidation à base d'IPP (P=0,005). Par contre l'âge, le sexe et les caractéristiques endoscopiques de la sténose peptique n'étaient pas associés à un échec de la dilatation endoscopique

Conclusion : La dilatation endoscopique associée un traitement de consolidation par les IPP constitue un traitement efficace et peu agressif de la sténose peptique œsophagienne.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000423>

P.13

La place du traitement par dilatation instrumentale dans les sténoses caustiques de l'œsophage

Y. Ismail ⁽¹⁾, J. El Atmani ⁽¹⁾, A. El Farouki ⁽¹⁾, M.A. Lkousse ⁽¹⁾, S. Oubaha ⁽¹⁾, Z. Samlani ⁽¹⁾, K. Krati ⁽¹⁾

(1) Marrakech, MAROC.

Introduction : La survenue d'une sténose œsophagienne est une séquelle redoutable lors de l'ingestion d'un produit caustique. Les progrès de la FOGD et des techniques de dilatations de l'œsophage permettent une dilatation instrumentale avec un maximum d'efficacité et un minimum de complications. **Le but de ce travail** est d'étudier l'apport de la dilatation endoscopique dans les sténoses caustiques œsophagiennes de l'adulte.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective menée dans notre structure entre juin 2014 et juin 2018, incluant 36 patients présentant une sténose caustique œsophagienne nécessitant un traitement

Résultats : Nous avons colligé 36 patients ayant bénéficié d'une dilatation endoscopique, avec un sex ratio H/F de 2. L'âge moyen était de 35.5 ans [17-70]. Deux malades suivis pour une psychose sous traitement. Ingestion de produit caustique était volontaire chez 8 patients (soit 22 % des cas), accidentelle chez 28 patients (soit 77 % des cas). Les produits incriminés étaient : un acide dans 66.66 % des cas, une base dans 33 % des cas. Le maître symptôme était la dysphagie (chez tous les patients), les vomissements étaient rapportés dans 88 % des cas, l'hyperalorhée et l'odynophagie étaient présents dans respectivement : 44 % et 33 % des cas. Le délai moyen entre l'ingestion du produit caustique et l'apparition des symptômes étaient de 3 mois. Tous les patients ont bénéficiés d'une endoscopie qui a objectivé une sténose œsophagienne chez tous ces malades et d'un transit œsogastro-duodénal (TOGD) qui a objectivé une sténose serrée chez tous les patients, lasténose siégeait au niveau du tiers supérieur de l'œsophage chez 4 patients (11 % des cas), au niveau du tiers moyen chez 16 patients (44 % des cas), au niveau du tiers inférieur chez 4 patients (11 % des cas) et elle était étagée chez 8 patients (22 % des cas). La dilatation était réalisée en salle d'endoscopie sous sédation, par les bougies de Savary-Gilliard chez 20 patients (55 % des cas), par ballonnet pneumatique chez 16 patients (44 % des cas). Chaque patient a subi en moyenne 5.8 séances de dilatation. L'évolution à moyen terme était satisfaisante avec reprise de l'alimentation normale chez 94 % des cas. Aucun cas de complication n'a été noté.

Conclusion : La dilatation œsophagienne des sténoses caustiques reste une technique simple, efficace et sûre avec un moindre morbidité et permettant d'éviter le recours au traitement chirurgical.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000962>

P.14

Sténose œsophagienne réfractaire bénigne (SORB) : comparaison entre les prothèses biodégradables et les prothèses couvertes classiques

S. Lecleire ⁽¹⁾, A. Di Fiore ⁽¹⁾, R. Alhameedi ⁽¹⁾, L. Thomassin ⁽¹⁾, L. Armengol-Debeir ⁽¹⁾, J.M. Thorel ⁽¹⁾, P. Hochain ⁽¹⁾, L. Diez ⁽²⁾, A. Charachon ⁽²⁾, R. Dumas ⁽²⁾, P. Ducrotte ⁽¹⁾

(1) Rouen ; (2) Monaco, MONACO.

Introduction : Les patients présentant une sténose œsophagienne réfractaire bénigne (SORB), définie par une sténose récidivante après 3 dilatations bien conduites > 15 mm de diamètre, doivent souvent faire l'objet de dilatations itératives ou de pose de prothèse couverte avec un taux de succès sur la dysphagie inconstant et des complications fréquentes, en 1^{er} lieu la migration de la prothèse. Les prothèses biodégradables ont été développées dans cette indication de SORB, pour remédier notamment à ces problèmes de migration de prothèse et de multiplication des anesthésies générales. Le but de l'étude était d'analyser rétrospectivement dans deux centres les 30 derniers malades ayant bénéficié de l'insertion d'une prothèse œsophagienne biodégradable versus 30 malades ayant bénéficié durant la même période d'une prothèse œsophagienne couverte classique dans le cadre d'une SORB.

Patients et Méthodes : De janvier 2014 à septembre 2017, 30 malades consécutifs ayant bénéficié d'une prothèse œsophagienne biodégradable dans le cadre d'une sténose œsophagienne réfractaire bénigne ont été comparés à 30 malades consécutifs ayant bénéficié d'une prothèse œsophagienne couverte classique dans le cadre d'une SORB. Les résultats en termes d'amélioration de la dysphagie ont été comparés entre les 2 groupes à 1 mois, 3 mois, 6 mois et un an (groupe 1 = prothèses biodégradables ; groupe 2 = prothèses classiques). Le taux de complications majeures entre les 2 groupes était noté, comprenant notamment les douleurs post-procédure, la survenue d'une hémorragie digestive, d'une perforation, ou d'une migration de la prothèse. Le nombre moyen de procédures sous anesthésie générale durant le suivi a été comparé entre les 2 groupes.

Résultats : Le score de dysphagie moyenne initiale selon Ogilvie était de 3.1 dans les 2 groupes. A un mois, le score était de 1.1 dans le groupe prothèse biodégradable (groupe 1) et de 1 dans le groupe prothèse couverte (groupe 2) (ns). A 3 mois, le score était de 1.4 dans le groupe 1 vs 1.6 dans le groupe 2 (ns). A 6 mois, le score était de 1.5 vs 2.2 (p<0.04). A un an, le score était de 2.2 vs 2.4 (ns). Le taux de complication était différent dans les 2 groupes. Les douleurs nécessitant des antalgiques de grade III dans les suites de la pose de prothèse étaient significativement plus nombreuses dans le groupe 1 que dans le groupe 2 (40% vs 10% ; p<0.03). On observait significativement plus de complications majeures à l'exception des douleurs dans le groupe 2 comparé au groupe 1 (3% vs 40% ; p<0.01). Dans le détail, on observait une hémorragie digestive dans le groupe 1 versus 12 migrations dans le groupe 2. Enfin, on observait le développement d'un tissu de granulation après la dégradation de la prothèse biodégradable dans 5 cas (17%). Le suivi moyen était de 20 mois. Le nombre moyen de procédures sous anesthésie générale durant le suivi était significativement plus élevé dans le groupe 2 comparé au groupe 1 (2.2 vs 5.6 ; p<0.02).

Conclusion : Les prothèses biodégradables et les prothèses couvertes sont aussi efficaces à un mois sur la dysphagie dans les SORB. A 6 mois, les prothèses biodégradables sont significativement plus efficaces sur le symptôme dysphagie, mais ce bénéfice s'efface à un an. Les prothèses biodégradables entraînent significativement moins de complications majeures que les prothèses couvertes, à l'exception des douleurs qui sont significativement plus fréquentes avec les prothèses biodégradables. Le nombre de réinterventions est significativement plus élevé avec les prothèses couvertes.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000624>

Sténose pyloro-duodénale d'origine ulcéreuse : caractéristiques épidémiologiques, cliniques et résultats du traitement endoscopique

M. Ayari ⁽¹⁾, S. Ayadi ⁽¹⁾, E. Bel Hadj Mabrouk ⁽¹⁾, Y. Zaimi ⁽¹⁾, K. El Jeri ⁽¹⁾, Y. Said ⁽¹⁾, L. Mouelhi ⁽¹⁾, R. Debbeche ⁽¹⁾

(1) Tunis, TUNISIE.

Introduction : L'usage de plus en plus répandu des rétrosecteurs des pompes à protons (IPP) a considérablement réduit la fréquence de la sténose bulbaire (SB) compliquant la pathologie ulcéreuse gastro-duodénale. Autrefois systématiquement chirurgicale, la thérapeutique repose actuellement sur le traitement médical et endoscopique. **L'objectif de notre étude** est de d'étudier caractéristiques cliniques et paracliniques des sténoses bulbaires et d'évaluer les résultats des dilatations endoscopiques dans le traitement des SB.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective sur 10 ans ayant inclus 25 patients porteurs d'une sténose pyloro-bulbaire bénigne d'origine ulcéreuse et ayant bénéficié d'une dilatation endoscopique. La dilatation était de type hydrostatique utilisant des ballonnets dont le diamètre variait entre 12 et 18 mm.

Résultats : Vingt-cinq patients ont été colligés d'âge moyen de 50 ans avec un sex-ratio H/F de 3. Des antécédents de maladie ulcéreuse étaient retrouvés dans 58% des cas. La symptomatologie était représentée essentiellement par un syndrome de sténose digestive haute avec altération de l'état général dans 40% des cas. L'ancienneté des symptômes était de 13 mois. Tous les patients ont bénéficié d'une endoscopie œso-gastro-duodénale ayant objectivé une sténose pyloro-bulbaire dans 4 cas (16%), bulbaire dans 12 cas (48%) et post-bulbaire dans 9 cas (36%). Une œsophagite était associée dans chez 66% des patients : grade 1 (25%), grade 2 (41%), grade 3 (34%). Les biopsies antrales et fundiques permettaient de mettre en évidence l'*Helicobacter pylori* (HP) dans 75% des cas. Le nombre moyen de séances de dilatation par patient était de 1.3 (1-3). Une seule séance de dilatation était suffisante dans 58% des cas. Aucune complication n'était notée. Tous les malades avaient reçu un traitement d'éradication de l'HP suivie par un traitement de consolidation à base d'IPP. Après un recul moyen de 41 mois, l'évolution était favorable chez 16 patients (83%). Deux patients ont nécessité le recours à un traitement chirurgical. Les facteurs prédictifs d'échec du traitement endoscopique étaient, un délai prolongé entre le début de la symptomatologie et la consultation ($p=0.02$) et le nombre de dilatations ($p=0.01$). IL n'y avait pas de corrélation significative entre l'âge, le sexe, le tabagisme, la prise d'anti-inflammatoire non stéroïdien et l'efficacité du traitement endoscopique.

Conclusion : L'éradication de l'HP a permis de modifier l'histoire naturelle de l'ulcère du bulbe rendant la sténose bulbaire de moins en moins fréquente et le traitement chirurgical de moins en moins indiqué. La dilatation endoscopique associée au traitement médical constitue actuellement le pilier de la prise en charge de la sténose ulcéreuse pyloro-bulbaire. La chirurgie est réservée aux formes compliquées ou après échec du traitement endoscopique.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000577>

Reprise pondérale après bypass en Y : efficacité de l'APC à 2 ans

M. Queralto ⁽¹⁾, Y. Anduze ⁽¹⁾, I. Roque ⁽¹⁾, N. Sigur ⁽¹⁾, P. Cabarrot ⁽¹⁾, J. Castellano ⁽¹⁾, A. Ledit ⁽¹⁾, J. Lévy ⁽¹⁾, J. Philip ⁽¹⁾, A. Liagre ⁽¹⁾, G. Juglard ⁽¹⁾

(1) Cornebarrieu.

Introduction : Le BypassY peut permettre une perte de 75% du poids en excès. Toutefois 2 ans après la chirurgie, dans environ 10 à 20% des cas on observe une reprise pondérale.

Les causes de cette reprise pondérale sont incertaines et probablement multifactorielles : patient non compliant, dilatation du tube gastrique, dilatation de l'anastomose gastro-jéjunale.

Plusieurs traitements endoscopiques sont décrits pour réduire le diamètre anastomotique et donner une deuxième chance : clips, suture, APC.

Le traitement par APC semble simple, efficace, peu morbide.

Nous avons voulu évaluer la faisabilité de la réduction du diamètre anastomotique et son efficacité à 24 mois sur la perte de poids.

Patients et Méthodes : Nous avons traité 11 patientes d'âge moyen 44,36 ans(34-65) par 3 séances d'APC. Les patientes étaient informées que le traitement n'était pas validé, leur consentement était recueilli. Un scanner volumétrique permettait d'éliminer une dilatation du tube gastrique, une endoscopie permettait de s'assurer que l'anastomose gastro-jéjunale était dilatée (diamètre supérieur à 2cm) Les séances sous Propofol étaient espacées de 8 semaines, réalisées en ambulatoire pour 10 patientes, pour 1 patiente les séances étaient réalisées avec une hospitalisation d'une nuit. Des antalgiques niveau 2, IPP et sucralfate étaient prescrits en post opératoire.

Résultats : Complications: 2 fois nous avons observé une sténose traitée par dilatation, une fois devant la reprise pondérale à 1 an nous avons reconduit le traitement responsable d'une sténose très serrée. La dilatation se compliquait d'une perforation imposant une prise en charge chirurgicale.

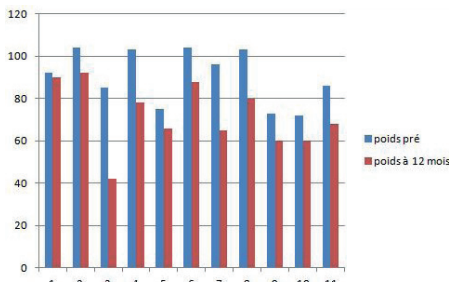
3 fois des douleurs nous ont conduit à prescrire des morphiniques oraux.

Concernant le BMI et le poids: la satiété est recouvrée des la 2^{ème} séance avec perte de poids.

Le poids moyen pré opératoire était de 90.27kg (104-72) et à 12 mois le poids 71.73kg (62-42) p -value < 0.001 ic 95%[10.8776 ; 26.2133].

Le bmi moyen pré opératoire était de 37.45 (45.8 _26.6) et à 12 mois le BMI moyenétait de 26.68 (38.7 18) p < 0.001 ic 95%[5.626 ; 13.7195].

Conclusion : La réduction du diamètre de l'anastomose par APC est simple peu morbide, efficace à 1 an, au delà la reprise pondérale malgré un suivi nutritionniste semble la règle. A 24 mois seuls 3 patientes conservaient le bénéfice de cette prise en charges sans perte de la satiété .



Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000849>

P.17

Intérêt de la dévolvulation endoscopique dans le traitement du volvulus du côlon sigmoïde

M. Sabbah ⁽¹⁾, H. Jlassi ⁽¹⁾, N. Bibani ⁽¹⁾, D. Trad ⁽¹⁾, H. Elloumi ⁽¹⁾, A. Ouakaa Kchaou ⁽¹⁾, D. Gargouri ⁽¹⁾,
(1) Tunis, TUNISIE.

Introduction : Le volvulus du colon sigmoïde (VCS) est la torsion de l'anse sigmoïde sur son axe mésentérique entraînant ainsi une occlusion intestinale aiguë basse par strangulation. La prise en charge thérapeutique du VCS en urgence est controversée entre le traitement endoscopique et chirurgical.

L'objectif de ce travail est d'évaluer les résultats du traitement du VCS par dévolvulation endoscopique.

Matériels et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective incluant les patients ayant eu une dévolvulation endoscopique entre janvier 2008 et Aout 2018. Toutes les colonoscopies d'extirpations réalisées en urgence pour un VCS ont été colligées. Les résultats de la prise en charge endoscopique, le pourcentage de récurrence ainsi que la nécessité de recours à la chirurgie ont été évalués.

Résultats : Durant la période d'étude, douze patients présentant une occlusion intestinale aiguë par VCS avaient bénéficié en urgence d'une colonoscopie d'extirpation. Il s'agissait de 9 hommes et de 3 femmes dont l'âge moyen était de 60,4 ans [30-90 ans].

La dévolvulation endoscopique a été réalisée avec succès et sans incidents chez 10 patients soit un succès primaire de 83,3%. Aucune complication n'a été notée.

Pour les autres cas l'extirpation n'a pas pu être réalisée devant la présence de signes de souffrance colique endoscopique nécessitant la réalisation en urgence d'une colostomie de Bouilly-Volkman.

Une récurrence précoce dans un délai moyen de 16 jours [7,25] a été observée chez deux patients, soit un succès secondaire du traitement endoscopique de 80%. La sigmoïdectomie à froid était réalisée chez 80% des patients ayant bénéficié d'une détorsion endoscopique (n=8) dans un délai moyen de 19,1 jours [0,35].

Conclusion : En l'absence de signes de gravité, la dévolvulation endoscopique première représente le traitement de choix des occlusions par VCS. Son taux de succès primaire et secondaire sont satisfaisants. Elle permet ainsi de passer le cap aigu, et de programmer la sigmoïdectomie à froid dans de meilleures conditions.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfg.org/resumes-2019/000843>

P.18

Traitement par NOTES des fistules digestives post-chirurgie bariatrique par drain de Kehr

M. Qeralto ⁽¹⁾, A. Liagre ⁽¹⁾, P. Cabarrot ⁽¹⁾, J. Castellano ⁽¹⁾, A. Ledit ⁽¹⁾, J. Lévy ⁽¹⁾, J. Philip ⁽¹⁾, I. Roque ⁽¹⁾, N. Sigur ⁽¹⁾, Y. Anduze ⁽¹⁾, G. Juglard ⁽¹⁾,
(1) Cornébarrieu.

Introduction : L'avènement des drains Double Queue de Cochon a facilité la gestion des complications de la chirurgie bariatrique à type d'abcès/fistules. Ces prothèses font référence en cas de fistule dont l'orifice est de l'ordre du centimètre, au-delà, il existe un risque de migration prothétique.

Le but de cette étude est de présenter les résultats préliminaires de l'utilisation du drain de Kehr pour la prise en charge des fistules gastrocutanées avec orifice gastrique supra centimétrique.

Patients et Méthodes : Patients: d'Avril 2016 à Septembre 2018, 11 patients ont présenté une fistule gastro ou duodéno cutanée postopératoire dont l'orifice interne était > 1.5cm. Il s'agissait de 1 homme et 9 femmes qui avaient un âge moyen 49 (34-69) ans, un IMC et un poids moyen préopératoires de 44kg/m² (35-50) kg/m² et de 125(84-156) kg. Les interventions effectuées étaient 4 Sleeve, 2 Bypass en Y, 3 Bypass en Omega 1 gastrectomie totale post sleeve et 1 SADL. 8 patients ont été repris par coelioscopie à J8 (2-23) pour sepsis grave par lavage-drainage sans fistule apparente péroopératoire. Un patient a présenté une fistule à J6 par la lame de drainage mise d'emblée lors du Bypass et n'a pas été repris. Une endoscopie a été effectuée à J23 (13-56) devant la persistance d'un écoulement digestif ou purulent par la lame de drainage et a objectivé un orifice de fistule large (1.5-3 cm) au sommet du tube gastrique ou sur le duodénum. 6 fois un drain nasokystique avec lavage a été mis en place pendant 9 jours (3-15). Une nouvelle endoscopie était effectuée à J32 (14-57) et un drain de Kehr était mis en place devant l'absence de modification de la taille de la fistule et du débit de l'écoulement par la lame.

Méthode : la mise en place du drain se faisait patient intubé, insufflation CO₂. Le cathétérisme de la fistule se faisait par l'orifice externe ou par l'orifice interne avec contrôle radiologique. Lors d'une procédure NOTES la technique « du rendez vous », permettait de récupérer le drain, la branche T du drain était alors positionnée sur l'orifice interne. Des lavages par le drain étaient réalisés jusqu'à ce que la CRP se normalise (1 à 3 semaines).

Résultats : 1 échec à plus de un an avec persistance de multiples fistules (oeso jéjunales, jéjuno jéjunales et oeso cutanées).

1 patiente à J 333 présentait toujours une fistule gastro bronchique que l'on a encochée avec succès.

Pour les 9 autres cas les suites ont été marquées par une hospitalisation moyenne de 52 (27-90) jours pour gestion de la fistule, une ablation du Kehr en consultation au bout de 101 jours (41-223) et un tarissement complet de la fistule sans sténose en 134 jours (54-230) par rapport au geste bariatrique. Une fuite transitoire autour du Kehr était habituelle, n'empêchant pas la reprise alimentaire.

2 complications ont été observées : migration du Kehr en un cas (expulsé après 2 jours par voie anale et remplacé par voie endoscopique) ; abcès autour de l'orifice cutané drainé en consultation

Discussion : Selon C Deschepper et all sur 82 patients le taux de taux de migration des queues de cochon est de 17,1% (n = 14) et celui des perforations de 3.65% (n = 3). La migration peut se compliquer de perforation splénique, colique. Bien sur cette technique qui exploite la réaction inflammatoire créée par le latex n'est possible que s'il existe un orifice externe.

Conclusion : Cette expérience préliminaire montre que la mise en place endoscopique d'un drain de Kehr peut représenter une stratégie peu coûteuse, peu morbide, efficace pour la prise en charge des fistules gastro ou duodénum cutanées dont la taille ne permet pas l'utilisation des drains en double queue de cochon.

Références Bibliographiques : G Donatelli et all
Obes Surg 2017 ; 27(2) : 530-535
C Deschepper et all, Endoscopy 2017; 49(04): 415-423

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfg.org/resumes-2019/000415>

P.19

Traitement endoscopique par clip Ovesco® des perforations duodénales post echoendoscopieH. Elbacha ⁽¹⁾, S. Leblanc ⁽²⁾, B. Bordacahar ⁽²⁾, B. Briau ⁽²⁾, J.C. Duchmann ⁽³⁾, M. Barret ⁽²⁾, F. Prat ⁽²⁾

(1) Rabat, MAROC ; (2) Paris ; (3) Compiègne.

Introduction : La perforation duodénale est une complication rare mais potentiellement sévère de l'échoendoscopie. La prise en charge est souvent chirurgicale. L'apport de l'insufflation en CO₂ et l'apparition des clips Ovesco permettent d'envisager un traitement endoscopique des perforations. Le but de notre étude est de rapporter les caractéristiques des perforations duodénales post echoendoscopie et l'efficacité de leur traitement endoscopique.

Matériels et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective monocentrique incluant l'ensemble des patients ayant bénéficié d'une fermeture par clip Ovesco d'une perforation duodénale après échoendoscopie entre Janvier 2011 et Aout 2018.

Résultats : 11 malades ont été inclus, toutes étaient de sexe féminin, âge médian 75 ans (extrêmes 68-88)). 8 perforations sont survenues après l'utilisation d'un échoendoscope radial, 3 par un échoendoscope linéaire, tous les examens étaient diagnostiques. La perforation se situait au niveau du genu supérieur dans 9 cas, et dans le genu inférieur dans 2 cas. La taille des perforations variaient entre 8-15mm. Après la mise en place d'une insufflation au CO₂ et d'une antibiothérapie la mise en place clip était possible dans 100% des cas assurant une suture complète dans 10 cas et une fuite minime du produit de contraste dans le cas restant. 3 patients ont bénéficié d'une surveillance en réanimation pour 24-72h. La durée d'hospitalisation variait entre 3-22). tous perfo entre 8-15mm

Conclusion : Le traitement endoscopique par clip Ovesco des perforations iatrogènes post échoendoscopie est une technique sûre. Elle permet une prise en charge immédiate de la complication et une courte durée d'hospitalisation en unité de soins conventionnelle. Le vécu de la complication devient moins traumatisant par le patient et le praticien.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/001053>

P.20

Place de l'endoscopie interventionnelle dans la prise en charge des fistules après gastrectomieA. Hijara ⁽¹⁾, R. Caiazza ⁽²⁾, R. Gérard ⁽²⁾, G. Longo ⁽²⁾, B. Pariente ⁽²⁾, H. Verkindt ⁽²⁾, F. Torres ⁽²⁾, G. Baud ⁽²⁾, V. Maunoury ⁽²⁾, F. Pattou ⁽²⁾, J. Branche ⁽²⁾

(1) Douai ; (2) Lille.

Introduction : Le recours à la chirurgie bariatrique est en constante augmentation. La prise en charge des complications postopératoires est multidisciplinaire et la place de l'endoscopie digestive diagnostique et thérapeutique mal définie. La fistule complique 1% des gastrectomies. Elle est accessible à un traitement endoscopique selon plusieurs stratégies. Il n'existe cependant pas de recommandation de prise en charge de la fistule après gastrectomie.

Matériels et méthodes : Cette étude monocentrique a inclus de manière rétrospective, entre novembre 2012 et mars 2018, les patients adressés à un centre intégré de recours pour prise en charge de fistule après gastrectomie. Les fistules inaccessibles au traitement endoscopique étaient exclues. L'objectif principal était de décrire les modalités des traitements endoscopiques et d'établir la place de l'endoscopie dans la prise en charge des fistules après gastrectomie. Les objectifs secondaires étaient d'identifier des facteurs pronostiques des délais de guérison et de réalimentation orale.

Résultats : Quarante-sept fistules étaient prises en charge chez 47 patients : 38 fistules postopératoires (avant 90 jours) et 9 fistules tardives (après 90 jours). Parmi les fistules postopératoires, 1 patient avait un traitement médical seul, 17 patients un traitement chirurgical exclusif, 20 patients bénéficiaient d'un traitement endoscopique aboutissant à la guérison pour 15 patients et nécessitant un complément de prise en charge pour 5 patients. La guérison était obtenue chez tous les patients, sans mortalité. Dix prothèses métalliques ont été posées, compliquées de 3 migrations et d'1 intolérance. Dix-huit drainages internes par queue de cochon ont été réalisés sans complication. Une sonde naso-junale était posée chez les 20 patients traités par endoscopie avec une nutrition entérale pendant 50 jours (13-105). Les délais médians de guérison et de réalimentation orale étaient de 11,5 et 8 jours respectivement en cas de chirurgie exclusive, et de 110 et 49 jours respectivement en cas de traitement endoscopique. Le sexe masculin était associé à un pronostic défavorable concernant le délai de réalimentation orale avant 30 jours ($p=0,002$). La présence d'une collection était associée à un pronostic défavorable concernant les délais de réalimentation orale et de guérison avant 30 jours (respectivement $p=0,002$ et $p=0,004$).

Conclusion : L'endoscopie interventionnelle participe efficacement à la prise en charge des fistules après gastrectomie, au sein d'une équipe multidisciplinaire. Ses modalités dépendent de la taille de la fistule et de la présence d'une collection associée qui influencent également les délais de guérison et de réalimentation orale.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000439>

P.21

Traitement endoscopique des fistules oesophagiennes par injection de vésicules extracellulaires contenues dans un gel thermosensible dans un modèle porcin

G. Rahmi ⁽¹⁾, A. Brun ⁽¹⁾, S. Perretta ⁽²⁾, G. Perrod ⁽¹⁾, L. Pidial ⁽¹⁾, V. Lindner ⁽²⁾, C. Wilhelm ⁽¹⁾, F. Gazeau ⁽¹⁾, M. Barthet ⁽³⁾, C. Cellier ⁽¹⁾, O. Clément ⁽¹⁾

(1) Paris ; (2) Strasbourg ; (3) Marseille.

Introduction : Les fistules digestives post chirurgicales sont une complication redoutée car associées à une morbi-mortalité élevée chez des patients fragiles. Le risque est particulièrement élevé pour une chirurgie oeso gastrique compte tenu de la complexité technique du geste. Nous avons développé un modèle endoscopico-chirurgical de fistule oeso-cutanée chez le porc (1). **L'objectif de notre étude** était d'évaluer l'efficacité de l'injection endoscopique de vésicules extracellulaires (VE) issues de cellules souches mésenchymateuses (CSM) et contenues dans un gel thermosensible, le Pluronic F127, pour la fermeture des fistules dans ce modèle porcin.

Matériels et méthodes : Les fistules oesophagiennes ont été obtenues chez 9 porcs grâce à la mise en place durant 30 jours de deux prothèses plastiques, l'une accolée à l'autre, entre le cou de l'animal (face gauche et droite) et la peau. Nous avons ensuite constitué trois groupes : témoin (n=6), gel seul (n=6) et gel avec VE (n=5). Le Pluronic®F127 est un poloxamer thermosensible : liquide à 4°C et gel à 37°C (température de transition 19°C) permettant son application à travers un cathéter d'endoscopie. Les VE étaient extraites de CSM allogéniques provenant du tissu adipeux porcin grâce à la technique d'ultracentrifugation en milieu carencé. Elles étaient mélangées dans le gel avec une concentration de 1.3x10¹¹/ml, puis injectées par voie endoscopique. Nous avons montré in vitro que ces VE avaient des propriétés pro-angiogéniques et anti-apoptotiques. Une évaluation clinique, endoscopique et radiologique (fistulographie) était réalisée 15 jours après la création de la fistule et le traitement. Le critère de jugement principal était la disparition du trajet fistuleux sur le contrôle radiologique. L'aspect inflammatoire clinique et endoscopique était évalué selon un score semi quantitatif. Après le sacrifice une analyse histologique était réalisée (HE, rouge sirius, anticorps anti SMA et CD31).

Résultats : La mise au point du gel, le mélange avec les VE et l'injection endoscopique ont été possibles dans tous les cas. Le contrôle radiologique à J15 a montré que le taux de fermeture des fistules était significativement plus élevé dans le groupe traité par les VE (100%) et le gel seul (67%) par rapport au groupe témoin (0%). D'autre part, dans tous les cas où le trajet était fermé, les orifices externes (examen clinique) et internes (endoscopie) étaient fermés. Dans les autres cas l'aspect des orifices était plus souvent inflammatoire dans le groupe témoin (100%) par rapport au groupe gel et VE (0%) ou gel seul (44%) (p=0,03).

L'analyse histologique a confirmé la fermeture complète du trajet fistuleux dans le groupe traité par les VE et une fermeture incomplète dans le groupe traité par le gel seul (3 cas sur 6). Dans le groupe témoin, le trajet persistait avec un important infiltrat inflammatoire (polynucléaires neutrophiles et macrophages) et la présence d'un abcès dans la moitié des cas (3/6). De plus, cette analyse a montré que, par rapport au groupe témoin, seul le traitement par les VE contenues dans le gel était associé de façon significative à : 1/ une réduction de l'épaisseur maximale de la fibrose dans une zone du trajet fistuleux; 2/ une diminution de la réponse inflammatoire ; 3/ une diminution de la densité des myofibroblastes ; et 4/ une augmentation de l'angiogenèse.

Conclusion : Cette étude montre pour la première fois le potentiel cicatrisant des VE dans un modèle porcin de fistule oesophagienne (effet pro angiogénique, anti inflammatoire et anti fibrotique). Le gel seul semble aussi promouvoir la fermeture des fistules mais avec un effet moindre (effet mécanique possible). Ces résultats doivent être confirmés dans le cadre d'une étude clinique d'autant plus que les VE présentent par rapport aux CSM les avantages de ne pas se répliquer ou se différencier et d'être plus facilement stockées (banques de VE).

Références Bibliographiques : (1) A Newly Designed Enterocutaneous Esophageal Fistula Model in the Pig. Rahmi G, Perretta S, Pidial L, Vanbiervliet G, Halvax P, Legner A, Lindner V, Barthet M, Dallemagne B, Cellier C, Clément O. Surg Innov. 2016;23(3):221-8.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000280>

P.22

Gestion des perforations digestives hautes iatrogènes endoscopiques : fermeture par clip(s) et prothèse métallique couverte versus clip OTS seul

C. Fortier-Beaulieu ⁽¹⁾, C. Gomercic ⁽¹⁾, J.M. Gonzalez ⁽²⁾, G. Bertrand ⁽³⁾, M. Pioche ⁽²⁾, T. Ponchon ⁽³⁾, T. Piche ⁽¹⁾, M. Barthet ⁽²⁾, G. Vanbiervliet ⁽¹⁾

(1) Nice ; (2) Marseille ; (3) Lyon.

Introduction : Les perforations iatrogènes digestives per endoscopiques, sont associées à une morbidité et une mortalité significative. À ce jour il n'existe pas de données comparant l'utilisation d'une prothèse métallique complètement couverte en complément d'une fermeture par clips versus l'utilisation d'un clip over-the-scope (OTSC) seul dans la gestion endoscopique de ces complications en site œsophagien ou duodénal. Le but principal de l'étude était de comparer l'efficacité de la fermeture endoscopique par OTSC seul versus clips et prothèse métallique complètement couverte extirpable en cas de perforation œsophagienne ou duodénale iatrogénique. Les objectifs secondaires étaient de comparer les deux techniques en termes de complications, de durée d'hospitalisation, et de durée du jeun dans les suites.

Patients et Méthodes : Il s'agissait d'une étude non interventionnelle, rétrospective et multicentrique réalisée dans le centre hospitalo-universitaire de Nice, l'assistance publique des hôpitaux de Marseille, et les hospices civils de Lyon, à partir de cohortes colligées prospectivement. Le travail était comparatif entre deux groupes de malades ayant présenté une perforation iatrogène endoscopique du tractus digestif haut survenue entre 2011 et 2017, traitée soit par clip OTS seul, soit par l'association clip(s) et prothèse métallique complètement couverte. Les deux groupes étaient ensuite comparés en termes de succès technique (définis par l'obtention d'une fermeture endoscopique jugée complète à la fin du geste endoscopique), de succès clinique (fermeture endoscopique sans recours chirurgical à la sortie de l'hospitalisation), de taux de complications, de durée d'hospitalisation, et du jeun.

Résultats : Entre 2011 et 2017, au sein des trois centres hospitaliers, 16 malades ayant présenté 16 perforations digestives hautes (4 œsophagiennes, 12 duodénales) survenues au cours de procédures endoscopiques ont été inclus dans l'étude. Neuf perforations (56%) étaient secondaires à des procédures diagnostiques (écho-endoscopies linéaires n=9 ; 100%), les 7 autres secondaires à des gestes thérapeutiques (6 lors de résection d'adénomes et une lors d'une cholangiopancréatographie rétrograde). Sept fermetures endoscopiques ont été réalisées par l'association de clip(s) et d'une prothèse métallique complètement couverte extirpable (3 œsophagiennes, 4 duodénales) de 100 ou 120 mm de longueur, par 20 mm de diamètre, de type TTS (Niti-S, Taewong Medical®, Gimpo, Corée du Sud) et 9 fermetures par clip OTS seul (8 duodénales et 1 œsophagienne). Le taux de succès technique global de la cohorte était de 93,75%, soit une fermeture endoscopique obtenue 15 fois sur 16. Le taux global de succès clinique était de 81,25%. Seulement 3/16 malades ont dû bénéficier d'une chirurgie complémentaire de fermeture lors de la même hospitalisation. Aucun décès n'était observé. Le taux global de complication des gestes de fermeture était de 25% (4/16). Deux complications sont imputables à la fermeture endoscopique, l'une par incarceration de la vésicule biliaire dans un clip OTS, et l'autre par migration de prothèse avec persistance de la perforation lors de l'endoscopie de contrôle. Deux autres cas de migration de prothèse ont été décrits, sans implication clinique (orifice de perforation refermé). La durée médiane d'hospitalisation et de mise à jeun étaient de 7 [IQR 2,0 – 31,1] et 4 [IQR 3,0 – 5,2] jours respectivement. Aucune différence significative n'a été mise en évidence entre les 2 groupes de malades en termes de succès technique, de succès clinique, de durée d'hospitalisation, et de durée du jeun.

Conclusion : L'endoscopie permet une gestion efficace des perforations digestives hautes iatrogènes survenues au cours de procédures endoscopiques. L'utilisation de clip OTS seul permet d'obtenir une fermeture endoscopique complète et durable. Dans les localisations œsophagiennes ou duodénales où la pose de clip OTS peut parfois s'avérer difficile, l'association d'une prothèse métallique complètement couverte temporaire en association à la pose de clips classique ou OTS semble être tout aussi efficace.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000840>

P.23

Drainage endoscopique des faux kystes du pancréas. Expérience marocaine

Z. Bouhnoun ⁽¹⁾, H. Horma ⁽¹⁾, H. Abid ⁽¹⁾, N. Lahmidani ⁽¹⁾, M. Elyoussfi ⁽¹⁾, N. Aqodad ⁽¹⁾, M. Elabkari ⁽¹⁾, A. Ibrahimi ⁽¹⁾, D.A. Benajah ⁽¹⁾

(1) Fès, MAROC.

Introduction : Le faux kyste du pancréas (FKP) est une complication des pancréatites aiguës ou chroniques dont la régression spontanée est fréquente. Le drainage est réservé aux formes symptomatiques ou compliquées. Le traitement endoscopique est le traitement de référence vu son caractère moins invasif par rapport à la chirurgie, avec moins de recours au drainage radiologique externe et des résultats satisfaisants à long terme. Nous rapportons 26 observations de drainage endoscopique FKP.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude prospective menée au service d'hépatogastroentérologie, incluant 26 patients sur une période de 6 ans et 3 mois du Janvier 2010 jusqu'au Mars 2017.

Résultats : 26 patients ont bénéficié d'un drainage endoscopique des FKP, avec un sexe ratio F/H de 3,3. L'âge moyen était de 47 ans. 24 malades avaient un antécédent de pancréatite aiguë (92,3%).

La TDM abdominale a été réalisée chez tous nos patients ayant permis de confirmer le diagnostic de FKP ainsi que sa localisation et sa taille. Le plus gros FKP mesurait 28cm de grand axe. En plus du FKP, elle a objectivé un empiétement du bas cholédoque chez 1 cas, une surinfection des coulées de nécrose chez deux cas, une fistulisation en sous capsulaire hépatique et inter gasto-splénique avec thrombose portale chez 1 cas.

L'endoscopie haute a objectivé un bombement gastrique chez 52% des patients (N=23), une fistule kysto-bulbaire chez 2 cas et fistule kysto-duodénale chez 1 cas. L'échoendoscopie réalisée dans 46% de nos malades (N= 12) n'avait pas objectivé d'interposition de vaisseaux.

Le drainage endoscopique était transmural et a consisté à une incision à l'infundibulotome avec issu d'un liquide purulent chez 6 patients. La mise en place d'une prothèse double cochon a été réalisée dans 84% des cas, un seul malade a bénéficié d'une prothèse Diabolo et deux cas d'une nérectomie avec mise en place d'un drain naso-kystique. Chez 6 patients on a eu recours à la dilatation de fistule kysto-digestives puis la mise en place de 2 prothèses doubles cochons.

On a eu deux cas d'échec de drainage endoscopique avec un cas de migration de la prothèse en intra cavitaire avec échec d'extraction par voie endoscopique d'où le recours à la chirurgie.

Les résultats étaient satisfaisants, sans complications immédiate et avec une bonne évolution clinique et radiologique, chez 21 cas (81%). On a eu 2 cas de surinfection du FKP avec présence de coulée de nécrose : le premier cas a bénéficié d'une nérectomie endoscopique et le deuxième cas d'une nérectomie chirurgicale après échec d'un traitement radiologique, un cas de migration de la prothèse a été noté avec recours à un deuxième drainage endoscopique et un patient a présenté une persistance d'une volumineuse collection de l'hypochondre gauche drainée radiologiquement.

Conclusion : Le taux de succès du drainage endoscopique était de 81% ce qui semble être une alternative thérapeutique intéressante à la chirurgie dans le traitement des FKP.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000699>

P.24

Echoendoscopie et cytoponction : quel apport dans les masses pancréatiques

Z. Bouhnoun ⁽¹⁾, S. Bahja ⁽¹⁾, H. Abid ⁽¹⁾, M. Elyoussfi ⁽¹⁾, N. Aqodad ⁽¹⁾, D.A. Benajah ⁽¹⁾, M. Elabkari ⁽¹⁾, A. Ibrahim ⁽¹⁾, N. Lahmidani ⁽¹⁾

(1) Fès, MAROC.

Introduction : La ponction biopsie écho-endoscopique des masses pancréatiques, est une technique permettant par aspiration à l'aiguille fine l'obtention de matériel pour analyse cytohistologique. Elle est indiquée chaque fois qu'un examen histologique peut avoir un intérêt diagnostique et/ou thérapeutique. Nous avons analysé les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, radiologiques et échoendoscopiques des masses pancréatiques dont la décision de l'EE avec cytoponction a été posée en réunion de concertation multidisciplinaire (RCP) ainsi que la rentabilité diagnostique de cette technique.

Patients et Méthodes : Nous avons revu tous les dossiers des patients ayant bénéficié dans notre formation d'une EE avec cytoponction entre janvier 2010 et avril 2018 pour une pathologie tumorale pancréatique suspectée à l'imagerie (TDM et/ou IRM abdominale). L'indication de l'EE a été validée en RCP de cancérologie digestive et avec l'opérateur. Les données de la PSEE ont été recueillies à partir du registre d'écho endoscopie du service complété des données du dossier informatique des patients.

Résultats : L'EE avec cytoponction était réalisée chez 60 des patients porteurs d'une masse pancréatique. L'âge moyen des patients était de 60 ans avec des extrêmes de 39ans à 80 ans, le sexe ratio était H/F de 3. La symptomatologie révélant la masse pancréatique était dominée par les douleurs abdominales chez 75% des cas (N=46), l'ictère était présent chez 52% des cas (N= 32), altération de l'état général chez 64% des cas (N=39) et le prurit chez 22% des cas (N= 14). Le bilan biologique a objectivé une cholestase biologique chez 49% des cas (N=29), une élévation des marqueurs tumoraux chez 9 patients parmi les 14 patients ayant bénéficié de marqueurs tumoraux. Le diagnostic d'une tumeur pancréatique était fortement suspecté sur les données de la TDM seule ou couplée à l'IRM si besoin chez 21% des cas. L'indication de l'échoendoscopie avec cytoponction était la non résecatabilité de la tumeur chez 67% des cas, 13% des cas vu le doute sur la résecabilité de la tumeur 13% devant le doute sur la nature tumorale de la masse et dans 5% des cas vu la non opérabilité du patient. Le siège des masses pancréatiques à L'EE était comme suit : tête (53%), corps (31%), queue (16 %) avec une taille moyenne de 38mm. Un envahissement vasculaire était retrouvé dans 65%, des cas, un envahissement duodénal dans 0,8%. La cytoponction sous echoendoscopie était réalisée chez tous nos patients, Biopsie percutanée était tentée avant la PSEE chez un patient. Le matériel utilisé est des aiguilles de 19 ou 22 Gauge, avec deux passages dans 91% des cas. l'étude anatomopathologique est revenue positive dans 33% des cas (N= 20). En faveur d'un ADK chez 18 cas, un carcinome endocrine bien différencié grade 3 chez un cas et un LMNH B diffus chez un 1cas, en faveur d'un faux kyste du pancréas chez un 1cas ayant bénéficié d'un drainage endoscopique et négative chez les autres patients. Une seconde EE avec cytoponction était retentée chez 3cas revenant positif chez un seul cas. La biopsie percutanée scannoguidée était réalisée chez 3 cas revenant en faveurs d'un ADK.

Conclusion : l'EE reste un examen performant pour confirmer la nature tumorale des masses pancréatiques et pour évaluer l'envahissement locorégional avec une confirmation histologique uniquement chez 1 cas sur 3 avec la technique de l'EE à l'aiguille fine nécessitant plusieurs artifices techniques pour en améliorer les performances.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000157>

P.25

Repermeabilisation duodénale sous échoendoscopie

H. Elbacha ⁽¹⁾, C. Jung ⁽²⁾, B. Brieau ⁽³⁾, B. Bordacahar ⁽³⁾, S. Leblanc ⁽³⁾, M. Barret ⁽³⁾, B. Dousset ⁽³⁾, F. Prat ⁽³⁾

(1) Rabat, MAROC ; (2) Göttingen, ALLEMAGNE ; (3) Paris.

Introduction : l'exclusion duodénale par suture du pylore est souvent nécessaire dans la prise en charge des lésions duodénales graves. La repérmeabilisation duodénale s'effectue normalement de façon spontanée. En cas de persistance de l'occlusion pylorique la chirurgie est souvent nécessaire. Nous présentons ici une série de 3 cas de repérmeabilisation duodénale sous echoendoscopie .

Patients et Méthodes : 3 patients pris en charge pour perforation duodénale par exclusion pylorique ont été adressés pour repérmeabilisation duodénale endoscopique. La repérmeabilisation a été effectuée sous contrôle échoendoscopique par mise en place d'une prothèse digestive à travers la ligne de suture pour une durée d'un mois.

Résultats : La repérmeabilisation duodénale a été possible chez les trois patients, par la mise en place d'une prothèse duodénale partiellement couverte chez un patient et une prothèse Axios chez deux patients. Aucune complication n'a été constatée en per ou post-procédure. Tous les patients ont repris une alimentation après 24h. Après le retrait des prothèses une dilatation au ballon du trajet a été nécessaire chez tous les patients. Le contrôle après plusieurs mois a confirmé la durabilité de la repérmeabilisation duodénale.

Conclusion : La repérmeabilisation duodénale sous échoendoscopie est une technique sûre, efficace et durable en alternative à la chirurgie.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000964>

La cytoponction avec des mouvements répétés et plusieurs pénétrations améliore les résultats de cytoponction des lésions suspectes du pancréas

R. Alhameedi ⁽¹⁾, F. Le Pessot ⁽¹⁾, N. Aboalfaraj ⁽²⁾, S. Leclaire ⁽¹⁾

(1) Rouen ; (2) Djeddah, ARABIE SAOUDITE.

Introduction : La cytoponction sous écho endoscopie considérée l'examen de référence pour le diagnostic des lésions tumorales du pancréas mais la confirmation histologique reste un problème fréquent (environ 25% de faux négatives selon les études). Il existe plusieurs techniques endoscopiques utilisées pour ce problème, incluant notamment l'utilisation d'aiguille de 19, l'élastographie, la ponction sans stylet et le capillaire (slow pull). Le nombre de mouvements répétés n'était pas étudiée et ainsi le nombre des pénétrations par chaque séance de cytoponction n'était pas étudiée.

Le but de notre étude était d'évaluer prospectivement : 1) évaluer la performance diagnostique de la 2^{ème} cytoponction avec la technique de mouvements intra-tumorale pour améliorer les résultats de cytoponction sous écho-endoscopie après un échec d'obtenir un résultat positif par la première cytoponction standard. 2) évaluer le risque de complication.

Patients et Méthodes : Les patients ayant bénéficié une cytoponction pour une lésion suspecte du pancréas entre le 01/01/2017 et le 01/10/2018 ont été inclus dans notre étude prospective. Une deuxième cytoponction après une cytoponction première standard négative était effectuée par une aiguille 22 g COOK, et caractérisée par 20 mouvements d'aller et retours dans la lésion tumorale sur des multiples directions. Chaque patient a été bénéficié de 4 pénétrations par séance. Les 2 ponctions faites par le même opérateur endoscopiste ayant maîtrisé la cytoponction sous écho endoscopie. Le produit de cytoponction est conservé dans flacon de CytoRich Red (shandon) puis traité afin de réaliser un Cytobloc et plusieurs niveaux de coloration, immunomarquage avec les anti- MUC1 (EMA, Dako) sont réalisés. Cette technique faite par un pathologiste expert dans ce domaine.

Résultats : Vingt-cinq patients ont été analysés. Dans 15cas, le diagnostic a été obtenu par la procédure conventionnelle (60%). Chez 10 patients, une nouvelle cytoponction avec la technique des mouvements répétés a été réalisée avec un succès d'obtenir chaque fois des matériels à étudier (100 %). La 2^{ème} cytoponction donc permis d'obtenir le diagnostic chez 8 patients (80 %) p0.4. La performance diagnostique globale était augmentée de 60% à 92 % après la 2^{ème} ponction avec la technique de 4 pénétrations et des mouvements répétés. Aucune complication majeure n'a pas été observée.

Conclusion : La cytoponction avec des mouvements répétés d'aller et retours dans la lésion avec dans notre étude 20 fois et avec quatre pénétrations par séance augmente la performance diagnostique de la cytoponction sans augmenter le risque de complication. Répéter la cytoponction par la même équipe augmente le diagnostic global de 60 à 92 %. Une étude double aveugle sera nécessaire pour confirmer les résultats de notre étude.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000872>

Traitement transrectal sous échoendoscopie de collections pelviennes symptomatiques : ponction ou drainage ? Large étude monocentrique

M. Guingand De Rivery ⁽¹⁾, J.M. Gonzalez ⁽¹⁾, M. Gasmî ⁽¹⁾, M. Barthet ⁽¹⁾

(1) Marseille.

Introduction : Les collections abdomino-pelviennes peuvent survenir après une chirurgie rectale, colique ou gynécologique ou sur des terrains favorisant tel que la maladie de Crohn active. Ces dernières étaient jusque là prises en charge par des méthodes chirurgicales ou radiologiques.

Néanmoins, le traitement transrectal sous écho endoscopie (EE) de collections pelviennes pourrait être une alternative mini invasive, sûre et efficace à la chirurgie, avec 2 études récentes ayant montré une bonne efficacité du drainage écho-guidé dans cette indication.

Nous présentons donc les résultats de notre expérience évaluant les résultats de la ponction/injection d'antibiotiques et du drainage.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude de cohorte rétrospective observationnelle mono-centrique conduite dans un centre expert. Entre janvier 2004 et juillet 2018, les dossiers de 116 patients présentant des collections pelviennes symptomatiques (fièvre et douleurs pelviennes) objectivées par imagerie (scanner abdomino-pelvien ; IRM pelvienne) ont été analysés. Les patients dont l'indication de drainage sous EE était retenue et validée en réunion médico-chirurgicale, ont été inclus.

La procédure était réalisée avec un écho-endoscope thérapeutique (3,6 mm, Pentax, Japon) sous CO₂, avec soit la réalisation d'une ponction avec évacuation suivie d'injection d'Amiklin (1 ampoule de 500mg) (groupe 1), soit d'un drainage par prothèses plastiques queue de cochons QDC +/- drain anokystique et ou prothèses métalliques type LAMS (groupe 2).

L'objectif principal de l'étude était l'efficacité immédiate du drainage par EUS rectale, sur les symptômes. Les objectifs secondaires étaient de documenter la morbidité du drainage sous EUS rectale, d'identifier les facteurs prédictifs d'échec, défini par la persistance de symptômes et de la collection dans les 48h suivant le drainage +/- recours à la chirurgie, et d'évaluer la récurrence c'est-à-dire la réapparition de la collection drainée après 1 mois.

Résultats : 116 dossiers de patients ont été analysés. 23 patients ont été exclus pour données manquantes et 20 patients n'ont pas été inclus car non drainés (abcès non collecté, hématome). Au total, 73 patients ont été inclus pour analyse et séparés en 2 groupes : groupe 1 (n=30 ; 41%) patients traités par une ponction aspiration + injection d'antibiotique; groupe 2 (n=43 ; 58.9%) : patients traités par drainage par prothèses plastiques (QDC) +/- drain anokystique chez 41 patients (95.3%) ou par prothèses métalliques type Axios chez 2 autres (4.6%). La voie d'abord transrectale a été utilisée chez tous les patients.

L'âge moyen de 42.5 ans [12-87]. 51.6% des patients étaient des hommes et 48.3% des femmes. La taille moyenne des collections pelviennes était de 48.9mm [8-120]. Leur localisation était péri rectale dans 67 %, péri-anale dans 28% et péri-sigmoïdienne dans 3.2%. Dans 55% les abcès étaient secondaires à des complications chirurgicales (chirurgie rectale pour cancer, fistule anastomotique, sleeve gastrique) ; dans 45% secondaires à des pathologies méliennes (maladie de Crohn active, sigmoïdite, appendicite).

Le succès technique du drainage était de 100%. Le succès clinique a été obtenu chez 70 patients (95,8%). Dans le groupe 1, l'efficacité du drainage était de 82,3% (28/30), dans le groupe 2 il était de 97,7% (42/43). Il y a eu 2 échecs dans le groupe 1 (6.7% - post sigmoïdite traités par chirurgie), et 1 dans le groupe 2 (2.3% - Crohn iléo colique opéré et sévère) redrainé endoscopiquement avec succès. La taille moyenne des collections dans le groupe 1 était de 33 +/- 17mm, contre 67 +/- 21mm dans le groupe 2 (p<0,0001), expliquant en partie le choix de la technique.

Aucune complication précoce ou tardive minime ou sévère n'a été mentionnée. Au cours du suivi médian de 7.5 années (EI 4.4-8.9), aucun patient n'a présenté une récurrence de la collection drainée.

Conclusion : Le traitement transrectal sous EE des abcès pelviens est efficace avec de bons résultats du drainage mais aussi de la ponction/injection, sans récurrence, et sûr avec une morbidité quasi nulle. Il doit être discuté et proposé en première intention dans la prise en charge de collections pelviennes symptomatiques.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfgc.org/resumes-2019/000343>

P.28

Faisabilité du drainage biliaire sous échodopsonscopie des sténoses hilaïres malignes non opérables

J. Winkler ⁽¹⁾, F. Caillol ⁽¹⁾, E. Bories ⁽¹⁾, J.P. Ratone ⁽¹⁾, C. Pesenti ⁽¹⁾, A. Debourdeau ⁽²⁾, C. Decoster ⁽¹⁾, M. Pizzicannella ⁽³⁾, M. Giovannini ⁽¹⁾

(1) Marseille ; (2) Montpellier ; (3) Rome, ITALIE.

Introduction : L'objectif du drainage biliaire des sténoses hilaïres malignes est d'obtenir un pourcentage maximal de foie drainé puisque celui-ci est corrélé à la survie (1). Cependant le choix des techniques n'est pas standardisé et dans nombres de cas une approche multimodale est nécessaire. Le développement des techniques de drainage guidé par échodopsonscopie a permis d'offrir de nouvelles perspectives.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective d'un registre prospectif et monocentrique de patients inclus entre janvier 2015 à septembre 2018 pour un drainage biliaire d'une lésion hilaire maligne non opérable. Pour cette analyse, était inclus uniquement les patients ayant eu un drainage guidé par échodopsonscopie (EUS-HGS) seule ou combiné à une autre technique. Le drainage par EUS-HGS était réalisé en cas d'échec de drainage des voies gauches ou en cas de non accessibilité à la papille. Il pouvait être réalisé en une ou deux sessions mais le délai entre deux sessions ne devait pas excéder 7 jours ouvrables. Les données de l'imagerie pré-opératoire (TDM ou IRM) étaient recueillies afin de caractériser le type de sténose (classification de Bismuth), la présence d'une ascite et le degré d'envahissement hépatique. Le type de procédure, le nombre de temps endoscopique, le type et le nombre de stent étaient notés ainsi que le pourcentage de foie drainé, le taux de complications dans le mois suivant l'intervention, le nombre de ré-intervention (nouvelle procédure 7 jours ou plus après le drainage), la durée d'hospitalisation et la survie moyenne. L'objectif principal était de démontrer la faisabilité du drainage défini par la mise en place d'un ou plusieurs stent dont un sous guidage échodopsonscopique.

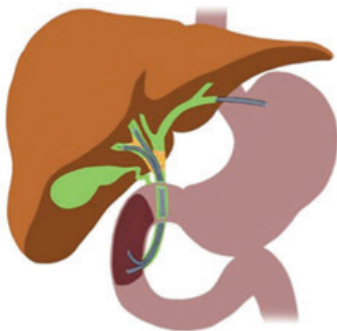
Résultats : Sur les patients du registre, 15 patients ont été inclus (8 femmes et 7 hommes) avec une moyenne d'âge de 68 ans. Il s'agissait dans 6 cas de tumeurs hépatiques primitives (5 cholangiocarcinomes et 1 Carcinome hépatocellulaire) et dans 9 cas de métastases (4 d'adénocarcinomes coliques, 2 pancréatiques, 1 ovarien, 1 estomac et 1 sein). Les types de sténoses se répartissaient ainsi : 3 II, 6 IIIA, 1 IIIB et 5 IV. Le taux moyen d'envahissement hépatique au moment du drainage était de 27%. Aucun patient n'avait de l'ascite ou de sténose duodénale. 3 patients avaient un antécédent de chirurgie (1 gastrectomie, 1 DPC et 1 segmentectomie).

13 patients ont eu des drainages combinés dont 10 associant une CPRE à une hépaticogastrostomie, 2 patients par un abord percutané et échodopsonscopique, un patient a nécessité un drainage par les 3 techniques. Deux patients ont eu un drainage uniquement par EUS-HGS. Le nombre moyen de temps endoscopique moyen à 1,6. Il s'agissait dans 100% des cas de prothèses métalliques avec un nombre moyen de prothèse posé de 2,75. Le pourcentage final de foie drainé était de 85%. Le taux de complications dans le mois suivant l'intervention était de 33% (5/15) (3 angiocholites, 1 embolie pulmonaire et une baisse lente de la bilirubine). La durée moyenne d'hospitalisation était de 8,6 jours. 6 patients ont nécessité une ré-intervention endoscopique au cours du suivi (4 obstructions, 1 angiocholite et une hémobilie). La bilirubine à 1 mois était disponible pour 11 patients et 7 d'entre eux avait un taux inférieur à 1,5N. 5 patients ont pu reprendre une chimiothérapie. La survie moyenne était de 4, 25 mois.

Sur les drainages combinés CPRE + EUS-HGS, 5 avaient lieu pendant le même temps anesthésique et 5 en deux temps. La durée d'hospitalisation était en moyenne de 9 jours lors du geste en un temps contre 9,6 jours en deux temps. 2 complications précoces à type d'angiocholite étaient décrites pour les drainages en un temps et une embolie pulmonaire dans ceux en deux temps. Le nombre de reprise (n=3) était comparable dans les deux groupes. Le taux de foie drainé dans ces deux groupes était respectivement de 93% vs 96%.

Conclusion : Le drainage guidé par échoendoscopie des sténoses hilaires malignes est une technique réalisable avec un taux de complication acceptable. Les drainages combinés en un ou deux temps sont possibles en cas d'échec de drainage des voies gauches par CPRE.

Références Bibliographiques : Palliative endoscopic drainage of malignant stenosis of biliary confluence: Efficiency of multiple drainage approach to drain a maximum of liver segments. Fabrice Caillol, Erwan Bories, Christophe Zemmour, Christian Pesenti, Jean Philippe Ratone, Marine Gilibert, Simon Launay, Marc Giovannini (in press).



Concept de drainage combiné par CPRE et hépaticogastrostomie.

Park, J Hepatobiliary Pancreat Sci (2015)

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000672>

P.29

Prise en charge échoendoscopique du syndrome de l'anse afférente par entéroentérostomie

H. Elbacha ⁽¹⁾, S. Leblanc ⁽²⁾, B. Bordacahar ⁽²⁾, M. Barret ⁽²⁾, B. Brieau ⁽²⁾, S. Doat ⁽²⁾, E. Savier ⁽²⁾, B. Dousset ⁽²⁾, O. Soubrane ⁽²⁾, F. Prat ⁽²⁾

(1) Rabat, MAROC ; (2) Paris.

Introduction : Le syndrome de l'anse afférente est une des complications de la duodéno pancréatectomie céphalique. Il est généralement dû à une obstruction de l'anse afférente suite à une progression tumorale locorégionale. La prise en charge chirurgicale est souvent accompagnée d'une importante morbidité. Nous rapportons notre expérience dans la prise en charge du syndrome de l'anse afférente par entéroentérostomie sous échoendoscopie.

Patients et Méthodes : Les patients ont été adressés pour un syndrome de l'anse afférente prouvé par imagerie scanographique. Le drainage des anses afférentes a été réalisé sous contrôle échoendoscopique par une prothèse d'apposition tissulaire de type Axios.

Résultats : Il s'agit de 5 patients (3hommes, âge moyen 63ans (extrêmes 54-72)). Dans 100% des cas il a été possible de réaliser le drainage de l'anse afférente (4 gastroentérostomie et 1 jejunoentérostomie) sans complication. 3 patients sont décédés au cours du suivi suite à l'évolution de leur maladie tumorale, dont une par angiocholite sévère 3mois après la procédure de drainage. 2 patients sont actuellement sous chimiothérapie sans syndrome cholestatique après plusieurs mois de suivi.

Conclusion : La technique d'entéroentérostomie échoendoscopique pour la prise en charge des syndromes de l'anse afférente est une technique sûre, fiable et reproductible. Elle permet d'éviter une chirurgie morbide chez des patients en soins palliatifs. Cependant, l'indication doit être évaluée en fonction du pronostic et de l'espérance de vie des patients.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/001000>

P.30

Apport de l'échoendoscopie rectale dans la prédiction du type de chirurgie de l'endométriose

V. Desplats ⁽¹⁾, R.L. Vitte ⁽¹⁾, A. D'Alessandro ⁽¹⁾, M. Romptaux ⁽¹⁾, J. Du Cheyron ⁽¹⁾, G. Roseau ⁽²⁾, A. Fauconnier ⁽¹⁾, F. Moryoussef ⁽²⁾

(1) Poissy ; (2) Paris.

Introduction : L'endométriose est une maladie sous-diagnostiquée dont la localisations recto- sigmoïdienne peut être responsable de symptômes digestifs non spécifiques (douleurs abdominales, troubles du transit, dyschésie et rectorragies). Deux approches chirurgicales existent : la résection recto-sigmoïdienne (pastille ou résection segmentaire) et la dissection intra-musculaire (shaving). L'objectif de cette étude était d'évaluer si les données apportées par l'écho-endoscopie rectale (EER) pouvaient prédire le type de geste chirurgical.

Patients et Méthodes : Cette étude rétrospective monocentrique a été conduite chez des patientes présentant une endométriose avec des localisations recto-sigmoïdiennes évaluées par écho-endoscopie et qui avaient reçu un traitement chirurgical curatif entre janvier 2012 et mars 2018. Une analyse univariée a été réalisée sur les données écho-endoscopiques des nodules d'endométriose (épaisseur, largeur, infiltration de la sous-muqueuse, présence d'une voussure dans la lumière digestive et présence de localisation recto-sigmoïdiennes multiples d'endométriose), suivie d'une régression logistique.

Résultats : Sur 362 patientes pré-incluses traitées, 73 patientes avec endométriose recto-sigmoïdienne ont bénéficié d'une EER avant traitement chirurgical curatif. En analyse univariée, l'épaisseur, la largeur et la présence d'une infiltration de la sous-muqueuse ont été identifiées comme potentiels facteurs prédictifs du type de résection digestive. En régression logistique multivariée, seule l'épaisseur apparaissait comme facteur prédictif (OR= 1,49 ; IC95% [1,04 – 2,12] ; p=0,028). L'analyse de la courbe ROC permettait de prédire qu'une épaisseur de plus de 5.20mm nécessitait une résection recto-sigmoïdienne avec une sensibilité de 76%, une spécificité de 82% et une AUC de 0.82. Les seuils de 100% de sensibilité et de 100% de spécificité étaient de 0.90mm et 10.00mm respectivement.

Conclusion : La présence d'un nodule recto-sigmoïdien d'endométriose de plus de 5.20mm d'épaisseur mis en évidence lors du bilan pré-thérapeutique par EER prédit la nécessité d'un traitement chirurgical par résection recto-sigmoïdienne. D'autres études prospectives sont nécessaires pour valider ces résultats.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000416>

P.31

Pose de fiduciels par échoendoscopie pour la radiothérapie stéréotaxique des tumeurs pancréatiques : critères de qualité de la pose et évaluation de son innocuité

A. de Malet ⁽¹⁾, P.A. Laurent ⁽¹⁾, J.M. Samson ⁽²⁾, R. Bou-Farah ⁽¹⁾, D. Malka ⁽¹⁾, V. Boige ⁽¹⁾, M. Ducreux ⁽¹⁾, J. Durand-Labrunie ⁽³⁾, P. Gustin ⁽¹⁾, P. Burtin ⁽¹⁾

(1) Villejuif ; (2) Lévis, CANADA ; (3) Paris.

Introduction : Pour le traitement de tumeurs pancréatiques par radiothérapie stéréotaxique, la présence de marqueurs « fiduciels » est essentielle au repérage du volume cible. Les fiduciels peuvent être posés sous guidage écho-endoscopique en respectant des critères de qualité établis initialement pour le traitement des tumeurs hépatiques (distance minimale de 18mm entre les fiduciels, absence de colinéarité, angulation de 15°, distance de la cible inférieure à 60 mm). Ces critères sont difficilement applicables aux tumeurs pancréatiques (organe plus petit et davantage soumis au péristaltisme).

Les objectifs de cette étude étaient :

- 1/ d'évaluer la technique de pose des fiduciels pour les tumeurs pancréatiques en testant la faisabilité et l'intérêt des critères de qualité, et
- 2/ d'évaluer leur innocuité.

Patients et Méthodes : Analyse rétrospective de 35 patients ayant une indication de radiothérapie stéréotaxique pour une tumeur pancréatique (primitive ou secondaire). La pose de fiduciels a été réalisée sous guidage écho-endoscopique (appareil linéaire Pentax) de 2012 à 2018. La radiothérapie stéréotaxique a été délivrée dans un centre spécialisé en oncologie soit par Novalis (N=17) soit par Cyberknife (N=15). Trois ont finalement été contre-indiqués secondairement.

Les critères de jugement étaient : 1/ le respect des critères de qualité au TDM de centrage, 2/ la distance de migration des fiduciels par rapport à leur localisation initiale, 3/ le nombre de fiduciels ayant effectivement servi au tracking en radiothérapie (sur système Cyberknife) et 4/ les complications de la pose des fiduciels.

Résultats : Au total, 105 fiduciels ont été posés (1 à 4 fiduciels par patient).

Migration des fiduciels :

Le pourcentage de fiduciels ayant disparu avant ou pendant le traitement était de 3 %. Tous étaient de siège intra-pancréatique.

Entre le TDM de centrage et le premier TDM post-radiothérapie, parmi les fiduciels n'ayant pas disparu, la distance médiane de déplacement secondaire de chaque fiduciel était de 1,3 mm (0,1-5,9) : intra-tumoraux : 1,3 (0,4-3,8) ; intra-parenchymateux 1,3 (0,1-3,6) ; extra-pancréatiques 1,8 (0,2-5,9) (p=0,15).

Critères de qualité de pose :

Sur 145 distances inter-fiduciels calculées, 19 étaient inférieures à 18mm, et 30 supérieures à 70 mm.

La présence d'au moins 3 fiduciels correctement posés (nécessaire a priori à un tracking 3D en Cyberknife) était de 65% sur les 30 patients évaluable, et atteignait 100% sur les 6 derniers patients.

Chez les 15 patients traités par Cyberknife, le nombre moyen de fiduciels ayant effectivement servi au tracking était de 1,9 (1-3), pour une moyenne de 3,8 fiduciels posés (2-4).

Innocuité :

Deux patients ont présenté une complication après la pose : 1 hémorragie digestive sur syndrome de Mallory-Weiss et 1 douleur épigastrique transitoire sans hyperlipasémie.

Conclusion : Le placement intra-tumoral et intra-pancréatique des fiduciels doit être préféré au placement extra-pancréatique en raison d'une très faible distance de migration et s'améliore avec l'expérience. Malgré les difficultés rencontrées, le respect des critères de pose devrait permettre le tracking d'au moins 2 fiduciels en Cyberknife. Les complications de la pose sont rares et bénignes.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000654>

P.32

Apport de l'échoendoscopie dans la prise en charge chirurgicale des cancers de l'estomac et de la jonction oesogastrique

S. Hoibian ⁽¹⁾, F. Caillol ⁽¹⁾, A. Autret ⁽¹⁾, J.P. Ratone ⁽¹⁾, C. Pesenti ⁽¹⁾, E. Bories ⁽¹⁾, J. Guirmand ⁽¹⁾, P. Ries ⁽¹⁾, S. Dermeche ⁽¹⁾, M. Giovannini ⁽¹⁾

(1) Marseille.

Introduction : L'échoendoscopie oeso-gastrique (EE) est recommandée par l'ESMO dans le bilan pré-thérapeutique des adénocarcinomes (ADK) de l'estomac pour évaluer le statut T et N afin de décider de la réalisation d'un traitement pré-opératoire pour les tumeurs >T1 et/ou N+ (1). La localisation des ADK gastriques migre vers la jonction oesogastrique (JOG) (2). L'impact de l'EE sur la visualisation de lésions métastatiques, et l'évaluation post traitement pré-opératoire par EE reste controversé. Le but de cette étude rétrospective est l'évaluation de l'EE dans la prise en charge d'un ADK gastrique ou de la JOG.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective monocentrique. Les critères d'inclusion étaient: tous les patients de plus de 18 ans, ayant bénéficié d'une chirurgie, pour un adénocarcinome de l'estomac ou de la JOG, ayant reçu un traitement préopératoire et une évaluation par deux EE (pré et post traitement pré-opératoire) entre 2002 et 2017.

Les critères analysés étaient: les données démographiques, endoscopiques, anatomopathologiques, chirurgicales, le type de traitement péri-opératoire, la survenue d'une récidive, le site de la récidive, la date de diagnostic et du décès, l'évaluation USTNM par l'EE initiale et après traitement pré-opératoire ainsi que l'appréciation subjective de la réponse au traitement pré-opératoire par l'écho-endoscopiste classé en réponse, stabilité, progression.

Le critère de jugement principal était l'évaluation de la survie globale en fonction de la réponse objective et subjective en EE au traitement préopératoire. Les critères secondaires étaient la corrélation entre l'évaluation échoendoscopique pré-opératoire et l'anatomopathologie de la pièce opératoire, l'évaluation de la survie sans maladie (DFS) selon les données de l'EE pré-opératoire.

Résultats : 209 dossiers de patients ayant présenté un ADK de l'estomac ou de la JOG et une échoendoscopie ont été analysés. 97 patients ont été inclus (âge moyen=60 ans, hommes=67%) et 112 exclus. 68 patients ont été exclus car ils ont présenté des métastases. L'EE a permis de détecter des métastases non visualisées au scanner pour 11 patients (16%). 21 patients ont été récusés pour la chirurgie en per-opératoire (maladie métastatique ou localement avancée), 76 % (N=74) des patients ont reçu une chimiothérapie péri-opératoire et 23 % (N=23) une radio chimiothérapie préopératoire.

10 tumeurs étaient ypT0N0, 9 des stades IA, 16 IB, 18 IIA, 18 IIB, 13 IIIA, 10 IIIB, 1 IIIC et 2 IV. 4% des patients étaient R1. La survie globale médiane était de 93 mois, soit 56% de survie à 5 ans. La DFS était de 29.9 mois, soit 43% de DFS à 5 ans. 46% des patients ont présenté une récidive. Le taux de concordance entre l'EE pré-opératoire et l'anatomopathologie pour déterminer le T et le N étaient respectivement de 41.24 % IC 95% [30.30 % ; 49.70 %] et 35.05% IC 95% [24.60 % ; 43.40 %]

La survie globale est corrélée de manière significative à l'évaluation subjective endoscopique de la réponse au traitement pré-opératoire. En cas de progression la SG médiane était à 22 mois OR 10.13 [1.19-85.95] p=0.034, en cas de stabilité, la SG médiane était à 37.93 mois OR 1.92 [0.82-4.53] p=0.135 et en cas de réponse la SG était à 94.82 mois.

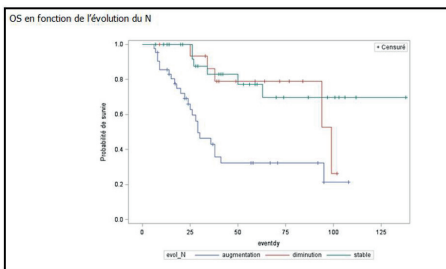
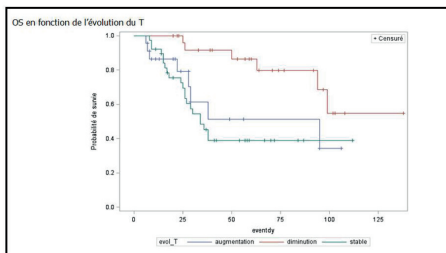
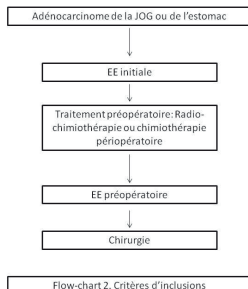
La SG est aussi corrélée à l'évaluation objective de la réponse au traitement pré-opératoire par l'EE. En cas de diminution du T (18), la SG était à 98 mois, en cas de stabilité du T, la SG était à 33 mois OR 0.70 [0.21-2.31] et en cas de progression du T (42), la SG était à 28.98 mois OR 3.53 [1.34-9.30] p<0.011. En cas d'augmentation du statut N, la SG médiane était à 28.98 mois OR 3.53 [1.34-9.30] p=0.011, alors qu'en cas de diminution elle était à 98.82 mois.

La DFS était corrélée de manière significative à la réponse objective et subjective évaluée par l'EE pré-opératoire (En cas de réponse, DFS médiane 64.79 mois, en cas de progression 22.98 mois OR 10.18 [1.23-83.99] p=0.031 et en cas de stabilité 11.05 mois OR 2.34 [1.13-4.85] p=0.022).

Conclusion : l'EE a permis de détecter des métastases non visualisées au scanner pour 16% des patients métastatiques. L'évaluation écho-endoscopique de la réponse au traitement pré-opératoire est corrélée à la survie globale et à la DFS. Malgré une corrélation avec la classification TNM imparfaite, l'EE a un intérêt dans le bilan pré-thérapeutique et pronostic.

Références Bibliographiques : 2) Dubecz A, Solymosi N, Stadhuber RJ, Schweigert M, Stein HJ, Peters JH. Does the incidence of adenocarcinoma of the esophagus and gastric cardia continue to rise in the twenty-first century? a SEER database analysis. J Gastrointest Surg. 2014;18(1):124-129.

1) Smyth EC, Verheij M, Allum W, et al. Gastric cancer: ESMO clinical practice guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. Annals of Oncology. 2016; 27(5):v38-v49



Analyse de toutes les échoendoscopies oesogastriques réalisées entre 2002 et 2017

209 dossiers de patients ayant présenté un ADK de la JOG ou de l'estomac et ayant bénéficié d'au moins une EE

97 patients inclus

112 patients exclus:

- Patients métastatiques N=68
- Localement avancé, irrésécable N=7
- Pas d'EE initiale ou préopératoire N=10
- Refus chirurgie N=4
- Non opérables N=14
- Pas de traitement préopératoire N=8
- Décès pré-opératoire N=1

Pour consulter ce résumé en ligne : <https://www.snfge.org/resumes-2019/000180>

P.33

L'échoendoscopie haute est-elle nécessaire dans le bilan de l'achalasie et des autres troubles moteurs œsophagiens ?S. Oumrani ⁽¹⁾, M. Barret ⁽¹⁾, G. Roseau ⁽¹⁾, B. Brieu ⁽¹⁾, S. Leblanc ⁽¹⁾, F. Prat ⁽¹⁾, S. Chaussade ⁽¹⁾

(1) Paris.

Introduction : L'étiologie de l'achalasie primaire du sphincter inférieur de l'œsophage est inconnue. L'échoendoscopie haute (EEH) est recommandée dans le bilan initial chez les patients présentant une achalasie afin d'éliminer le diagnostic de pseudoachalasie et de rechercher un épaississement typique de la paroi œsophagienne. En pratique clinique, la réalisation de l'EEH est discutée dû à des résultats contradictoires dans la littérature notamment concernant la reproductibilité de la mesure de la paroi œsophagienne. Le but de cette étude était d'évaluer la contribution clinique des résultats d'EEH à la prise en charge de l'achalasie.

Patients et Méthodes : Nous avons mené une étude monocentrique rétrospective dans un centre tertiaire. Tous les patients chez qui une EEH a été réalisée pour le bilan d'un trouble moteur œsophagien (TMO) de janvier 2012 à décembre 2017 ont été inclus.

Le score d'Eckardt, les traitements antérieurs reçus, les paramètres manométriques ainsi que le diagnostic final selon la classification de Chicago version 3, les résultats de l'EEH avec les mesures des différentes couches de la paroi œsophagienne, les traitements et les résultats cliniques ont été enregistrés.

Résultats : Soixante-neuf patients ont été inclus, dont 52% d'hommes avec un âge médian ($\pm$ déviation standard) de 61 ± 14 ans.

Le score d'Eckardt médian au moment de l'EEH était de 7 ± 2 . L'EEH était strictement normale chez 26 (38%) patients et un épaississement de la paroi œsophagienne était retrouvé chez 43 (62%) patients. La couche circulaire interne était la couche la plus fréquemment épaissie avec une médiane à 2.9 ± 2 mm. Trois cas de pseudoachalasie ont été diagnostiqués : 2 adénocarcinomes œsophagiens et une œsophagite à éosinophiles, tous diagnostiqués par biopsies muqueuses lors de l'endoscopie. 67% des patients n'avaient jamais reçu de traitement avant la réalisation de l'EEH et 84% ont été traités après. Le traitement le plus fréquemment réalisé était la myotomie œsogastrique chez 58% des patients (POEM chez 56% et myotomie de Heller chez 2%), 28% ont été traités par dilatations pneumatiques et 17% par injection de toxine botulique. La présence d'un épaississement de la paroi œsophagienne n'était pas significativement associée au type de TMO diagnostiqué en manométrie ou au sous-type d'achalasie, au score d'Eckardt, à la PRI (pression de relaxation intégrée) ni à la réalisation d'un traitement antérieur à l'EEH. Il n'existait pas de corrélation entre la présence d'un épaississement de la paroi œsophagienne en EEH et le succès thérapeutique après traitement.

Conclusion : Dans ce travail, la contribution de l'échoendoscopie haute était limitée dans la prise en charge des TMO. La présence d'un épaississement de la paroi œsophagienne n'était pas corrélée au type de TMO ni au succès thérapeutique.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000123>

P.34

Traitement des métastases pancréatiques d'origine rénale par radiofréquence sous échoendoscopie : faisabilité et résultats préliminairesB. Chanez ⁽¹⁾, G. Gravis ⁽¹⁾, J. Walz ⁽¹⁾, G. Pignot ⁽¹⁾, S. Brunelle ⁽¹⁾, J. Thomassin ⁽¹⁾, N. Salem ⁽¹⁾, E. Bories ⁽¹⁾, J.P. Ratone ⁽¹⁾, C. Pesenti ⁽¹⁾, F. Caillol ⁽¹⁾, M. Giovannini ⁽¹⁾

(1) Marseille.

Introduction : Les métastases pancréatiques dans la prise en charge de l'adénocarcinome rénal sont rares mais associées à un bon pronostic nécessitant un traitement s'intégrant dans une prise en charge à long terme. La prise en charge classique peut-être soit chirurgicale, soit médicamenteuse par inhibiteur de la tyrosine kinase. L'ablation de ces métastases par radiofréquence (RFA) est une thérapeutique nouvelle prometteuse décrite dans la prise en charge des tumeurs endocrines, des adénocarcinomes pancréatiques primitifs et des tumeurs kystiques pancréatiques. Nous rapportons ici notre expérience dans la prise en charge des métastases pancréatiques d'origine rénale.

Patients et Méthodes : Etude prospective monocentrique de l'évaluation du contrôle local et des complications du traitement des métastases pancréatiques d'origine rénale (adénocarcinomes) par RFA.

La RFA était effectuée sous anesthésie générale, sous contrôle écho-endoscopique, en décubitus latéral gauche, au moyen du générateur StarMed de chez Taewong®. La RFA s'effectuait avec une aiguille de 19G, à la puissance de 30W, en 1 ou 2 passages, jusqu'au blanchiment complet de la lésion de taille maximum 25mm. Le temps d'application était de 30s à 1mn.

Le suivi débutait avec la 1^{ère} séance de RFA.

La réponse était évaluée scannographiquement.

Résultats : 7 patients (4 femmes) ont été inclus dans cette étude prospective entre mai 2017 et septembre 2018. L'âge médian était de 72 ans (61-75), ECOG 0-1(100%).

Tous les patients étaient considérés comme progressifs au niveau pancréatique. Le temps moyen d'apparition des métastases pancréatiques était de 14 ans (9.3-22.2). L'histologie pancréatique était disponible pour 6 patients.

Cinq patients présentaient d'autres localisations métastatiques dont deux étaient en cours de traitement pendant la RFA (antiangiogénique pour l'un, nivolumab pour l'autre) pour une progression sur les autres sites métastatiques. Un patient présentait une maladie métastatique localisée au pancréas.

Le nombre moyen de lésions pancréatiques/patient était de 2 (1-3). Seize procédures ont été effectuées pour traiter un total de 13 lésions. Le nombre moyen de procédure était de 2.3/patient. Les lésions étaient situées dans la tête (40%), dans le corps (40%), et dans la queue du pancréas (20%). La taille moyenne des lésions était de 18.5mm.

Le suivi médian était de 13 mois (0.5-0.3).

Le contrôle local était jugé satisfaisant pour 5 patients (2 réponses complètes, 3 réponses partielles, et 2 patients en poursuite évolutive pancréatique).

Un patient a développé un abcès paraduodénal 2 mois après la procédure drainé par voie endoscopique. Aucune pancréatite ou diabète secondaire n'a été reporté.

Conclusion : Le traitement par RFA endoscopique a pu être effectué avec peu de complication (6% des procédures) et a permis un contrôle local dans 71% des cas. Cette alternative à la chirurgie semble une véritable option thérapeutique. Un suivi et l'inclusion d'un plus grand nombre de patient est nécessaire afin de valider cette prise en charge.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000876>

P.35

Place de l'échoendoscopie recto-sigmoïdienne avec élastométrie et produit de contraste dans l'évaluation et la prise en charge de l'endométriose pelvienne profonde avec atteinte digestive

C. Fortier-Beaulieu ⁽¹⁾, M. Chassang ⁽¹⁾, M. Le Marechal ⁽¹⁾, C. Gomerlic ⁽¹⁾, M. Barthet ⁽²⁾, T. Piche ⁽¹⁾, J. Delotte ⁽¹⁾, G. Vanbiervliet ⁽¹⁾

(1) Nice ; (2) Marseille.

Introduction : L'endométriose pelvienne profonde (EPP) est une atteinte endométriosique pénétrant l'espace sous péritonéal et/ou la paroi des organes pelviens. Il s'y associe fréquemment une atteinte digestive. L'échoendoscopie rectale complète le bilan iconographique avec une sensibilité diagnostique de 90% pour les atteintes digestives. Aucune étude n'a évalué l'intérêt de l'écho-endoscopie avec élastométrie et contraste, outils permettant d'augmenter sa précision diagnostique, dans la caractérisation des lésions digestives d'endométriose. Le but principal de l'étude était de caractériser par élastographie et écho-endoscopie de contraste les lésions digestives d'endométriose pelvienne profonde. Les objectifs secondaires étaient d'établir une corrélation entre l'examen élastographique, la prise de contraste des lésions et : i) la sévérité clinique de la maladie, ii) l'analyse histologique des lésions et iii) la réponse thérapeutique des patientes. Le dernier objectif était de déterminer l'innocuité de ces deux techniques écho endoscopiques lors de l'évaluation de l'endométriose pelvienne profonde.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude prospective, non interventionnelle, non comparative, mono centre, avec un seul groupe de patientes étudié, qui s'est tenue d'avril 2015 à janvier 2018 au sein du Centre Hospitalier Universitaire de Nice (ClinicalTrials.gov NCT03138954). Les femmes majeures, atteintes d'endométriose pelvienne profonde étaient incluses lorsqu'elles présentaient des lésions digestives diagnostiquées par une imagerie avec résonance magnétique. Chaque patiente bénéficiait d'une échoendoscopie rectale standard (PENTAX® EG 3670 URK [HOYA CORPORATION PENTAX®, Tokyo, Japon]) avec réalisation d'une série de mesures élastométriques et évaluation du rehaussement après injection de contraste sur les nodules digestifs d'endométriose.

Résultats : Quarante-cinq écho-endoscopies ont été réalisées sous sédation chez 45 malades pour bilan d'endométriose. Onze patientes ont été exclues pour absence d'atteinte digestive significative à l'écho-endoscopie, et une pour contre-indication à l'utilisation du produit de contraste (Sonovue®). Trente-trois patientes (âge moyen 34,4 ans [24 - 45]) ont été incluses présentant 41 nodules d'endométriose digestive. Sur les 33 nodules sélectionnés pour réaliser les différentes mesures, 32 (97%) prenaient le contraste. Onze présentaient un hyper-rehaussement (34,4%), neuf un iso-rehaussement (28,1%) et 12 un hypo-rehaussement (37,5%). L'élastométrie moyenne des nodules, exprimée sous la forme d'un ratio sans unité, était de $9,3 \pm 5,2$ [3,74 - 23,86]. La présence d'un iso ou d'un hyper-rehaussement associé à un ratio élastométrique élevé semblait associée à des lésions actives présentant une meilleure réponse thérapeutique. Sur les 11 patientes avec ces caractéristiques échographiques, 9 ont répondu favorablement sur le plan symptomatique après l'introduction d'un traitement hormonal freinateur. Les 2 patientes n'ayant pas eu d'amélioration clinique n'avaient pas bénéficié de prise charge spécifique. Sur les 9 pièces opératoires disponibles, Sept nodules (77,8%) présentaient de l'inflammation, 6 de façon modérée, et un de manière intense. Pour ces lésions, la prise de contraste s'effectuait plus fréquemment en hyper- (n=4) ou iso-rehaussement (n=1). Les deux nodules non inflammatoires à l'histologie, présentaient un hypo-rehaussement. Aucune complication n'a été observée.

Conclusion : L'écho-endoscopie avec élastométrie et contraste lors du bilan d'EPP permet d'enrichir de manière simple et sûre la caractérisation des lésions digestives d'endométriose. La mise en évidence de lésions actives (iso- ou hyper-rehaussement, élastométrie élevée) pourrait permettre potentiellement de prédire une meilleure réponse au traitement médical.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000185>

P.36

Etude de concordance intra et inter-observateur de la mesure du volume tumoral pancréatique par échoendoscopie : application à un protocole de thérapie génique du cancer du pancréas (Etude THERKAPPA)

L. Buscail ⁽¹⁾, A. Culetto ⁽¹⁾, F.Z. Mokrane ⁽¹⁾, B. Napoléon ⁽²⁾, O. Meyrignac ⁽¹⁾, B. Molinier ⁽¹⁾, C. Canivet ⁽¹⁾, E. Berard ⁽¹⁾, B. Bournef ⁽¹⁾

(1) Toulouse ; (2) Lyon.

Introduction : Nous avons mené un essai de phase 1 de thérapie génique appliquée au cancer du pancréas (Essai Therap-1) par injection intra-tumorale directe sous échoendoscopie (EE) d'un produit de thérapie génique CYL-02 visant à induire une chimio sensibilisation par la gemcitabine administrée dans les suites de l'injection selon l'AMM (Mol. Therapy 2015 ; 23 : 779-789). L'évaluation de l'effet anti-tumoral a été faite au cours de ce protocole au moyen de la TDM qui seule est reconnue pour apprécier les critères RECIST. Toutefois : a) l'évaluation TDM des adénocarcinomes pancréatiques peut être mise en défaut compte tenu du caractère infiltrant de certains tumeurs ; b) à l'heure du développement des traitements locaux dirigés sous EE cette dernière pourrait être intégrée dans les examens d'évaluation du volume tumoral lors des futurs essais pilotes de traitements innovants des tumeurs pancréatiques. Le but de l'étude THERKAPPA était d'évaluer la concordance intra- et inter-observateur de la mesure sous EE du volume des tumeurs primaires pancréatiques à partir de l'essai Therap-1.

Patients et Méthodes : Tous les patients inclus dans l'essai Therap-1 avaient reçu deux injections intra-tumorales directes sous EE à un mois d'intervalle (J1 et J28) du produit de thérapie génique CYL-02 (en escalade de dose). Avant chaque injection, un enregistrement vidéo de la tumeur primaire avait été effectué. Ces enregistrements ont été sélectionnés pour l'étude THERKAPPA, 21 patients ont pu être analysés soit 38 vidéos (pour 4 patients un des deux enregistrements n'était pas disponible). Six investigateurs, 2 échoendoscopes (HGE) seniors, 1 HGE junior, 2 radiologues (Rx) seniors et 1 Rx junior ont participé à l'étude au moyen : d'un tutoriel commun électronique, d'enregistrements « training » de vidéos d'EE pancréatiques normales et pathologiques, des vidéos anonymisées « protocoles » avec une randomisation spécifiquement effectuée pour chaque investigateur, avec un ordre de lecture imposé ne tenant pas compte de l'ordre d'inclusion des patients, de la dose injectée et du moment de l'enregistrement (1ère ou 2nde injection). Les investigateurs devaient : noter la qualité de chaque enregistrement (pauvre, moyenne, bonne), sélectionner 3 captures d'écran pour lesquelles la taille de la tumeur leur apparaissait maximale. Ce volume était alors mesuré sur la capture d'écran par une flèche (plus grand diamètre). La taille réelle de cette mesure était secondairement évaluée par le rapport taille de la tumeur mesurée (cm)/ intervalle mesurée de l'abaque centimétrique verticale de la copie d'écran. Une analyse intra- et inter-observateur a été effectuée à partir du paramètre « plus grand diamètre tumoral » par étude de Concordance de Classe (ICC) ainsi que l'évaluation de l'effet anti-tumoral mesuré par chacun (mesure à V8 / mesure à V1) (test de Wilcoxon apparié).

Résultats : Tous les investigateurs ont pu analyser les 38 vidéos au moins une fois (analyse inter-observateur) ou deux fois (analyse intra-observateur avec relecture à 15 jours d'intervalle). La mesure du plus grand diamètre tumoral a pu être systématiquement effectuée (faisabilité 100%). La qualité des enregistrements a été jugée pauvre, moyenne et bonne dans respectivement 18 %, 45% et 37% (moyenne des avis sur les 6 investigateurs). Les concordances intra- (1 HGE-EE junior et 1 Rx sénior) et inter-observateurs sont colligées dans le tableau 1 : elles sont toutes bonnes ou excellentes.

Classe	ICC	Interpretation
Inter-observ. HGE Vs Rx	0.73	Bonne
Inter-observ. juniors Vs séniors HGE	0.84	Excellente
Inter-observ. juniors Vs séniors Rx	0.65	Bonne
Intra-observ. 1ier vs 2nd	0.76	Excellente

De plus la comparaison de la mesure avant et après traitement (V1 versus V8) par les investigateurs fait apparaître un effet anti-tumoral significatif ($p = 0,0045$) avec les mêmes résultats obtenus lors du protocole Thergap-1 (mesuré par l'investigateur principal et inclus dans le rapport final de l'essai de phase 1).

Conclusion : Il s'agit de la première étude validant par analyse intra- et inter-observateur la mesure du volume tumoral du cancer du pancréas par EE (incluant gastroentérologues et radiologues) avec de surcroît confirmation de l'effet antitumoral. Ceci souligne la possibilité, l'intérêt et la validité de l'EE dans l'évaluation indépendante de la mesure du volume tumoral pancréatique au cours de futurs essais cliniques incluant les traitements locaux dirigés sous EE.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000470>

P.37

Drainage biliaire des sténoses malignes : résultats et survie des patients

A. Maktoub⁽¹⁾, N. Lahmidani⁽¹⁾, F.Z. Hamdoun⁽¹⁾, A. Lamine⁽¹⁾, M. Lahlali⁽¹⁾, H. Abid⁽¹⁾, M. Elyoussfi⁽¹⁾, D.A. Benajah⁽¹⁾, M. Elabkari⁽¹⁾, S.A. Ibrahim⁽¹⁾

(1) Fès, MAROC.

Introduction : Le développement de l'endoscopie interventionnelle a produit un bouleversement profond dans le traitement des sténoses malignes des voies biliaires en palliatif ou en bridge vers la chirurgie. **Le but de notre travail** est de rapporter l'expérience de notre service dans le traitement endoscopique des sténoses biliaires malignes.

Matériels et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective incluant tous les patients ayant une sténose maligne des voies biliaires pris en charge au sein de notre service entre Janvier 2016 et octobre 2018.

Résultats : 127 patients adressés pour prise en charge d'une sténose maligne des voies biliaires, ont bénéficié d'un cathétérisme biliaire par voie endoscopique (CPRE) soit 24,9% de l'ensemble des CPRE réalisées durant cette période. L'obstacle tumorale était dans 40,15% des cas une tumeur de la tête du pancréas, dans 26.7% un cholangiocarcinome, 12,6% des ampullomes.

L'âge moyen des patients était de 60,1 ans (27-87 ans) avec un sexe ratio H/F de 1, 03

Cliniquement l'ictère était présent chez tous les patients et la moitié des patients présentaient un tableau d'angiocholite à l'admission. Sur le plan biologique le taux moyen de la bilirubine totale était de 220mg/l (48 –601mg/l). Le drainage a été réalisé chez 81,1% des patients (n=103) par prothèse plastique et 18,9% (n=24) par prothèse métallique non couverte. Le taux de succès global était estimé à 92%. Le recours à un second drainage a été réalisé chez 18% des patients (n=23) avec un intervalle moyen de 3,5 mois. La survie moyenne était de 16 mois avec une survie à 1 an de 54%

Conclusion : Le drainage biliaire endoscopique prend une large place parmi les différentes armes thérapeutiques au cours des obstacles bilio pancréatiques. Il permet de prolonger la durée ainsi d'améliorer la qualité de vie des patients ayant une sténose maligne des voies biliaires.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000848>

P.38

Techniques utilisées pour les cathétérismes pancréatiques thérapeutiques difficilesR. Alhameedi ⁽¹⁾, L. Thomassin ⁽¹⁾, S. Lecleire ⁽¹⁾

(1) Rouen.

Introduction : Le cathétérisme pancréatique est un vrai challenge pour les endoscopistes. Les difficultés dans cette procédure sont très fréquente. Il existe plusieurs techniques endoscopiques utilisées pour le cathétérisme difficile, les techniques utilisées sont : double fils guide, dilatation du Wirsung, pre-coupe pancréatique et la pose d'une prothèse biliaire plastique.

L'objectif de notre étude était pour étudier :

1) Le taux réussite et mesurer l'efficacité les méthodes de sauvetage après échec de cathétérisme standard pour cathétériser le Wirsung

2) Mesurer du taux de complications post-CPRE en fonction de la technique utilisée.

Patients et Méthodes : Nous avons inclus dans notre étude les patients ayant bénéficié d'une CPRE pancréatique thérapeutique entre le 01/01/17 et le 08/10/2018. Les indications principales sont : les pancréatites chroniques avec des douleurs abdominales, les fistules pancréatiques avec collections abdominales et les obstacles du Wirsung lithiasiques ou par une sténose. L'augmentation du taux de cathétérisme grâce à la technique utilisée, ainsi le taux des complications post-CPRE été analysés. Les opérateurs étaient des médecins endoscopistes ayant l'expérience et maîtrisant le cathétérisme pancréatique.

Résultats : 18 patients ont été analysés. Dans 9 cas, le cathétérisme pancréatique a été obtenu par la procédure conventionnelle (50%). Chez 9 patients, une technique supplémentaire a été réalisée avec un succès total de cathétérisme pancréatique chez 7 malades (88%). Les techniques utilisées de sauvetage sont : 3 cas avec double fils guide, 2 cas avec prothèse biliaire en première, un cas avec dilatation du Wirsung et un cas avec précoque pancréatiques. Ces techniques ont donc permis de passer de 50% de succès de cathétérisme pancréatique à 88%. Chez 2 patients, le cathétérisme pancréatique n'était pas possible en raison d'une obstruction complète du Wirsung. Un cas de douleur nécessitait l'hospitalisation pour 3 jours post CPRE était observé sans signe de pancréatite. Aucun cas de perforation ou d'hémorragie significative n'était relevé. La mortalité était de 0%.

Conclusion : Les techniques de sauvetage pour les cathétérisme pancréatiques thérapeutiques (double fils guide, prothèse biliaire en première, précoque pancréatique et la dilatation du Wirsung) sont des procédures efficaces qui augmentent le pourcentage du taux de réussite de cathétérisme pancréatique thérapeutique de 50 à 88% sans augmenter le risque de complications.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000902>

P.39

Résultats et facteurs de risque des complications de la cholangio-pancréatographie par voie endoscopique dans le traitement de la lithiase biliaireS. Lajouad ⁽¹⁾, M. Kadiri ⁽¹⁾, M. Acharki ⁽¹⁾, I. Serraj ⁽¹⁾, M. Salihoun ⁽¹⁾, N. Kabbaj ⁽¹⁾

(1) Rabat, MAROC.

Introduction : La CPRE est devenue le traitement standard des lithiases de la VBP. Son efficacité peut dépasser 90% des cas. Cependant, le diamètre et le nombre des calculs représentent une difficulté pour la CPRE qui limite son efficacité.

Le but de notre travail est d'étudier le taux de réussite de CPRE dans le traitement de la lithiase de la voie biliaire principale et d'établir la fréquence et les facteurs de risques éventuels des complications.

Matériels et méthodes : Ont été inclus 209 patients du mai 2015 à juillet 2018. 2 groupes ont été étudiés le groupe 1 (n = 128) représentait le nombre de patients ayant moins de 3 calculs biliaires et dont le plus grand diamètre était inférieur à 15 mm, tandis que le groupe 2 (n = 80) représentait ceux qui avaient plusieurs calculs (> 3) ou de gros calculs biliaires (≥15mm). Nous avons comparé les résultats de la CPRE et les facteurs corrélés de complications entre deux groupes.

Nous avons utilisé le test du chi carré et le test de Fisher pour l'étude avec une valeur p < 0,05.

Résultats : Le taux de réussite dans un seul cathétérisme était de 90% dans le groupe 1 contre 73,7% (59/80) dans le groupe 2 (p = 0,01). Le taux de succès global après technique complémentaire et/ou manœuvres secondaires était de 95,7% dans le groupe 1 contre 80,7% dans le groupe 2 (p = 0,02).

Le taux de complications à court terme était de 7% (9/128) dans le groupe 1 contre 11,25% (9/80) dans le groupe 2 (p = 0,21). Le facteur de risque de complication était la canulation du Wirsung pour la pancréatite (p = 0,02) et précoquée pour l'hémorragie (p = 0,03).

L'étude n'a pas montré de différence significative dans les complications entre les deux groupes (p = 0,21).

Conclusion : La CPRE est le traitement de référence pour la pathologie biliaire lithiasique. Dans notre étude, le taux de succès était de 91,3% avec un taux de complication de 9,1%, ce qui correspond à la littérature. La taille et le nombre de calculs biliaires ont un impact sur le taux de réussite mais pas sur les complications.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000837>

P.40

Résultats et complications de la CPRE : sujets âgés vs sujets jeunes

M. Kadiri ⁽¹⁾, S. Lajoud ⁽¹⁾, M. Acharki ⁽¹⁾, I. Serraj ⁽¹⁾, M. Salihou ⁽¹⁾, N. Kabbaj ⁽¹⁾

(1) Rabat, MAROC.

Introduction : La cholangiopancréatographie rétrograde endoscopique (CPRE) est un moyen efficace pour le traitement des maladies pancréatobiliaires. Le but de notre étude est d'évaluer les caractéristiques des patients âgés ayant subi une CPRE et de les comparer avec les patients les plus jeunes.

Matériels et méthodes : Ont été inclus tous les patients âgés de plus de 65 qui ont bénéficié d'une CPRE à partir de Janvier 2013 jusqu'au mois de juillet 2018, dans notre service. Nous avons évalué: la présentation clinique, les tests de la fonction hépatique, les indications de la CPRE, les résultats et les complications. Ensuite, nous avons comparé le groupe 1 : patients > 65 ans et le groupe 2 : patients <65 ans. L'analyse statistique a été réalisée avec le logiciel SPSS 10.0.

Résultats : 315 patients âgés de plus de 65 ans ont été inclus, représentés par (61,4%) de femmes et (38,6%) d'hommes l'âge moyen était de 73,33 +/- 6,41 ans, les symptômes étaient représentés par : l'ictère chez 60%, la colique hépatique dans 60%, l'angiocholite dans 16,7%, et dans 6,7% des cas par la pancréatite. La CPRE a été indiquée dans le groupe 1 pour : une lithiase biliaire dans 52,8% des cas, une sténose tumorale de la voie biliaire principale (VBP) dans 37,1% des cas, une tumeur pancréatique dans 27,1% des cas et un cholangiocarcinome hilair dans 10%, et pour une compression extrinsèque dans 10% des cas. Le niveau médian de la bilirubine directe était de 94,5 mg / l [14,25-501 mg / l], et a été élevé dans tous les cas d'obstruction des voies biliaires. L'exploration endoscopique a révélé dans 7% des cas d'infiltration ampulaire et 6% des cas de diverticules périampulaires. La taille moyenne de la VBP en cholangiographie était 13,36 +/- 5,74 mm. Le taux de réussite pour le traitement de la lithiase biliaire était de 94,5%, nous avons utilisé un panier de dormia dans 51,3% des cas. Dans les sténoses biliaires malignes, le taux de réussite a été estimé à 92,3%, nous avons utilisé plus de stents métalliques que ceux en plastique. Nous avons signalé 3% de cas de saignement durant la procédure et un 1% de pancréatite dans les 24h suivant la CPRE.

La comparaison entre les 2 groupes n'a trouvé aucune différence statistiquement significative concernant les indications de CPRE (p = 0,56), le taux de réussite ou d'échec pour le traitement des sténoses tumorales (p = 0,87), ou le traitement des calculs de la VBP (p = 0,42).

Conclusion : La CPRE est une procédure sûre et efficace avec un rendement diagnostique et thérapeutique élevé, chez les patients âgés qui constituent une population à risque pour la chirurgie en général.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000823>

P.41

Lithotripsie EHL vs laser : étude in vitro

H. Elbacha ⁽¹⁾, F. Prat ⁽²⁾

(1) Rabat, MAROC ; (2) Paris.

Introduction : La cholangiopancréatographie rétrograde endoscopique consiste actuellement le traitement de référence des lithiases biliaires grâce à l'utilisation de paniers et/ou de ballonnets d'extractions. Cependant dans un petit nombre de cas (macrocalcul, lithiase intrahépatique) il peut être nécessaire de réaliser une lithotripsie intracorporelle par énergie laser ou par énergie électrohydraulique. Actuellement aucune étude pour évaluer l'efficacité comparative des deux techniques n'est disponible. l'objectif de notre travail est de comparer l'efficacité des deux techniques sur modèle in vitro.

Matériels et méthodes : Pour la réalisation de cette étude nous avons récupéré 13 lithiases biliaires extraites lors de CPRE conventionnelles. La densité des lithiases a été évaluée par TDM. Les calculs ont été répartis uniformément pour être fragmenté soit par EHL soit par laser sur un modèle in vitro (tube à essai en milieu liquide (serum physiologique)).

Résultats : En EHL :Au total 7 calculs d'une densité entre -341 et 113 UH, taille 36mm2 et 200mm2, on été testé avec obtention d'une fragmentation des calculs dans 6/7 après un nombre de tirs entre 58 et 218/484.

En LASER:Au total 6 calculs d'une densité entre -189 et 273 UH, taille 10mm2 et 180mm2,on été testé avec obtention d'une fragmentation des calculs dans 3/6cas après une durée entre 22 et 50sec.

Conclusion : Au cours de cette experience il apparait que l'EHL présente un meilleur efficacité sur la fragmentation des calculs en une durée plus courte, associé à une simplicité d'utilisation. Cependant des études avec un nombre plus important de calculs sont nécessaires pour confirmer ces résultats.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/001144>

P.42

Particularités de la cholangio-pancréatographie rétrograde endoscopique (CPRE) chez le sujet âgé

M. Yakoubi ⁽¹⁾, M. Medhioub ⁽¹⁾, O. Gharbi ⁽¹⁾,
L. Hamzaoui ⁽¹⁾, M. Mahmoudi ⁽¹⁾, A. Khsiba ⁽¹⁾,
M.M. Azouz ⁽¹⁾

(1) Nabeul, TUNISIE.

Introduction : L'abord endoscopique des pathologies du carrefour bilio-pancréatique est à privilégier par rapport à la chirurgie chez le sujet âgé. Cependant, les données concernant sa faisabilité et ses particularités restent limitées. Le but de notre étude était de déterminer les particularités et l'innocuité de la CPRE chez les patients de plus de 75 ans.

Patients et Méthodes : Une étude rétrospective descriptive incluant toutes les CPRE pratiquées entre 2013 et Janvier 2018 a été pratiquée. Les patients étaient subdivisés en deux groupes :

- Groupe 1 : âgés de 75 ans ou plus
- Groupe 2 : âgés de moins de 75 ans.

Les indications, les résultats et les complications à court terme de la CPRE ont été comparées au sein des deux groupes. L'étude analytique a été réalisée par le logiciel SPSS.

Résultats : Cinq cents quarante huit CPRE ont été pratiquées. Les patients âgés de 75 ans ou plus représentaient 28,8% de l'ensemble des malades colligés. Les indications de la CPRE ont été dominées dans les deux groupes par la pathologie lithiasique des voies biliaires (82,27% dans le groupe1 versus 74,1% dans le groupe 2). Trois calculs ou plus ont été retrouvés dans la VBP dans respectivement 32,91% et 28,7% des cas. Les calculs supra centimétriques étaient plus fréquents chez le premier groupe (19,6% versus 13,07%). La mise en place d'une prothèse de la VBP s'est avérée nécessaire dans 14,5% dans le groupe1 et 11,53% dans le groupe 2 mais sans différence significative (p=0,324). De même pour le recours à la lithotritie mécanique (p=0,094). Le taux d'échec de cathétérisme de la VBP était comparable au sein des deux groupes (p=0,166). La survenue de complications post CPRE a été notée chez 11,39% des patients du premier groupe et 7,69% des patients du second groupe (p=0,430).

Conclusion : Les indications de la CPRE, sa faisabilité et ses complications immédiates sont comparables entre les sujets âgés et la population de moins de 75 ans.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000700>

P.43

La papille para/intra diverticulaire est-elle un facteur d'échec et de complications au cours de la cholangio-pancréatographie rétrograde endoscopique ?

M. Yakoubi ⁽¹⁾, M. Medhioub ⁽¹⁾, O. Gharbi ⁽¹⁾,
L. Hamzaoui ⁽¹⁾, A. Khsiba ⁽¹⁾, M. Mahmoudi ⁽¹⁾,
M.M. Azouz ⁽¹⁾

(1) Nabeul, TUNISIE.

Introduction : La papille duodénale para ou intra diverticulaire est retrouvée dans environ 10 à 20% des cholangiopancréatographies rétrogrades endoscopiques (CPRE). Elle peut être source d'échec du cathétérisme de la voie biliaire principale (VBP) et de complications intercurrentes.

Le but de notre étude était de déterminer la prévalence de la papille para ou intra diverticulaire au cours de la CPRE faite pour pathologie lithiasique, son impact sur la difficulté de cathétérisme de la VBP et sur le taux de complications précoces de la sphinctérotomie endoscopique.

Patients et Méthodes : Une étude rétrospective descriptive colligeant tous les patients ayant bénéficié d'une CPRE pour pathologie lithiasique entre 2013 et Janvier 2018 a été réalisée.

Résultats : Parmi les 547 CPRE réalisées, l'indication était une lithiasie de la VBP dans 77,5% des cas. L'âge moyen des patients était de 61,3 ans avec des extrêmes allant de 13 à 98 ans. Le sexe ratio F/H était égal à 2. Une papille para diverticulaire a été retrouvée chez 63 patients (14,85%). La papille para /intra diverticulaire était associée à un échec du cathétérisme de la VBP dans 22,2% des cas versus 4,07% chez les patients ayant une papille d'aspect endoscopique normal (p=0,0001). Huit des CPRE pratiquées se sont soldées de complications lorsque la papille était para diverticulaire (12,69%) versus 33 (9,14%) lorsque la papille était normale (P=0,0444).

Conclusion : Dans notre étude, la prévalence de la papille paradiverticulaire est estimée à 14,85%. Sa présence semble être un facteur prédictif d'échec du cathétérisme de la VBP dans la pathologie lithiasique sans pour autant augmenter le risque des complications précoces.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000696>

P.44

Les tumeurs de Klatskin : efficacité du drainage endoscopique ?

I. Akoch ⁽¹⁾, H. Abid ⁽¹⁾, M. Lahlali ⁽¹⁾, A. Lamine ⁽¹⁾, N. Lahmidani ⁽¹⁾, M. Elyoussfi ⁽¹⁾, D.A. Benajah ⁽¹⁾, M. Elabkari ⁽¹⁾, S.A. Ibrahim ⁽¹⁾

(1) Fès, MAROC.

Introduction : La tumeur de Klatskin est la plus fréquente des cholangiocarcinomes (CCK). Elle s'agit d'une entité rare, habituellement diagnostiquée à un stade avancé inopérable, et son pronostic est extrêmement mauvais. Le drainage biliaire est proposé en situation palliative, avec comme objectif d'assurer un confort de survie optimale et la possibilité de bénéficier d'une chimiothérapie, rarement la chirurgie. **Le but de notre travail** est de rapporter les résultats de drainage biliaire endoscopique ainsi que les facteurs prédictifs de son échec.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective et analytique colligeant 62 patients menée du Janvier 2010 jusqu'au Mars 2018, dont l'indication du drainage endoscopique a été posée. Les données cliniques, biologiques, radiologiques et de la procédure de l'endoscopie interventionnelle ont été étudiées.

Résultats : L'âge moyen de nos patients était de 60.59 ans avec une prédominance féminine (51.6%). L'indication du drainage endoscopique était essentiellement l'ictère cholestatique avec un prurit invalidant (48 cas, 77.4%), suivie de l'angiocholite aigue (14 cas, 22.6%). Sur le plan biologique, le taux moyen de la bilirubine totale avant le drainage était de 216.78 µmol/L [12-550 µmol/L]. Le drainage endoscopique a été réalisé chez 75.8% (n=47) des patients par une prothèse plastique et 17.4% (n=11) par une prothèse métallique. 4 patients (6.4%) n'ont pas eu de prothèse. Le type de CCK sur l'endoscopie a été décrit chez 35 patients (52.85% bismuth IV, 31% bismuth IIIa, 6% bismuth IIIb, 5.15% bismuth II et 5% bismuth I). Les causes d'échec de la mise en place de prothèse étaient essentiellement l'échec du passage de fils guide à travers la sténose (1.61%), échec du cathétérisme de la papille (1.61%), puis l'envahissement duodénal massif (3.22%). Le succès fonctionnel qui est défini cliniquement par la régression de l'ictère et biologiquement par la baisse de la bilirubine a été noté chez 77.41% patients. En analyse univariée, les principaux facteurs prédictifs d'échec fonctionnel sont : Le taux élevé de la bilirubine totale (p=0.035), l'envahissement duodénal massif (p=0.0175) ainsi que le cholangiocarcinome classé bismuth IV (p=0.049). En analyse multivariée, les causes d'échec sont l'angiocholite aigue grave ((OR=4.084, p=0.055) avec un taux de prothrombine bas (OR=4.58, p= 0.053) et une insuffisance rénale aigue (OR=17.950, p= 0.025)), avec la présence d'un envahissement duodénal massif (OR=4.50, p=0.012) qui modifient le taux de succès et augmentent le taux des complications post-CPRE. 4 patients ont bénéficié d'une chimiothérapie en post-drainage. La médiane de survie était de 12 mois après le drainage.

Conclusion : Notre étude vient de confirmer que le traitement palliatif des sténoses biliaires néoplasiques par drainage endoscopique garde toujours sa place en cas des tumeurs de Klatskin afin d'améliorer la qualité de vie des malades.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfgc.org/resumes-2019/000862>

P.45

Apport de la CPRE dans la prise en charge des kystes hydatiques du foie rompus dans les voies biliaires

S. Mrabti ⁽¹⁾, H. Seddik ⁽¹⁾, S. Berrag ⁽¹⁾, H. Boutallaka ⁽¹⁾, S. Morabit ⁽¹⁾, A. Sair ⁽¹⁾, I. El Koti ⁽¹⁾, S. Sentissi ⁽¹⁾, A. Benkirane ⁽¹⁾

(1) Rabat, MAROC.

Introduction : Le kyste hydatique du foie est une affection parasitaire due au développement de la forme larvaire du tænia du chien : Echinococcus Granulosus. La fistulisation dans les voies biliaires est la complication la plus fréquente. Le traitement endoscopique s'impose en raison des risques liés à la chirurgie. **L'objectif de notre étude** est d'évaluer l'efficacité de la Cholangiopancréatographie rétrograde endoscopique dans la prise en charge des kystes hydatiques du foie rompus dans les voies biliaires.

Matériels et méthodes : Il s'agissait d'une étude rétrospective, allant de Janvier 2002 à Septembre 2018, ayant porté sur des patients présentant un kyste hydatique fistulisé dans les voies biliaires. La Cholangiopancréatographie rétrograde endoscopique et la sphinctérotomie biliaire endoscopique ont été réalisées 20 fois en pré-opératoire et 22 fois en post-opératoire.

Résultats : 42 patients présentant un kyste hydatique du foie rompu dans les voies biliaires, soit 2.4% des indications de la Cholangiopancréatographie rétrograde endoscopique. L'âge moyen des patients était 47ans, avec une prédominance masculine dans 65% des cas. Les kystes hydatiques rompus dans les voies biliaires étaient compliqués d'une fistule biliaire externe persistante en post-opératoire dans 34% des cas. La sphinctérotomie a été réalisée chez tous les patients permettant l'extraction du matériel hydatique par ballonnet ou par Dormia. L'évolution a été marquée par la disparition de l'ictère au bout de 5 à 12 jours en moyenne après le geste endoscopique et par le tarissement de la fistule biliaire externe au bout de 10 à 12 jours. Le succès global qui signifie la vacuité définitive de la voie biliaire principale était à 100%.

Conclusion : Notre étude confirme l'efficacité de la Cholangiopancréatographie rétrograde endoscopique et la sphinctérotomie endoscopique dans les complications biliaires de l'échinococcose hépatique. Elle permet d'écourter le séjour post-opératoire et d'éviter une réintervention difficile et hémorragique.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfgc.org/resumes-2019/000164>

P.46

La papille diverticulaire est-elle un facteur d'échec du cathétérisme de la voie biliaire principale dans la pathologie lithiasique ? Expérience d'un service marocain

S. Jamal ⁽¹⁾, H. Seddik ⁽¹⁾, F. Nejari ⁽¹⁾, K. Loubaris ⁽¹⁾, F. Bouhamou ⁽¹⁾, H. Boutallaka ⁽¹⁾, S. Morabit ⁽¹⁾, A. Aomari ⁽¹⁾, I. El Koti ⁽¹⁾, A. Benkirane ⁽¹⁾

(1) Rabat, MAROC.

Introduction : Les diverticules duodénaux sont fréquents (6 à 20%). Ils siègent préférentiellement dans la région papillaire, ils sont alors appelés, juxta-, péri-, para-papillaires ou valériens. Ces derniers peuvent constituer une difficulté au cathétérisme de la voie biliaire principale (VBP) et sont plus fréquents en cas de lithiasie biliaire associée.

L'objectif de notre travail est de calculer la prévalence des diverticules juxta-papillaire (DJP) chez les patients présentant une lithiasie de la VBP et évaluer leur influence sur le taux de succès du cathétérisme de la VBP dans la pathologie lithiasique.

Matériels et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective menée depuis Avril 2004 jusqu'en Avril 2018. Ont été inclus 846 patients ayant bénéficiés d'une CPRE pour lithiasie de la VBP. La présence ou non d'un diverticule juxta-papillaire a été noté. Nous avons comparé le taux de succès du cathétérisme de la voie biliaire principale chez les patients présentant un diverticule juxta-papillaire (groupe I) versus les patients sans papille diverticulaire (groupe II).

Résultats : L'âge moyen des patients était de 58 ± 13 ans, 515 femmes et 331 hommes (sex-ratio H/F : 0,64). Les patients présentant une papille diverticulaire (groupe I) représentaient 9,6 % des patients inclus (81 patients). Le groupe II comportait 765 patients (90,4%). Le taux de succès du cathétérisme de la VBP était de 96,4% dans le groupe I versus 86,5% dans le groupe II (p: 0,007). Le taux global des complications précoces était de 6% dans le groupe II versus 7,4% dans le groupe I (p = 0,12).

Conclusion : La présence d'un DJP semble diminuer de façon significative le taux de succès du cathétérisme de la VBP dans la pathologie lithiasique sans augmenté le risque des complications précoces. Des études prospectives avec de vastes séries restent cependant nécessaires pour confirmer ces résultats.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfgc.org/resumes-2019/000054>

P.47

Drainage biliaire endoscopique dans les cancers bilio-pancréatiques : résultats et facteurs associés à propos de 105 cas

S. Morabit ⁽¹⁾, H. Seddik ⁽¹⁾, F. Bouhamou ⁽¹⁾, S. Mrabti ⁽¹⁾, I. El Koti ⁽¹⁾, S. Sentissi ⁽¹⁾, A. Benkirane ⁽¹⁾

(1) Rabat, MAROC.

Introduction : Le drainage biliaire endoscopique demeure le traitement palliatif de référence dans les sténoses néoplasiques biliaires, chez les patients présentant une contre indication à l'exérèse, notamment du fait de métastases ou d'un stade localement avancé. **L'objectif de notre étude** est de préciser rétrospectivement les résultats de cette technique dans notre formation, ainsi que les différents facteurs associés à son échec ou son succès.

Patients et Méthodes : De janvier 2008 à septembre 2016, 105 patients avec une sténose biliaire d'origine néoplasique ont été inclus dans l'étude. Les patients ont été répartis en 3 groupes : Le groupe "A" pour les patients atteints d'un cholangiocarcinome proximal, le groupe "B" pour les patients atteints d'un cancer du pancréas, le groupe "C" pour les patients atteints d'un calculocancer. Le succès était défini cliniquement par la régression de l'ictère et biologiquement par la baisse de la bilirubinémie. L'analyse statistique a été réalisée par le logiciel SPSS 20.0. Afin d'étudier les facteurs associés au succès du drainage biliaire endoscopique, on s'est basé sur une régression logistique binaire par analyse uni variée et multi variée. Les facteurs étudiés étaient le sexe, l'âge, la présence de métastases et la dilatation endoscopique de la sténose avant la mise en place de la prothèse.

Résultats : L'âge moyen était de 63ans+/-10,3 chez des extrêmes allant de 31 à 93ans et un sexe ratio H/F de 1,3. Le succès global était de 76,2%. L'étude comparative du taux de succès dans les 3 groupes a montré une supériorité du groupe B avec un taux de succès de 84,3%, suivi du groupe C avec un taux de succès de 77,2%, puis du groupe A avec un succès de 62,5%.

En analyse multi variée, et en ajustant les paramètres étudiés (l'âge, le sexe, la présence de métastases et la dilatation endoscopique de la sténose avant la mise en place de la prothèse), seules la présence de métastases et la dilatation endoscopique de la sténose modifiaient le taux de succès. En effet, la présence de métastases multiplie le risque d'échec (OR=8,4, p=0,001, IC95%=[2,4-29,8]), et la dilatation endoscopique de la sténose avant la mise en place de prothèse diminue significativement le taux d'échec (OR=0,05, p=0,0001, IC(95%)=[0,013-0,19]).

Conclusion : Notre étude vient confirmer que le traitement palliatif des sténoses biliaires néoplasiques par drainage endoscopique reste efficace en cas de cancer du pancréas, cependant les résultats sont moins satisfaisants en cas de calculocancer et de cholangiocarcinome.

La présence de métastases semble être significativement associée à l'échec du drainage biliaire endoscopique, et la dilatation endoscopique avant la mise en place de la prothèse semble être associée à son succès. Une étude complémentaire avec un échantillon plus vaste est indispensable afin de vérifier ces résultats.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfgc.org/resumes-2019/000208>

P.48

Efficacité de la sphinctérotomie endoscopique dans l'empierrement cholédozienS. Lajouad ⁽¹⁾, M. Kadirj ⁽¹⁾, M. Acharki ⁽¹⁾, I. Serraj ⁽¹⁾, M. Saihouh ⁽¹⁾, N. Kabbaj ⁽¹⁾

(1) Rabat, MAROC.

Introduction : La sphinctérotomie endoscopique est une méthode efficace dans la prise en charge de la lithiase de la voie biliaire principale (VBP). **Le but de notre travail** est de déterminer les caractéristiques épidémiologiques, cholangiographiques et la corrélation ; entre la taille la nature des calculs et l'abord thérapeutique. Ainsi que les résultats du traitement endoscopique de la lithiase de la VBP.

Matériels et méthodes : Durant une période allant du Janvier 2013 à juillet 2018 tous les patients présentant un empierrement cholédozien ou une lithiase de la VBP supérieure à 2 cm et ayant bénéficié d'une CPRE thérapeutique ont été colligées.

Résultats : Parmi les 503 patients ayant bénéficiés d'une CPRE, 302 patients (74.9%) étaient adressés pour prise en charge endoscopique d'une LVBP dont 101 présentaient un empierrement cholédozien et/ou un gros calcul supérieur à 2 cm grand axe soit (33.4%), dont 10 compliqués d'angiocholites et 7 de pancréatite. On note une prédominance féminine (67,8% femmes- 32,2% hommes) avec un sexe ratio à 2.3 et avec un âge moyen de 65ans (35-95ans). 49.3% des patients étaient cholangiectomisés. La taille des calculs variait entre 20 et 50mm (supérieure à 3cm dans 22% des cas). L'aspect des calculs était dans 79% des cas brun jaunâtre de type (cholestérolique ou mixte), 21% avait des calculs noirâtre pigmentaire ne dépassant jamais 1cm dans notre série, souvent multiples. Une sphinctérotomie était réalisée et l'évacuation des calculs se faisait au Dormia dans 72,7% des cas, au ballonnet dans 17% des cas, et avec les deux dans 10,4 % des cas. Une sphinctéroclase a été réalisée chez 12,5 % des cas, et la précoope a été réalisée chez 10 % des cas. La lithotritie mécanique était réalisée chez 15 patients (17 %) qui appartenait au groupe de patients ayant de gros calculs brun jaunâtre. 5 patients ont eu un traitement combiné : une cholangiectomie coelioscopique avec extraction endoscopique de la lithiase de la voie biliaire principale au même temps opératoire. Le succès du traitement endoscopique, défini par une vacuité complète de la VBP en fin de procédure, était obtenu chez 90,1% des cas : 81 patients (80,2%) au cours de la première séance, 10 patients (9,9%) après une reprise de CPRE. Les 10 patients (9,9%) chez qui il y avait un échec d'évacuation des calculs, sont tous du groupe calcul brun jaunâtre dont 6 d'entre eux avaient bénéficié d'une pose de prothèse plastique (6,8%) et 4 malades ont été proposés pour la chirurgie (4,5%).

Des complications ont été notées chez (7,8%) des malades : 4,9% des cas (5 cas) de pancréatite, 3 cas d'hémorragie soit 2,9%. La durée moyenne de la procédure est de 55 min. Et la durée moyenne de l'hospitalisation était de 24h.

Discussion : Dans notre étude, le traitement endoscopique a permis d'obtenir une clairance de la VBP dans 90,1% des cas, avec un taux de complications, et une durée d'hospitalisation nettement inférieurs à la chirurgie.

Conclusion : La sphinctérotomie endoscopique présente actuellement le traitement de référence dans la prise en charge des gros calculs ou des empierresments de la VBP.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000835>

P.49

Les indications rares cathétérisme pancréatique thérapeutique nécessitant un accès endoscopique par la papille accessoireC. Jung ⁽¹⁾, S. Leblanc ⁽¹⁾, B. Bordacahar ⁽¹⁾, B. Brieau ⁽¹⁾, M. Barret ⁽¹⁾, J.C. Duchmann ⁽²⁾, A. Berson ⁽¹⁾, C. Praticco ⁽³⁾, S. Chaussade ⁽¹⁾, F. Prat ⁽¹⁾

(1) Paris ; (2) Compiègne ; (3) Bobigny.

Introduction : Le cathétérisme pancréatique thérapeutique à travers la papille accessoire est une occasion rare. Néanmoins, une canulation de la papille mineure peut être nécessaire dans le contexte d'un pancreas divisum ou d'un Wirsung non franchissable comme au cours de certaines pancréatites chroniques calcifiantes. Nous avons voulu évaluer rétrospectivement l'efficacité et la sécurité du cathétérisme de la papille accessoire dans des situations rares de maladies pancréatiques.

Patients et Méthodes : Entre le 01/01/2010 et le 01/10/2018, les patients ayant eu une CPRE thérapeutique via la papille accessoire ont été identifiés et rétrospectivement analysés à partir de notre base de données. La nécessité du cathétérisme, le nombre de reprises, la technique endoscopique et le taux du succès ainsi les causes d'échec primaire de la papille principale ont été évalués. Le cathétérisme de la papille accessoire pour pancréatites chroniques calcifiantes étant décrit dans la littérature, notre attention s'est portée sur les événements les plus rares.

Résultats : 20 patients ont bénéficié d'un cathétérisme de la papille accessoire pour mise en place de prothèse pancréatique. Chez 16 patients, une pancréatite chronique compliquée, dont 4 avec un pancréas divisum, a empêché un accès par la papille principale. Dans six autres cas (4 femmes, 2 hommes, âge moyen 57,6 ans), un cathétérisme de la papille accessoire était nécessaire pour drainer des fistules/collections après chirurgie pancréatique (n=3), pour calibrer un canal accessoire dans le contexte d'un pancréas divisum (n=2) et pour calibrer une sténose cicatricielle pancréatique post-réssection de „polype“ du genu supérieur causant des pancréatites à répétition (n=1). Chez 5 des 6 derniers patients, un pancréas divisum était présent et l'accès à travers la papille mineure était possible. Chez un patient, l'abord était obtenu par ponction transbulbaire échoguidée du canal dorsal vu l'échec primaire d'accès de la papille accessoire occluse. Chez 5/6 patients, une sphinctérotomie de la papille accessoire était réalisée. Une moyenne de 1,7 changements de prothèse pancréatique étaient effectués avant régression de la symptomatologie et l'obtention d'un bon calibrage. Chez 2 patients, une kystogastrostomie était réalisée pour drainage de collection rétrogastrique. Les prothèses utilisées étaient de type Geenen 7 à 8,5Fr, 10-12cm. Un hématome duodénal, une pancréatite post CPRE modérée et une récidive de pancréatite après ablation du drain nécessitant une nouvelle prothèse ont été observés dans les suites.

Conclusion : Malgré une possible sous-estimation du nombre de cas due au caractère rétrospectif de l'étude, le cathétérisme de la papille accessoire reste un événement rare dans le quotidien de la CPRE même dans les centres tertiaires. Cette technique est parfois la seule possibilité d'accès au canal principal dans des cas où la CPRE peut apporter un bénéfice, et spécialement dans le contexte d'un pancréas divisum.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000766>

P.50

Risque de pancréatite aiguë post-CPRE après traitement des sténoses biliaires par prothèses métalliques auto-expansibles entièrement couvertes

R. Delcenserie ⁽¹⁾, E. Alqattan ⁽¹⁾, S. Hakim ⁽¹⁾, H. Thiebault ⁽¹⁾, F. Brazier ⁽¹⁾, T. Yzet ⁽¹⁾, C. Yzet ⁽¹⁾, J.P. Le Mouel ⁽¹⁾

(1) Amiens.

Introduction : L'augmentation du risque de pancréatite post-CPRE après la pose de prothèse biliaire métallique auto-expansibles entièrement couverte (FCSEMS) reste débattue. L'objectif de cette étude était de comparer les taux de pancréatites post-CPRE chez les patients traités pour une sténose biliaire par FCSEMS et par prothèses plastiques (PP).

Patients et Méthodes : Tous les patients traités pour une sténose biliaire bénigne ou maligne par FCSEMS ou par PP dans notre centre entre septembre 2016 et juin 2018 étaient inclus. Les variables cliniques et endoscopiques étaient recueillies rétrospectivement.

Résultats : Cent-cinquante-six patients ont été inclus (FCSEMS, n=100 et PP, n=56). Les sténoses sur pancréatites chroniques calcifiantes étaient plus fréquentes dans le groupe FCSEMS (19% vs 3.5%, p=0.006), tandis que les sténoses sur cholangiocarcinomes (12% vs 32.1%, p=0.003) étaient plus fréquentes dans le groupe PS. Le taux de pancréatite post-CPRE était significativement plus important dans le groupe FCSEMS (13% vs 0%, p=0.004). L'administration d'indométacine intra-rectale, la pose d'une prothèse pancréatique et la pancréatite chronique calcifiante étaient significativement associés à une diminution du risque de pancréatite post-CPRE.

Conclusion : Dans cette étude rétrospective, le taux de pancréatite post-CPRE était significativement plus fréquent avec l'utilisation d'une FCSEMS qu'avec la pose de PP.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000925>

P.51

Evaluation des valeurs de produit dose surface délivrés lors des examens endoscopiques sous contrôle radiologique

C. Lefort ⁽¹⁾, B. Napoléon ⁽¹⁾, R. Gincul ⁽¹⁾, F. Fumex ⁽¹⁾, V. Lepilliez ⁽¹⁾

(1) Lyon.

Introduction : L'optimisation des doses délivrées pendant les examens endoscopiques sous contrôle radiologique permet de réduire les doses reçues par le patient et le personnel exposé. Les référentiels sont actuellement peu nombreux et souvent anciens, souvent antérieurs aux recommandations publiées pour diminuer les doses délivrées. L'objectif principal de ce travail est d'évaluer les valeurs de notre centre, les comparer aux référentiels existants, et proposer une réévaluation après application des mesures apprises lors de la formation à la radioprotection (juin 2018).

Patients et Méthodes : 167 examens ont été évalués sur une scopie A et 89 sur une scopie B.

5 opérateurs ont participé à la réalisation de ces actes, dont 2 indifféremment sur les deux appareils de scopie, 1 opérateur travaillant préférentiellement en salle A et 2 opérateurs en salle B.

L'évaluation des produits dose surface a été réalisée de manière rétrospective sur des examens réalisés entre octobre 2016 et juin 2018, de façon aléatoire.

Résultats : Les produits dose surface (PDS) ont été globalement inférieurs aux référentiels publiés jusqu'à maintenant avec pour les cathétérismes biliopancréatiques des doses de 21 et 14 Gy (212 patients respectivement 78 avec la scopie B et 134 avec la scopie A). cm2, contre des estimations de PDS de référence estimés pour les référentiels britannique et danois de 20 et 50 Gy.cm2 pour les cathétérismes diagnostique et thérapeutique respectivement (cathétérismes quasi exclusivement thérapeutique dans notre activité). Les autres actes réalisés sous scopie correspondaient à des prothèses digestives, kystogastrostomie, etc ont nécessité des doses inférieure en moyenne à 10 Gy.cm2.

Discussion : Cette évaluation rétrospective avait pour objectif d'évaluer nos pratiques avant mise à jour de notre formation à la radioprotection.

Une réévaluation est prévue fin 2018 afin de comparer ces résultats avec les résultats antérieurs à la formation.

Si une optimisation des doses peut être attendue de cette formation, la différence de PDS entre les deux scopies doit faire discuter d'une amélioration des réglages de la scopie B (plus ancienne que la scopie A).

Conclusion : Notre évaluation réalisée de manière rétrospective a permis de vérifier que nos pratiques sont conformes aux recommandations européennes de l'ESGE en terme de dosimétrie.

La différence entre les deux scopies doit faire discuter et évaluer le réglage de l'appareil de scopie présentant le plus fort rayonnement (appareil plus ancien), et évaluer les pratiques des opérateurs travaillant préférentiellement sur cet appareil.

Références Bibliographiques : Radiation protection in digestive endoscopy: ESGE guidelines. Dumonceau et al. Endoscopy 2012; 44: 408-424.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/001123>

P.52

Hépatocystostomie comme accès au calibrage des sténoses biliaires bénignes en cas de papille non accessible par voie endoscopique rétrograde

M. Pizzicannella ⁽¹⁾, F. Caillol ⁽²⁾, J.P. Ratone ⁽²⁾, E. Bories ⁽²⁾, C. Pesenti ⁽²⁾, J. Winkler ⁽²⁾, A. Debourdeau ⁽³⁾, C. Decoster ⁽²⁾, M. Giovannini ⁽²⁾
(1) Rome, ITALIE ; (2) Marseille ; (3) Montpellier.

Introduction : Le traitement endoscopique des sténoses bénignes sur anastomoses hépatico-jéjunales se fait classiquement par voie percutanée. Récemment l'accès aux voies biliaires par hépatocystostomie (EUS-HGS) a été décrit dans la pathologie lithiasique (1) et comme moyen de calibrage dans ces sténoses anastomotiques (2). Cependant peu de données restent disponibles sur la possibilité de traitement de ces sténoses anastomotiques par EUS-HGS.

Patients et Méthodes : Etude retrospective d'1 registre prospectif de tous les patients ayant eu une EUS-HGS pour sténose bénigne biliaire sans possibilité d'accès rétrograde à la papille de mai 2016 à août 2018. Le 1^{er} temps endoscopique était la mise en place d'une EUS-HGS avec une prothèse biliaire couverte de 8cm. Au cours de cette procédure si le fil guide franchissait la sténose biliaire une prothèse plastique double queue de cochon (7Fr, 15 cm) était mise en place au travers de la sténose biliaire avec issue dans la cavité gastrique. Sinon une prothèse double queue de cochon plastique (7Fr, 7cm) était mise en place au sein de la prothèse métallique avec un pôle distal dans les voies biliaires intra-hépatiques et un pôle proximal dans la cavité gastrique. Le second temps endoscopique à 1 mois consistait au retrait de la prothèse métallique et mise en place de 2 prothèses double queues de cochon (7Fr, 10cm) ou au changement de celle-ci en cas de pose préalable. Un changement systématique était alors prévu à 3 mois.

L'objectif principal était le succès technique de mise en place de la prothèse métallique et la possibilité de mise en place de prothèses plastique double queue de cochon de calibrage.

Résultats : 13 patients ont eu une tentative d'EUS-HGS (6 hommes, âge moyen= 61ans) pour sténose biliaire bénigne. 12 patients avaient une anastomose hépatico-jéjunale, 1 patients une sténose de la voie biliaire principale avec sténose duodénale infranchissable sur PCC et contre-indication opératoire en raison d'une HTP sévère. Tous les patients présentaient une angiocholite avant la mise en place de l'EUS-HGS.

L'EUS-HGS a pu être mise en place dans 12 cas (92%). Des prothèses biliaires trans sténotique ont pu être mise en place chez 11/13 patients (85%). Un patient a dû être traité par voie per-cutané suite à 2 échecs consécutifs de franchissement de la sténose biliaire.

Dans les suites le patient présentant une sténose sur PCC a présenté une cholecystite avec choc septique amenant un changement de thérapeutique et une reprise per-cutané. Un autre patient a présentait secondairement une sténose ischémique des voies biliaires droite exigeant un drainage des voies droites par voie per-cutanée.

9/13 (70%) patients ont pu poursuivre le traitement par prothèses plastiques trans gastriques. Le nombre maximum de prothèse plastiques était de 3. Le temps moyen entre chaque changement était de 3.4 mois. La rémission des angiocholites à répétition hors complication a été visualisée chez tous ces patients.

Un patient a présentait une hémorragie sur le trajet d'hépatico-gastrique à 1 mois de la mise en place de l'EUS-HGS et nécessitant une hémostase endoscopique. 2 patients ont présentait une angiocholite sur migration de la prothèse métallique traités endoscopique par l'ajout dans un cas d'une seconde prothèse métallique, par le remplacement plus précoce par prothèses plastiques de la prothèse métallique dans l'autre cas.

8 patients sont en cours de traitement avec un traitement moyen de 14 mois (2-28). 6 patients sont en traitement depuis plus d'un an et refusent le retrait des prothèses plastiques à ce jour du fait de l'amélioration de leur qualité de vie. Un patient a pu finir son traitement sans récidive à 1 an.

Conclusion : La prise en charge des sténoses biliaires par EUS-HGS et placement de prothèses plastique transgastrique est faisable et permet la regression des angiocholites à répétitions dans notre expérience dans 70% des cas. Un suivi à long terme est cependant nécessaire.

Références Bibliographiques : Miranda-Garcia P, Gonzalez JM, Tellechea JI, et al. EUS hepaticogastrotomy for bilioenteric anastomotic strictures: a permanent access for repeated ambulatory dilation? Results from a pilot study. Endosc int Open. 2016;4(4):E461-E465
Iwhashita T, Nakai Y, Hara K, et al. Endoscopic ultrasound-guided anterograde treatment of bile duct stone in patients with surgically altered anatomy: a multi center retrospective study. J Hepatobiliary Pancreat Sci. 2016;23:227-233

Pour consulter ce résumé en ligne :
<https://www.snfge.org/resumes-2019/000755>

P.53

Efficacité et tolérance du traitement des sténoses biliaires malignes par technique du rendez-vous percutanée après échec de CPRE

C. Yzet ⁽¹⁾, C. Chivot ⁽¹⁾, T. Yzet ⁽¹⁾, F. Brazier ⁽¹⁾, S. Hakim ⁽¹⁾, H. Thiebault ⁽¹⁾, J.P. Le Mouel ⁽¹⁾, M. Fumery ⁽¹⁾, E. Nguyen-Khac ⁽¹⁾, R. Delcenserie ⁽¹⁾
(1) Amiens.

Introduction : Le drainage des voies biliaires en cas de sténose néoplasique est justifié en cas d'angiocholite, de prurit sévère, de bilirubinémie > à 150 µmol/l ou de traitement palliatif. La technique de référence est la CPRE avec stenting biliaire. Dans 5 à 10 % des cas le drainage biliaire par CPRE se solde par un échec. **L'objectif de notre étude** est d'évaluer le taux de succès et de complication de la technique du rendez-vous percutanée (RVPC) en cas d'échec de CPRE.

Patients et Méthodes : Tous les patients avec sténose biliaire tumorale en échec de CPRE entre juillet 2014 à juillet 2017 ont été identifiés à partir d'une base de données prospective. Les données démographiques, cliniques, et radiologiques étaient recueillis de manière rétrospective. L'objectif principal était d'évaluer le taux de succès de la technique, défini par une diminution d'au moins 20 % du taux de bilirubine à 7 jours du drainage.

Résultats : 76 RVPC ont été réalisés dont 40 (53%) effectués dans le même temps que la première CPRE, par un total de 4 endoscopistes et 2 radiologues. L'âge médian des patients était de 72 ans (IQR: 62-79). La majorité des patients (n=48, 63%) présentaient une sténose sur adénocarcinome pancréatique. L'échec de la CPRE était lié à un échec de montée sélective dans la voie biliaire principale (50%), à une sténose duodénale (29%), à une papille tumorale (16%), ou à une papille para- ou intra-diverticulaire (5%). Le délai médian de suivi après RVPC était de 23 jours (IQR: 7-82). La durée moyenne du geste était de 79 minutes (IQR 57-100). Un succès technique était observé chez 93,4% (n=71) des patients. La mise en place d'un drain biliaire externe était nécessaire chez 6,5% (n=5) des patients avec un délai moyen d'ablation de celui-ci de 2,6 jours (IQR: 0,75-3). Le taux de complication à 30 jours était de 22,4 % : sepsis biliaires (n=8), 4 perforations duodénales après pose de prothèse duodénale avec dilatation (n=4), pancréatites aiguës (n=2), hémorragies papillaires (n=2), et 1 hématome intra-hépatique post ablation de drain biliaire. Trois décès (4%) étaient observés : péritonite post-perforation duodénale (n=1), choc septique biliaire (n=2). La voie d'abord percutanée (échographie/scopie, gauche/droite) ou la prise d'un antiagrégant plaquettaire n'entraînaient pas de sur-risque de complication.

Conclusion : Dans cette large série de drainage biliaire par technique du rendez-vous, un succès technique était observé chez 93% des patients. La majorité des complications était imputable à la CPRE première.

Pour consulter ce résumé en ligne :
<https://www.snfge.org/resumes-2019/000817>

P.54

Evaluation d'une nouvelle prothèse biliaire métallique de 12mm de diamètre : une étude cas-témoins

C. Decoster ⁽¹⁾, M. Pizzicannella ⁽²⁾, F. Caillol ⁽¹⁾, C. Zemmour ⁽¹⁾, J. Winkler ⁽¹⁾, A. Debourdeau ⁽³⁾, J.P. Ratone ⁽¹⁾, C. Pesenti ⁽¹⁾, E. Bories ⁽¹⁾, M. Giovannini ⁽¹⁾

(1) Marseille ; (2) Rome, ITALIE ; (3) Montpellier.

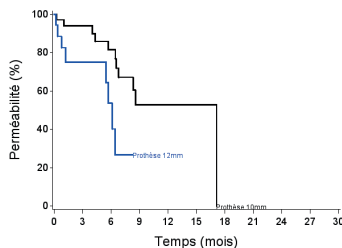
Introduction : La mise en place d'une prothèse biliaire permet le drainage des voies biliaires de façon palliative ou préopératoire en cas de sténose maligne des voies biliaires, et un calibrage biliaire en cas de sténose bénigne. Actuellement, le calibre de ces prothèses est par accord d'expert de 10mm pour les prothèses métalliques (1). Depuis 2017, des prothèses d'un calibre supérieur ont été mises sur le marché en France et sont agréées pour le drainage biliaire des sténoses biliaires bénignes et malignes. Ces nouvelles prothèses de 12 mm de diamètre pourraient diminuer le risque d'obstruction biliaire et donc augmenter la durée de vie des prothèses. **L'objectif de notre étude** était d'évaluer si la perméabilité des prothèses de 12 mm de diamètre était meilleure qu'une prothèse classique de 10 mm couverte ou non couverte selon l'indication.

Matériels et méthodes : De Avril 2017 à Avril 2018, deux patients par mois présentant des sténoses biliaires d'étiologie bénigne ou maligne ont été traités par mise en place d'une prothèse biliaire métallique, couverte ou non couverte, de 12mm de diamètre (longueur 4 ou 6 cm). Ces patients ont ensuite été appariés avec des patients « témoins » ayant bénéficié de la mise en place d'une prothèse biliaire métallique de 10mm de diamètre sur l'âge, la pathologie responsable de la sténose biliaire (bénigne ou maligne) et le type de stent (couvert/non couvert). Le critère de jugement principal était le délai avant obstruction de la prothèse. Nous avons aussi évalué le taux de succès technique et les complications dans le mois suivant la pose.

Résultats : De Avril 2017 à Avril 2018 nous avons inclus 24 patients dans le groupe des prothèses de 12mm (sex ratio 1,8/1 ; âge moyen 71 ans) et 48 patients dans le groupe contrôle (sex ratio 1,6/1 ; âge moyen 68,8 ans). Dans chaque groupe, 75% des patients avaient été traités pour une sténose maligne, principalement secondaire à un adénocarcinome pancréatique. Il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre les deux groupes en ce qui concerne le sexe, l'indice de Karnofsky, la pathologie responsable de la sténose et le taux de bilirubine totale au moment de la pose de la prothèse. La durée médiane de suivi était de 7,49 mois dans le groupe 12mm contre 8,8 mois dans le groupe 10mm (p=0,04). Le taux de succès technique était de 95,8% et 100% dans les groupes 12 et 10 mm respectivement. Le seul échec était dû à un dysfonctionnement d'une prothèse lors de la pose nécessitant son remplacement immédiat. Le délai médian avant la pose d'une nouvelle prothèse était de 5,9 mois dans le groupe 12mm vs. 8,3 mois dans le groupe 12mm (p=0,27). Dans le sous-groupe des patients présentant une sténose maligne la récurrence de l'obstruction biliaire survenait après 6,1 mois et 17,1 mois dans les groupes 12 et 10 mm respectivement (p=0,05). Le taux de complications le mois suivant la pose de la prothèse biliaire était de 25% (n=6/24) dans le groupe 12mm et 2% (n=1/48) dans le groupe témoins sans différence significative entre les groupes. Dans le groupe 12mm, il y a eu deux complications de grade II, une de grade IIIa et trois complications de grade V selon la classification Dindo-Clavien. La seule complication dans le groupe 10mm était de grade II (pancréatite aiguë). Lorsqu'un nouveau drainage biliaire était nécessaire celui-ci a été fait par voie endoscopique dans 100% des cas pour les deux groupes.

Conclusion : Pour conclure, cette étude cas-témoins ne montre pas de meilleure perméabilité des prothèses biliaires métalliques de 12 mm de diamètre. Ce résultat semble vrai quel que soit l'étiologie de la sténose biliaire et particulièrement dans le groupe des sténoses d'origine maligne. La pose de prothèses 12mm dans les sténoses bénignes doit être mieux évaluée. De nouvelles études prospectives doivent être menées pour s'assurer de l'efficacité et de la sécurité de ces prothèses.

Durée de perméabilité (survie sans changement de prothèse) - Statut malin - Type de prothèse



Prothèse 10mm	36	26	19	6	4	2	0	0	0	0
Prothèse 12mm	18	8	4	0	0	0	0	0	0	0

Pour consulter ce résumé en ligne :
<https://www.snfge.org/resumes-2019/000692>

P.55

Double sténose tumorale biliaire et duodénale concomitante : influence du timing et des modalités de drainage endoscopique sur le pronostic

A. Debourdeau ⁽¹⁾, F. Caillol ⁽²⁾, J.P. Ratone ⁽²⁾, J. Winkler ⁽²⁾, C. Decoster ⁽²⁾, C. Pesenti ⁽²⁾, E. Bories ⁽²⁾, M. Giovannini ⁽²⁾

(1) Montpellier ; (2) Marseille.

Introduction : L'association d'une sténose duodénale et biliaire néoplasique est une situation problématique rendant la prise en charge endoscopique compliquée avec un accès biliaire plus difficile et la nécessité de réaliser deux procédures : biliaire et duodénale. Le but de cette étude est d'analyser les facteurs qui influencent l'évolution après double drainage endoscopique des patients présentant une sténose bilio-duodénale concomitante.

Matériels et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective monocentrique. Les patients ont été inclus s'ils présentaient une obstruction néoplasique bilio-duodénale concomitante et s'ils étaient naïfs de procédure endoscopique à la prise en charge et s'ils avaient bénéficié d'une prise en charge endoscopique associant un drainage biliaire à un stenting duodénal dans un intervalle inférieur ou égal à 7 jours.

Le stenting duodénal était fait par voie endoscopique par la pose d'un stent gastroduodénal non couvert. Le drainage biliaire était fait par pose d'une prothèse biliaire métallique définitive soit par CPRE, par hépatocystostomie (EUS-HG), par cholédochoduodénostomie ou par voie percutanée transhépatique radiologique.

Le critère de jugement principal était la durée d'hospitalisation nécessaire pour le double drainage. Les critères de jugement secondaires étaient : le taux de reprise endoscopique biliaire et duodénale, le taux de complications post opératoire selon la classification de Dindo-Clavien, le taux de complication biliaire, duodénale et la survie globale.

Les patients étaient séparés en différents groupes pour analyses statistiques. Premièrement selon le timing de drainage biliaire : drainage combiné si la procédure avait eu lieu le même jour VS drainage différé si les deux procédures avaient eu lieu à des jours différents. Et enfin selon le mode de drainage biliaire employé : EUS-HG VS autre mode de drainage.

Résultats : Du 01.01.2011 au 31.12.2017, 31 patients ont été inclus (19 femmes, 12 hommes). L'âge moyen était de 66 ans. L'obstruction était liée à un cancer du pancréas pour 17 patients (54%), colorectal pour 4 (12,9%), du sein pour 3 (9,7%), vésiculaire pour 3 (9,7%), 1 patient avait un adénocarcinome duodénal, 1 un sarcome utérin, 1 un cancer ovarien et 1 un adénocarcinome gastrique. Au moment de la prise en charge endoscopique, les patients avaient un indice de Karnofsky moyen de 72%, un score OMS moyen de 2, et la bilirubine préopératoire moyenne était de 143µmol/L.

16 (52%) patients ont eu un drainage biliaire et duodénal combiné, 15 (48%) ont eu deux procédures différées.

Le drainage biliaire a été fait par EUS-HG pour 11 (35%) patients, par voie radiologique pour 11 (35%) patients, par CPRE pour 8 patients (26%) et par cholédochoduodénostomie pour 1 patient.

30 patients sur 31 sont décédés au cours du suivi. La survie médiane était de 76 jours (moyenne 152 jours +/-206).

Comparé au drainage différé, les patients ayant eu un drainage combiné avaient un temps d'hospitalisation significativement plus court que pour les procédures différées (8 jours VS 16 jours p=0,01). Le groupe drainage combiné avait un taux de complication biliaire moins important (33% VS 67% ; p=0,049) et un taux plus faible de complications post opératoire nécessitant une reprise endoscopique selon la classification de Dindo-Clavien (30,8% VS 69% p=0,048).

Comparé aux autres modes de drainage biliaire, le groupe drainé par EUS-HG présentait un taux plus faible de complications biliaires (13% VS 87% p=0,01) ainsi qu'un taux plus faible de complications post opératoire nécessitant une reprise selon la classification de Dindo-Clavien (15% VS 85% p=0,047). Le taux de reprise endoscopique biliaire tendait à être plus faible dans le groupe EUS-HG (1/11 patients : 9% VS 6/20 patients 30% p=0,18).

Conclusion : En cas de d'obstruction bilio-duodénale tumorale, le double drainage en un temps est associé à une durée d'hospitalisation réduite par deux et à un profil de tolérance meilleur. La réduction de la durée d'hospitalisation de 8 jours est un gain significatif chez ces patients dont la survie médiane est de 76 jours.

La voie de drainage biliaire par EUS-HG est associée à un meilleur profil de tolérance et moins de complications biliaires. Ceci pourrait être expliqué par le fait que, contrairement aux autres modes de drainage, la prothèse biliaire soit placée à distance de ces tumeurs agressives avec compression locorégionale majeure, évitant les obstructions de prothèses par progression tumorale.

CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION		
Sexe		
Femme	19	61%
Homme	12	39%
Age moyen	66	[29-88]
Karnofsky	72%	
Score OMS		
0	1	3%
1	9	29%
2	10	32%
3	11	36%
Diagnostic		
ADK pancréatique	17	55%
Cancer Colorectal M+	4	13%
Cancer du sein M+	3	10%
ADK vésicule biliaire	3	10%
ADK duodénal	1	3%
ADK gastrique	1	3%
Carcinome ovarien	1	3%
Sarcome utérin	1	3%
Maladie au stade M+		
No	7	23%
Yes	24	77%
Ascite		
No	27	87%
Yes	4	13%

RÉSULTATS

	TIMING DRAINAGE			MODE DE DRAINAGE BILIAIRE		
	Population	Drainage différé (n=15)	Drainage concomitant (n=16)	Autre drainage biliaire (n=20)	EUS-HG (n=11)	p
Durée d'hospitalisation moyenne (jours)	12 jours	16 jours	8 jours	0.01	12 jours	0.61
Dimension de la bilioduodé à un mois (%)	65%	68%	62%	0.61	61%	70%
Complications biliaires	n = 15	10 66,7%	5 33,3%	0.049	13 86,7%	2 13,3%
Reprise biliaire	n = 7	5 30%	2 12,5%	0.17	6 30%	1 9%
Complications duodénales	n = 5	4 80,0%	1 20,0%	0.12	4 80,0%	1 20,0%
Reprise duodénale	n = 10	4 40%	6 27%	0.44	6 30%	4 40%
Complications post opératoires précoces (≤30)	n = 15	9 60,0%	6 40,0%	0.21	11 73,3%	4 26,7%
Risque en réadmission	n = 3	2 66,7%	1 33,3%	0.51	2 66,7%	1 33,3%
Complications bilio-pancréatiques significatives (≥grade II)	n = 13	9 69,2%	4 30,8%	0.048	11 84,6%	2 15,4%
Complication modérée à sévère (Classification ASGE)	n = 16	10 62,5%	6 37,5%	0.10	12 75,0%	4 25,0%
Chimiothérapie après drainage	n = 15	9 60,0%	6 40,0%	0.21	11 73,3%	4 26,7%

Pour consulter ce résumé en ligne :
<https://www.snfge.org/resumes-2019/000111>

P.56

L'ampullectomie endoscopique peut-elle être curative pour les cancers ampullaires ? Résultats d'une étude rétrospective monocentrique

A. Moullec ⁽¹⁾, E. Bories ⁽¹⁾, J.P. Ratone ⁽¹⁾, F. Caillol ⁽¹⁾, C. Pesenti ⁽¹⁾, C. Cador ⁽¹⁾, F. Poizat ⁽¹⁾, M. Giovannini ⁽¹⁾

(1) Marseille.

Introduction : Le traitement des carcinomes ampullaires est basé sur la duodéno pancréatectomie (DPC). Cependant, en l'absence de facteurs de pronostic défavorables (invasion sous-muqueuse, embolies lymphatiques (LV), budding ou Tumeurs peu différenciées), le risque de métastases ganglionnaires est faible, justifiant une résection locale endoscopique. Toutefois, les données sur la performance de l'ampullectomie endoscopique dans le traitement du cancer de l'ampoule demeurent limitées. Le but de cette étude rétrospective monocentrique était d'évaluer le taux de résection endoscopique curative du carcinome ampillaire.

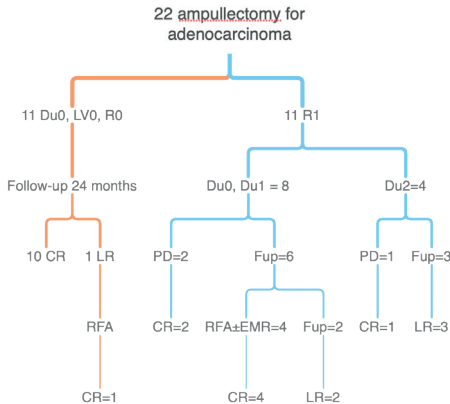
Patients et Méthodes : Nous avons inclus tous les patients consécutifs présentant un carcinome ampillaire traité par résection endoscopique (RE) entre janvier 2006 et septembre 2017 dans notre service. Les données ont été extraites rétrospectivement d'une base de données médicale électronique. L'échoendoscopie a été réalisée avant la résection pour exclure les lésions T2 ou N+. L'ampullectomie endoscopique (AE) a été réalisée selon la technique publiée précédemment. La prévention de la pancréatite aiguë (PA) a été obtenue par la pose d'une endoprothèse pancréatique 5 Fr, et depuis 8 ans, en combinaison avec l'indométhacine rectale. L'invasion tumorale a été classée selon la classification japonaise : Du0 a été défini comme une invasion limitée à la muqueuse ou au sphincter duodénal d'Oddi, Du1 à la sous-muqueuse, Du2 à la muscularis propria. Une chirurgie complémentaire a été proposée en cas d'invasion sous-muqueuse, de cancer peu différencié, de résection R1 ou d'envahissement lympho-vasculaire (LV+). Dans les autres cas, un suivi clinique et endoscopique a été recommandé.

Résultats : Au cours de la période d'étude, 153 AE ont été réalisées dont 29 carcinomes (7 tumeurs neuroendocrines, 22 adénocarcinomes). Vingt-deux patients (16 hommes) ont été traités par endoscopie pour 22 adénocarcinomes ampullaires. Le diamètre moyen était de 20 mm (7-30 mm). Toutes les lésions, sauf une liée à une polyposse adénomateuse familiale, étaient sporadiques. La résection monobloc a été réalisée dans 77 % des cas. Un stent pancréatique prophylactique a été inséré dans 72 % des cas (pancréas divisum = 2, échec d'insertion = 4). La morbidité était de 18 % (saignement retardé = 3, PA grave = 1). Aucun décès lié à l'intervention n'a été observé.

L'examen histopathologique a montré un carcinome bien ou modérément différencié dans 45% et 13% respectivement. Un LV et le budding ont été observés respectivement dans 9% (n=2) et 4,5% (n=1). Le sous-type pathologique a été classé en sous-types intestinaux et bilio pancréatiques respectivement dans 15 (68%) et 5 (23%) cas, 2 (9%) étant inclassables. Les marges profondes microscopiques étaient positives dans 50% des cas. Les carcinomes ont été classés Du0, Du1 et Du2 respectivement dans 20 (91%), 1 (4,5%) et 1 (4,5%). Onze patients ayant subi une résection R0 de cancers Du0 sans invasion lymphovasculaire ont été suivis en moyenne pendant 24 mois, avec une seule récurrence locale. Cette recrudescence dans la dysplasie de bas grade a été traitée avec succès par radiofréquence endobiliaire. Onze résections présentaient des marges profondes positives (Du0=9, Du1=1, Du2=1). Parmi ces 11 patients, 3 patients étaient pris en charge chirurgicalement par DPC (pT0N0=1, pT1N0=1, pT0N1=1) et 8 patients ont été suivis. Parmi ces patients, 5 présentaient une récurrence locale qui a été traitée par chirurgie (n=1), chimiothérapie (n=1), radiofréquence (n=1) ou soins de support (n=2). Le taux de récurrence locale après résection endoscopique de l'adénocarcinome Du0 avec marges profondes négatives (R0) était de 9% (n=1).

Conclusion : le traitement endoscopique a été curatif dans 64% des cas en intention de traiter mais dans 100% des cas pour les lésions Du0 R0. L'AE peut donc être considéré comme un traitement curatif pour les cancers qui

n'envahissent pas au-delà du sphincter oddi. Cette technique permet d'éviter la chirurgie dans près de 60% des cas. Une marge profonde positive est associée à un risque plus élevé de récurrence locale, justifiant une chirurgie complémentaire systématique.



Pour consulter ce résumé en ligne :
<https://www.snfge.org/resumes-2019/000877>

P.57

Réssection des lésions appendiculaires par voie endoscopique : résultats en fonction de l'extension dans l'appendice et de la technique choisie

B. Oung ⁽¹⁾, A. Lupu ⁽¹⁾, J. Rivory ⁽¹⁾, J. Jacques ⁽²⁾, R. Legros ⁽²⁾, M. Pioche ⁽¹⁾

(1) Lyon ; (2) Limoges.

Introduction : La Dissection Sous Muqueuse (DSM) des lésions appendiculaires reste un défi même pour les endoscopistes experts, en raison de la difficulté d'évaluer l'extension intra-appendiculaire et du risque élevé de perforation et d'appendicite aiguë (1). Une seule étude japonaise a montré la faisabilité et la sécurité de DSM pour des lésions à proximité de l'appendice (2) mais aucune résection ne concernait les lésions avec extension profonde dans l'appendice (type 3 de Toyonaga). Nous présentons ici une série de résections, selon différentes modalités, de lésions appendiculaires qui permet l'analyse de l'efficacité et la sécurité.

Matériels et méthodes : Nous avons mené une étude rétrospective bicentrique analysant 20 résections consécutives de lésions superficielles envahissant l'appendice entre 2017 et 2018. Ces lésions étaient classées selon la classification de Toyonaga (2), en excluant les lésions de type 0 qui ne sont pas en contact de l'appendice. Le choix de la technique était décidé selon le degré d'extension de la lésion dans l'appendice et en fonction de l'existence ou non d'un antécédent d'appendicectomie. L'efficacité de la résection était définie par le taux de résection en bloc et de R0 histologique. La morbidité (hémorragie, perforation et appendicite aiguë) et les chirurgies secondaires étaient également étudiées.

Résultats : Un total de 20 patients a été inclus (âge moyen de 68 ans). Six patients étaient appendicectomisés (30%). L'invasion profonde de l'appendice était la plus fréquente avec 17 types 3 (65%), suivi par 6 types 2 (invasion au-delà du collet avec marges visibles, 30%) et 1 type 1 (invasion du collet appendiculaire sans le franchir, 5%). La taille moyenne des lésions était de 31 mm (5-63mm) et la durée moyenne de dissection était de 76 min (20-230min). La DSM avec double clip-traction était la principale technique utilisée (60%). La résection était en bloc dans 90% des cas et le taux de résection R0 de 85%, bien qu'il soit de 100% parmi les 12 lésions pris en charge par DSM avec double clip traction. Dans 1 cas, dont l'appendice était opéré, le système FTRD a été utilisé en combinaison avec la dissection avec clip traction. Dans les 6 cas où l'appendice a été opérée, la résection endoscopique a été possible En Bloc et R0 (100%). En cours de procédure, 9 (45%) perforations ont été diagnostiquées et refermées endoscopiquement dans tous les cas. Dans les suites précoces, trois (3/9, 33.3%) ont été opérés soit pour une appendicite aiguë (1 cas) soit pour une perforation retardée (2 cas dont un avec résection incomplète de la lésion). Aucun décès n'est survenu après ces résections, ni aucune mise en stomie de protection.

Conclusion : Les résections des lésions néoplasiques envahissant l'appendice sont possibles endoscopiquement et même si la morbidité est plus élevée que les résections classiques avec 15% de chirurgies retardées, une large majorité de patients peut être guéri par un geste endoscopique seul permettant une résection de qualité carcinologique.

Pour consulter ce résumé en ligne :
<https://www.snfge.org/resumes-2019/000022>

P.58

Reprise endoscopique de cicatrice pour la prise en charge du cancer colorectal localisé : est-ce une alternative acceptable pour éviter une chirurgie après une première résection en marges microscopiques non saines ? Série de cas monocentrique française

C. Dassetto ⁽¹⁾, J.P. Ratone ⁽¹⁾, E. Bories ⁽¹⁾, F. Caillol ⁽¹⁾, C. Pesenti ⁽¹⁾, C. de Chaisemartin ⁽¹⁾, B. Lelong ⁽¹⁾, H. Meillat ⁽¹⁾, F. Poizat ⁽¹⁾, M. Giovannini ⁽¹⁾

(1) Marseille.

Introduction : La résection endoscopique est habituellement le traitement de première ligne des adénomes et adénocarcinomes colorectaux. En cas d'histologie défavorable : invasion sous-muqueuse > pT1sm1 ou pT1sm1 avec des critères anatopathologiques défavorables (peu différencié, embols vasculaires ou budding grade 2-3) une prise en charge chirurgicale est nécessaire en raison du risque d'envahissement ganglionnaire et cela malgré une résection complète (R0). En cas de résection microscopiquement incomplète (R1), une prise en charge chirurgicale demeure le gold-standard actuel car le risque d'envahissement ganglionnaire est inconnu. Dans l'objectif d'éviter des chirurgies non nécessaires nous avons évalué l'efficacité et la sécurité d'une reprise endoscopique pour compléter la résection chez des patients sélectionnés et en accord avec l'équipe chirurgicale de notre centre. En effet, si pour beaucoup de médecins cette approche paraît être une option thérapeutique acceptable, peu d'études ont été réalisées sur le sujet. La reprise endoscopique est une méthode sûre et efficace (mais moins) après une résection macroscopiquement incomplète (R2) et nous voulions démontrer dans notre série de cas l'intérêt d'une reprise endoscopique de la cicatrice pour des résection R1.

Patients et Méthodes : Entre 2009 et 2018 nous avons inclus rétrospectivement les patients ayant bénéficié d'une seconde résection endoscopique dans notre centre, l'Institut Paoli-Calmettes (Marseille, France), après une résection R1 dans un autre centre. Les patients ayant bénéficié d'une résection macroscopiquement incomplète lors de la première endoscopie ont été exclus. Le critère de jugement principal était le nombre de chirurgies évitées. Les critères de jugement secondaires concernaient les taux de morbidité et de récurrence.

Résultats : Entre 2009 et 2018 nous avons inclus 14 patients (âge moyen 73 ans (64-88), hommes = 8, femmes = 6) qui ont bénéficié d'une reprise endoscopique de leur cicatrice après une première résection R1 pour la prise en charge d'un adénocarcinome colorectal. La reprise endoscopique a consisté en une dissection sous muqueuse chez 6/14 patients (42%), en une mucoséctomie chez 7/14 patients (50%) et en une méthode hybride chez 1/14 patient. 7/14 patients avaient une lésion rectale (50%) et 7/14 patients une lésion colique (50%). 10/14 patients (71%) ont eu une résection monobloc (5 dissection sous-muqueuse et 5 mucoséctomie) et 4/14 ont eut une résection piece-meal (2 dissection sous-muqueuse, 2 mucoséctomie et 1 méthode hybride). Chez 12/14 patients (86%) une chirurgie complémentaire a pu être évitée : chez 8/12 patients (86%) la lésion était < pT1sm1R0 sur l'histologie de la seconde résection, chez 2/12 patients (17%) la lésion était pT1sm0 sans critère péjoratif sur l'histologie et dans 2/12 cas (17%) l'anatomopathologie a confirmé une lésion pT1sm2 comme sur l'histologie initiale mais avec des marges profondes négatives sur la seconde résection (un patient a refusé initialement la chirurgie et le deuxième était inopérable et nous voulions prévenir la survenue d'une lésion > pT1sm2). Chez 2/14 patients (17%) la chirurgie était recommandée : dans un cas pour une résection R1 lors de la reprise et dans l'autre cas pour une lésion classée pT1sm2R0 sur l'histologie de la reprise endoscopique (contre pTis lors de la résection initiale). Concernant les critères de jugement secondaires : 1/14 patient a présenté un effet secondaire de type syndrome post-polypectomie rapidement contrôlé par un traitement antibiotique. D'autre part la médiane de suivi est de 569 jours et aucune récidive locale ou à distance n'a été constatée chez nos patients.

Conclusion : En cas de résection R1 pour la prise en charge d'adénocarcinomes superficiels colorectaux sans critère histologique péjoratif une seconde résection endoscopique dans un centre expert semble être une méthode efficace et sûre pour évaluer le risque d'extension ganglionnaire et ainsi éviter certaines chirurgies inutiles.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000583>

P.59

Les résultats de la résection endoscopique dans les cancers colorectaux superficiels sont-ils comparables à ceux des séries intéressant principalement les adénomes ? Reste-t-il une place pour la résection piecemeal dans cette indication ?

J.P. Ratone ⁽¹⁾, E. Bories ⁽¹⁾, C. Zemmour ⁽¹⁾, F. Caillol ⁽¹⁾, C. Pesenti ⁽¹⁾, S. Hoibian ⁽¹⁾, S. Godat ⁽¹⁾, C. de Chaisemartin ⁽¹⁾, B. Lelong ⁽¹⁾, H. Meillat ⁽¹⁾, F. Poizat ⁽¹⁾, M. Giovannini ⁽¹⁾

(1) Marseille.

Introduction : Ces deux dernières décennies, la résection endoscopique est devenue la première ligne de traitement des lésions préneoplasiques colorectales. Peu de séries occidentales se sont intéressées uniquement aux cancers superficiels (4-4 et 5 de la classification de Vienne modifiée). Nous avons voulu rapporter nos résultats à moyen et long terme sur la prise en charge endoscopique de ces cancers. L'objectif principal était la survie sans récurrence après résection endoscopique (GSSR). Les objectifs secondaires étaient la survie sans récurrence (SSR) à moyen terme (3 à 6 mois, C1), la survie sans récurrence à long terme (>12 mois, C2), le taux de morbidité, le taux de chirurgie pour anatomopathologie non interprétable, la recherche de facteurs prédictifs d'échec et la gestion des récurrences.

Patients et Méthodes : Nous avons inclus rétrospectivement les patients ayant bénéficié d'une résection endoscopique pour un cancer colorectal dans notre centre (Institut Paoli-Calmettes, Marseille, France) entre janvier 2012 et septembre 2017. Les patients ont pu être inclus à l'aide du logiciel ConSoRe de reconnaissance « fulltext » développé dans certains centres UNICANCER.

Résultats : Nous avons inclus initialement 146 patients d'âge moyen de 67 ans [29-91]. 53 % étaient des hommes. Le diamètre moyen des lésions réséquées était de 34 mm [15-60] et 67 % des lésions étaient coliques. La technique de résection utilisée était la mucosectomie monobloc (EMR) chez 35/146 patients (31%), la dissection sous-muqueuse (ESD) chez 19/146 patients (13%), la mucosectomie piecemeal (pmEMR) chez 28/146 (49%) ou la résection hybride entre EMR et ESD (hybridESD) chez 10/146 patients (7%). 64/146 patients (44%) ont eu une résection monobloc et 82/146 patients (56%) ont eu une résection piecemeal. Le taux de complication était de 4 % (6/146, 4 perforations, 2 saignements retardés). Toutes les complications ont pu être gérées endoscopiquement. La mortalité était nulle. Le temps médian d'hospitalisation était de 2 jours. 96/146 (66%) des lésions étaient des adénocarcinomes intramuqueux (4-4 de Vienne modifiée) et 50/146 (34%) étaient des adénocarcinomes infiltrant la sous-muqueuse. 129/146 résections (88 %) avaient bénéficié d'une résection considérée complète (R0:marges latérales et profondes saines si monobloc ;marges profondes saines et résection endoscopiquement complète si piecemeal).

57 patients ont été exclus de l'analyse finale car n'avaient pas de suivi endoscopique (22 opérés pour histologie défavorable, 35 perdus de vue). L'objectif principal (GSSR) était de 97% (86/89) avec un suivi médian de 17,8 mois (les 3/89 échecs concernaient une EMR et deux pmEMR). Tous les échecs (3/3) concernaient une récurrence non traitable endoscopiquement à C1. La SSR à C1 était de 87% (77/89) et la SSR à C1 était de 96% (71/74). Les récurrences ont pu être traitées endoscopiquement dans 75% des cas (9/12). Les facteurs prédictifs d'échec retrouvés étaient une lésion classée 0-IIc de la classification de Paris (p<0,0001) et une résection piecemeal (p=0,0152). Le taux chirurgie complémentaire pour anatomopathologie ininterprétable était de 0% (0/146).

Discussion : Cette étude monocentrique rétrospective montre des résultats équivalents à ceux intéressant les grandes séries incluant principalement des adénomes. Sans surprise, un aspect endoscopique évocateur d'infiltration sous-muqueuse (O-IIc) et une résection non monobloc sont associées à un taux d'échec plus important. Toutefois, le taux d'échec au long cours très faible même en cas de résection piecemeal laissent une place à la pmEMR notamment dans les localisations où l'ESD apparaît difficile et plus morbide (colon). La proportion faible mais non négligeable de patients

opérés pour histologie défavorable (22/146, 15%) confirment que la première étape est bien l'identification endoscopique des lésions semblant infiltrées profondément la sous-muqueuse des cancers intramuqueux ou microinfiltrants.

Conclusion : En dehors de la confirmation que l'endoscopie est la technique de première intention de ces cancers, notre intuition à la suite de cette étude est que, bien que l'ESD soit la technique de résection de choix de ces cancers, une résection piecemeal réalisée par une équipe entraînée avec des marges histologiques profondes analysables par un anatomopathologiste expérimenté reste une option efficace lorsque l'ESD apparaît difficile voire déraisonnable (certaines lésions coliques : position difficile, taille > 5 cm...etc).

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000143>

P.60

Prévention des sténoses œsophagiennes après dissection sous-muqueuse étendue par application de gel Pluronic F127® associé ou non à des vésicules extracellulaires de cellules souches mésenchymateuses dans le modèle porcin

E. Coffin ⁽¹⁾, A. Brun ⁽¹⁾, G. Perrod ⁽¹⁾, M. Piffoux ⁽¹⁾, I. Boucenna ⁽¹⁾, M. Bruzzi ⁽¹⁾, L. M'harzi ⁽¹⁾, J. Assouline ⁽¹⁾, T. Lecomte ⁽²⁾, O. Clément ⁽¹⁾, C. Cellier ⁽¹⁾, G. Rahmi ⁽¹⁾

(1) Paris ; (2) Tours.

Introduction : La dissection sous-muqueuse (DSM) est un des traitements de référence des cancers superficiels de l'œsophage. Lorsque la résection est étendue, elle est responsable d'une sténose œsophagienne. L'objectif de cette étude est d'évaluer la faisabilité et l'efficacité de la greffe de vésicules extracellulaires (VE) de cellules souches mésenchymateuses (CSM) allogéniques dérivées du tissu adipeux associées à un gel thermosensible, le Pluronic®F127, dans la prévention des sténoses œsophagiennes après DSM dans un modèle porcin.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude prospective comparative (février à août 2018). Tous les animaux avaient une DSM étendue (¼ de la circonférence, 5 cm de hauteur), puis ils étaient répartis en 3 groupes : Témoin (n=6), gel Pluronic®F127 (n=6), Pluronic®F127 + VE (n=6). Le Pluronic®F127 est un poloxamer thermosensible : liquide à 4°C et gel à 37°C (température de transition : 19,3°C) permettant son application à travers un cathéter d'endoscopie. Les VE étaient produites grâce à une technique innovante basée sur une culture cellulaire en 3D sur billes dans un bioréacteur au sein d'un milieu carencé et l'application d'un effet « shear stress » par une agitation magnétique dans le bioréacteur permettant la libération de nombreuses VE dans le surnageant. Les VE étaient vaporisées, injectées, et mélangées au Pluronic®F127 (au total $1,45 \times 10^{12}$ VE par porc du groupe vésicule, taille moyenne des VE de 140,5 nm). Le critère de jugement principal était le taux de sténose œsophagienne à J21 calculé radiologiquement (TOGD) en aveugle du traitement.

Résultats : La DSM a été réalisée sans complication pour les 18 porcs avec une durée moyenne de procédure de 30 minutes. La greffe des vésicules et l'application du gel ont été réalisées sans difficultés dans tous les cas. Le taux de sténose œsophagienne était significativement inférieur dans le groupe Pluronic®F127 + VE par rapport au groupe Témoin (67,9 % vs 92,5 % et 83,4 %, p=0,03). Les porcs du groupe Pluronic®F127 + VE ont présenté moins souvent de troubles alimentaires par rapport aux groupes Pluronic®F127 et Témoin (16,67 % vs 83,33 % et 66,7 %, p=0,11). La sténose était franchissable par l'endoscope pour 1 porc du groupe Pluronic®F127 + VE et aucun dans les groupes témoins et Pluronic®F127. Le passage de la pince ouverte à travers la sténose était plus fréquent dans le groupe Pluronic®F127 + VE par rapport au groupe Pluronic®F127 et Témoin (66,7 % vs 33,3 % et 0 %, p=0,08). L'analyse histologique montrait une surface de fibrose plus faible dans le groupe Pluronic®F127 + VE (16,10 mm² vs 22,93 mm² et 25,65 mm², p=0,06). La largeur de la musculaire muqueuse était plus importante dans le groupe Pluronic®F127 + VE (11,19 mm vs, 2,81 mm et 6,78 mm, p=0,008).

Discussion : Les VE grâce à leur capacité de communications intercellulaires sont responsables de l'effet paracrine des CSM (effet anti-angiogénique, anti-apoptotique, anti-inflammatoire, et anti-fibrotique). Leur utilisation a comme avantage de limiter les risques de réplifications cellulaires incontrôlées, de différenciations cellulaires indésirables possiblement induits par les CSM. D'autre part, elles ont une durée de conservation plus importante permettant un stockage facile.

Conclusion : Nous avons montré pour la première fois qu'un traitement par des vésicules extracellulaires associé à injection endoscopique d'un gel thermosensible, le Pluronic®F127 permettait la prévention des sténoses œsophagiennes par un effet probablement antifibrotique et régénératif (régénération de la musculaire muqueuse). Une confirmation de cet effet préventif dans le cadre d'une étude clinique pourrait représenter un véritable espoir pour les patients.

Remerciements : Bourse FERCM

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000210>

P.61

L'endoscopie digestive sous AG dans les centres hospitaliers généraux (CHG) en 2018 : étude descriptive de pratique ANGH dans 84 CHG

G. Macaigne ⁽¹⁾, R.L. Vitte ⁽²⁾, J.P. Arpurt ⁽³⁾, P. Lahmek ⁽⁴⁾, V. Quentin ⁽⁵⁾, I. Rosa ⁽⁶⁾, S. Nahon ⁽⁷⁾

(1) Marne-la-Vallée ; (2) Poissy ; (3) Avignon ; (4) Paris ; (5) Saint-Brieuc ; (6) Créteil ; (7) Montfermeil.

Introduction : Les modalités d'organisation de l'endoscopie digestive sous AG (EDAG) dans les CHG paraissent très hétérogènes. Cette activité peut être localisée dans une unité dédiée d'endoscopie digestive, dans un bloc opératoire central ou dans un bloc ambulatoire polyvalent. Cette enquête « minute » a pour objectifs d'évaluer un état des lieux des pratiques de l'EDAG dans nos CHG.

Patients et Méthodes : Un formulaire en ligne a été adressé à 298 services d'Hépatogastro-Entérologie ou à orientation gastroentérologique de centres ANGH. Deux relances ont été effectuées en l'absence de réponse. Le questionnaire permettait d'évaluer le volume annuel d'EDAG et la nature des endoscopies interventionnelles réalisées, les modalités d'organisation et d'encadrement des unités d'endoscopies digestives, le degré de satisfaction des praticiens en fonction de l'organisation en place.

Résultats : Les données concernant 84 centres (28%) ont été recueillies et analysées. Les centres étaient répartis en fonction du nombre annuel d'endoscopies réalisées sous AG : Moins de 1000 : 13 (15%) ; Entre 1000 et 2000 : 25 (30%) ; Entre 2000 et 3000 : 28 (33%) ; Plus de 3000 : 18 (22%). 61 centres (73%) ont une activité d'endoscopie digestive interventionnelle : CPRE dans 46 centres (55%), dilatation et pose d'endoprothèses dans 60 centres (71%), dissection sous muqueuse dans 12 centres (14%) et écho-endoscopies avec ponction-biopsie dans 37 centres (44%).

Les EDAG sont réalisées au bloc opératoire central dans 52 centres (62%), dont 39 (75%) dans une salle dédiée, dans un bloc endoscopique dédié dans 29 centres (34%), dont 18 (62%) attaché au bloc central et dans un bloc ambulatoire polyvalent dans 3 centres (4%). L'EDAG est significativement plus souvent organisée au bloc opératoire central dans les centres ayant une plus faible activité (< 1000 endos sous AG / an) par rapport à ceux ayant une activité plus importante (> 3000 endos sous AG / an), respectivement 92% et 50% (p < 0,05).

En cas d'activité au bloc opératoire, l'équipe endoscopique assure la totalité de la gestion des programmes dans 62% des cas, « l'aide endoscopiste » et la gestion des endoscopes (IDE, AS) dans respectivement 63% et 82% des cas.

Bien que 52% des gastro-entérologues ayant leur activité d'EDAG au bloc opératoire central estiment que ce site n'est pas adapté à l'EDAG, les taux de satisfaction de l'activité EDAG n'étaient pas différents entre les différents sites d'exercice. Les principaux critères d'insatisfaction notés étaient : (1) hébergement des patients éloigné du site de réalisation des endoscopies, (2) brancardage, (3) gestion des endoscopes par une AS du bloc opératoire, (4) aide-endoscopiste assurée par une IBODE, (5) gestion des programmes par la régulation centrale du BO.

Conclusion : L'activité d'EDAG est organisée au bloc opératoire central dans 62% des CHG ayant participé. Cette activité est significativement plus souvent organisée au bloc opératoire central dans les centres ayant une plus faible activité. Les taux de satisfaction sont identiques quelque soit le site d'activité (bloc central, unité d'endoscopie dédiée, bloc ambulatoire polyvalent). Les principaux critères d'insatisfaction étaient : (1) hébergement des patients éloigné du site de réalisation des endoscopies, (2) brancardage, (3) gestion des endoscopes par une AS du bloc opératoire, (4) aide-endoscopiste assurée par une IBODE, (5) gestion des programmes par la régulation centrale du BO.

Remerciements : à l'ensemble des centres ayant participé : Agen, Annecy, Angoulême, Argenteuil, Arras, Aubagne, Auch, Aulnay sous Bois, Avignon, Bastia, Bayonne, Belley, Beuvry, Bethunes, Blois, Bry sur Marne, Cannes, Carcassonne, Cayenne, Chalons sur Marne, Chalons sur Saone, Charleville, Château-Gontier, Cholet, Colmar, Corbeil-

Essonne, Coulommiers, Creil, Créteil, Dourdan, Draguignan, Dreux, Dunkerque, Ferrolles-Atilly, Figeac, Gap, Guéret, Gonesse, Haguenau, Hyères, Paris (IMM), La Rochelle, La Roche sur Yon, Laval, Le Chesnay, Longjumeau, Lorient, Macon, Marne la Vallée, Martignes, Maubeuge, Meaux, Melun, Montélimar, Montfermeil, Montreuil, Mulhouse, Narbonne, Nevers, Oloron, Orléans (CHR), Orléans, Pau, Perpignan, Poissy sur Seine, Pontivy, Pontoise, Quimper, Rodez, Roubaix, Saint-Brieuc, Saint-Chamond, Saint-Denis, Saint-Nazaire, Sens, Soissons, Toulon, Trévénans, Valenciennes, Vannes, Vernon, Versailles, Vichy.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000437>

Etude randomisée évaluant deux procédures de jeûne (6 versus 2 heures) avant une endoscopie digestive haute chez des patients cirrhotiques (étude GASTROPREP)

P. Sage ⁽¹⁾, T. Thévenot ⁽¹⁾, V. Di Martino ⁽¹⁾, C. Vanlemmens ⁽¹⁾, L. Vuitton ⁽¹⁾, J.P. Cervoni ⁽¹⁾, C. d'Engremont ⁽²⁾, F. Fein ⁽¹⁾, G. Claudé ⁽¹⁾, I. Tchoumar ⁽²⁾, J. Grillot ⁽¹⁾, C. Briot ⁽¹⁾, C. Biron ⁽¹⁾, O. Comiti ⁽¹⁾, G. Boivineau ⁽¹⁾, C. Emont ⁽¹⁾, A. Chupin ⁽¹⁾, D. Cazaux ⁽¹⁾, C. Prothe ⁽¹⁾, T. Deregnaucourt ⁽¹⁾, M. Stouvenot ⁽¹⁾, S. Koch ⁽¹⁾

(1) Besançon ; (2) Strasbourg.

Introduction : L'endoscopie digestive haute est l'examen clé du dépistage des lésions précancéreuses et cancéreuses de l'œsophage et de l'estomac. Cette étude a pour but de décrire et comparer la qualité de la visualisation des muqueuses œsophagienne et gastrique, la sécurité d'utilisation de deux procédures de jeûne avant la gastroscopie et le ressenti des malades. La population évaluée ici concerne des patients cirrhotiques, à haut risque de développer une lésion précancéreuse du tube digestif haut.

Matériels et méthodes : Nous avons réalisé une étude prospective, monocentrique (CHRU de Besançon), interventionnelle et randomisée selon deux procédures de jeûne avant la gastroscopie : 6 heures (groupe F6) versus 2 heures (groupe F2) pour les liquides clairs. Les patients ont été inclus entre avril et août 2018. Le critère principal d'évaluation était de décrire et de comparer la qualité de la visualisation des muqueuses œsophagienne et gastrique, gradée de A (bonne qualité) à C (mauvaise qualité) selon un score développé par Elvas et al. (Endoscopy 2017).

Résultats : 70 patients ont été inclus, 35 dans le groupe F2 et 35 dans le groupe F6. La qualité de la visualisation de la muqueuse œsophagienne était de grade A et B (qualité intermédiaire) dans 60% et 40% des cas pour le groupe F2, et de grade A 63.0% et B 36.7% pour le groupe F6, respectivement. La qualité de visualisation de la muqueuse gastrique était pour F2 : grade A 31.4%, grade B 65.7%, et grade C 2.9%, et pour F6 : grade A 25.7%, grade B 68.6% et grade C 5.7%. Avant l'endoscopie digestive haute les patients du groupe F2 avaient moins soif (14.3% vs 45.7%, $p=0.04$). Il n'y avait pas de différence significative en terme de sécurité.

Conclusion : Cette étude montre que la qualité de la visualisation de la muqueuse gastro-œsophagienne est insuffisante dans la population cirrhotique. L'absence de différence significative dans la qualité de visualisation des deux groupes et la moindre sensation de soif avec le jeûne de 2 heures pourrait autoriser nos sociétés savantes à recommander cette procédure raccourcie.

Références Bibliographiques :

1. Yalamarthi S, Witherspoon P, McCole D, Auld CD. Missed diagnoses in patients with upper gastrointestinal cancers. *Endoscopy* 2004;36:874-9
2. Raftopoulos SC, Segarajasingam DS, Burke V, Ee HC, Yusoff IF. A cohort study of missed and new cancers after esophagogastroduodenoscopy. *Am J Gastroenterol* 2010;105:1292-7.
3. Amin A, Gilmour H, Graham L, Paterson-Brown S, Terrace J, Crofts TJ. Gastric adenocarcinoma missed at endoscopy. *J R Coll Surg Edinb* 2002;47:681-4.
4. Khalil G, Gopalswamy N, Agrawal S. Missed esophageal and gastric cancers after esophagogastroduodenoscopy in a midwestern military veteran population. *South Med J* 2014;107:225-8.
5. Bloomfeld RS, Bridgers DI, Pineau BC. Sensitivity of upper endoscopy in diagnosing esophageal cancer. *Dysphagia* 2005;20:278-82.
6. Voutilainen ME, Juhola MT. Evaluation of the diagnostic accuracy of gastroscopy to detect gastric tumours: clinicopathological features and prognosis of patients with gastric cancer missed on endoscopy. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2005;17:1345-9.
7. Ferlay J, Shin H-R, Bray F, Forman D, Mathers C, Parkin DM. Estimates of worldwide burden of cancer in 2008: GLOBOCAN 2008. *Int J Cancer* 2010;127:2893-917.
8. Haute Autorité de Santé - ALD n° 30 - Cancer de

l'œsophage [Internet]. [cité 8 juill 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1105133/fr/ald-n-30-cancer-de-l-oesophage

9. Lepage C, Bouvier A-M, Manfredi S, Coatmeur O, Cheynel N, Faivre J. Trends in incidence and management of esophageal adenocarcinoma in a well-defined population. *Gastroenterol Clin Biol* 2005;29:1258-63.
10. Zhang Y. Epidemiology of esophageal cancer. *World J Gastroenterol* 2013;19:5598-606.
11. Crew KD, Neugut AI. Epidemiology of upper gastrointestinal malignancies. *Semin Oncol* 2004;31:450-64.
12. Bouvier AM, Binquet C, Gagnaire A, Jouve JL, Faivre J, Bedenne L. Management and prognosis of esophageal cancers: has progress been made? *Eur J Cancer Oxf Engl* 2006;42:228-33.
13. Enzinger PC, Mayer RJ. Esophageal cancer. *N Engl J Med* 2003;349:2241-52.
14. Pennathur A, Gibson MK, Jobe BA, Luketich JD. Esophageal carcinoma. *Lancet Lond Engl* 2013;381:400-12.
15. Belghiti J, Cherqui D, Langonnet F, Fékété F. Esophagogastrectomy for carcinoma in cirrhotic patients. *Hepatogastroenterology* 1990;37:388-91.
16. Chao YC, Wang LS, Hsieh TY, Chu CW, Chang FY, Chu HC. Chinese alcoholic patients with esophageal cancer are genetically different from alcoholics with acute pancreatitis and liver cirrhosis. *Am J Gastroenterol* 2000;95:2958-64.
17. Seitz HK, Pöschl G, Simanowski UA. Alcohol and cancer. *Recent Dev Alcohol Off Publ Am Med Soc Alcohol Res Soc Alcohol Natl Counc Alcohol* 1998;14:67-95.
18. Launoy G, Milan CH, Faivre J, Pienkowski P, Milan CI, Gignoux M. Alcohol, tobacco and esophageal cancer: effects of the duration of consumption, mean intake and current and former consumption. *Br J Cancer* 1997;75:1389-96.
19. Endoscopic Classification Review Group. Update on the paris classification of superficial neoplastic lesions in the digestive tract. *Endoscopy* 2005;37:570-8.
20. Katada C, Muto M, Tanabe S, Higuchi K, Sasaki T, Azuma M, et al. Factors associated with the presence of multiple Lugol-voiding lesions in patients with esophageal squamous-cell carcinoma. *Dis Esophagus Off J Int Soc Dis Esophagus* 2014;27:457-62.
21. Minami H, Isomoto H, Inoue H, Akazawa Y, Yamaguchi N, Ohnita K, et al. Significance of background coloration in endoscopic detection of early esophageal squamous cell carcinoma. *Digestion* 2014;89:6-11.
22. Yoshida T, Inoue H, Usui S, Satodate H, Fukami N, Kudo S. Narrow-band imaging system with magnifying endoscopy for superficial esophageal lesions. *Gastrointest Endosc* 2004;59:288-95.
23. Sahlan P, Nissinen M, Pukkala E, Färkkilä M. Cancer incidence among alcoholic liver disease patients in Finland: A retrospective registry study during years 1996-2013. *Int J Cancer* 2016;138:2616-21.
24. Faigel DO, Eisen GM, Baron TH, Dominitz JA, Goldstein JL, Hirota WK, et al. Preparation of patients for GI endoscopy. *Gastrointest Endosc* 2003;57:446-50.
25. Waqar A, Qureshi, Zuckerman MJ, Adler DG, Davila RE, Egan JV, Gan SI, et al. ASGE guideline: modifications in endoscopic practice for the elderly. *Gastrointest Endosc* 2006;63:566-9.
26. Koeppel AT, Lubini M, Bonadeo NM, Moraes I, Fornari F. Comfort, safety and quality of upper gastrointestinal endoscopy after 2 hours fasting: a randomized controlled trial. *BMC Gastroenterol* 2013;13:158.
27. De Silva AP, Amarasing L, Lyanage MN, Kottachchi D, Dassanayake AS, de Silva HJ. One-hour fast for water and six-hour fast for solids prior to endoscopy provides good endoscopic vision and results in minimum patient discomfort. *J Gastroenterol Hepatol* 2009;24:1095-7.
28. Nygren J, Thorell A, Ljungqvist O. Are there any benefits from minimizing fasting and optimization of nutrition and fluid management for patients undergoing day surgery? *Curr Opin Anaesthesiol* 2007;20:540-4.
29. Soop M, Nygren J, Thorell A, Weidenhielm L, Lundberg M, Hammarqvist F, et al. Preoperative oral carbohydrate treatment attenuates endogenous glucose release 3 days after surgery. *Clin Nutr Edinb Scotl* 2004;23:733-41.
30. Chen M-J, Wang H-Y, Chang C-W, Hu K-C, Hung C-Y, Chen C-J, et al. The add-on N-acetylcysteine is more effective than dimethicone alone to eliminate mucus during narrow-band imaging endoscopy: a double-blind, randomized controlled trial. *Scand J Gastroenterol* 2013;48:241-5.
31. Asl SMK H, Sivandzadeh GR. Efficacy of premedication with activated Dimethicone or N-acetylcysteine in improving

- visibility during upper endoscopy. World J Gastroenterol 2011;17:4213-7.
32. Lee GJ, Park SJ, Kim SJ, Kim HH, Park MI, Moon W. Effectiveness of Premedication with Pronase for Visualization of the Mucosa during Endoscopy: A Randomized, Controlled Trial. Clin Endosc 2012;45:161-4.
33. Elvas L, Areia M, Brito D, Alves S, Saraiva S, Cadime AT. Premedication with simethicone and N-acetylcysteine in improving visibility during upper endoscopy: a double-blind randomized trial. Endoscopy 2017;49:139-45.
34. Inoue H, Kaga M, Ikeda H, Sato C, Sato H, Minami H, et al. Magnification endoscopy in esophageal squamous cell carcinoma: a review of the intrapapillary capillary loop classification. Ann Gastroenterol 2015;28:41-8.
35. Ono S, Fujishiro M, Niimi K, Goto O, Kodashima S, Yamamichi N, et al. Long-term outcomes of endoscopic submucosal dissection for superficial esophageal squamous cell neoplasms. Gastrointest Endosc 2009;70:860-6.
36. Fujii T, Iishi H, Tatsuta M, Hirasawa R, Uedo N, Hifumi K, et al. Effectiveness of premedication with pronase for improving visibility during gastroendoscopy: a randomized controlled trial. Gastrointest Endosc 1998;47:382-7.
37. Kuo CH, Sheu BS, Kao AW, Wu CH, Chuang CH. A defoaming agent should be used with pronase premedication to improve visibility in upper gastrointestinal endoscopy. Endoscopy 2002;34:531-4.
38. Chang W-K, Yeh M-K, Hsu H-C, Chen H-W, Hu M-K. Efficacy of simethicone and N-acetylcysteine as premedication in improving visibility during upper endoscopy. J Gastroenterol Hepatol 2014;29:769-74.
39. Kim GH, Cho YK, Cha JM, Lee S-Y, Chung I-K. Effect of pronase as mucolytic agent on imaging quality of magnifying endoscopy. World J Gastroenterol 2015;21:2483-9.
40. Hong G-S, Park SH, Kim B, Lee JH, Kim JC, Yu CS, et al. Simethicone to prevent colonic bubbles during CT colonography performed with polyethylene glycol lavage and iohexol tagging: a randomized clinical trial. AJR Am J Roentgenol 2015;204:W429-438.
41. Zala G, Flury R, Wüst J, Meyenberger C, Ammann R, Wirth HP. [Omeprazole/amoxicillin: improved eradication of *Helicobacter pylori* in smokers because of N-acetylcysteine]. Schweiz Med Wochenschr 1994;124:1391-7.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000166>

P.63

2 appels téléphoniques permettent-ils de garantir une meilleure préparation colique ? A propos de 138 cas

I. Jemni ⁽¹⁾, L. Safer ⁽¹⁾, R. Baklouti ⁽¹⁾, M. Ben Abdelwahed ⁽²⁾, M. Zakhama ⁽¹⁾, A. Guediche ⁽¹⁾, W. Bouhlef ⁽¹⁾, W. Ben Mansour ⁽¹⁾, H.L. Mohamed ⁽¹⁾, B.C. Nabil ⁽¹⁾

(1) Monastir, TUNISIE ; (2) Tunis, TUNISIE.

Introduction : Les difficultés du patient liées à la réalisation du régime sans fibre et à la purge, sont souvent à l'origine d'une préparation colique de mauvaise qualité. Celle-ci entraîne une diminution du taux de détection des adénomes, et parfois la nécessité d'une nouvelle coloscopie. But : notre objectif est d'évaluer si un simple moyen tel qu'un appel téléphonique pourrait avoir un impact favorable sur la qualité de la préparation colique.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude prospective comparative menée à notre service sur une période de 3 mois (Mai, Juin, Juillet 2018) qui a inclus 138 malades ayant des rendez-vous de coloscopie. Ces patients ont été appelés de façon aléatoire selon la joignabilité au téléphone pendant 2 jours de suite 3 jours avant la coloscopie. On a exclu les patients ayant eu une résection colique. Le discours transmis est standardisé incluant une brève présentation de l'interlocuteur, des consignes précises et simplifiées sur le régime sans fibres, les modalités de consommation du produit de préparation, et dans les limites du possible l'arrêt de tout traitement pouvant interférer avec la qualité de la préparation. Le médecin réalisant la coloscopie n'était pas avisé du pool des malades contactés. L'étude a été ainsi réalisée en aveugle de l'endoscopiste qui va apprécier la préparation. La préparation colique était appréciée via le score de BOSTON.

Résultats : notre étude a colligé 138 patients dont l'âge moyen est de 56,4 % (13 à 91 ans) et un sexe ratio de 1,2 (77 hommes et 60 femmes). L'indication à la coloscopie était dominée par l'exploration d'une anémie ferriprive. Le transit de base était réparti comme suit : 39,1% des patients avaient une constipation, 13% avaient une diarrhée chronique organique, et 9,4 % avaient une alternance diarrhée constipation. Le transit était normal dans 37,7 % des cas. Les patients « contactés » constituaient 41,3% de la population d'étude (soit n = 57/138).

Les deux bras de l'étude : patients « contactés » et « non contactés » étaient homogènes et comparables sur le plan statistique aussi bien de point de vue épidémiologique (âge et sexe) ainsi qu'en matière de facteurs intercurrents pouvant altérer la qualité de la préparation en particulier le diabète et l'hypothyroïdie et le transit de base (pas de différence significative entre les deux populations en matière de prévalence de la constipation du transit). Il n'y avait pas de différence significative entre les 2 groupes en matière de handicap moteur ou de retard mental : 2 facteurs qui altèrent la possibilité de préparation adéquate.

Dans le groupe « patients contactés » le score de Boston moyen est estimé à 7,12 Versus 5,99 dans le groupe « non contactés » avec une corrélation statistiquement significative (p : 0,000).

Conclusion : l'appel téléphonique répété 2 jours de suite avant la réalisation de la coloscopie est un outil simple, peu onéreux, et fiable pour optimiser la qualité de la préparation colique.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000618>

P.64

Coloscopie de dépistage chez les patients avec acromégalie asymptomatiques sur le plan digestif

Z. Bouhnoun ⁽¹⁾, A. Arramdani ⁽¹⁾, H. Abid ⁽¹⁾, N. Lahmidani ⁽¹⁾, M. Elyoussfi ⁽¹⁾, N. Aqodad ⁽¹⁾, D.A. Benajah ⁽¹⁾, A. Ibrahim ⁽¹⁾, M. Elabkari ⁽¹⁾

(1) Fès, MAROC.

Introduction : L'acromégalie est une maladie liée à une hypersécrétion d'hormone de croissance (growth hormone [GH]). Les recommandations actuelles proposent d'inclure ces patients dans le groupe à risque élevé de cancer colorectal (CCR) et de les surveiller par coloscopie de dépistage.

L'objectif de notre travail est d'évaluer l'intérêt de la coloscopie de dépistage chez les patients suivis pour acromégalie et qui sont asymptomatiques sur le plan digestif.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective, incluant tout les malades suivis pour acromégalies ayant bénéficiés d'une coloscopie de dépistage et qui ont été asymptomatique sur le plan digestif, sur une période de 8 ans (Janvier 2009 - Juillet 2017).

Résultats : 30 patients ont bénéficié d'une coloscopie totale de dépistage qui a objectivé la présence de polypes chez 10 malades, avec un nombre de polypes variant de 1 à 5 polypes sauf chez une seule patiente où la coloscopie a révélé la présence une polyposse recto-colique. La taille moyenne des polypes était de 9mm, avec un aspect sessile chez 9 malade. Concernant la localisation, 5 malades avaient des polypes au niveau de l'angle colique droit, 1 patient avait des polypes colo-rectaux, 2 patients avaient des polypes sigmoïdiens, un patient avait un polype rectal isolé, alors qu'une patiente avait une polyposse recto-colique. Tous les polypes ont été réséqués alors que pour la patiente avec polyposse des biopsies-Exérèses ont été réalisées. L'étude anatomopathologique était en faveur d'adénome chez tous les malades, sans dysplasie chez 9 cas, mais avec dysplasie focale de haut grade chez un seul patient qui a bénéficié d'une coloscopie dans 3 mois qui est revenu normale. Tous nos malades ont été inscrits dans un protocole de surveillance endoscopique qui n'a pas révélé d'anomalies par la suite, sachant que la patiente avec polyposse recto-colique a été proposée pour un traitement chirurgical mais elle a été perdue de vue

Conclusion : L'acromégalie est un facteur de risque de cancer colorectal, notre étude confirme l'intérêt de la coloscopie de dépistage au moment de diagnostic qui s'impose même devant des patients asymptomatiques sur le plan digestif. Une sensibilisation des endocrinologues est nécessaire pour éviter une évolution possible vers des cancers colo-rectaux

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000820>

P.65

La coloscopie standard avec biopsies étagées a-t-elle toujours une place dans le dépistage des dysplasies et du cancer colorectal au cours de MICI ?

O. Kharmach ⁽¹⁾, I. Benelbarhdadi ⁽¹⁾, F.Z. Ajana ⁽¹⁾

(1) Rabat, MAROC.

Introduction : Le risque de cancer colorectal (CCR) est accru chez les malades atteints de maladie inflammatoire chronique de l'intestin (MICI), que ce soit au cours de la maladie de Crohn ou de rectocolite hémorragique (RCH). Les objectifs de notre travail visent à étudier le profil épidémiologique et les facteurs de risque du CCR dans les MICI afin d'établir une stratégie de dépistage permettant une prise en charge précoce.

Matériels et méthodes : Nous avons mené une étude rétrospective d'une série de 120 cas suivis dans notre formation pour MICI évoluant depuis plus de 8ans, sur une période de 20 ans allant de 1998 à 2018, ont été exclus les patients perdus de vue et non observants. Les données ont été colligées à partir des registres de MICI du service, pour chaque patient ont été recueillis les facteurs de risque néoplasique; l'âge de début de la maladie, les antécédents personnels de cholangite sclérosante primitive, les antécédents familiaux de cancer colorectal, la durée de l'évolution de la maladie et son étendue, l'existence de lésions inflammatoires chroniques et pseudopolypes, ont également été relevés le sexe des patients, les antécédents de tabagisme et la notion de chimioprophylaxie de CCR. Quant à la coloscopie de dépistage, elle était réalisée à partir de la 8^{ème} année d'évolution, en période de quiescence de la maladie, 4 biopsies en muqueuse plane tous les 10 cm (5 cm dans le rectosigmoïde), au moins 33 biopsies, chaque quadruplet dans un flacon séparé, biopsies de toutes les lésions suspectes, biopsies de la muqueuse plane autour de la base des polypes dans un flacon séparé.

Résultats : 120 patients, 61 suivis pour RCH, 59 pour MC, ayant rempli les critères d'inclusion, l'âge moyen de début de la maladie est de 34,45 ans. On note une prédominance féminine, des antécédents personnels de tabagisme chez 24 patients, CSP chez 2 patients, antécédent familial de CCR chez 2 patients. L'évolution moyenne de la maladie est de 14,31 années, son étendue (classification de Montréal) était pancolique chez 16 patients, gauche chez 31 patients et rectale chez 14 patients suivis pour RCH, et colique chez 30 patients dont 3 ont une atteinte associée du tractus digestif haut, iléo-colique chez 29 patients suivis pour maladie de Crohn. 50 patients avaient des lésions inflammatoires chroniques et pseudopolypes. 14 Patients en rémission ont été mis sous chimioprophylaxie de CCR (5'ASA : 1,5g/j). La coloscopie de dépistage, sans coloration, selon le protocole de biopsies étagées, est réalisée chez 51 patients (42,5%), objectivant un adénocarcinome chez 4 patients, une DALM chez 1 patient et une dysplasie chez 6 patients. L'évolution était fatale pour 3 patients ayant développé un cancer.

Discussion : La coloscopie standard avec biopsies étagées a longtemps été la méthode de référence dans la détection de cancer. Il a été démontré qu'au moins 33 biopsies devraient être prélevées des différents segments du colon pour atteindre 90 % de sensibilité pour la détection de cancer.

En pratique, un programme de surveillance doit être enclenché avec une 1^{ère} coloscopie au bout 8 ans de maladie qui fait le point sur l'état de la muqueuse. Si l'atteinte est gauche ou étendue, il sera proposé de faire une coloscopie de surveillance tous les 1 à 2 ans, ou tous les 2 à 3 ans si la personne ne présente pas de surrisque supplémentaire. En cas de rectite, il ne sera pas proposé de programme de surveillance particulier. En cas de cholangite sclérosante associée à une MICI, la 1^{ère} coloscopie de dépistage doit être effectuée dès le diagnostic de cholangite avec ensuite un programme de surveillance établissant une coloscopie tous les ans.

Par ailleurs, Il y a des arguments pour dire que la prise de 5-aminosalicylés à dose minimale de 1,5g/j protégerait contre le cancer colorectal, ce qui en fait une recommandation actuelle dans la prise en charge de MICI.

Conclusion : La chromoendoscopie met en relief des lésions dysplasiques qui, sans elle, passeraient inaperçues et peuvent être ignorées par les biopsies étagées prélevées au hasard. Toutefois, en l'absence de chromoendoscopie dans notre formation, le dépistage de CCR au cours de MICI par biopsies étagées garde toujours son intérêt.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/001125>

P.66

Biopsies étagées sur une coloscopie normale chez les patients ayant une diarrhée chronique. Quel apport ?

Z. Bouhnoun ⁽¹⁾, A. Arramdani ⁽¹⁾, H. Abid ⁽¹⁾, N. Lahmidani ⁽¹⁾, M. Elyoussfi ⁽¹⁾, N. Agodad ⁽¹⁾, D.A. Benajah ⁽¹⁾, A. Ibrahim ⁽¹⁾, M. Elabkari ⁽¹⁾

(1) Fès, MAROC.

Introduction : Les diarrhées chroniques représentent un motif de consultation fréquent dont le diagnostic étiologique s'impose. L'endoscopie joue un rôle très important dans la prise en charge des diarrhées chroniques dont l'indication reste très discutable due à la crainte de multiplier des examens dangereux et inutiles chez les patients présentant des troubles fonctionnels intestinaux. **Le but de notre travail** est de revoir l'indication et l'intérêt des biopsies systématique chez les patients souffrants de diarrhées chroniques et chez qui la coloscopie était normale.

Patients et Méthodes : Etude rétrospective sur une période de 6ans et 7mois (Janvier 2011-Juillet 2017). Tous les patients ayant des diarrhées chroniques, chez qui la coloscopie était normale et ayant bénéficiés de biopsies ont été inclus. Nous avons colligé 184 cas.

Résultats : La coloscopie était normale chez tous nos malades, elle était totale chez la plus part de nos malades (98%), l'iléon était cathétérisé chez 77% des cas (N=141), la préparation était jugée moyenne chez 48% des cas. Tous nos malades avaient des diarrhées liquidiennes, les douleurs abdominales étaient décrites chez 25% des cas, l'atteintes extra-digestive était présente chez 19% des cas, le syndrome de malabsorption était présent chez 10% des cas. 16% des malades étaient suivis pour spondyloarthrite ankylosante (SPA), le lupus était présent chez 2 malades et 2 malades étaient suivis pour vascularite. Les biopsies ont été réalisées chez tous nos malades dont les résultats étaient: normaux chez 38 malades (21%), non spécifiques chez 139 malades (76%), l'atrophie villositaires avec exocytose au niveau des biopsies iléales ont été décrits chez 5 malades (2.7%), colite lymphocytaire chez 4 malades (2%), la maladie inflammatoire chronique de l'intestin a été retenue (MICI) chez 2 malades (1.1%) et on a eu 1 seul cas de colite catarrhale (0.5%).

Conclusion : les biopsies systématiques dans le cadre du bilan étiologique des diarrhées chronique s'imposent même devant une coloscopie normale.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000686>

P.67

Diarrhée chronique liquidienne chez les jeunes : pertinence de la coloscopie

M. Ben Abdelwahed ⁽¹⁾, A. Guediche ⁽²⁾, R. Baklouti ⁽²⁾, F. Aissaoui ⁽¹⁾, M. Zakhama ⁽²⁾, W. Bouhlef ⁽²⁾, W. Ben Mansour ⁽²⁾, H.L. Mohamed ⁽²⁾, B.C. Nabil ⁽²⁾, L. Safer ⁽²⁾

(1) Tunis, TUNISIE ; (2) Monastir, TUNISIE.

Introduction : Les étiologies des diarrhées chroniques liquidiennes du sujet jeune sont dominées par les troubles fonctionnels intestinaux. Toutefois, la hantise du clinicien est de méconnaître une pathologie organique en particulier néoplasique, d'où le recours aux explorations endoscopiques notamment la coloscopie. Le but de notre étude est de déterminer la pertinence de la coloscopie dans l'exploration des diarrhées chroniques liquidiennes chez les sujets jeunes.

Matériels et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective menée au service de gastroentérologie de Monastir ayant inclus tous les patients âgés de moins de 45 ans, explorés par une iléo-coloscopie pour une diarrhée chronique liquidienne, sur une période de 3 ans (2015-2017). Les données cliniques, biologiques et endoscopiques ont été rapportées.

Résultats : Cinquante cinq patients âgés de moins de 45 ans, dont 29 femmes et 26 hommes (sexe ratio : 0.89) ont été inclus. L'âge moyen était de 27 ans avec des extrêmes allant de 16 à 44 ans. Sur l'ensemble des patients, 6 (11.1%) avaient des ATCDS familiaux de MICI, 2 (3.6%) de néoplasies digestives. Une maladie auto-immune était présente chez 6 patients (10.9%) à type de lupus érythémateux systémique chez 3 patients, dysthyroïdie chez 2 patients, une vasculite chez 1 patient. La durée moyenne d'évolution était de 3 mois (1 – 20 mois). La diarrhée était d'allure motrice dans 25.4% des cas, organique dans 74.2% des cas. Soixante pour cent des patients (n=33) avaient des douleurs abdominales, 21% des patients (n=12) avaient une fièvre, 3.6% (n=2) avaient une uvéite, 3.6% (n=4) avaient des proctalgies et 23.6% (n=13) avaient des arthralgies. L'amaigrissement était retrouvé chez 13 patients (23.6%) et l'anorexie chez 6 patients (11%). Plus de la moitié des patients (n=30) avait une anémie qui était ferriprive dans 43% des cas et inflammatoire dans 30% des cas. 25 patients (47.27%) avaient un syndrome inflammatoire biologique et 16 patients (29.1%) une hypoalbuminémie. L'exploration endoscopique était anormale dans 36.3% des cas (n=20). Un aspect évoquant une MICI était retrouvé chez 12 patients, une polyposse colique chez 2 patients et un aspect rétracté du caecum chez un patient ayant une tuberculose confirmée à l'histologie. Aucune tumeur maligne n'a été observée.

Les facteurs prédictifs de la pertinence de la coloscopie étaient : le caractère organique de la diarrhée (p=0.002), les antécédents familiaux de néoplasies digestives ou de MICI (p=0.04) et l'hypoalbuminémie (p=0.05). Il n'y a cependant pas d'association entre l'amaigrissement (p=0.44), l'anémie (p=0.9) et la pertinence de la coloscopie.

Conclusion : Aucune lésion maligne n'a été observée dans notre série. Toutefois la coloscopie a permis de d'identifier l'étiologie de la diarrhée dans plus du tiers des cas. La coloscopie était pertinente chez les jeunes ayant des antécédents familiaux de MICI ou de néoplasies digestives, avec une diarrhée d'allure organique et une hypoalbuminémie.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000422>

P.68

Un tableau mixant des critères diagnostiques validés améliore la caractérisation des lésions colorectales : le tableau CONECCCT

M. Fabritius ⁽¹⁾, J. Jacques ⁽²⁾, J.M. Gonzalez ⁽³⁾, R. Gérard ⁽⁴⁾, J. Rivory ⁽¹⁾, J. Branche ⁽⁴⁾, C. Lepage ⁽⁵⁾, P. Bonniaud ⁽¹⁾, E. Coron ⁽⁶⁾, I. Lienhart ⁽⁷⁾, L. Poincloux ⁽⁸⁾, V. Lepilliez ⁽¹⁾, X. Dray ⁽⁹⁾, J.C. Saurin ⁽¹⁾, T. Ponchon ⁽¹⁾, M. Pioche ⁽¹⁾

(1) Lyon ; (2) Limoges ; (3) Marseille ; (4) Lille ; (5) Dijon ; (6) Nantes ; (7) Annecy ; (8) Clermont-Ferrand ; (9) Paris.

Introduction : La caractérisation endoscopique des polypes colorectaux est un point essentiel au cours de la coloscopie pour choisir l'option thérapeutique adaptée à chaque lésion. Actuellement elle est basée sur 7 classifications différentes (Paris, LST, WASP, SANO, JNET, Kudo, NICE) qui ont fait leurs preuves mais qui peuvent paraître fastidieuses pour les non experts. Dans ce contexte, nous avons regroupé ces différentes classifications dans un seul tableau appelé CONECCCT. Toutes les lésions colorectales y sont randomisées en 5 types histologiques (CONECCT IH pour les polypes hyperplasiques, CONECCCT IS pour les lésions festonnées sessiles, CONECCCT IIA pour les adénomes à très faible risque d'adénocarcinome non visible, CONECCCT IIC pour les adénomes à haut risque d'adénocarcinome non visible ou les adénocarcinomes superficiels et CONECCCT III pour les adénocarcinomes profonds. Chaque type histologique nécessite une prise en charge spécifique (pas de résection pour CONECCCT IH, résection sans viser RO pour CONECCCT IS et IIA, résection avec marges de résection saines pour CONECCCT IIC et prise en charge chirurgicale pour CONECCCT III). Notre étude avait pour objectif d'évaluer le bénéfice d'une session de formation à ce tableau CONECCCT chez les internes et seniors de Gastro-Entérologie pour la prédiction histologique et le choix thérapeutique des polypes colorectaux à court et long terme.

Patients et Méthodes : C'est une étude multicentrique incluant tous les internes français de Gastro-Entérologie et des seniors volontaires. Lors d'une première session, chaque participant devait d'abord répondre à un pré-test portant sur 20 lésions colorectales. Ils devaient répondre à une question sur le diagnostic histologique et une question sur le choix thérapeutique. Après ce pré-test, un cours de 30 minutes leur était dispensé sur le fonctionnement du tableau CONECCCT. Ils devaient ensuite répondre au post-test comprenant les 2 mêmes questions pour chacune des 20 mêmes lésions colorectales rangées dans un ordre différent. 3 à 6 mois plus tard, ils étaient invités à participer à une deuxième session avec cette fois-ci 40 lésions (20 anciennes + 20 nouvelles) et les 2 mêmes questions pour chaque lésion.

Résultats : 396 personnes (275 internes et 121 seniors) ont participé complètement à la première session. 302 personnes ont participé à la deuxième session mais nous avons pu analyser les réponses de 203 participants.

Les bonnes réponses ont significativement (p<0.05) progressé de 60.8% à 76.5% entre le pré-test et le post-test, à 70.6% au test à 3-6 mois. 343 (86.4%) participants ont progressé d'au moins un point entre le pré- et le post-test et 153 (75.0%) entre le pré-test et le test à 3-6 mois. Les lésions sur-traitées ont significativement diminué entre le pré-test et le post-test (de 29.4% à 15.5%) et entre le pré-test et le test à 3-6 mois (de 29.4% à 18.5%).

Entre le pré-test et le post-test, nous notons une progression statistiquement significative (p<0.05) pour chaque type de lésions aussi bien sur la prédiction histologique que le choix thérapeutique (+19.3% et +48.1% pour CONECCCT IH, +61.1% et +51.1% pour CONECCCT IS, +37.7% et +25.9% pour CONECCCT IIA, +20.7% et +17.9% pour CONECCCT IIC, +5.3% et +5.2% pour CONECCCT III).

Lors de la session à 3-6 mois, nous notons une progression significative globale. Au niveau de la prédiction histologique nous notons une progression pour les lésions CONECCCT IS (+38.4%, p<0.05), CONECCCT IIA (+45.9%, p<0.05) et CONECCCT IIC (+9.7%, non significatif). Au niveau du choix du traitement nous notons une progression pour les lésions CONECCCT IH (+16.7%, p<0.05), CONECCCT IS (+32.5%, p<0.05), CONECCCT IIA (+31.5%, p<0.05), CONECCCT IIC (+8.8%, non significatif).

Pendant la période de 3-6 mois séparant les deux sessions, les seniors et les internes ont spontanément continué à progresser sur la prise en charge des adénomes simples (+12.7%, $p < 0.05$ pour les seniors / +1.8%, non significatif pour les internes).

Conclusion : Ainsi l'apprentissage du tableau CONECCT est efficace pour améliorer les compétences des internes et des seniors de Gastro-Entérologie pour la prédiction histologique et le choix thérapeutique des polypes colorectaux et permet de diminuer le sur-traitement et le sous-traitement des polypes.

CONECCT	IA Hyperplasique	IS Lésion feuilletée sessile	IIA Adénome simple	IIC Adénome à risque ou cancer superficiel et	III Adénocarcinome profond
Macro	Souvent petits <10 mm Surtout lat	Paris IIa ou IIb Limites imprécises en mugé ou en plateau	Paris IIa ou IIb Ou IIa Régulièrement déprimé	Souvent IIC Ou IIa + IIC Ou ISt Non granuleux Ou macronodulaire (> 1cm) sur ISt Granulaire	Souvent III Ou Ibc avec composant nodulaire dans la dépression
Couleur (NB ou équivalent)	Clair ou équivalent au background	Variable Mucus jaune (rouge en NB)	Foncée par rapport au background	Foncée souvent	Saignements spontanés Hétérogène, foncée ou très claires par zones
Vaisseaux (NB ou équivalent)	Absence de vaisseaux ou vaisseaux fins ne suivant pas les cryptes	Absents parfois Spots noirs au fond des cryptes rondes	Réguliers Suivent les cryptes allongées	Iréguliers mais persistants Pas de zone avascularaire	Iréguliers Gros vaisseaux interrompus Ou absents (zones avascularaires)
Cryptes (diamètre actuel ou vieux)	Rondes Blanches	Cryptes ronds points noirs (NB)	Allongées Ou branches Cristalliformes régulières	Irégulières mais conservées Pas de zone amorphe	Absentes Déformées Ou irrégulières dans une zone délimitée (démarcation nette)
Réséction	Pas de réséction	EN BLOC RO si possible PIECE MEAL si non résécables En Bloc	EN BLOC RO (EMR ou ESD >20mm)	CHIRURGIE avec curage	
					

Pour consulter ce résumé en ligne :
<https://www.snfge.org/resumes-2019/000057>

P.69

Evaluation de la conformité pré-analytique des biopsies digestives et de leurs qualités diagnostiques : expérience d'un centre hospitalier général

V.J. Razafimahefa ⁽¹⁾, S.H. Razafimahefa ⁽¹⁾,
 S.A. Mioramalala ⁽²⁾, J. Fenomanana ⁽¹⁾,
 T.F. Andriamampionona ⁽¹⁾

(1) Fianarantsoa, MADAGASCAR ; (2) Tananarive, MADAGASCAR.

Introduction : L'optimisation de la qualité du diagnostic constitue un enjeu important dans la stratégie thérapeutique des pathologies digestives afin de réduire au maximum le risque d'erreur des analyses histologiques et des examens de biologie moléculaire. Elle requiert le contrôle en amont, allant du prélèvement du spécimen jusqu'à l'obtention de blocs pour analyses immunohistologique et moléculaire. La qualité de ces étapes dites « pré-analytiques », peu fréquemment soulevée, s'avère primordiale pour la fiabilité diagnostique. Elle repose sur des normes bien définies, relatives à des recommandations consensuelles dont la plupart restent peu connues. L'objectif de ce travail est d'évaluer la conformité préanalytique des biopsies digestives communiquées par les cliniciens et la qualité des résultats histologiques correspondants.

Matériels et méthodes : Il s'agit d'une étude monocentrique, rétrospective, descriptive et analytique, effectuée sur toutes les biopsies digestives, endoscopiques ou peropératoires, parvenues au Laboratoire d'Anatomie Pathologique de notre CHU durant une période de 28 mois (juin 2016 – septembre 2018). Nous avons évalué la qualité de remplissage des fiches de liaison ainsi que la qualité des renseignements cliniques et la conformité des prélèvements. Les critères de qualité utilisés étaient basés sur plusieurs recommandations dont principalement celles de l'Association Française d'Assurance Qualité en Anatomie et Cytologie Pathologiques (AFAQAP), celles du Sydney System (Updated Sydney System) et celles de European Crohn's and Colitis Organisation (ECCO).

Résultats : Nous avons collecté 1344 prélèvements, dont 263 biopsies digestives, constituées de biopsies gastriques (48,67 % ; $n = 128$) et de biopsies coliques (30,42 % ; $n = 80$). Le remplissage des fiches de liaison et la qualité des prélèvements reçus étaient conformes aux recommandations correspondantes dans respectivement 92,40% ($n = 243$) et 67,68% ($n = 178$) des cas. Les renseignements cliniques étaient contributifs dans 92,77% ($n = 244$) des cas et 61,64% des résultats histologiques étaient appropriés aux diagnostics suspectés par les cliniciens. Le diagnostic suspecté n'était pas précisé dans 6,08% ($n = 16$) pour lesquels le résultat histologique était pertinent dans seulement 18,75% des cas ($n = 3$). La pertinence du diagnostic histologique était influencée par la qualité du remplissage des fiches de liaison ($p = 0,0001$), les renseignements cliniques ($p = 0,002$), les suspicions diagnostiques ($p = 0,006$) et la conformité des prélèvements ($p = 0,0004$) avec une sensibilité > 80% et une valeur de p significative dans tous les cas.

Conclusion : La phase pré-analytique est une étape importante dans la prise en charge des biopsies digestives. Son optimisation permet de réduire le risque d'erreur lors des analyses histologiques ou éventuellement moléculaires. Elle garantit également un diagnostic histologique pertinent et fiable. Dans notre étude, la qualité des procédures pré-analytiques évaluées était globalement satisfaisante. Cependant, quelques efforts s'avèrent encore nécessaires en matière de prélèvement afin d'améliorer le rendement diagnostique.

Pour consulter ce résumé en ligne :
<https://www.snfge.org/resumes-2019/000476>

P.70

Corrélation entre le temps de la coloscopie post-opératoire et la sévérité du score du RutgeertsA. Mensi ⁽¹⁾, A. Labidi ⁽¹⁾, N. Ben Mustapha ⁽¹⁾, M. Serghini ⁽¹⁾, M. Fekih ⁽¹⁾, J. Boubaker ⁽¹⁾

(1) Tunis, TUNISIE.

Introduction : La maladie de crohn (MC) nécessite souvent le recours à la chirurgie. Une coloscopie avec élaboration du score du Rutgeerts (SR) est généralement faite entre le 6^{ème} et le 12^{ème} mois après la chirurgie pour prédire le risque de récurrence postopératoire. **Le but de notre travail** était de savoir si une coloscopie retardée au-delà de 1 an est associée à un SR plus sévère.

Patients et Méthodes : Nous avons mené une étude rétrospective qui a colligé les patients ayant une MC qui ont bénéficié d'une résection iléocaecale ou iléo colique droite entre 2005 et 2016. une récurrence légère était définie par un SR i0 ou i1, une récurrence était dite intermédiaire ou sévère si le SR était i2, i3 ou i4.

Résultats : Nous avons colligé 80 patients, d'âge moyen de diagnostic de MC de $31,7 \pm 11,2$ ans. Le délai moyen entre le diagnostic de MC et la chirurgie était de $2,4 \pm 4,25$ ans. Cinquante cinq pour cent des patients étaient de sexe masculin, 41 % des patients étaient tabagiques. La MC était iléale chez 73 % des patients et iléo colique chez 27 % des patients. Le phénotype de la MC était sténosant dans 73 % des cas et fistulisant dans 69 % des cas. Des manifestations anopérinéales étaient présentes chez 21 patients (19 patients avaient des fistules complexes et 3 patients avaient des fissures). Les principales indications de la chirurgie étaient une sténose iléale ou iléocaecale chez 73 % des patients, une fistule interne ou externe chez 50 % des patients, une collection profonde chez 26 patients.

La coloscopie postopératoire était faite avant 1 an dans 79 % des cas et au-delà de 1 an dans 21 % des cas. Cinquante deux pour cent des patients avaient une récurrence endoscopique légère et 48 % avaient une récurrence endoscopique intermédiaire à modérée. Le temps de la coloscopie n'était pas significativement associé à une récurrence endoscopique plus sévère ($p=0,65$; $OR=1,2$ (95% CI : 0,43-3,75)).

Conclusion : Dans notre étude, on a montré qu'une coloscopie faite au-delà de 1 an en postopératoire n'était pas associée à une récurrence endoscopique plus sévère.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000252>

P.71

Programme assurance qualité en endoscopie : audit clinique prospectif de plus de 400 coloscopiesA. Guignard ⁽¹⁾, V. Nardon ⁽¹⁾, M.L. Gheorghiu ⁽¹⁾, J. Bottlaender ⁽¹⁾, L. Plataras ⁽¹⁾, G. Breysacher ⁽¹⁾, M. Bolliet ⁽¹⁾, A. Topolski ⁽¹⁾, I. Amaritei ⁽¹⁾, D. Gospei ⁽¹⁾, B. Denis ⁽¹⁾

(1) Colmar.

Introduction : La coloscopie a toutes les caractéristiques pour relever d'un programme d'amélioration de la qualité. La plupart des sociétés savantes recommandent l'adoption d'une démarche qualité avec enregistrement systématique de certains indicateurs. Un référentiel qualité coloscopie SFED-SNFGE-SYNMAD devrait être publié en 2018. **Le but de ce travail** était d'évaluer la qualité des coloscopies réalisées dans notre unité d'endoscopie dans le but de l'améliorer.

Patients et Méthodes : Audit clinique prospectif de toutes les coloscopies consécutives réalisées par 8 opérateurs dans une unité hospitalière d'endoscopie pendant 5 mois (avril à septembre 2018) avec analyse d'indicateurs de processus et de résultats et enquête téléphonique 2 semaines après l'examen.

Résultats : 438 patients étaient inclus : âge moyen 61,6 ans (17 à 90 ans, $8,7\% \geq 80$ ans) ; 55% d'hommes ; score ASA 2 50%, ASA ≥ 3 23%. Les indications étaient : symptômes 35,4%, antécédent néoplasique personnel 30,6%, test immunologique positif 12,9%, antécédent néoplasique familial 10,2%, MICI 7,4%, polypectomie 2^{ème} main 2,3%. 317 (73,4%) coloscopies étaient réalisées en ambulatoire, 4 (1%) en urgence, 6,5% des patients n'avaient pas eu de consultation préalable auprès du gastroentérologue. 115 (38,7%) bénéficiaient d'une gastroscopie lors de la même anesthésie générale. 29 (8,4%) étaient sous traitement anticoagulant, 54 (16,1%) sous antiagrégant. La préparation était fractionnée dans 99,5% des cas. Le score de Boston était de 9 (74% des cas), 8 (8%), 7 (8%). Il était ≥ 8 dans 82% des cas, indépendamment de l'âge (78 à 83%) du score ASA (71 à 91%) et du type de préparation utilisé (73 à 93%) (picrosulfate de Na 34%, PEG+ASC 28%, phosphate de Na 20%, sulfate de Na 18%). Par contre, il variait de 19 à 91% selon l'opérateur. La pompe de lavage était utilisée dans 93% des cas. 95,5 % des coloscopies étaient complètes. La coloscopie était normale dans 40,0% des cas (28 à 52% selon l'opérateur). La durée moyenne d'exploration au retrait était dans ce cas de 10,3 minutes (9 à 12 minutes selon l'opérateur). Seules 2 (1%) explorations coliques normales étaient de durée < 6 minutes. Un (des) polype(s) était(en) t réséqué(s) chez 217 (49,5%) patients (1 polype 41,5% ; 2 polypes 29,0% ; ≥ 3 polypes 29,5%), de taille ≥ 20 mm chez 21 (4,8%) patients, et un polype festonné du colon proximal chez 30 (6,8%) patients (0 à 44% selon l'opérateur). Le taux de détection des adénomes était de 67,5% en cas de test immunologique positif (57 à 78% selon l'opérateur). En cas de polypectomie, la pince froide était utilisée dans 13,8% des cas (0 à 67% selon l'opérateur), l'anse froide dans 26,4% (8 à 50% selon l'opérateur), une mucosectomie dans 67,4% (44 à 89% selon l'opérateur). Sur 21 patients porteurs de polype bénin ≥ 2 cm, 4 échecs de polypectomie étaient référés, 1 pour dissection sous muqueuse, 3 (14,3%) pour chirurgie (dont 2 possiblement excessives). 90% des polypectomies de 2^{ème} main étaient un succès. Une rétrovision caecale était réalisée dans 16,1% des cas (de 0 à 58% selon l'opérateur) et une rétrovision rectale dans 43,1% (de 5 à 95% selon l'opérateur). Dans 22 % des cas, 1 ou plusieurs polypes réséqués n'étaient pas récupérés pour l'analyse histologique. Les taux de réponse à l'enquête à J15 étaient de 56% pour les appels téléphoniques (nécessité d'appels multiples > $\frac{1}{2}$ des cas) et de 32% pour les textos. Le degré de satisfaction moyen était de 9,2 (extrêmes 5 à 10). Seuls, 68,1% des patients contactés avaient reçu leur compte rendu. 77,1% des comptes rendus précisaient le type de préparation colique, 90,0% le Boston, 65,7% la durée d'exploration au retrait et 73,7% la date préconisée de surveillance. 2 hémorragies post-polypectomie étaient colligées, dont 1 grâce à l'enquête patient.

Conclusion : La publication du référentiel qualité coloscopie SFED-SNFGE-SYNMAD arrive à point nommé pour permettre un tel audit. Référentiel et audit sont des outils inestimables pour évaluer les pratiques et détecter

des marges de progrès afin d'améliorer la qualité des coloscopies : individuelles (détection des polypes festonnés du colon proximal, polypectomie à la pince froide, recours à la chirurgie, mention du type de préparation et de la durée d'exploration dans le compte rendu...) et collectives (mention de la date de surveillance dans le compte rendu, patient destinataire du compte rendu...). Il existe de grandes variations de pratiques, y compris au sein d'une même unité d'endoscopie. La préparation fractionnée permet d'obtenir un score de Boston ≥ 8 dans $> 80\%$ des cas. La qualité de la préparation dépend plus de l'opérateur que de l'âge, du score ASA ou du type de préparation utilisée. Le téléphone est inadapté pour l'enquête à J15 auprès des patients : un formulaire papier donné à la sortie, à renseigner et renvoyer dans une enveloppe T prépayée entre J15 et J30 semble mieux approprié.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000147>

P.72

Confrontation des aspects endoscopiques aux résultats des biopsies coliques systématiques au cours de l'exploration des diarrhées chroniques

H. Kchir ⁽¹⁾, A. Hassine ⁽¹⁾, R. Tili ⁽¹⁾, D. Issaoui ⁽¹⁾, H. Chaabouni ⁽¹⁾, N. Maamouri ⁽¹⁾

(1) Tunis, TUNISIE.

Introduction : Le diagnostic étiologique des diarrhées chroniques repose sur les explorations endoscopiques digestives haute et basse. Au cours de la coloscopie, les aspects endoscopiques sont polymorphes mais l'étude histologique peut faire défaut au cours des coloscopies normales.

Le but de notre travail est de décrire les résultats de l'endoscopie digestive basse dans le diagnostic étiologique d'une diarrhée chronique isolée et de les confronter à l'examen histologique des biopsies coliques systématiques.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive. Les données ont été recueillies à partir des registres d'endoscopie digestive basse sur une période de 6 ans allant de 2012 jusqu'à 2018. Ont été analysés les comptes rendus de toutes les coloscopies faites devant une diarrhée chronique ainsi que les résultats des biopsies quand elles étaient pratiquées.

Résultats : Durant cette période, 132 coloscopies ont été réalisées pour DC. Il s'agissait de 71 Hommes (54,1%) et de 61 femmes (45,9%) soit un sexe ratio de 1,16. L'âge moyen était de 45 ans (extrêmes : 17 à 87 ans). Une coloscopie totale a été réalisée chez 100% des patients, la dernière anse iléale a été cathétisée dans 71,4% des cas. L'iléocoloscopie était normale dans 67,7% des cas et a montré des anomalies dans 32,3% des cas. Les lésions endoscopiques macroscopiques observées étaient à type de polype (21%), diverticulose (23,3%), colite (37,1%) et d'iléite (18,6%). Dans ces cas, des biopsies systématiques ont été réalisées dans 83,7%. Elles ont révélé un aspect histologique normal dans 14% des cas. Une anomalie histologique à type de colite chronique, iléite chronique, adénome, adénocarcinome, colite chronique et iléite non spécifique a été notée dans respectivement 41,9% ; 11,6% ; 20,9% ; 4,7% ; 4,7% et 2,3%. Dans le cas des endoscopies digestives basses normales, les biopsies iléales et coliques étagées systématiques ont été réalisées dans 92,2%. L'étude histologique des biopsies était normale dans 78,9% des cas. Dans les autres cas, elle a permis de révéler une colite microscopique à collagène dans 3% des cas, une colite microscopique lymphocytaire dans 3% des cas, une colite à éosinophiles dans 3% des cas, une colite oedémato-congestive dans 3% des cas et une iléite oedémato- congestive dans 1% des cas.

Conclusion : Devant une diarrhée chronique, l'iléocoloscopie est normale dans 2/3 des cas. Dans cette situation, des biopsies iléales et coliques étagées systématiques permettent de révéler une lésion histologique dans 1 cas sur dix. Il s'agit majoritairement de colite microscopique et à éosinophile.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/001004>

P.73

Préparation colique fractionnée au polyéthylène glycol versus schéma unique classique : laquelle améliore la qualité de la coloscopie ?

E. Bel Hadj Mabrouk ⁽¹⁾, Y. Zaimi ⁽¹⁾, M. Ayari ⁽¹⁾, S. Ayadi ⁽¹⁾, K. El Jeri ⁽¹⁾, Y. Said ⁽¹⁾, L. Mouelhi ⁽¹⁾, R. Debbeche ⁽¹⁾

(1) Tunis, TUNISIE.

Introduction : Une bonne coloscopie, en tant qu'outil de dépistage et de traitement, dépend largement de la qualité de la préparation intestinale. Il n'existe pas de standard quant au schéma de préparation. Cela dépend largement de la référence du prescripteur. On se propose de comparer les schémas fractionné et unique en utilisant le PEG comme soluté de préparation.

Matériels et méthodes : Une étude rétrospective (N = 120) a comparé la qualité de la préparation intestinale en utilisant une préparation de polyéthylène glycol (PEG) à dose fractionnée (2L la veille et 2 L le matin) ou à dose unique (4 litres la veille). Tous les patients ayant subi une coloscopie dans l'unité d'endoscopie digestive du service de gastro-entérologie dans les 6 mois s'étendant de Janvier 2018 à Juin 2018 ont été colligés.

Résultats : 120 patients ont été étudiés. Une nette prédominance féminine a été notée (sex ratio H/F=0,42). L'âge moyen de nos patients était de 63 ans (25-88 ans). Les principaux antécédents étaient le diabète chez 53,3% des patients et l'hypertension artérielle chez 40%. Les indications de la coloscopie ont été dominées par la douleur abdominale avec une constipation (30%), suivie par l'exploration d'une anémie (10%). Tous les patients ont eu une préparation colique par 4 litres de PEG. Le choix entre un schéma standard (4 litres la veille, soit 2L de 20H à 22H, puis 2L de 23H à 1H) ou fractionnée (2L la veille et 2L le matin) a été laissé aux patients. 36,7 % ont choisi la préparation standard en un seul temps. Le score de Boston (BBPS) a été calculé chez tous les patients durant la coloscopie. 56,7 % avaient une mauvaise qualité de préparation (BBPS <6). Les patients n'ayant pas eu une coloscopie totale à cause de la mauvaise préparation (33,3%) ont refait l'examen dans les 2 jours suivant la première endoscopie profitant ainsi de la première préparation qui a été optimisée. La comparaison entre le type de préparation reçue et la qualité de la préparation obtenue a montré une meilleure préparation colique chez les patients ayant eu une préparation fractionnée sans que la différence ne soit significative (p=0,864).

Conclusion : Le choix d'une préparation colique en un temps ou en deux temps est généralement lié à la tolérance des patients. Bien que des études aient montré la supériorité du schéma fractionné pour avoir une bonne préparation, cela n'a pas été démontré dans notre étude ce qui nous laisse penser à l'existence d'autres facteurs influençant la qualité de la préparation colique.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000387>

P.74

Coloscopie sans sédation : facteurs prédictifs de mauvaise tolérance et de difficulté de progression

B. Bouchabou ⁽¹⁾, M. Medhioub ⁽²⁾, M. Mahmoudi ⁽²⁾, A. Khsiba ⁽²⁾, L. Hamzaoui ⁽³⁾, M.M. Azouz ⁽²⁾

(1) Ariana, TUNISIE ; (2) Nabeul, TUNISIE ; (3) Tunis, TUNISIE.

Introduction : Une colonoscopie totale est définie par la visualisation du bas fond caecal, l'orifice appendiculaire et la valvule iléo-caecale. Cette procédure est de difficulté très variable dépendant de la variabilité de l'expérience de l'opérateur et les différences entre les patients. Le but de cette étude était d'identifier les différents facteurs, en dehors de la compétence de l'endoscopiste, pouvant prédire la douleur du patient et la difficulté technique lors de la coloscopie sans sédation

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude prospective incluant toutes les coloscopies totales effectuées sans sédation par les endoscopistes travaillant au sein de l'unité d'endoscopie digestive de l'hôpital sur une période d'une année consécutive allant du 1^{er} Juin 2016 au 31 Mai 2017. Les facteurs étudiés étaient les données démographiques, l'antécédent d'une chirurgie abdominale, la qualité de la préparation colique évaluée par le score de Boston, la présence d'une maladie diverticulaire, la présence de syndrome de l'intestin irritable et le nombre de colonoscopies antérieures. Ces facteurs ont été analysés pour déterminer leur association avec la difficulté jugée par l'opérateur et la douleur jugée par le patient pendant la procédure. La qualité de la préparation colique évaluée par le score de Boston, la présence d'une maladie diverticulaire, la présence de syndrome de l'intestin irritable et le nombre de colonoscopies antérieures. Ces facteurs ont été analysés pour déterminer leur association avec la difficulté jugée par l'opérateur et la douleur jugée par le patient pendant la procédure.

Résultats : Sept cent quarante-neuf colonoscopies ont été jugées complètes (74,5%). L'âge moyen des patients était de 56,3 +/- 16 ans. L'indication de la coloscopie était un trouble du transit dans 35,1% des cas. L'IMC moyen était de 27,6 +/- 4,3. Trente-trois pour cent des patients avaient un IMC < 25. Les analyses de régression logistique multivariée ont révélé qu'un âge avancé (> 45 ans), un indice de masse corporelle bas (<25 kg/m²) et un antécédent de chirurgie abdominale étaient des facteurs prédictifs de mauvaise tolérance chez les patients. L'âge supérieur à 45 ans, l'indice de masse corporelle bas, un score de Boston < 5 et l'antécédent de chirurgie abdominale étaient des facteurs prédictifs d'une coloscopie jugée difficile par l'opérateur.

Conclusion : Cette étude prospective a identifié plusieurs facteurs qui peuvent prédire une mauvaise tolérance de la coloscopie et des difficultés techniques liées à l'examen. Ces résultats peuvent avoir des implications dans la pratique courante et l'enseignement de la coloscopie des jeunes médecins. Ces résultats sont à confirmer par des études à large échelle avec des scores plus objectifs de tolérance et de difficulté de l'examen.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000931>

P.75

Existe t-il des facteurs prédictifs de la présence d'anomalies aux biopsies coliques systématiques pratiquées dans le cadre d'exploration des diarrhées chroniques ?

R. Baklouti ⁽¹⁾, A. Guediche ⁽¹⁾, M. Ben Abdelwahed ⁽²⁾, F. Aissaoui ⁽²⁾, M. Zakhama ⁽¹⁾, W. Bouhlel ⁽¹⁾, W. Ben Mansour ⁽¹⁾, H.L. Mohamed ⁽¹⁾, B.C. Nabil ⁽¹⁾, L. Safer ⁽¹⁾

(1) Monastir, TUNISIE ; (2) Tunis, TUNISIE.

Introduction : Un bilan endoscopique et radiologique normal est une situation relativement fréquente dans l'exploration d'une diarrhée chronique. Des biopsies grêliques et coliques sont ainsi souvent réalisées afin de rechercher des lésions microscopiques pouvant expliquer la diarrhée. **Le but de notre travail** est de préciser l'apport des biopsies systématiques lors des coloscopies normales réalisées dans le cadre d'exploration de diarrhée chronique et de rechercher des facteurs prédictifs de la présence d'anomalies microscopiques.

Matériels et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective menée au service de gastroentérologie de Monastir sur une période de 3 ans (2015-2017). Tous les patients ayant eu une iléocoloscopie normale avec des biopsies systématiques dans le cadre d'exploration d'une diarrhée chronique liquidienne ont été inclus. Les patients dont l'exploration était incomplète ou qui n'ont pas eu de biopsies ont été exclus. Les paramètres cliniques, biologiques et anatomo-pathologiques ont été étudiés.

Résultats : Soixante trois patients ont été inclus. L'âge moyen était de 31 ans (16-85), avec une légère prédominance féminine (sex ratio=0.57). Un tiers des patient (n=21) était tabagique. Une maladie auto-immune était présente chez 5 patients (7.9%) et une prise médicamenteuse chez 6 patients (9.5%). Les douleurs abdominales étaient retrouvées chez 37 patients (58.7%), l'anorexie chez 5 patients (7.9%) et l'amaigrissement chez 11 patients (17.4%).

Dix-sept patients (27%) étaient anémiques, 16 (25%) avaient un syndrome inflammatoire biologique et 19 (30%) avaient une hypoalbuminémie. Des anomalies histologiques ont été observées chez 7 patients (11%) ; 6 d'entre eux (9.5%) avait des colites microscopiques dont 5 colites collagène et une colite lymphocytaire et un patient avait une granulomatose. L'âge supérieur à 45 ans (p=0.05), une maladie auto-immune associée (p=0.04) et l'anorexie (p=0.02) étaient significativement corrélés à la présence d'atteinte histologique, contrairement au sexe féminin (p=0.55), au tabagisme (p=0.11) et à la prise médicamenteuse (p=0.4).

Conclusion : Dans notre étude, la pratique de biopsies systématiques a permis de retrouver l'étiologie de la diarrhée dans 11% des cas. Selon notre série, l'âge supérieur à 45 ans, la présence d'une maladie auto-immune ou d'une anorexie étaient statistiquement associées à la présence d'anomalies aux biopsies coliques systématiquement pratiquées dans le cadre d'exploration des diarrhées chroniques. Ainsi les biopsies systématiques en cas de coloscopie normale sont contributives, mais il faudra toutefois recourir aux scores prédictifs de colite microscopique afin de limiter le nombre de biopsies dans un but d'économie de santé.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000411>

P.76

La coloscopie : quel apport dans le bilan étiologique de la constipation chronique ?

A. Hammami ⁽¹⁾, A. Bouchareb ⁽¹⁾, N. Elleuch ⁽¹⁾, A. Ben Slama ⁽¹⁾, H. Jaziri ⁽¹⁾, A. Braham ⁽¹⁾, S. Ajmi ⁽¹⁾, M. Ksaa ⁽¹⁾, A. Jmaa ⁽¹⁾

(1) Sousse, TUNISIE.

Introduction : La constipation constitue un symptôme très fréquent, handicapant et bien souvent mal traité avec un impact médico-économique important et sous-évalué. Elle peut être l'expression d'une maladie organique ou fonctionnelle. Les étiologies sont multiples et doivent être éliminées, mais dans plus de 90 % des cas ce symptôme restera idiopathique. Un bilan étiologique comportant essentiellement une coloscopie s'impose devant tout patient présentant une constipation chronique, sévère ou avec des signes d'alarmes (Age>50ans, apparition récente, rectorragies, anémie, amaigrissement). L'objectif de ce travail est de déterminer l'apport de la coloscopie dans le bilan étiologique de la constipation.

Matériels et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive étalée sur une période de 2 ans menée dans notre service d'hépto-gastro-entérologie colligeant les patients présentant une constipation chronique et ayant bénéficié d'une coloscopie isolée ou associée à d'autres symptômes. Le diagnostic d'une constipation chronique était basée sur les critères de Rome IV.

Résultats : Parmi 2150 coloscopies réalisées, 174 étaient indiquées pour une constipation (12.35%). Il s'agit de 91 femmes (52.3%) et 83 hommes (47.7%) avec un âge moyen de 55 ans [17-90 ans]. La constipation était isolée dans 49.4% des cas (n=86). Elle était associée à des douleurs abdominales dans 19% des cas (n=33), un ballonnement abdominale dans 10.9% des cas (n=19), une alternance diarrhée constipation dans 10.3% des cas (n=18), des rectorragies dans 5.7% des cas (n=10), une altération de l'état général dans 3.4% des cas (n=6), un syndrome subocclusif chez 2 patients (1.3%). La coloscopie était normale dans 69.5% des cas (n=121) et chez 61.6% des patients présentant une constipation isolée. Elle a dépisté des polypes recto-coliques chez 12.6% des patients (n=22). Un dolichocolon est retrouvé dans 8% (n=14), des diverticules coliques dans 3.4% (n=6), un processus tumoral dans 6.3% (n=11). Une tumeur rectocolique était diagnostiquée chez 3 patients présentant une constipation isolée, 4 patients avec alternance diarrhée constipation, 3 patients avec une constipation associée à une altération de l'état général et un seul cas associé à des douleurs abdominales.

Conclusion : La constipation chronique représente 12.35% des indications de la coloscopie dans notre pratique permettant de dépister des lésions significatives (polypes recto-coliques, une néoplasie rectocolique) dans 18.9% des cas. Ce travail souligne l'importance de la coloscopie dans le bilan étiologique de la constipation chronique notamment en présence de signe d'alarme.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000774>

P.77

Est-il nécessaire de réaliser une coloscopie chez les patients âgés de 45 ans ou plus suivis pour des rectorragies sur pathologie hémorroïdaire ?F. Bellouhou ⁽¹⁾, F. Belabbes ⁽²⁾, F.E. Haddar ⁽²⁾, S. Oubaha ⁽²⁾, Z. Samlani ⁽²⁾, K. Krati ⁽²⁾

(1) Marrakech, MAROC ; (2) Marrakech, MAROC.

Introduction : Les rectorragies se définissent comme la présence de sang rouge vif dans les selles ou en dehors des selles. Elle constitue un motif fréquent de consultation. La pathologie colique chez le sujet âgé est très fréquente, et la coloscopie est l'examen de référence dans l'exploration du colon. Son rendement diagnostique dépend cependant de plusieurs facteurs notamment les indications. Est-il nécessaire de réaliser une coloscopie totale chez les patients suivis pour des rectorragies sur pathologie hémorroïdaire ?

Objectif : Déterminer la nécessité de réaliser une coloscopie totale chez ces patients âgés de 45 ans ou plus ayant déjà bénéficié d'un examen proctologique.

Patients et Méthodes : C' est une étude rétrospective observationnelle, de 50 patients âgés de plus de 45 ans, allant de 2016 à 2017 suivis pour des rectorragies sur pathologie hémorroïdaire et ayant bénéficié d'une coloscopie totale. Les comptes rendus de coloscopie de tous les patients ayant subi une coloscopie pour exploration de rectorragies ont été étudiés. Les données recueillies et analysées étaient l'âge, le sexe et les résultats de la coloscopie.

Résultats : L'âge moyen était de 56 ans [45 ans- 87 ans]. Nous avons noté une prédominance masculine avec un sexe ratio H/F de 1,2. Tous les patients avaient consulté pour des rectorragies. Les symptômes associés étaient les proctalgies (8%) des cas et de la constipation (4%) des cas ; les hémorroïdes internes étaient retrouvés chez 95% : stade I dans 46% , stade II dans 34% et stade III chez 20%.-Des fissures anales ont été retrouvés chez 16% des cas , Des fistules sur 4% la coloscopie était pathologique chez 30% des cas. Les lésions retrouvées étaient : polypes dans 59,2%, angiodysplasie dans 2%, ulcérations dans 2% , un lipome chez 1% , une diverticulose chez 2% , une origine tumorale dans 3% , une lésion congestive dans 3%.

Conclusion : Dans notre travail 30% des patients ont une coloscopie totale pathologique. C'est une proportion non négligeable. Ainsi la coloscopie a sa place sur les sujets âgés suivis pour une pathologie hémorroïdaire. Il est très important d'exclure une cause cancéreuse, car plus le cancer colorectal est dépisté tôt, plus les traitements sont efficaces

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/001101>

P.78

Technique optimale de la résection endoscopique des polypes diminutifsF. Aissaoui ⁽¹⁾, M. Zakhama ⁽²⁾, S. Ben Amor ⁽²⁾, I. Jemni ⁽²⁾, A. Guediche ⁽²⁾, W. Bouhlel ⁽²⁾, W. Ben Mansour ⁽²⁾, H.L. Mohamed ⁽²⁾, B.C. Nabil ⁽²⁾, L. Safer ⁽²⁾

(1) Tunis, TUNISIE ; (2) Monastir, TUNISIE.

Introduction : Les sociétés savantes recommandent la polypectomie à l'anse comme technique optimale de résection des polypes sessile et plans de taille ≤ 5 mm (micro-polypes). Par rapport aux autres techniques, elle assure un moindre risque de complications et permet des taux élevés de résection complète et de tissus adéquats pour l'examen histologique.

Le but de notre étude est de comparer l'efficacité de la polypectomie à l'anse par rapport à la biopsie-exérèse à la pince froide

Patients et Méthodes : Il s'agissait d'une étude rétrospective, descriptive colligeant tous les patients ayant bénéficié d'une polypectomie colique dans le service de gastro-entérologie de Monastir (en dehors de la polyposse familiale et des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin) durant une période de 12 mois. Nous avons défini deux groupes de polypes : G1 correspondant aux polypes ≤ 5 mm réséqués par la pince froide et G2 correspondant aux polypes ≤ 5 mm réséqués à l'anse.

Les données cliniques, endoscopiques et anatomo-pathologiques ont été rapportées.

Résultats : Durant la période d'étude, un total de 212 polypes coliques ont été réséqués chez 112 patients d'âge moyen de 60,9 ans [22-87 ans] avec un Sex-Ratio (H/F) de 1,3.

Les polypes siégeaient surtout au niveau du colon droit (24,5%). Ils étaient sessiles dans 167 cas (78,8%), pédiculés dans 25 cas (11,8%) et plans dans 20 cas (9,4%).

Parmi les polypes réséqués, 138 (65,1%) avaient un diamètre ≤ 5 mm : Cent vingt-sept (92%) ont été réséqués par la pince froide (G1) et 11 (8%) ont été réséqués par l'anse (G2).

Une résection complète était respectivement obtenue dans 65,3% et 81,8% des cas pour les G1 et G2. Alors qu'un tissu adéquat pour l'étude histologique était possible dans 71,5% et 90,9% des cas respectivement pour les deux groupes.

En analyse univariée, la polypectomie à l'anse assurait une meilleure chance de résection complète par rapport à la biopsie exérèse (p = 0,04), sans offrir une meilleure opportunité à une étude histologique adéquate (p= 0,06).

Conclusion : Notre série a confirmé les données de la littérature et les dernières recommandations concernant la supériorité de la polypectomie à l'anse dans la résection des polypes diminutifs.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000924>

P.79

Réssection endoscopique par mucosectomie à l'anse froide de polypes coliques

C. Leandri ⁽¹⁾, B. Brieau ⁽¹⁾, B. Bordacahar ⁽¹⁾, S. Ribière ⁽¹⁾, M.A. Guillaumot ⁽¹⁾, S. Leblanc ⁽¹⁾, F. Prat ⁽¹⁾, S. Chaussade ⁽¹⁾

(1) Paris.

Introduction : La résection à l'anse froide est une technique de polypectomie sûre et recommandée en première intention pour les polypes de moins de 10mm. L'ESGE recommande une résection par mucosectomie à l'anse chaude des lésions de 10-19 mm et lésions de plus de 20 mm, fragmentée si nécessaire, en l'absence de suspicion d'envahissement en profondeur. L'utilisation de l'anse froide pour la résection fragmentée si nécessaire de lésions plus volumineuses notamment planes n'est pas utilisée en pratique courante et reste à évaluer (1). La résection optimale de lésions de type sessile serrated adenoma (SSA/P) n'est par ailleurs pas encore connue. Une étude semble montrer que la mucosectomie à l'anse froide est une technique de résection sûre et efficace des lésions SSA/P de plus de 10 mm (2). L'objectif de cette série de cas était de confirmer ces données en évaluant la faisabilité et la sûreté de la résection de lésions coliques volumineuses adénomateuses ou SSA/P par mucosectomie à l'anse froide.

Patients et Méthodes : Etude prospective d'avril 2018 à septembre 2018 réalisée au sein d'un centre expert en endoscopie interventionnelle. Patients venant pour une coloscopie. Une résection par mucosectomie à l'anse froide était réalisée pour les polypes d'au moins 9 mm sans critères péjoratifs d'invasion en profondeur. La technique comprenait une injection intra-muqueuse d'un soluté mélangé à un colorant de type indigo carmin puis d'une résection à l'aide d'une anse froide.

Résultats : 11 mucosectomies à l'anse froide réalisées chez 8 patients (37 % d'hommes, âge médian : 66 ans). Les lésions mesuraient de 9 à 30 mm avec une taille moyenne de 17,7mm. 10 lésions sur 11 étaient des lésions planes de type 0-IIa selon la classification de Paris. 5 lésions (45%) correspondaient à des SSA/P dont 3 non dysplasiques, 5 (45%) à des adénomes en dysplasie de bas grade et un polype d'aspect adénomateux de 11 mm non récupéré. Une résection monobloc a été réalisée pour 2 lésions qui mesuraient 11 et 14mm. Les autres résections étaient fragmentées. Aucune complication immédiate n'a été observée. Pose de clips au cours de 5 résections.

Conclusion : La mucosectomie à l'anse froide est une technique efficace et sûre de résection des lésions planes coliques.

Références Bibliographiques : 2. Tutticci NJ, Hewett DG. Cold EMR of large sessile serrated polyps at colonoscopy (with video). *Gastrointest Endosc.* 2018 Mar;87(3):837-42.

1. Augusto Barros R, Monteverde MJ, Federico Barros R, De Elizalde S, Barros AS. [Safety and efficacy of cold snare resection of non-polypoid colorectal lesions (0-IIa and 0-IIb)]. *Acta Gastroenterol Latinoam.* 2014 Mar;44(1):27-32.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/001002>

P.80

Existe-il des facteurs prédictifs de la présence d'un adénome avancé ?

A. Nakhli ⁽¹⁾, R. Ennaifer ⁽¹⁾, N. Hemdani ⁽¹⁾, B. Bouchabou ⁽¹⁾, H. Ben Romdhane ⁽¹⁾, H. Ben Nejma ⁽¹⁾

(1) Marsa, TUNISIE.

Introduction : Un adénome avancé se définit comme un adénome dont la taille est ≥ 10 mm ou avec une dysplasie de haut grade ou un contingent villos $>25\%$. Il est à haut risque d'évolution vers un cancer colorectal (CCR) et de ce fait constitue la principale cible du dépistage du CCR. **L'objectif de notre étude** était de rechercher les facteurs prédictifs de présence d'un adénome avancé afin d'optimiser la stratégie de dépistage.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective menée dans un centre Tunisien entre 2010 et 2017. Les patients ayant eu une coloscopie avec polypectomie ont été colligés. Les données cliniques, endoscopiques et histologiques ont été recueillies. Les paramètres associés à la présence d'un adénome avancé ont été étudiés à l'aide du test du Chi deux.

Résultats : Nous avons inclus 217 patients qui présentaient 322 polypes. L'âge moyen était de 61ans [22-90] avec une prédominance masculine (SR H/F =1,46). Les principales indications de la coloscopie étaient: des troubles du transit (n=110), des rectorragies (n=63) et des douleurs abdominales (n=42). La coloscopie était totale dans 60%. La préparation était jugée suffisante (Score de Boston7) dans 41% des cas. Les polypes étaient : sessiles (73%), pédiculés (14%) ou plans (13%). Ils étaient situés en aval de l'angle colique gauche dans 77,5%. La répartition était comme suit : rectum n=88, sigmoïde n=101, colon gauche n=61, colon transverse n=31, colon droit n=19 et caecum n=22. En fonction de la taille, les polypes étaient classés : diminutifs (≤ 5 mm, n=216), petits et moyens (6-9mm, n=51), gros (10-19mm, n=42), géants (≥ 20 mm, n=13). Les polypes étaient adénomateux dans 46% des cas : tubuleux dans 70%, tubulo-villos dans 30% avec présence d'une dysplasie de haut grade dans 11% des polypes. Les adénomes avancés représentaient 46% des adénomes. Leur présence n'était pas corrélée à l'âge des patients (p=0.466), ni au sexe (p=0.513), ni à la présence de signe d'alarme (rectorragie, anémie, p=0.112) ni au siège des polypes (p=0.100).

Conclusion : Dans notre série les adénomes avancés représentaient 46% des adénomes. Il n'y avait pas de facteur prédictif clinique et endoscopique associé à leur présence ce qui ne nous permet pas de stratifier le risque. L'inclusion de plus de paramètres tels que les antécédents, le tabagisme et l'obésité pourraient modifier ces résultats.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000939>

P.81

Réséction endoscopique des petits polypes rectocoliques : quelle est la technique optimale ?

H. Jlassi ⁽¹⁾, D. Trad ⁽¹⁾, N. Bibani ⁽¹⁾, M. Sabbah ⁽¹⁾, A. Ouakaa Kchaou ⁽¹⁾, H. Elloumi ⁽¹⁾, D. Gargouri ⁽¹⁾

(1) Tunis, TUNISIE.

Introduction : Plus de 70% des polypes découverts lors des coloscopies sont de petite taille (1-10mm). Leur résection endoscopique peut être dans certains cas incomplète. De ce fait, les modalités optimales de leurs exérèse constituent un sujet de préoccupation des endoscopistes. L'objectif de cette étude était d'analyser les diverses techniques utilisées pour la résection des petits polypes et de suggérer quelle technique serait la plus efficace en comparant les différents taux de résection incomplète.

Matériels et méthodes : Il s'agissait d'une étude rétrospective colligeant tous les patients ayant bénéficié d'une polypectomie pour un petit polype rectocolique durant une période de 12 mois (l'année 2017). Nous avons défini 3 groupes : Groupe 1 (G1) correspondant aux polypes réséqués par mucosectomie, groupe 2 (G2) correspondant aux polypes réséqués par l'anse diathermique et le groupe 3 (G3) correspondant aux polypes enlevés par la pince à biopsie. Les données endoscopiques et anatomopathologiques ont été analysées.

Résultats : Durant l'année de l'étude, 116 polypectomies coliques ont été réalisées pour 74 patients ayant un âge moyen de 62 ans [22-87ans] avec un sexe ratio (H/F) de 2,08. Les polypes siégeaient surtout au niveau du rectum (29,3%). Ils étaient sessiles dans 81,1% des cas (n=94), pédiculés dans 10,3% des cas (n=12) et plans dans 8,6% des cas (n=10).

La taille moyenne des polypes était de 4,59mm [2-10]. Les polypes diminutifs étaient prédominants (71,5% des cas ; n=83).

L'étude anatomopathologique a montré que 25,8% des polypes étaient hyperplasiques (n=30) tandis que 66,4% (n=77) étaient adénomateux dont 80,5% tubuleux et 16,6% tubulo-villeux.

Le G1 avait inclus 16 polypes, le G2 : 15 polypes et le G3 : 82 polypes.

Le taux de résection incomplète des polypes adénomateux était significativement plus élevé dans le groupe G3 par rapport aux groupes G2 et G1 (23,1% vs 6,6% vs 18,7% ; p=0,12).

Conclusion : Dans notre série, la résection endoscopique complète des petits polypes était bien supérieure en cas de résection par anse diathermique. Jusqu'à nos jours, il n'a pas été décrit de méthode optimale pour la résection des petits polypes.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000740>

P.82

Polypectomie colique : critères de qualité

S. Laabidi ⁽¹⁾, Y. Said ⁽¹⁾, N. Trad ⁽¹⁾, A. Mensi ⁽¹⁾, S. Soua ⁽¹⁾, K. El Jeri ⁽¹⁾, Y. Zaimi ⁽¹⁾, S. Ayadi ⁽¹⁾, L. Mouelhi ⁽¹⁾, R. Debbeche ⁽¹⁾

(1) Tunis, TUNISIE.

Introduction : La coloscopie avec exérèse endoscopique des polypes diminue le risque de survenue du cancer colorectal. Elle doit respecter certains critères de qualité recommandés par les sociétés savantes. Le but de notre travail était d'évaluer les critères de qualité de la polypectomie colique.

Patients et Méthodes : Nous avons mené une étude rétrospective colligeant les patients consécutifs ayant eu une polypectomie colique entre 2013 et 2017. Les patients ayant un cancer colorectal évolutif, une MICI ou une polyposse adénomateuse familiale ont été exclus. La qualité de coloscopie avec polypectomie colique est jugée optimale si les 5 critères de qualité suivants sont vérifiés : une préparation colique adéquate, une coloscopie complète, une exérèse en monobloc, une résection complète macroscopiquement et microscopiquement (pour les carcinomes in situ), et une ablation de la totalité des lésions au cours de la même séance.

Résultats : Nous avons inclus 206 patients, l'âge moyen était 62 ans [31ans -103 ans] une prédominance masculine était observée avec un sexe ratio H/F de 1,94. 371 polypes ont été réséqués. Les polypes ont été récupérés dans 81,5% des cas. La préparation colique était bonne dans 50,77% des cas, moyenne dans 41,03 % des cas et mauvaise dans 8,21% des cas. La coloscopie réalisée était complète dans 91% des cas. Concernant la polypectomie, la résection était réalisée en monobloc dans 50% des cas, elle était complète dans 95% et l'ablation de la totalité des lésions au cours de la même séance était possible dans 82,8% des cas. Seules 25% des polypectomies répondaient aux 5 critères de qualité associés.

Conclusion : Dans notre série, 25 % des polypectomies coliques vérifiaient les critères de qualité recommandés. En l'absence de ces critères une coloscopie est préconisée dans un délai de 3 mois.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000764>

P.83

La prévalence des adénomes avancés selon la taille des polypes colorectaux

F. Aissaoui ⁽¹⁾, M. Zakhama ⁽²⁾, I. Jemni ⁽²⁾, S. Ben Amor ⁽²⁾, A. Guediche ⁽²⁾, W. Bouhlef ⁽²⁾, W. Ben Mansour ⁽²⁾, H.L. Mohamed ⁽²⁾, B.C. Nabil ⁽²⁾, L. Safer ⁽²⁾

(1) Tunis, TUNISIE ; (2) Monastir, TUNISIE.

Introduction : La résection des polypes diagnostiqués à la coloscopie permet d'éviter l'évolution des adénomes vers un cancer colorectal. La séquence de transformation est d'autant plus courte que l'adénome est avancé.

Le but de notre étude est de déterminer la prévalence des adénomes colorectaux avancés (dysplasie de haut grade et / ou composante vilieuse) selon la taille des polypes réséqués.

Patients et Méthodes : Il s'agissait d'une étude rétrospective incluant tous les polypes colorectaux réséqués (en dehors de la polyposé familiale et des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin) dans le service de gastro-entérologie de Monastir durant une période de 12 mois. Les données endoscopiques et anatomopathologiques ont été rapportées.

Résultats : Cent quatre-vingt-dix-huit polypes ont été réséqués chez 104 patients : 40 Femmes et 64 hommes. L'âge moyen était de 59,8 ans [22-87]. Les polypes étaient sessiles dans 157 cas (79,3%), pédiculés dans 25 cas (12,6%) et plans dans 16 cas (8,1%). Ils siégeaient surtout au niveau du colon droit (25,5%). La taille des polypes était ≤ 5 mm dans 128 cas (64,6%), entre 6 à 9 mm dans 40 cas (20,2%) et ≥ 10 mm dans 30 cas (15,1 %).

Pour les polypes diminutifs (≤ 5 mm) : quarante et un (32%) étaient non adénomateux et 87 (68%) étaient des adénomes en dysplasie de bas grade. Pour les petits polypes (6 à 9 mm) : Dix (25%) étaient non adénomateux et 30 (75%) correspondaient à des adénomes dont un seul avancé (2,5%). les macro-polypes (≥ 10 mm) étaient majoritairement des adénomes (93,3%) dont 36,7% étaient avancés.

En analyse univariée, une taille ≥ 10 mm était associée à un risque plus important d'adénome avancé ($p < 10-5$).

Conclusion : Les résultats de notre étude sont en concordance avec les données de la littérature concernant l'impact de la taille des polypes sur la nature histologique et le risque dysplasique.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000921>

P.84

Les polypes minuscules rectocoliques : faut-il une analyse histologique systématique ?

H. Jlassi ⁽¹⁾, D. Trad ⁽¹⁾, M. Sabbah ⁽¹⁾, N. Bibani ⁽¹⁾, A. Ouakaa Kchaou ⁽¹⁾, H. Elloumi ⁽¹⁾, D. Gargouri ⁽¹⁾

(1) Tunis, TUNISIE.

Introduction : Les petits polypes constituent la grande majorité des polypes recto-coliques. Parmi ceux-ci, la prévalence des adénomes avancés est faible. La stratégie "Detect-and-leave" se discute pour les très petits polypes (≤ 5 mm), compte tenu des coûts induits et de la forte proportion de lésions non significatives (hyperplasiques).

L'objectif de cette étude est de déterminer le type histologique des polypes recto-coliques minuscules (≤ 5 mm) réséqués et d'évaluer l'intérêt d'un examen histologique systématique.

Matériels et méthodes : Il s'agissait d'une étude rétrospective colligeant tous les patients ayant bénéficié d'une polypectomie pour un petit polype rectocolique durant une période de 12 mois (l'année 2017). Nous avons défini deux groupes : Le groupe 1 correspondait aux petits polypes de taille ≥ 5 mm et le groupe 2 correspondait aux polypes minuscules. Les données endoscopiques et anatomopathologiques ont été analysées.

Résultats : Durant l'année de l'étude, 116 polypectomies coliques ont été pratiquées pour 74 patients ayant un âge moyen de 62 ans [22-87ans] avec un sexe ratio (H/F) de 2,08. Quarante six patients (39,6%) présentaient un seul polype à la coloscopie.

Les polypes siégeaient majoritairement au niveau du rectum (29,3%). Ils étaient sessiles dans 81,1% des cas ($n=94$), pédiculés dans 10,3% des cas ($n=12$) et plans dans 8,6% des cas ($n=10$).

La taille moyenne des polypes était de 4,59mm [2-10]. Les polypes diminutifs étaient prédominants (71,5% des cas ; $n=83$).

Dans le premier groupe ; 28 polypes (84,8%) correspondaient à des polypes adénomateux.

Dans le deuxième groupe ; 50 polypes (60,2%) étaient adénomateux et 30 (36,1%) étaient hyperplasiques.

La nature adénomateuse était moins fréquente dans le groupe des polypes minuscules avec une différence statistiquement significative ($p=0,001$).

Conclusion : Notre série montre un taux non négligeable des adénomes parmi les polypes minuscules. Ainsi, la stratégie « detect and leave » doit être réservée pour des endoscopistes expérimentés ayant atteint un niveau de confiance élevé et en présence de techniques de chromo-endoscopie.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000944>

P.85

Polypes coliques : quelle prévalence ? quels facteurs associés ?

A. Ben Mohamed ⁽¹⁾, M. Mahmoudi ⁽²⁾, L. Hamzaoui ⁽¹⁾, M. Medhioub ⁽²⁾, A. Khsiba ⁽²⁾, M.M. Azouz ⁽²⁾

(1) Tunis, TUNISIE ; (2) Nabeul, TUNISIE.

Introduction : Le taux de détection des adénomes et des polypes est corrélé au risque de cancer colorectal et il est par conséquent considéré comme un marqueur de qualité de la coloscopie. **Le but de notre travail** était de rechercher la prévalence des polypes ainsi que les facteurs associés à leur détection en pratique quotidienne.

Patients et Méthodes : Huit cent six coloscopies totales ont été réalisées entre le 01/01/2017 et le 31/12/2017 dans notre unité d'endoscopie digestive. Nous avons précisé les paramètres relatifs aux patients à savoir l'âge, le sexe, l'indication de la coloscopie, la qualité de la préparation (évaluée par le score de Boston), le nombre et la taille des polypes et les résultats de leurs examens anatomopathologiques.

Les facteurs liés à la détection des polypes ont été évalués par analyse uni et multivariée (régression logistique par étapes).

Résultats : Huit cent six coloscopies ont été effectuées chez 420 patients de sexe masculin (52,1%) et 386 malades de sexe féminin (47,9%), dont 77,4 % âgés de 45 ans ou plus. L'âge moyen était de 57,1 ±16 [17-92]. Une préparation sous-optimale (définie par un score de Boston <7) a été observée chez 50,86% des patients. Huit cent six coloscopies totales ont détecté 591 polypes chez 252 patients. Une polypectomie était réalisée chez 218 malades avec mise en évidence d'adénomes en dysplasie de bas grade dans 56,2% des cas et en dysplasie de haut grade dans 13,17% des cas, des polypes festonnés dans 13,7% des cas et des polypes hyperplasiques dans 17,44% des cas.

Le nombre moyen de polypes (NMP) était de 2,33 ±2,65 et le taux de détection des polypes (TDP) était de 31,24%. Cent vingt-sept coloscopies ont détecté plus d'un polype. Le taux de détection des grands polypes (≥10 mm) était de 9,67% avec la détection de 78 polypes (13,19% des polypes) chez 53 patients. Le taux de détection de néoplasies était de 4,34% (35 néoplasies).

En analyse univariée, un TDP élevé était significativement associé aux facteurs dépendant du patient: un âge ≥45 ans (p<0,001), le sexe masculin (p=0,002), des antécédents familiaux de polype / cancer (p=0,003) et un score de Boston ≥7 (p=0,0035). Dans l'analyse multivariée, les seuls facteurs associés à un TDP élevé étaient l'âge ≥45 ans et les antécédents familiaux de polype ou de néoplasie colorectale.

Conclusion : Dans notre série, nous avons diagnostiqué des polypes chez plus d'un tiers des patients, quel que soit leur âge et leurs indications. En analyse multivariée, un TDP élevé était significativement associé aux antécédents familiaux de polype / cancer et à l'âge du patient.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000436>

P.86

Taux de détection de polypes en fonction de l'âge : quand faut-il débiter le dépistage ?

A. Ben Mohamed ⁽¹⁾, M. Mahmoudi ⁽²⁾, L. Hamzaoui ⁽¹⁾, A. Khsiba ⁽²⁾, M. Medhioub ⁽²⁾, M.M. Azouz ⁽²⁾

(1) Tunis, TUNISIE ; (2) Nabeul, TUNISIE.

Introduction : Bien que les sociétés savantes réservent leur programme de dépistage des patients à risque moyen de cancer colo-rectal (CCR) à la population comprise entre 50 à 75 ans, nous observons depuis quelques années que la néoplasie colorectale tend à toucher des sujets plus jeunes.

Le but de cette étude est d'évaluer de façon rétrospective, sur l'ensemble des coloscopies effectuées dans notre centre sur 1 an (de Janvier à Décembre 2017), le taux de détection de polypes (TDP) et de néoplasies (TDN) en fonction de la tranche d'âge.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective monocentrique qui s'est intéressée aux colonoscopies réalisées en 2017 dans notre unité d'endoscopie digestive. Nous avons collecté ces données : âge, sexe, indication de la coloscopie, qualité de la préparation (score de Boston), nombre, taille et type histologique des polypes. Nous avons déterminé les TDP, le nombre moyen de polypes (NMP), le taux de détection de polype de grande taille (polypes de 1 cm ou plus, TDPGT) et le taux de détection de néoplasie (TDN : grade 4 ou 5 de la classification de Vienne). Le TDP, TDGP et TDN ont été analysés dans chaque groupe d'âge dans l'ensemble de la population et dans la population présentant un risque moyen de cancer colorectal (après exclusion des patients ayant des antécédents personnels ou familiaux d'adénome ou de cancer).

Résultats : Huit cent six colonoscopies ont été effectuées chez 386 femmes (47,9%) et 420 hommes (51,7%) avec un âge médian de 57,1 ±16 ans [17-92]. Les NMP, TDP, TDPGT et TDN dans l'ensemble de la population ont été respectivement de 2,33±2,62 [1-25], 31,24%, 9,67% et 4,34%. Dans la population de plus de 45 ans (N = 624), les TDA, TDPGT et TDN étaient respectivement de 37%, 7,7% et 5,44%. Entre 45 et 49 ans (N = 515), le TDA était de 18,1% et le TDN de 2,8%. Avant 45 ans (N = 182), ces taux diminuaient fortement (TDP=12% ; TDGP=2,7% et TDN=0,5%). En excluant les patients avec des antécédents familiaux et personnels de polypes ou de cancer, les taux de détection étaient encore significativement plus élevés chez les patients de 45 à 49 ans (N = 45) par rapport aux patients de moins de 45 ans (N = 45) avec un NMP 4,22±5,6 vs 1,25±0,44 (P <0,001), un TDP de 20% vs 12,7% (P =,002) et un TDN de 4,4% vs 1,1% (P <0,001). Chez les patients âgés de 30 à 39 ans (N =75), le TDA n'était pas négligeable, à 12% avec un TDN bas, de 1,33%. Concernant les patients de moins de 30 ans (N=47), le TDP ainsi que le TDN étaient nuls. En résumé, un âge ≥45 ans est associé à un TDP (37% VS 11,5%), un TDPGT (7,7% VS 2,7%) et un TDN (5,44% VS 0,55%) plus élevés avec des p respectivement comme suit : <0,001 ; p=0,018 et p<0,001.

Conclusion : Nous avons montré dans cette étude qu'il existe une ascension significative du nombre moyen de polypes et de leurs taux de détection à partir de l'âge de 45 ans, qu'il y ait ou pas un antécédent personnel ou familial de polype ou de cancer mais aussi une augmentation d'un facteur de 10 du taux de détection des néoplasies, ce qui impose une stratégie de dépistage de CCR à partir de cette tranche d'âge.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000431>

Polypectomies multiples à l'anse froide dans les polyposes adénomateuses coliques

M. Dhooge ⁽¹⁾, S. Leblanc ⁽¹⁾, M. Barret ⁽¹⁾, B. Bordachar ⁽¹⁾, F. Maksimovic ⁽¹⁾, F. Prat ⁽¹⁾, B. Brieau ⁽¹⁾, S. Chaussade ⁽¹⁾

(1) Paris.

Introduction : La technique de polypectomie colique à l'anse froide s'est récemment largement répandue et fait maintenant partie des recommandations de bonnes pratiques de la société européenne de gastroentérologie (ESGE) pour l'exérèse des polypes coliques infra centimétriques. Cette technique est facile d'utilisation, présente un taux de complication très faible (2) ainsi qu'un taux d'exérèse R0 élevé (3). Jusqu'à présent seules les techniques d'exérèse à la pince, de destruction à l'argon ou de mucosectomie étaient utilisées chez les patients présentant des tableaux de polypose adénomateuse colique, opérées ou non, conduisant parfois à poser des indications de chirurgie prophylactique faute de méthode efficiente de cytoréduction. Nous présentons ici des données de faisabilité et de tolérance de polypectomies multiples du tube digestif bas à l'anse froide chez des patients pris en charge pour polypose adénomateuse colique.

Patients et Méthodes : Nous avons colligé de façon prospective entre septembre 2017 et septembre 2018 les cas de polypectomies multiples à l'anse froide réalisées dans notre centre chez des patients inclus dans notre réseau régional de suivi de patients prédisposés aux cancers digestifs pour des polyposes adénomateuses coliques avec ou sans mutation identifiées. Nous avons défini la polypectomie multiple comme l'ablation au cours de la même procédure endoscopique de plus de 10 polypes coliques, rectaux ou du réservoir iléo-anal. Nous avons étudié le nombre de polypes réséqués, leurs tailles, la survenue de complications immédiates ou différées et les résultats de l'analyse histologique des polypes.

Résultats : Dix-huit procédures avec polypectomies multiples ont été réalisées chez 18 patients.

Quatorze patients avaient une mutation délétère du gène APC, 2 une mutation délétère bi-allélique de MUTYH, et 2 étaient en attente de résultats d'analyse génétiques complémentaires après une première analyse vaine dans des contextes de polypose adénomateuse colique typique (>100 adénomes coliques).

Six patients n'avaient pas bénéficié de chirurgie colique prophylactique, 5 d'une colectomie prophylactique avec conservation rectale et anastomose iléo-rectale (AIR) et 7 d'une colo-proctectomie totale avec anastomose iléo-anale (AIA) et confection d'un réservoir en J. Sur les 20 procédures ont donc été réalisées : 6 coloscopies totales, 5 rectoscopies et 7 examens du réservoir iléal, toutes avec colorations à l'indigo carmin.

Le nombre total de polypes réséqués à l'anse froide au cours de ces 20 procédures était de 784. Le nombre moyen de polypes réséqués par procédure était de 39.2 (extrêmes 13 à 151).

Le nombre moyen de polypes réséqués à l'anse froide au cours d'une coloscopie totale était de 32.2 (extrêmes : 13 à 81), d'une rectoscopie de 28.8 (extrêmes : 15 à 50), d'un examen du réservoir en J de 63.8 (extrêmes : 20 à 151).

Les polypes réséqués mesuraient entre 1 et 30mm. Seuls trois des polypes réséqués étaient supra centimétriques. Il s'agissait de polypes de respectivement 12, 20 et 30mm réséqués au cours 3 de procédures distinctes dans des réservoirs en J. Six autres lésions supra centimétriques ont été réséquées par mucosectomie à l'occasion de 2 de ces 20 procédures.

Une pose de clip à visée hémostatique a été réalisée au cours de 3 des 20 procédures du fait d'un suintement hémorragique persistant après lavage. Il n'y a eu aucune perforation ni aucune complication différée.

L'ensemble des polypes réséqués correspondaient à des adénomes en dysplasie de bas grade avec parfois des secteurs en dysplasie de haut grade. Aucune information sur la qualité de l'exérèse n'a été donnée par les anatomopathologistes.

Conclusion : La polypectomie à l'anse froide est une technique sûre et rapide permettant de réduire efficacement le volume tumoral colique, rectal ou du réservoir iléo anal chez les patients porteurs de polyposes adénomateuses coliques. Contrairement à la technique de destruction au plasma argon elle permet une analyse histologique et donc une meilleure évaluation de la sévérité de l'attente. Il ne paraît pas y avoir de limite au nombre de polypes résécables par cette technique.

Références Bibliographiques : (3)Maruoka et al. Endoscopy 2017

(2)Kawamura et al. Gut 2017

(1)Ferlitsch et al. Endoscopy 2017

Pour consulter ce résumé en ligne :
<https://www.snfge.org/resumes-2019/000477>

P.88

Caractéristiques endoscopiques et suivi des lésions festonnées chez des patients porteurs de maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI) comparés à des patients non atteints de MICI

W. Lahlou ⁽¹⁾, M. Caulet ⁽¹⁾, G. Boschetti ⁽²⁾, S. Nancy ⁽²⁾, A. Aubourg ⁽¹⁾, S. Guyétant ⁽¹⁾, L. Picon ⁽¹⁾, B. Flourié ⁽²⁾, D. Moussata ⁽¹⁾

(1) Tours ; (2) Lyon.

Introduction : Les polypes festonnés (PF) incluent les polypes hyperplasiques (HP), les adénomes festonnés sessiles (SSA) et les adénomes festonnés traditionnels (TSA). Les caractéristiques endoscopiques de ces lésions sont maintenant bien connues dans la population générale mais pas chez les patients ayant une maladie inflammatoire chronique de l'intestin (MICI).

Patients et Méthodes : Le but de cette étude rétrospective, bi-centrique était de comparer les caractéristiques endoscopiques des PF chez des patients MICI et non-MICI. Une chromoendoscopie (CE) à l'indigo carmin (0,2%) était réalisée sous anesthésie générale chez 239 patients. Toutes les lésions festonnées étaient décrites selon la classification de Paris, la taille (mm), la localisation et l'histologie. Nous avons ensuite suivi les patients afin d'étudier l'évolution des lésions festonnées dans les deux groupes.

Résultats : Au total, 160 patients MICI (81 hommes, 48,2 ± 13,8 ans, moy ± DS), 98 (61,2%) avec une rectocolite hémorragique et 62 (38,8%) une maladie de Crohn) et 79 patients non-MICI (36 hommes, 56 ± 14 ans) ont été inclus. Un total de 479 PF a été détecté par CE : 175 chez 69% (33/79) des patients non-MICI et 304 chez 50% (80/160) des patients MICI, avec un nombre moyen de PF par patient de 2,2 ± 2,8 vs 2,8 ± 1,2 (NS). Aucun TSA n'a été détecté. Les HP étaient plus fréquemment trouvés dans le groupe MICI (63% des polyps vs 31,5%, p < 0,01) avec un aspect 0-IIb selon la classification de Paris plus fréquent ainsi qu'une taille supérieure (6,1 ± 6,6 vs 3,5 ± 2 mm, p < 0,01) et une localisation plus fréquente dans le colon droit (30% vs 13,3%, p < 0,01). Dans le groupe MICI, l'aspect macroscopique des SSA était différent avec plus souvent un aspect de type 0-IIb selon la classification de Paris, une taille significativement supérieure (9,9 ± 10,1 vs 6,36 ± 4,8 mm, p=0,02). Dans les 2 groupes, les SSA étaient plus souvent localisés dans la partie proximale du colon (56% des SSA MICI et 67 % non-MICI).

Conclusion : Dans le groupe des patients MICI, la taille et l'aspect macroscopique des PF se distinguent de ceux rencontrés chez des patients non-MICI avec une taille plus importante et un aspect plan. Les SSA sont associés significativement à la présence de dysplasie en muqueuse plane ce qui suggère l'implication de la voie des festonnés dans la carcinogénèse colique sur MICI. Cette filiation pourrait être approfondie par une analyse génétique des lésions détectées afin de mettre en évidence un profil propre aux PF sur MICI (recherche de mutations KRAS, BRAF, instabilité microsatellite...).

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000592>

P.89

Le taux de détection des adénomes est dépendant du patient tandis que le taux de détection des adénomes festonnés est dépendant de l'endoscopiste !

M. Cavicchi ⁽¹⁾, G. Tharsis ⁽¹⁾, P. Burtin ⁽²⁾, P. Cattani ⁽¹⁾, F. Venezia ⁽¹⁾, G. Tordjman ⁽¹⁾, A. Gillet ⁽¹⁾, J. Samama ⁽¹⁾, K. Nahon-Uzan ⁽¹⁾, D. Karsenti ⁽¹⁾

(1) Charenton-le-Pont ; (2) Villejuif.

Introduction : Le taux de détection des adénomes (TDA) est corrélé au risque de cancer d'intervalle et est un marqueur de qualité reconnu de la coloscopie. Plus récemment, il a été suggéré que le taux de détection des adénomes festonnés (TDAF) pourrait être un marqueur plus fin de la qualité en endoscopie (Anderson et al., 2017). Nous avons prospectivement évalué ces taux en coloscopie de routine sur une période de 2 ans.

Patients et Méthodes : Nous avons recueilli de façon prospective entre le 01/01/2016 et 31/12/2017 les facteurs patient-dépendants suivants : âge, genre, indication de la coloscopie, qualité de la préparation, nombre de polypes, taille des polypes et histologie des polypes et les facteurs opérateur-dépendants suivants : genre, volume d'activité, temps d'intubation caecale (TIC), temps d'exploration colique (TEC).

Les adénomes festonnés ont été définis comme les polypes hyperplasiques non recto-sigmoïdiens, adénomes festonnés sessiles avec ou sans dysplasie et les adénomes festonnés traditionnels.

Les adénomes ont été définis comme les adénomes tubuleux ou tubulo-villoux quel que soient leur grade de dysplasie.

Analyse statistique univariée puis multivariée par régression logistique pas à pas incluant les variables significatives en univariée.

Résultats : 11682 coloscopies ont été réalisées chez 5539 hommes (45,7%) et 6345 femmes (54,3 %) d'âge médian 58 ans (ext. 15-96; IQR 18). Le TDA a été de 29,9 % et le TDAF de 8 %. Trente praticiens ont participé (21 hommes, 9 femmes). L'activité médiane a été de 264 (ext. 15-1488 ; IQR 333) coloscopies sur la période.

Détection des adénomes

En analyse univariée, un TDA élevé était corrélé aux facteurs patient-dépendants suivants : âge (p=10-5), genre (p=10-5), coloscopie pour antécédent personnel de polype/cancer (p=0,00001), coloscopie pour test immunologique positif (p=10-5) et bonne préparation (p=0,01) ; et aux facteurs praticien-dépendants suivants : genre (p=0,0005), TEC>7min (p=0,00005) et TIC>7min (p=0,02).

En analyse multivariée, seuls les facteurs patient-dépendants étaient corrélés à un TDA élevé : genre (OR 1,7 ; CI95% 1,56-1,85), âge (OR 1,044 ; CI95% 1,04-1,048), coloscopie pour antécédent personnel de polype/cancer (OR 1,53 ; CI95% 1,3-1,9) et coloscopie pour test immunologique positif (OR 2,47 ; CI95% 2,0-3,1).

Détection des adénomes festonnés

En analyse univariée, un TDAF élevé était corrélé aux facteurs patient-dépendants suivants : âge (p=10-5), genre (p=0,02), coloscopie pour antécédent personnel de polype/cancer (p=0,001), coloscopie pour test immunologique positif (p=0,008) ainsi qu'aux facteurs praticien-dépendants suivants : activité faible (p=0,002), TEC>7min (p=10-5) et TIC>7min (p=0,00007).

En analyse multivariée, les facteurs praticien-dépendants suivants restaient corrélés à un TDAF élevé : Activité faible (OR 1,31 ; CI95% 1,11-1,54) et TEC>7min (OR 2,32 ; CI95% 1,80-2,89). En ce qui concernait les facteurs patient-dépendants, seule l'indication de coloscopie pour antécédent personnel de polype/cancer (OR 1,61; CI95% 1,15-2,25) restait corrélée à un TDAF élevé tandis que l'âge du patient et son genre n'étaient pas significativement liés à un TDAF élevé.

Conclusion : Notre travail montre que le taux de détection des adénomes est étroitement corrélé à des facteurs dépendants du patient comme l'âge, le genre et les indications de coloscopie pour test immunologique ou antécédent personnel.

En revanche, le taux de détection des adénomes festonnés est principalement dépendant des praticiens et est positivement corrélé à une activité faible et un temps d'exploration colique de plus de 7 minutes. L'âge du patient et son genre ne semblent pas impacter le taux de détection des adénomes festonnés.

Remerciements : Remerciements à l'ensemble des praticiens du service et à toutes les infirmières d'endoscopie.

Références Bibliographiques : Providing data for serrated polyp detection rate benchmarks: an analysis of the New Hampshire Colonoscopy Registry. Anderson JC, Buttery LF, Weiss JE, Robinson CM. *Gastrointest Endosc.* 2017 Jun;85(6):1188-1194. doi: 10.1016/j.gie.2017.01.020. Epub 2017 Jan 31.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000204>

P.90

Les polypes minuscules et les petits polypes sont-ils dangereux ?

A. Ben Mohamed ⁽¹⁾, M. Medhioub ⁽²⁾, A. Khsiba ⁽²⁾, M. Mahmoudi ⁽²⁾, L. Hamzaoui ⁽¹⁾, M.M. Azouz ⁽²⁾

(1) Tunis, TUNISIE ; (2) Nabeul, TUNISIE.

Introduction : De petits polypes coliques (6–9 mm) et minuscules (1–5 mm) sont fréquemment retrouvés à la coloscopie. L'histologie demeure à ce jour le gold-standard pour l'évaluation des polypes malgré d'importantes différences histo-pathologiques inter-observateur dans la distinction entre les adénomes et les polypes hyperplasiques. En raison de la prévalence relativement élevée et de l'insignifiance clinique des petits polypes hyperplasiques du côté gauche, le coût associé à leur exérèse et leur étude anatomopathologique reste injustifié.

Patients et Méthodes : L'objectif de cette étude était d'identifier les caractéristiques histologiques des polypes minuscules et petits afin de vérifier l'innocuité des stratégies proposant de ne réséquer que les polypes de 10mm ou plus. Les patients ayant subi une polypectomie en 2017 ont été identifiés grâce à notre base de données d'endoscopie et ceux qui avaient des polypes <1 cm ont été recrutés.

Résultats : Deux cent patients (117 hommes et 87 femmes, sex-ratio H/F=1,34) ont été identifiés. L'âge moyen était de 63,57±12,14 ans (31à 90 ans). Il y avait 431 polypes dont 239(55,45%)minuscules. Soixante trois pour cent de tous les polypes étaient du côté gauche et 30,3 % (n =131) étaient hyperplasiques. Dix-huit pourcent des polypes du côté droit étaient hyperplasiques versus 37,26% du côté gauche. Cette différence histologique était statistiquement significative (p <0,0001). Une dysplasie de haut grade (DHG) était présente chez 14 % des polypes et un type festonné chez 11,5% des cas. Un adénocarcinome a été mis en évidence dans 3 petits polypes du côté gauche (tous les deux de 9 mm) soit un taux de dégénérescence de 0,69%.

Conclusion : Ces données démontrent que seulement un tiers des polypes du côté gauche étaient hyperplasiques, représentés surtout par des polypes minuscules< 5 mm , cependant les résultats anatomopathologiques des petits polypes (6-9 mm) ne sont pas rassurants vu la forte prévalence de dysplasie et le risque non nul de dégénérescence prouvant que la polypectomie reste bien justifiée.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000430>

P.91

La classification de Paris est-elle fiable pour évaluer les lésions dégénérées sur endobrachyœsophage ? Résultats d'une étude du GRAPHE incluant 29 endoscopistes chevronnés

N. Chapelle ⁽¹⁾, J. Branche ⁽²⁾, E. Chabrun ⁽³⁾, D. Karsenti ⁽⁴⁾, U. Chaput ⁽⁴⁾, F. Caillol ⁽⁵⁾, S. Koch ⁽⁶⁾, G. Vanbiervliet ⁽⁷⁾, M. Dahan ⁽⁸⁾, L. Quénéhervé ⁽¹⁾, N. Musquer ⁽¹⁾, M. Robaszekiewicz ⁽⁹⁾, E. Coron ⁽¹⁾,

(1) Nantes ; (2) Lille ; (3) Bordeaux ; (4) Paris ; (5) Marseille ; (6) Besançon ; (7) Nice ; (8) Limoges ; (9) Brest.

Introduction : La reconnaissance et l'interprétation en temps réel de critères bien définis de lésions détectées en endoscopie est censée guider leur prise en charge. La classification de Paris est l'une des plus simples et doit être utilisée pour décrire chaque lésion. Cependant, des publications récentes ont mis en évidence un corrélation inter-observateur moyenne pour les lésions coliques. L'objectif de cette étude était d'évaluer la performance d'un groupe d'endoscopistes français pour décrire une lésion œsophagienne au sein d'un endobrachyœsophage (EBO) selon la classification de Paris.

Matériels et méthodes : Vingt-neuf endoscopistes expérimentés en endoscopie interventionnelle ont été invités à voter électroniquement sur une banque d'image de lésions œsophagiennes développées sur EBO, en temps réel et au cours d'une session unique. Il s'agissait d'images fixes obtenues en haute résolution au cours d'endoscopies de surveillance ou pré-thérapeutiques pour EBO. Chaque image était montrée en lumière blanche puis en Blue Light Imaging (BLI) et en Linked Color Imaging (LCI), et affichée pendant environ 15 secondes. Les réponses étaient comparées à l'interprétation de l'endoscopiste expert ayant réalisé l'endoscopie initiale.

Résultats : Au total 27 lésions ont été visualisées lors de la session, respectivement classées Paris 0-Is (n=15), Paris 0-IIa (n=9), Paris 0-IIb (n=3). La distribution des réponses était très variée au sein du groupe d'endoscopistes relecteurs. Globalement, le taux de concordance pour le groupe d'endoscopiste était de 49,2%. Le taux était de 46,4%, 33,3% et 73,6% pour les lésions 0-Is, 0-IIa et 0-IIb, respectivement.

Conclusion : Au sein d'un groupe pourtant expert en endoscopie interventionnelle, le taux de discordance concernant l'aspect en relief des lésions œsophagiennes était élevé en se basant sur la classification de Paris. Il est possible que ce mauvais résultat soit (au moins en partie) lié à la relecture d'images fixes plutôt que de vidéos. Le rôle de séances de formation à l'interprétation des images d'EBO dégénéré sera également à déterminer.

Remerciements : Les auteurs remercient tous les membres du GRAPHE ayant participé à cette étude.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/001081>

P.92

Polypes gastriques hyperplasiques : à propos de 63 cas

M. Yakoubi ⁽¹⁾, M. Medhioub ⁽¹⁾, O. Gharbi ⁽¹⁾, L. Hamzaoui ⁽¹⁾, A. Khsiba ⁽¹⁾, M. Mahmoudi ⁽¹⁾, M.M. Azouz ⁽¹⁾

(1) Nabeul, TUNISIE.

Introduction : Les polypes hyperplasiques sont parmi les polypes gastriques les plus fréquents. La présence à l'examen histologique de foyer de dysplasie est une situation rare mais dont la fréquence est diversement appréciée dans la littérature, allant de 1 à 20%. De plus, l'attitude vis-à-vis de ces polypes n'est pas consensuelle et leur prise en charge reste discutable jusqu'à ce jour.

Le but de notre étude était d'évaluer l'intérêt de la résection endoscopique systématique des polypes hyperplasiques.

Patients et Méthodes : Etude rétrospective descriptive incluant tous les patients ayant bénéficié d'une résection endoscopique de polypes gastriques entre 2008 et 2018. On a évalué la prévalence des polypes hyperplasiques, leurs caractéristiques endoscopiques, histologiques et évolutives.

Résultats : Soixante treize polypes ont été réséqués endoscopiquement chez 50 patients. 63 polypes étaient hyperplasiques (86,3%), retrouvés chez 40 patients. Les autres polypes étaient de type : fibro-inflammatoire (N=5), adénomateux (N=2), glandulo-kystique (N=1), xanthome (N=1) et hamartomateux (N=1). L'âge moyen des patients chez qui des polypes hyperplasiques ont été réséqués était de 62 ans avec des extrêmes allant de 19 à 86 ans. Le sexe ratio était de 0,66 (H/F=16/24). Les modes de révélation étaient variables. Il s'agissait majoritairement d'épigastralgies (n=21) ou de fibroscopies faites dans le cadre de l'exploration d'une anémie (n=9). Tous les polypes hyperplasiques ont été réséqués à l'aide d'une anse diathermique. Ils étaient uniques chez 37 patients. Le siège était antral dans 52% des cas, fundique dans 34% des cas et bifocal dans 14% des cas. 73,9% des polypes étaient sessiles (n=54). La taille moyenne des polypes hyperplasiques était de 8,3mm (3 à 35mm). 31,7% des lésions étaient centimétriques ou supra centimétriques. Dix polypes étaient recouverts par une muqueuse ulcérée (13,6%). Histologiquement, une gastrite associée a été retrouvée dans 100 % des cas. Sept patients avaient une atrophie fundique. La présence de HP était notée dans 82% des cas. Il existait des lésions de métaplasie intestinale chez 18 patients, ainsi qu'une hyperplasie endocrine chez 6 malades. Aucun cas de néoplasie gastrique associée n'a été retrouvé. Parmi tous les polypes réséqués, 2 uniquement comportaient des lésions de dysplasie de bas grade. Ils mesuraient 20 et 35mm de grand axe. La durée moyenne de suivi des patients était estimée à 33 mois. Au cours du suivi, 22 patients ont eu un contrôle endoscopique. Une récurrence des polypes a été notée chez 9 d'entre eux (40,9%).

Conclusion : La prévalence des lésions de dysplasie est de 2,7% dans notre série. Ce qui suggère la nécessité d'une résection systématique de tous les polypes hyperplasiques. La dissection sous muqueuse serait à privilégier vu le taux de récurrence important.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000688>

Exploration endoscopique haute du reflux gastro-œsophagien chez les patients obèses

Y. Dnannoui ⁽¹⁾, H. Sghir ⁽²⁾, I. Elhidaoui ⁽¹⁾, K. Benjouad ⁽¹⁾, S. Oubaha ⁽¹⁾, Z. Samlani ⁽¹⁾, K. Krati ⁽¹⁾

(1) Marrakech, MAROC ; (2) Marrakech , MAROC.

Introduction : Considérée par l'organisation mondiale de la santé comme la première maladie non infectieuse dans le monde, l'obésité engendre une série de symptômes chroniques. Le reflux gastro-œsophagien (RGO) est un motif de consultation fréquent chez les patients obèses avec une corrélation entre intensité des symptômes et indice de masse corporelle (IMC). **Le but de ce travail** est de déterminer la fréquence et la sévérité des symptômes de RGO chez les patients obèses ainsi que de faire un bilan lésionnel endoscopique.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude descriptive et analytique, menée à l'unité d'endoscopie du service hépato-gastro-entérologie sur une durée de 9 mois allant de septembre 2017 au fin juin 2018. Cette étude avait inclus tous les patients dont IMC > 25 kg/m² et qui sont admis pour une exploration endoscopique haute d'un RGO. Tous les patients ont répondu à un questionnaire afin de préciser la présence et la sévérité des signes digestifs de RGO.

Résultats : Quatre-vingt-quatre patients ont été inclus dans ce travail. On notait une prédominance féminine (67,6%). L'âge moyen était de 38,5 ans avec des extrêmes de 26 et 65ans. L'IMC moyen était de 33 kg/m² (26-37 kg/m²). Soixante dix patients soit 83,3% décrivaient des signes du RGO : régurgitations ou pyrosis, ces symptômes étaient d'intensité légère dans 45,7% des cas, modérée dans 27% et sévère chez seulement 10,2% des malades. Dans 67% des cas, les symptômes de RGO survenaient moins d'une fois par semaine alors qu'ils étaient quotidiens chez seulement 9,5% des malades. Les symptômes évoluaient depuis moins de 2 mois dans 33% des cas, entre 2 et 6 mois dans 15% des cas et plus des 12 mois dans 52%. L'endoscopie digestive haute avait mis en évidence la présence des lésions chez 61 malades soit 72,6% : œsophagite sévère chez 6 cas, une hernie hiatale non compliquée chez 21 cas, un aspect de pangastrite érythémateuse chez 45 cas et un aspect de gastrite antrale érosive chez 7 cas. L'examen endoscopique était normal chez 9 malades. Ainsi, il n'existait pas de corrélation entre IMC et la sévérité des symptômes de RGO ni entre la présence des symptômes et la sévérité des lésions endoscopiques.

Conclusion : Cette étude n'affirme pas les données épidémiologiques sur la fréquence des symptômes de RGO et celle de lésions œsophagiennes chez les malades en surpoids ou obèses. Des symptômes quotidiens, étaient décrits par seulement 9,5 % des malades alors qu'une œsophagite sévère n'existait que chez 6 malades et une gastrite antrale érosive chez 7 cas. Aucune corrélation n'a été notée entre sévérité des symptômes ou des lésions et importance de la surcharge pondérale.

Pour consulter ce résumé en ligne :
<https://www.snfge.org/resumes-2019/000613>

Les polypes gastriques : particularités cliniques, endoscopiques et histologiques

D. Cherif ⁽¹⁾, S. Bizid ⁽¹⁾, M.K. Temani ⁽¹⁾, B. Ben Slimane ⁽¹⁾, M. Ghanem ⁽¹⁾, H. Ben Abdallah ⁽¹⁾, M.R. Bouali ⁽¹⁾, N. Abdelli ⁽¹⁾

(1) Tunis, TUNISIE.

Introduction : Les polypes gastriques sont souvent des lésions asymptomatiques découvertes fortuitement au cours de l'endoscopie digestive haute.

Le but de notre étude était de décrire les caractéristiques morphologiques et anatomo-pathologiques des polypes gastriques.

Patients et Méthodes : Nous avons mené une étude rétrospective, réalisées sur une période de dix ans au service de gastro-entérologie, colligeant l'ensemble des endoscopies digestives hautes objectivant un polype de siège gastrique.

Résultats : Un polype gastrique a été objectivé à l'endoscopie chez 120 patients. L'âge moyen de nos patients était de 57,6 ans (extrêmes : 15-85 ans) avec un sexe ratio H/F égal à 1.

L'association de plusieurs polypes a été notée chez 42 patients (35%).

La localisation la plus fréquente (60%) était fundique. 75% des polypes mesuraient moins de 1 cm (extrêmes : 0,2-6cm). 92 % des polypes étaient sessiles dont 21% recouverts de muqueuse congestive et ulcérée. L'ensemble des polypes ont été réséqués par polypectomie endoscopique associée à une mucoséctomie en cas de polype sessile. Aucun incident ni complication n'a été noté.

85% des polypes ont été recueillis et adressés pour examen anatomo-pathologique : les polypes hyperplasiques étaient les plus fréquents (62%), suivis des polypes des glandulokystiques (32%), une tumeur neuro-endocrine développée sur une gastrite atrophique auto-immune a été identifiée chez 6 patients, un adénome tubuleux villosus chez 3 patients et un polype de Peutz-jeghers chez un patient.

Une gastrite chronique à HP était associée dans 63% des cas. Une métaplasie intestinale et une atrophie ont été retrouvées dans respectivement 17 et 23% des cas.

Conclusion : Les polypes gastriques sont de nature extrêmement variée mais le plus souvent de nature non tumorale.

La découverte d'une lésion polypoïde gastrique à l'endoscopie impose dans un premier temps de faire des biopsies non seulement de la lésion mais aussi des muqueuses antrale et fundique pour indiquer l'attitude thérapeutique et la surveillance ultérieure.

Pour consulter ce résumé en ligne :
<https://www.snfge.org/resumes-2019/001122>

P.95

L'exploration de la muqueuse digestive en tomographie par cohérence optique plein champ (FF-OCT) : un outil prometteur pour l'étude de la barrière digestive

L. Quénéhervé ⁽¹⁾, R. Olivier ⁽²⁾, J.F. Mosnier ⁽¹⁾,
C. Brochard ⁽³⁾, C. Bossard ⁽¹⁾, M. Neunlist ⁽¹⁾,
E. Coron ⁽¹⁾

(1) Nantes ; (2) Poitiers ; (3) Rennes.

Introduction : La tomographie par cohérence optique Plein Champ (ou FF-OCT) est une technique d'imagerie non invasive des milieux biologiques reposant sur l'interférométrie et permettant l'acquisition d'images dynamiques de tissus *ex vivo* à l'échelle cellulaire. Malgré un intérêt potentiel majeur dans la compréhension des maladies digestives, cette technique a été très peu évaluée en Gastroentérologie. L'objectif de cette étude était de démontrer la faisabilité d'obtention d'images d'intérêt par la FF-OCT pour l'étude de la barrière intestinale digestive normale.

Patients et Méthodes : L'étude était proposée à tous les sujets ayant une indication d'endoscopie digestive avec réalisation de biopsies entre janvier et octobre 2018. Les critères d'inclusion étaient un âge supérieur à 18 ans et l'absence de pathologie de la muqueuse digestive connue. Les patients ayant une histologie pathologique étaient exclus *a posteriori* de l'étude. L'endoscopie digestive était réalisée sous anesthésie générale. Quatre biopsies étaient prélevées à l'aide d'une pince à biopsie standard (n=2 biopsies pour analyse anatomopathologique ; n=2 biopsies analysées immédiatement par FF-OCT). Différents sites étaient prélevés afin de décrire les différents aspects du tube digestif : œsophage, estomac, duodénum, colon. Les biopsies fraîches étaient scannées à l'aide du Light-CT scanner (LLTech, Paris, France). Cet appareil permet de réaliser des images selon 2 modalités de FF-OCT : statique et dynamique (résolution axiale 1µm, fréquence 75Hz), avec possibilité de réaliser une mosaïque afin d'obtenir un champ d'examen maximal de 25mm. La profondeur de l'image est ajustable, avec une profondeur maximale de plusieurs millimètres et la possibilité de réaliser une reconstruction tridimensionnelle du spécimen. La FF-OCT dynamique consiste à enregistrer une série d'image de chaque voxel pendant quelques secondes et de représenter l'activité subcellulaire. Les biopsies étaient ensuite incorporées dans du formaldéhyde avant découpe dans le sens longitudinal et coloration à l'hématoxyline et éosine. Les lames étaient numérisées pour réaliser une corrélation FF-OCT / histologie standard dans le même plan. Pour chaque sujet, l'ensemble des images FF-OCT était examiné et une sélection représentative de 150 images (statiques et dynamiques) était revue avec un anatomopathologiste sénior.

Résultats : Au total, 25 patients ayant des biopsies normales ont eu des biopsies analysées par FF-OCT au décours immédiat de l'examen endoscopique. Les analyses ont porté sur l'œsophage (n=5), le fundus (n=10), l'antré (n=10), le duodénum (n=7), le colon (n=6). Les structures histologiques caractéristiques de chaque organe étaient clairement identifiables dans 100% des images obtenues en FF-OCT, et confirmées par une seconde lecture par un anatomopathologiste. Ainsi, au niveau de l'œsophage, l'épithélium malpighien non kératinisé et les papilles du chorion étaient visibles ainsi qu'un vaisseau intra épithélial. Au niveau de l'estomac, les cryptes et les glandes étaient identifiées avec différents niveaux de coupe, permettant de distinguer les différences entre les glandes fundiques et antrales. Au niveau du duodénum, il était possible de distinguer avec un haut niveau de détail la structure des villosités. Au niveau du colon, l'aspect des cryptes coliques était bien identifié sur différents niveaux de profondeur.

Discussion : La FF-OCT permet d'obtenir des images de très haute résolution exploitables immédiatement à partir de biopsies de routine, de manière dynamique et/ou statique pour une analyse en temps réel sur tissu frais. Cette technique non destructive n'obère pas l'analyse complémentaire par histologie conventionnelle sur la même biopsie. Ses limites sont la taille et la profondeur d'exploration du spécimen analysé.

Conclusion : La FF-OCT permet l'étude morphologique et fonctionnelle de biopsies fraîches avec un très haut niveau de résolution, comparable à celui de l'histologie conventionnelle, à différents étages du tube digestif. Elle constitue ainsi une technique prometteuse pour l'étude de la barrière épithéliale digestive dans différentes conditions normales et pathologiques.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000155>

Apport de la coagulation au plasma argon dans le traitement des rectites radiques : expérience d'un service marocain

S. Ouahid ⁽¹⁾, T. Addajou ⁽¹⁾, S. Berrag ⁽¹⁾, Y. Azali ⁽¹⁾, M. Fidèle ⁽¹⁾, L. Ndayikeza ⁽¹⁾, S. Jamal ⁽¹⁾, M. Tamzaourte ⁽¹⁾, A. Aourarh ⁽¹⁾

(1) Rabat, MAROC.

Introduction : L'APC est une méthode d'hémostase endoscopique récente qui a connu un essor sans précédent depuis son apparition en 1991. Elle permet la réalisation d'une électrocoagulation monopolaire sans contact avec la muqueuse traitée par le biais d'un gaz inerte, incolore, non inflammable et non toxique.

Le but de notre travail était d'évaluer l'intérêt de l'APC dans la prise en charge endoscopique de l'hémorragie digestive survenant au cours des rectites radiques chroniques hémorragiques.

Matériels et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective menée au service d'endoscopie de l'hôpital militaire de rabat entre janvier 2015 et juin 2018. Nous avons inclus 58 malades présentant des rectorragies en rapport avec une rectite radique hémorragique et ayant bénéficié d'APC.

Résultats : L'âge moyen de nos patients est de 59 ans. Il y avait 33 femmes et 25 hommes. Tous les patients présentaient des rectorragies d'une sévérité clinique de grade 3 ou 4 avec un score moyen de Chutkan de 3,1. Tous les patients avaient des lésions endoscopiques modérées et sévères (Grade B et Grade C).

L'APC a été utilisé dans le traitement de tous les patients avec un nombre moyen de séance de 2,6 avec un taux de succès global de 100% évalué sur des paramètres clinico-biologiques et endoscopiques.

Conclusion : Les bons résultats du traitement endoscopique par APC des Rectites radiques hémorragique en termes d'efficacité, de tolérance et de sécurité font de cette technique un traitement de première intention.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000725>

Place de la coagulation au plasma argon dans le traitement des anomalies vasculaires du tube digestif

S. Soua ⁽¹⁾, K. El Jeri ⁽¹⁾, S. Laabidi ⁽¹⁾, N. Trad ⁽¹⁾, Y. Said ⁽¹⁾, Y. Zaimi ⁽¹⁾, S. Ayadi ⁽¹⁾, L. Mouelhi ⁽¹⁾, R. Debbeche ⁽¹⁾

(1) Tunis, TUNISIE.

Introduction : Les angiodyplasies et les ectasies vasculaires antrales(EVA) sont des anomalies vasculaires rares du tube digestif(TD), qui peuvent avoir des complications graves. La prise en charge endoscopique repose essentiellement sur la coagulation au plasma argon(CPA). **Le but de notre travail** était d'évaluer l'efficacité de la CPA et les facteurs prédictifs de récurrence hémorragique.

Patients et Méthodes : Nous avons mené une étude rétrospective descriptive colligeant les patients consécutifs ayant bénéficié d'une CPA par endoscopie digestive haute ou basse entre août 2006 et août 2018.

Résultats : Nous avons inclus 40 patients d'âge moyen de 69,4 ans [44-83 ans] et de sexe ratio 1,3 [H/F=23/17]. 24,1% avaient une hypertension artérielle ; 20,6% étaient sous anti-vitamine K et 17,2 % avaient une insuffisance rénale chronique au stade d'hémodialyse. Les anomalies vasculaires du TD étaient révélées par un saignement digestif extériorisé sous forme de méléna dans 29,4% des cas et sous forme de rectorragies dans 29,4% des cas et un saignement digestif occulte dans 24,9% des cas. La CPA était pratiquée dans 97,5% des cas sans sédation. Le siège de l'anomalie vasculaire à la FOGD était l'estomac dans 88,9% des cas et le 1^{er} duodénum dans 11,1% des cas. Le siège des angiodyplasies le plus fréquemment retrouvé à la coloscopie était le colon droit (90,3%). A la FOGD, la CPA était faite pour des angiodyplasies dans 66,6% des cas et pour des EVA dans 33,3% des cas. La lésion d'angiodyplasie était unique dans 37,8% des cas à l'endoscopie. Le moyen le plus souvent utilisé pour la CPA était la sonde à diffusion axiale (62,5%). Le taux de succès était de 100%. Aucune complication n'a été notée. Une polypectomie colique a été associée à la CPA dans 22,5% des cas. Le taux de récurrence hémorragique après traitement endoscopique était significativement plus élevé en cas d'EVA (66,6%) qu'en cas d'angiodyplasies gastriques (P<0,005). Quand les lésions d'angiodyplasies étaient multiples (62,2%), le taux de récurrence était de 16,2% (un taux significativement plus élevé qu'en cas de lésions uniques p=0,02) et on avait besoin de plus qu'une séance de CPA dans 34,7% des cas.

Conclusion : La CPA était un traitement rapide, efficace et dénué de complications dans la prise en charge des anomalies vasculaires du TD. Les EVA et le caractère multiple des lésions ont été associés à un taux de récurrence hémorragique élevé.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000607>

P.98

Lésions endoscopiques après ingestion d'eau de Javel

B. Hasnaoui ⁽¹⁾, M. Mahmoudi ⁽²⁾, A. Ouni ⁽²⁾, A. Khsiba ⁽²⁾, M. Medhioub ⁽²⁾, L. Hamzaoui ⁽²⁾, M.M. Azouz ⁽²⁾

(1) Sousse, TUNISIE ; (2) Nabeul, TUNISIE.

Introduction : L'ingestion de produits caustiques est un motif de plus en plus fréquent d'exploration endoscopique digestive en urgence. L'hypochlorite de sodium (eau de Javel) qui est un oxydant utilisé pour le nettoyage domestique souvent après dilution, figure au premier rang parmi les produits caustiques ingérés. **Le but de notre travail** est d'étudier les lésions endoscopiques secondaires à l'ingestion de l'eau de Javel.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective concernant tous les cas d'ingestion d'eau de Javel colligés au service d'hépatogastro-entérologie de Taher Maamouri Nabeul durant une période de 5 ans (juillet 2013- juin 2018). Une fibroscopie oesogastroduodénale (FOGD) en urgence était réalisée chez tous les patients dans les premières 24 heures après l'ingestion. La stadification des lésions caustiques était basée sur la classification de Zargar.

Résultats : Durant la période de l'étude et parmi 288 cas d'ingestion de caustiques, 124 cas (43 %) étaient suite à l'ingestion d'eau de Javel. Il s'agissait de 88 femmes (71%) et de 36 hommes (29%). L'âge moyen de nos patients était de 29 ans [2-86 ans]. L'ingestion de produit caustique était accidentelle dans 67 cas (54%) et volontaire dans 57 cas (46%). La FOGD réalisée en urgence était normale dans 71 cas (57,25%), elle a objectivé une œsophagite caustique dans 13 cas (10,48%) répartie en stade I dans 6 cas et stade IIa dans 7 cas. Les lésions gastriques étaient présentes dans 47 cas (37,9%) des cas: stade I chez 37 patients et stade IIa chez 10 patients. Les lésions duodénales étaient présentes dans 1 cas. Aucun cas de nos malades n'avait des lésions caustiques sévères (stade IIb et III).

Conclusion : Dans notre étude, les lésions endoscopiques secondaires à l'ingestion d'eau de Javel étaient minimes dans la majorité des cas, ceci pourrait être expliqué par la fréquence d'ingestion accidentelle de ce produit et surtout la dilution qui diminue son effet caustique.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000615>

P.99

Peut-on prévoir la survenue de chute d'escarre post-ligature des varices œsophagiennes (LVO) ?

R. Benjira ⁽¹⁾, O. Laali ⁽¹⁾, M. Lahlali ⁽¹⁾, A. Lamine ⁽¹⁾, H. Abid ⁽¹⁾, N. Lahmidani ⁽¹⁾, M. Elyoussfi ⁽¹⁾, N. Aqodad ⁽¹⁾, D.A. Benajah ⁽¹⁾, S.A. Ibrahim ⁽¹⁾, M. Elabkari ⁽¹⁾

(1) Fès, MAROC.

Introduction : La ligature endoscopique (LVO) est le traitement de choix de l'hémorragie variqueuse chez le patient cirrhotique. La chute d'escarre en demeure une complication rare mais grave.

Notre but est de déterminer les facteurs prédictifs de survenue de cet incident ainsi que sa mortalité.

Matériels et méthodes : Etude rétrospective, incluant les 393 malades atteints d'hypertension portale cirrhotique ayant bénéficié d'une ligature entre Avril 2010 et Avril 2018. Une analyse univariée et multivariée ont été réalisées pour déterminer les facteurs prédictifs d'hémorragie par chute d'escarre post LVO.

Résultats : La chute d'escarre est survenue chez 32 patients (8,1%) dont l'âge moyen était de 49,9 ans [25;80], avec un sexe ratio M/F de 1,13. Vingt cinq patients étaient admis par le biais des urgences pour hémorragies digestives. La cirrhose était non B non C chez 17 patients, d'origine virale B chez 6 malades et d'origine alcoolique chez 1 patient. Cinq patients (15%) avaient un Child C. L'hémorragie par chute d'escarre est survenue dans un délai moyen de 7,4 jours [1;16] induisant une instabilité hémodynamique chez 8 malades (25%) nécessitant une transfusion chez 78% des patients. Selon l'analyse univariée, les facteurs de risque de survenue de cet événement étaient : la ligature dans le cadre d'urgence (p=0,004), la présence d'ascite (p=0,001), l'EH (p=0,001), le taux de plaquettes <70 000 (p=0,04), la présence de gastropathie d'HTP (p=0,001), un score Child Pugh avancé (p=0,0034) et la réalisation de la FOGD par un junior (p=0,004). L'analyse multivariée a permis de conclure que seul un taux de plaquettes bas est statistiquement associé à la survenue de chute d'escarre. La mortalité était de 31,2% dans les suites de cette complication.

Conclusion : L'hémorragie par chute d'escarre post LVO chez le malade cirrhotique est une complication sévère, redoutable surtout en cas de recrutement par les urgences. La survenue de cette complication était statistiquement liée à un taux de plaquettes bas et grevé d'une mortalité élevée 1/3 des patients.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000498>

P.100

Evaluation de la prise en charge des hémorragies digestives hautes liées à l'hypertension portale dans 6 hôpitaux de Kinshasa (République Démocratique du Congo)A. Tshimpi ⁽¹⁾, T. Ndarabu ⁽¹⁾, E. Loleke ⁽¹⁾, A. Nkodila ⁽¹⁾, T. Monsere ⁽¹⁾, S. Mbendi ⁽¹⁾

(1) Kinshasa, CONGO (RDC).

Introduction : La prise en charge des hémorragies digestives hautes en Afrique subsaharienne semble mal codifiée et est compliquée par des difficultés d'accès à l'endoscopie digestive. Le but de notre étude était d'évaluer la prise en charge diagnostique et thérapeutique des hémorragies digestives hautes (HDH) liées à l'hypertension portale (HTP) dans 6 hôpitaux de Kinshasa.

Patients et Méthodes : Etude en deux temps : rétrospective, en 2015, dans 6 hôpitaux de Kinshasa, avec 97 patients enregistrés ; puis prospective en 2016 avec 135 patients suivis et 24 médecins enrôlés. Les variables étudiées pour les patients étaient la présence de l'HDH, présence d'HTP, terrain, exécution des prescriptions, évolution. Pour les prestataires, application des recommandations des pratiques cliniques. Pour les hôpitaux, présence des patients présentant une HDH, unité d'endoscopie digestive, disponibilité des médicaments vasoconstricteurs, présence d'unités des urgences, des soins intensifs et d'hospitalisation, moyens de formation et d'information des prestataires.

Résultats : En 2015, 491 patients ont été enregistrés pour hémorragie digestive (HD). Parmi eux, 306 (62,3%) présentaient une HDH. L'HDH était présumée ou confirmée liée à HTP chez 97 patients (19,7%). Dans ce dernier groupe, 22 patients (22,68%) étaient décédés ; aucun n'avait bénéficié d'endoscopie digestive diagnostique ou interventionnelle. Parmi les survivants des patients avec HTP, 60 ont été inclus dans la deuxième partie de l'étude en 2016, groupe auquel nous avons rajouté 75 nouveaux cas.

En 2016, quarante-sept patients suivis (34,8%) étaient décédés après le premier jour d'admission pour HD. La probabilité de survie des patients à l'initiation de la prise en charge était respectivement de 74,8% ; 65,9% et 65,2% à 1 mois, à 3 mois et à 6 mois. L'absence de traitement endoscopique, la présence d'autres lésions associées à celles d'HTP à l'endoscopie et l'absence des mesures de réanimation au cours d'un épisode hémorragique étaient les principaux facteurs prédictifs de la mortalité.

Le recours à l'endoscopie diagnostique s'est amélioré. Il est resté faible pour l'option thérapeutique. 38,5% des médecins n'ont pas émis de réserve pour indiquer l'endoscopie.

Les limites à l'indication de l'endoscopie étaient l'instabilité hémodynamique du patient, le faible niveau financier de la plupart des patients, le manque d'infrastructure et l'horaire limité sur 24h.

Conclusion : Notre étude montre que la prise en charge de l'HDH dans le milieu hospitalier de Kinshasa était limitée, avec une mortalité élevée. Les facteurs prédictifs de mortalité étaient l'absence de traitement endoscopique, la présence d'autres lésions associées à celles d'HTP à l'endoscopie et l'absence des mesures de réanimation au cours de l'épisode hémorragique.

Mots clés

Evaluation, HDH liée à l'HTP, Recommandations, Kinshasa

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000897>

P.101

La prise en charge endoscopique des varices gastriques hémorragiques : l'efficacité de l'obturation par la colle butyl 2 cyanoacrylate au sein d'une population de patients tunisiensS. Bizid ⁽¹⁾, A. Ouni ⁽²⁾, H. Ben Abdallah ⁽¹⁾, M.R. Bouali ⁽¹⁾, N. Abdelli ⁽¹⁾

(1) Tunis, TUNISIE ; (2) Bizerte, TUNISIE.

Introduction : L'hémorragie digestive par rupture de varices gastriques alourdit la morbidité et la mortalité chez les patients qui présentent une hypertension portale. La sclérothérapie ou l'obturation des varices gastriques à la colle est actuellement le traitement de choix des hémorragies digestives actives par rupture de varices gastriques et en prophylaxie secondaire. Les résultats à long terme de cette technique sont encore controversés.

But : Evaluer l'efficacité et l'innocuité de l'obturation des varices gastriques par colle biologique dans le traitement des hémorragies digestives par rupture de varices gastriques.

Patients et Méthodes : Etude rétrospective colligeant tous les patients, ayant présenté une hémorragie digestive par rupture de varices gastriques, traités par colle biologique dans l'unité d'endoscopie digestive de l'hôpital Militaire de Tunis durant une période de 14 ans.

Résultats : Quarante et un patients (22 hommes, 19 femmes) ont bénéficié d'au moins une séance d'obturation à la colle. Le suivi moyen était de 33 mois et incluant 37 patients (4 patients perdus de vue). L'âge moyen était de 54 ans (37-80 ans). L'hypertension portale était en rapport avec une cirrhose virale B dans 5 cas (13,5%), cirrhose virale C dans 10 cas (27%), cirrhose d'étiologie indéterminée dans 10 cas (27%), une atésie des voies biliaires dans 1 cas, une thrombose porte dans 5 cas et idiopathique dans 6 cas. Tous les patients avaient des stigmates de saignement récent à l'endoscopie. Les varices gastriques étaient de type GOV2 dans 32 cas (86,5%). Les varices gastriques étaient associées à des varices œsophagiennes dans 35 cas (94,5%). Les patients ont eu en moyenne 2 séances d'obturation (1-3 séances). Aucune complication imputable à l'injection de cyanoacrylate n'a été observée. Aucun patient n'a présenté de récurrence hémorragique précoce ou tardive par rupture de varice gastrique. Cinq patients sont décédés durant la période de suivi.

Conclusion : L'obturation des varices gastriques par colle biologique semble être un moyen thérapeutique sûr et efficace, à court et à long terme, en prophylaxie secondaire de l'hémorragie par rupture de varice gastrique.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000135>

Apport de la fibroscopie dans l'ingestion d'eau de javel : à propos de 80 cas

S. Bouamama ⁽¹⁾, S. Elmansouri ⁽¹⁾, M. Tahiri Joutei Hassani ⁽¹⁾, F. Haddad ⁽¹⁾, W. Hliwa ⁽¹⁾, A. Bellabah ⁽¹⁾, W. Badre ⁽¹⁾

(1) Casablanca, MAROC.

Introduction : L'ingestion d'eau de javel constitue une situation fréquemment rencontrée aux urgences. Ce type de détergent ingéré de manière accidentelle ou dans un but d'autolyse pourrait occasionner des lésions du tractus digestif à différents degrés de gravité.

Objectif du travail :

Evaluer l'intérêt de la fibroscopie oeso-gastroduodénale (FOGD) dans l'ingestion d'eau de javel.

Matériels et méthodes : Etude rétrospective étalée sur 5 ans, de novembre 2013 à juillet 2018, rassemblant les résultats des FOGD réalisées chez des patients ayant ingéré l'eau de javel.

Résultats : Nous avons colligés 80 cas, ayant un âge moyen de 27.71 ans avec des extrêmes entre 14 et 70 ans. Une prédominance féminine est notée (81.25% de femmes versus 18.75% des hommes) avec un sexe ratio de 4.33. Une œsophagite stade I est retrouvée dans 20 cas, stade IIa dans 12, stade IIb dans 5 autres et une muqueuse œsophagienne normale dans 43 cas.

Une gastrite stade I est retrouvée chez 51 patients, stade IIa chez 17, une gastrite stade IIb chez 3, stade IIIa chez 1 patient et une muqueuse gastrique normale chez 8 malades.

Une bulbo duodénite stade I est objectivée dans 15 cas, les 65 autres ont une muqueuse bulbo-duodénale strictement normale.

Un contrôle endoscopique est réalisé chez les patients avec des lésions œsophagiennes ou gastriques stades IIa et IIb après un mois avec régression des lésions et persistance d'une œsophagite stade I dans 4 cas et d'une gastrite stade I dans 7 cas, le reste avait une muqueuse strictement indemne.

Conclusion : L'ingestion caustique à l'eau de javel entraîne, dans la majorité des cas des lésions minimales au niveau œsogastroduodénal ; sur ce, la FOGD peut désormais être épargnée à ces situations.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000556>

Profil épidémiologique et prise en charge des ulcères bulbaires hémorragiques

M. Oualgouh ⁽¹⁾, Z. Bouabane ⁽¹⁾, F. Er-Rabie ⁽¹⁾, N. Abda ⁽¹⁾, W. Khannoussi ⁽¹⁾, G. Kharrasse ⁽¹⁾, I. Zahi ⁽¹⁾, A. El Mekkaoui ⁽¹⁾

(1) Oujda, MAROC.

Introduction : La maladie ulcéreuse du bulbe reste un problème de santé publique avec des répercussions socio-économiques lourdes de part sa fréquence et ses complications inhérentes notamment hémorragiques. Le but de notre étude était de préciser les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, endoscopiques, thérapeutiques et pronostiques des ulcères hémorragiques bulbaires.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective et prospective descriptive et analytique, durant une période de 33 mois. Ont été inclus toutes les hémorragies digestives hautes secondaires à l'ulcère bulbaire hémorragique.

Résultats : Quatre-vingt-huit cas (88) d'ulcère bulbaire hémorragique ont été diagnostiqués sur un total de 370 cas de l'hémorragie digestive haute, avec une prévalence de 23.7%. Le sexe ratio H/F était de 1,9. La moyenne d'âge était de 56 ans. Un antécédent de la maladie ulcéreuse a été noté dans 1.13 % des cas. Vingt-deux malades étaient tabagiques (25%). Chez 21 malades (23.86%) une comorbidité associée était présente (insuffisance rénale chronique, cardiopathie, HTA, diabète). Les prises médicamenteuses gastro toxiques précédant l'hémorragie ont été retrouvées dans 50%, il s'agissait d'AINS dans 43.18%, d'aspirine dans 45.4% et d'anticoagulants dans 11.36 % des malades. Elle était extérieurement sous forme d'hématémèse dans 25 % des cas, d'hématémèse associée à un méléna dans 38.63% des cas, de méléna isolé dans 35.22% des cas. Endoscopiquement, une hémorragie active était notée dans 5.68 %, la présence de sang rouge dans l'estomac dans 17 % des cas. L'ulcère bulbaire siégeait au niveau de la face antérieure (FA) dans 53.4%, la face postérieure (FP) dans 23.86%, le toit dans 14.7%, le plancher dans 9.09 %. Dans 46 cas (52.2 %) l'ulcère est multiple. Selon la classification de Forrest, les stades III et IIc étaient les plus fréquents avec respectivement 62% et 14.7%, le stade IIb était retrouvé dans 7.8% des cas, IIa dans 9.8 % des cas et Ib dans 4.9 % des cas. Le traitement endoscopique était réalisé dans 15 cas, consiste à une injection de sérum adrénaliné, et la mise en place de clip dans 5.6% des cas. Tous les patients ont reçu un traitement médical par IPP par voie. La persistance d'hémorragie était notée chez 5 patients (5.6%) dont 2 cas ont qui nécessitèrent une prise en charge chirurgicale, avec un taux de mortalité de l'ordre de 2.2%. En analyse univariée la prise de l'aspirine est statistiquement liée à la survenue de l'ulcère bulbaire hémorragique (p = 0.04).

Conclusion : L'ulcère bulbaire reste une cause fréquente d'hémorragie digestive haute selon les données de la littérature nationale, ce qui concorde parfaitement avec nos résultats. La localisation au niveau de la face antérieure ainsi que le stade Forrest III sont les plus fréquemment retrouvés. La réponse favorable au traitement médical explique son bon pronostic.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/001068>

P.104

Résultats de la prise en charge endoscopique de l'ulcère gastroduodénal hémorragique : une série de 125 patients

I. Jemni ⁽¹⁾, H.L. Mohamed ⁽¹⁾, F. Aissaoui ⁽²⁾, S. Ben Amor ⁽¹⁾, M. Zakhama ⁽¹⁾, A. Guediche ⁽¹⁾, W. Boulhel ⁽¹⁾, W. Ben Mansour ⁽¹⁾, B.C. Nabil ⁽¹⁾, L. Safer ⁽¹⁾

(1) Monastir, TUNISIE ; (2) Tunis, TUNISIE.

Introduction : Les ulcères gastroduodénaux hémorragiques sont la principale cause d'hémorragie digestive haute. Bien qu'une diminution des hospitalisations pour ulcère gastroduodénal soit observée depuis quelques années, la mortalité reste stable entre 2,5 et 5,8 %. Les objectifs du traitement endoscopique sont de faire cesser l'hémorragie et de diminuer le risque de récurrence hémorragique et d'intervention chirurgicale à visée hémostatique et de réduire la mortalité.

But : l'objectif de cette étude est d'évaluer l'efficacité de la prise en charge endoscopique et de déduire les facteurs prédictifs de l'échec de l'hémostase endoscopique.

Patients et Méthodes : il s'agit d'une étude rétrospective ayant colligé 125 patients sur une période étendue de 2007 à 2018. On a inclus les patients qui se sont présentés aux urgences pour hémorragie digestive haute quel que soit le mode d'extériorisation et qui ont bénéficié d'un geste d'hémostase endoscopique. On a évalué le risque de récurrence hémorragique, de recours à la chirurgie et de décès précoce à j30.

Résultats : notre étude a inclus 125 patients avec un sexe ratio de 3,4 (97 hommes et 28 femmes). L'âge moyen est de 58,64 ans. L'ulcère était classé Forrest Ib dans 58,4%. L'injection d'adrénaline seule était la principale technique utilisée (60,8% des patients), suivie de l'association d'injection d'adrénaline et la pose d'un clip (31,2% des cas) et en dernier lieu l'injection d'agents sclérosants (8% des cas). La récurrence hémorragique a concerné 18,4% des patients, la chirurgie était l'issue finale dans 10,4% des cas et le décès n'a concerné que 4% de notre population. Les facteurs prédictifs d'échec de l'hémostase et de recours à la chirurgie sont le caractère creusant de l'ulcère ($p=0,005$), le recours à des transfusions de plus que 4 poches de culots globulaires rouges ($p=0,038$) ainsi que le siège duodénal de la lésion ulcéreuse et ce indépendamment de la face antérieure ou postérieure du bulbe. Le taux initial d'hémoglobine ≤ 5 g/dl est un facteur prédictif de recours au traitement chirurgical ($p=0,039$). L'association de deux actes endoscopiques : pose de clip et injections d'adrénaline est un facteur protecteur de la chirurgie avec corrélation statistiquement significative ($p=0,011$). Les principaux facteurs prédictifs de récurrence hémorragique au décours du premier acte endoscopique sont : la taille de l'ulcère > 20 mm ($p=0,049$) et le taux initial d'hémoglobine ≤ 5 g/dl ($p=0,039$). Un saignement actif à l'endoscopie initiale n'était pas statistiquement corrélé ni au risque de récurrence ni au risque de recours à la chirurgie. On a noté que les ulcères hémorragiques de la face postérieure du bulbe sont significativement corrélés au risque de décès à J30 ($p=0,041$).

Conclusion : En cas d'hémorragie digestive l'endoscopie haute doit être réalisée aussi rapidement que possible associée à un geste d'hémostase en cas d'ulcère avec saignement actif ou à haut risque de saignement. La combinaison de deux techniques d'hémostase endoscopique, injection d'adrénaline diluée et mise en place de clips, assure l'hémostase dans la plupart des situations et permet ainsi d'éviter le recours à la chirurgie.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000596>

P.105

Expérience d'un service de gastroentérologie dans les urgences endoscopiques hautes

M. Kadir ⁽¹⁾, S. Lajouad ⁽¹⁾, M. Salihoun ⁽¹⁾, M. Acharki ⁽¹⁾, I. Serraj ⁽¹⁾, N. Kabbaj ⁽¹⁾

(1) Rabat, MAROC.

Introduction : Les urgences endoscopiques hautes sont des situations graves engageant le pronostic vital. Les conditions de travail et les prises de décision peuvent influencer l'issue de la situation et celles-ci varient d'une équipe à l'autre. **Le but de notre travail** est de présenter l'expérience de notre service en urgences endoscopiques.

Matériels et méthodes : Ont été inclus tous les cas d'urgences endoscopiques hautes répertoriés du mois 01/2009 au mois 07/2018 dans notre service. Ainsi, ont été inclus les hémorragies digestives hautes, les ingestions de caustique et de corps étrangers. Nous avons rapporté la présentation clinique, les antécédents médicaux, l'expérience de l'endoscopiste et le type d'anesthésie utilisé ainsi que le résultat de l'endoscopie

Résultats : 845 endoscopies en urgence ont été réalisées durant cette période. La moyenne d'âge des patients était de 55 ans. Avec une prédominance masculine (57%). 80% des endoscopies ont été réalisées par des juniors et 20% par des seniors. La sédation au propofol a été utilisée dans 90% des cas. L'endoscopie a été réalisée avec un délai moyen de 9 h après l'admission.

644 endoscopies ont été réalisées devant des hémorragies digestives hautes (78%), 37% des patients étaient cirrhotiques, 15% avaient des varices œsophagiennes connues. 50% n'avaient pas d'antécédents médicaux et 10% prenaient des AINS ou des antiagrégants plaquettaires. 65% des patients ont été admis pour une hématemèse, dont 45% étaient isolées, 30% pour des mélènas et 5% pour des rectorragies massives. 14% des patients étaient initialement instables et admis à l'unité de soins intensifs. L'endoscopie œsogastroduodénale a montré un ulcère hémorragique dans 28%, et un saignement lié à l'hypertension portale dans 25%. Les autres diagnostics étaient l'œsophagite (18%), la gastrite (10%), les tumeurs (7%) et l'angiodysplasie (5%). L'endoscopie était normale dans 5% des cas.

128 endoscopies ont été réalisées devant une ingestion de caustique (14%). L'ingestion était volontaire dans 44% des cas. L'âge moyen des patients était de 35 ans. Le produit le plus fréquent était l'eau de javel dans 61% des cas et l'acide chlorhydrique dans 33% des cas. L'endoscopie a été réalisée entre 6 et 24 h après l'ingestion. Elle a montré une œsophagite caustique dans 65% des cas, dans 28% une œsophagite de stade I, dans 38% un stade II et dans 2,5% un stade III. La gastrite caustique a été retrouvée dans 59% des cas, 23% au stade I, 20% au stade II et 6% au stade III.

73 endoscopies ont été réalisées pour une ingestion de corps étranger (8%). Le délai entre l'ingestion et l'endoscopie était compris entre 2 et 48 h. Le corps étranger était localisé dans l'œsophage dans 63% des cas, l'estomac dans 26% et le duodénum dans 1 cas. Les objets les plus fréquents étaient les objets métalliques (33%), l'os de viande (18%), et les prothèses dentaires (6%). Dans 19% des cas, le corps CE n'a pas été retrouvé

Conclusion : Les urgences endoscopiques étaient dominées par les hémorragies digestives hautes, causées principalement par l'ulcère gastroduodénal ou un saignement variqueux. L'ingestion de caustique conduit le plus souvent à une œsophagite de stade II. L'ingestion de corps étranger est moins fréquente, et faite essentiellement d'objets métalliques retrouvés au niveau de l'œsophage.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000829>

P.106

Existe-il une différence endoscopique et pronostique entre les ulcères bulbaires hémorragiques post-AINS et les ulcères bulbaires non liés aux AINS ?

M. Oualgouh ⁽¹⁾, F. Er-Rabie ⁽¹⁾, Z. Bouabane ⁽¹⁾, N. Abda ⁽¹⁾, W. Khannoussi ⁽¹⁾, G. Kharrasse ⁽¹⁾, I. Zahi ⁽¹⁾, A. El Mekkaoui ⁽¹⁾

(1) Oujda, MAROC.

Introduction : La toxicité digestive des anti inflammatoires non stéroïdiens (AINS) est fréquente. Parfois elle est grave notamment lorsqu'elle entraîne une hémorragie ulcéreuse gastroduodénale. Les ulcères duodénaux hémorragiques post-AINS seraient plus graves que les ulcères duodénaux hémorragiques non liés aux AINS. L'objectif de cette étude est de comparer le statut endoscopique et pronostique des ulcères bulbaires hémorragiques post-AINS avec celui des ulcères bulbaires non liés aux AINS.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective (de Mars 2015 à novembre 2015) et prospective (de décembre 2015 à décembre 2017) descriptive et analytique au niveau de service de Gastroentérologie, durant une période de 33 mois. Ont été inclus toutes les hémorragies digestives hautes secondaires à l'ulcère bulbaire et nous avons comparé le profil endoscopique et pronostique des patients sous AINS et ceux qui n'ont pas pris d'AINS.

Résultats : Quatre-vingt-huit cas (88) d'ulcères bulbaires hémorragiques ont été inclus. La prise d'AINS précédant l'hémorragie est notée chez 22.7% des patients. Il existe une nette prédominance masculine comparativement dans les deux groupes. Les patients sous AINS étaient plus âgés que les patients ne prenant pas les AINS (65.45 vs 58.45 ans respectivement; $p=0.06$). Il n'y avait pas de différence statistiquement significative en termes de taux moyen d'hémoglobine, siège de l'ulcère, de recours à la chirurgie, de récurrence hémorragique et de besoins transfusionnels. Par ailleurs les patients ayant consommé des AINS ont des ulcères bulbaires classés stades III de Forrest dans 40 % des cas par rapport à 59 % chez les patients qui n'ont pas pris d'AINS ($p : 0.06$). En analyse univariée les patients ayant pris d'AINS nécessitant un traitement endoscopique par rapport à ceux qui n'ont pas pris d'AINS ($p=0.03$).

Conclusion : Notre étude a objectivé que les patients ayant pris des AINS nécessitant un traitement endoscopique ce qui montre la gravité de l'hémorragie digestive associée aux AINS. Par ailleurs, il n'existe pas de différence statistiquement significative en termes de données biologiques, la localisation de l'ulcère ou de recours à la chirurgie.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/001059>

P.107

L'ingestion de corps étrangers chez l'adulte : à propos de 72 cas

Y. Thiyfa ⁽¹⁾, H. Ismail ⁽¹⁾, M. Tahiri Joutei Hassani ⁽¹⁾, F. Haddad ⁽¹⁾, W. Hliwa ⁽¹⁾, A. Bellabah ⁽¹⁾, W. Badre ⁽¹⁾

(1) Casablanca, MAROC.

Introduction : L'ingestion de corps étrangers (CE) accidentelle ou volontaire est une situation fréquente et multifactorielle, souvent en milieu carcéral et psychiatrique. Les CE ingérés peuvent être dangereux par leur localisation ou leur nature, ce qui rend leur extraction endoscopique parfois urgente. **Le but de notre travail** est d'évaluer le taux de succès d'extraction des corps étrangers ainsi que les moyens utilisés.

Matériels et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive sur une période de 9 ans (janvier 2009-septembre 2018), incluant tous les patients admis dans le cadre de l'urgence pour ingestion de corps étrangers. Nous avons répertorié l'ensemble des corps étrangers ingérés, les moyens utilisés pour leur extraction, ainsi que le taux de succès thérapeutique.

Résultats : 72 fibroscopies oesogastroduodénales ont été réalisées pour l'extraction d'un corps étranger ingéré. On note une prédominance féminine (sex-ratio : 0.73), un âge moyen de 46.53 ans (16 ans -80 ans). Quatre malades avaient des antécédents psychiatriques et 18 étaient des prisonniers, une ingestion accidentelle dans 57 cas, une ingestion volontaire était retrouvée dans 15 cas. Une ingestion d'épingle à foudarder a été rapportée chez 20 patientes, une impaction d'un morceau de viande chez 16 malades, une prothèse dentaire chez 14 malades, os de poulet chez 5 malades, une ingestion de lame de rasoir chez 4 malades, une pièce de monnaie chez 3 malades, une capsule de cocaïne chez 2 malades, chez le reste des patients il s'agissait de piles, briquets, trichobézoard, coupe-ongles, noyau de pêche, clou, chaussette, pièce de jouet. Le corps étranger était retrouvé chez 27 malades au niveau oesophagien, chez 45 malades au niveau du corps gastrique. L'extraction se faisait par l'anse diathermique, l'anse à panier et la pince tripode, le succès d'extraction a été obtenu dans 60 cas (83.3%), l'extraction avait échoué dans 12 cas (16.6%) et chez 8 patients le corps étrangers était évacué vers l'estomac. Une perforation oesophagienne a été notée par impaction d'os de poulet traitée par clips avec bonne évolution.

Conclusion : Le taux de succès d'extraction des corps étrangers ingérés, dans notre pratique, est satisfaisant. Des différents moyens sont utilisés pour réussir l'extraction, celle-ci constitue une urgence thérapeutique en endoscopie, nécessitant une coopération du malade et une expérience de l'endoscopiste afin de réaliser l'extraction sans complications et éviter le recours à la chirurgie.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/001009>

P.108

L'endoscopie digestive d'astreinte : expérience d'un centre hospitalier général françaisY. Thiyfa ⁽¹⁾, T. Gharbi ⁽²⁾, H. Laarabi ⁽³⁾, L. Kabbage ⁽⁴⁾, I. Dadamessi ⁽⁴⁾

(1) Casablanca, MAROC ; (2) Rabat, MAROC ; (3) Fès, MAROC ; (4) Saint-Quentin.

Introduction : Nous rapportons notre expérience de l'endoscopie digestive d'astreinte (EA) dans un centre hospitalier général (CHG) de 874 lits de MCO, l'unité d'endoscopie digestive est ouverte en semaine du lundi au vendredi de 8h à 16h. Une astreinte d'endoscopie est assuré en soirée de 18h à 8h et les week-end. L'endoscopie est faite par un senior d'astreinte de sécurité, un interne de spécialité et une équipe d'anesthésie au bloc opératoire.

Patients et Méthodes : Entre mai 2017 et avril 2018, 152 EA ont été réalisées, chez 135 patients. L'âge moyen des patients était de 68,1 ans (19 - 98 ans). On note une prédominance masculine chez 60,5 % des patients.

Résultats : En moyenne, 12,6 EA étaient faites par mois (8-25 EA). L'activité d'EA avait été réalisée dans 66,45 % pendant le week-end, ou jours fériés et 33,5 % en soirée de semaine. L'examen était une endoscopie haute dans 79 % et une endoscopie basse dans 21 % des cas. L'EA était suivi d'un geste thérapeutique dans 25 % des cas.

Les principales indications étaient dominées par les hémorragies digestives (73,03%), la coloscopie d'extubation (7,24%), les déglobulisations aiguës sans hémorragies digestives extériorisées (5,92%), les ingestions de corps étrangers (4,61%), les ingestions de caustique (1,32%) et 7,89% en rapport avec les aphasies, les vomissements ou épigastralgies.

Sur les 27 gastroscopies thérapeutiques réalisées, 74,07 % concernaient des gestes d'hémostase dont 35% réalisées sous anesthésie générale. 25,9 % de ces endoscopies hautes étaient en rapport avec l'extraction de corps étrangers.

Les 20 gestes d'hémostases se répartissaient en injection hémostatique d'adrénaline (25%), pose de clips (30%), geste mixte d'hémostase (injection d'adrénaline + pose de clips) dans 15% et ligature de varices œsophagiennes hémorragiques (20%). Sur les 7 corps étrangers 42,85% étaient poussés sans extraction et 57,15% étaient enlevés à l'aide d'une anse.

Parmi les 32 coloscopies réalisées, 12 étaient thérapeutiques (37,5%) correspondant à 7 extubations et 4 réductions de polypes et une hémostase. Elles étaient toutes faites sans anesthésie.

Conclusion : L'activité de l'EA est marginale (6,2 % de nos gastroscopies et 2,1 % des coloscopies annuelles). Elle reste essentielle puisqu'une fois sur 4 thérapeutique. L'anesthésie générale était faite chez 9% de nos patients.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/001048>

P.109

L'apport des scores pronostiques dans l'hémorragie digestive hauteF.Z. Elrhaoussi ⁽¹⁾, S. Elmansouri ⁽¹⁾, M. Tahiri Joutei Hassani ⁽¹⁾, F. Haddad ⁽¹⁾, W. Hliwa ⁽¹⁾, A. Bellabah ⁽¹⁾, W. Badre ⁽¹⁾

(1) Casablanca, MAROC.

Introduction : L'hémorragie digestive haute (HDH) est un motif fréquent d'hospitalisation. Il s'agit d'une urgence potentiellement grave responsable d'une morbi-mortalité élevée. Les Scores pronostiques de Rockall et de Glasgow-Blatchford ont été élaborés afin d'évaluer la gravité et le risque de récurrence et de mortalité. **Le but de ce travail** est d'évaluer l'intérêt pronostique de ces deux scores dans la prédiction du risque de récurrence hémorragique et de mortalité dans notre contexte.

Patients et Méthodes : Etude rétrospective, analytique, menée de Janvier 2016 à Mars 2018, incluant tous les patients admis au service pour HDH. Nous avons relevés tous les données anamnestiques, clinico-biologiques et endoscopiques. Nous avons utilisés le score de Rockall (RS) et le score de Glasgow-Blatchford (GBS).

Résultats : 363 patients ont été colligés, d'âge moyen de 55,46 ans [15-95 ans] avec une prédominance masculine (sex-ratio : 1,24). 33,7% des patients avaient une hépatopathie connue, un antécédent de maladie ulcéreuse gastroduodénale chez 3,5 % des patients. 21% des cas avaient une notion de prise médicamenteuse (AINS, AAP, AVK). 22,3% étaient tabagiques et 8,4 % alcooliques. Le motif d'hospitalisation était des hématemèses et des mélénas chez respectivement 84,3 % et 68,4% des patients. Seuls 3,8 % avaient des rectorragies. Le score de Rockall initial moyen était de 2,36 [0-6] et le score de Glasgow-blatchford moyen de 10,77 [2-16]. L'étiologie du saignement était dominée par l'hémorragie liée à l'hypertension portale (43% des cas). 35,9 % des patients avaient un ulcère gastrique ou duodénal. 6,3% des patients avaient une pathologie tumorale. Les autres causes de saignement sont : gastrite érosive (6,6%), œsophagite (5,6%) et angiodysplasie (1,5%). Le score de Rockall complet moyen était de 4,3 [0-7]. L'évolution a été marquée par la récurrence hémorragique chez 15,7%. Le décès est survenu chez 7,4%. L'aire sous la courbe dans le score de Rockall dans la prédiction de la récurrence et la mortalité est de 0,699 et 0,682 respectivement et dans le score de Blatchford est de 0,345 et 0,785 respectivement.

Conclusion : Devant une hémorragie digestive haute, l'utilisation des scores pronostiques, et tout particulièrement le score de Blatchford, trouve son intérêt dans l'évaluation du risque de mortalité. Le recours à ces scores devrait être plus systématique.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000449>

P.110

Évaluation de la sécurité et de l'efficacité de l'Hemospray™ comme traitement hémostatique des saignements diffus modérés au cours d'une nécrosectomie endoscopique

N. Grieve ⁽¹⁾, O. Rouquette ⁽¹⁾, M. Riquelme ⁽¹⁾, M. Jabaudon-Gandet ⁽¹⁾, A. Abergel ⁽¹⁾, L. Poincloux ⁽¹⁾

(1) Clermont-Ferrand.

Introduction : La nécrosectomie endoscopique est devenue la technique de 1ère intention dans le traitement de l'infection de nécrose au cours de la pancréatite aiguë. Cependant la survenue d'un saignement de la cavité de nécrose est une complication fréquente et augmente la morbi-mortalité du geste. Plusieurs études publiées sur l'Hemospray ont montré son efficacité et sa sécurité dans les hémorragies digestives. Nous avons évalué son application comme traitement hémostatique des saignements diffus modérés survenant au cours d'une nécrosectomie endoscopique.

Matériels et méthodes : Cette étude monocentrique rétrospective a inclus 15 nécrosectomies endoscopiques hémorragiques parmi 52 procédures réalisées entre janvier 2014 et juin 2018. 8 parmi ces 15 avaient reçu de l'Hemospray pour un saignement diffus survenu pendant le geste. L'objectif était d'évaluer la sécurité de cette technique par l'absence d'effet secondaire rattachable à l'Hemospray, et son efficacité à traiter le saignement (déglutibilisation >1 point d'Hb dans les 48h en post-geste, besoin transfusionnel dans les 72h, nécessité de recourir à un geste d'hémostase complémentaire).

Résultats : 28,9% des 52 nécrosectomies ont présenté un saignement au cours de la procédure. Il n'a pas été identifié de facteur prédictif de complication hémorragique, mais sa survenue semble augmenter la mortalité (30,7% vs 8,3% ; p=0,322) et être prédictive d'un besoin transfusionnel en post-geste (26,7% vs 5,4% ; p=0,05). Aucun effet secondaire rattachable à l'Hemospray n'a été observé. Il n'y avait pas de différence significative de mortalité entre les 2 groupes ayant saigné qu'ils aient bénéficié ou non de l'application d'Hemospray (20% sans Hemospray vs 37,5% avec ; p=1) ; bien que celle-ci semble plus élevée dans le groupe Hemospray probablement en raison des l'hétérogénéité entre les 2 groupes, avec notamment un taux d'hospitalisation en soins continus plus élevé dans le groupe Hemospray (37,5% vs 0%, p=0,2). Il n'y avait pas de différence significative entre les 2 groupes sur la survenue de complications hémorragiques au décours du geste (déglutibilisation, transfusion, geste d'hémostase complémentaire ; p=1).

Conclusion : L'application d'Hemospray à l'extérieur de la lumière du tube digestif au cours d'une nécrosectomie endoscopique n'est pas associée à une augmentation de la morbidité du geste et aucun effet secondaire n'a été observé. Son efficacité reste cependant à démontrer par une étude de plus forte puissance.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000915>

P.111

Place de l'échographie abdominale dans le bilan initial de la maladie cœliaque

H. Kchir ⁽¹⁾, R. Tlili ⁽¹⁾, D. Issaoui ⁽¹⁾, A. Hassine ⁽¹⁾, H. Chaabouni ⁽¹⁾, N. Maamouri ⁽¹⁾

(1) Tunis, TUNISIE.

Introduction : La maladie cœliaque (MC) est une maladie chronique de l'intestin due à une intolérance au gluten, dont l'atteinte hépatique est l'une de ses plus fréquentes atteintes extra intestinales. Le but de notre étude était d'évaluer l'utilité de l'échographie abdominale (EA) initiale dans la détection des anomalies liées à la MC.

Patients et Méthodes : Etude rétrospective colligeant les dossiers de patients hospitalisés de 1991 à 2015 pour MC et ayant eu une EA au bilan initial.

Résultats : Soixante deux patients ont été inclus dont l'âge moyen était de 36 ans, avec une nette prédominance féminine 67%. Une échographie abdominale a été réalisée chez tous nos malades: faite de façon systématique dans 66 % des cas, dans le cadre de l'exploration de douleur abdominale dans 16% des cas, devant un amaigrissement dans 5% , devant une augmentation du volume abdominal dans 2 % des cas ou devant un bilan hépatique perturbé dans 8% des cas. Dans 3 % des cas, elle était pratiquée à la recherche de signes d'hypertension portale. Des anomalies échographiques ont été révélées dans 39 % des cas. Ces anomalies étaient à type de splénomégalie 18%, stéatose hépatique 18 %, foie dysmorphique 18%, circulation veineuse collatérale 5 % et ascite 5 %. Chez les patients asymptomatiques, l'échographie abdominale a permis de relever des anomalies dans 22% des cas.

Conclusion : L'échographie abdominale garde une place dans le bilan initial de la maladie cœliaque puisqu'elle permet de révéler certaines hépatopathies associées à la maladie et qui sont parfois asymptomatiques.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/001138>

P.112

Anémie par carence en vitamine B 12 : apport de l'endoscopie digestive haute avec étude anatomo-pathologique dans le diagnostic étiologiqueD. Issaoui ⁽¹⁾, K. Chabbouh ⁽¹⁾, C. Baccouche ⁽¹⁾, H. Kchir ⁽¹⁾, H. Chaabouni ⁽¹⁾, N. Maamouri ⁽¹⁾

(1) Tunis, TUNISIE.

Introduction : Une anémie par carence en vitamine B12 est relativement fréquente chez l'adulte et plus particulièrement chez le sujet âgé. Le diagnostic étiologique chez l'adulte est dominé par la malabsorption secondaire à des anomalies iléales suivie par l'anémie de Biermer due à un déficit en facteur intrinsèque gastrique. La fibroscopie oeso-gastro-duodénale constitue un examen primordial dans l'enquête étiologique d'une anémie par carence en vitamine B12.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive menée sur une période de 3 ans et demi allant de Janvier 2014 à Juillet 2018. Les données ont été recueillies à partir des registres d'endoscopie digestive haute.

Résultats : Une FOGD a été pratiquée chez 103 patients présentant une anémie par carence en vitamine B12. L'âge moyen était de 56 ans avec des extrêmes allant de 17 à 82 ans. Ces patients étaient répartis en 49 hommes (47,6%) et 54 femmes (52,4%) avec un sex-ratio de 0,9. La FOGD était normale dans 35% des cas, alors qu'une diminution des plis fundiques était notée dans 47,6% des cas. Des biopsies fundiques ont été réalisées chez 67% des malades revenues normales dans 13% des cas. Une gastrite atrophique fundique non à HP avec hyperplasie des cellules neuroendocrines évoquant une anémie de Biermer ont été notées dans 79,7% des cas. Ces anomalies histologiques ont été retrouvées chez tous les patients ayant une diminution des plis fundiques à l'endoscopie et dans 80,8% des FOGD normales chez qui on a réalisé des biopsies. Mais aucune relation statistiquement significative n'a été retrouvée entre l'aspect endoscopique et le diagnostic histologique de l'anémie de Biermer ($p=0,06$). Par ailleurs, d'autres lésions histologiques ont été découvertes fortuitement telles qu'une gastrite atrophique à HP retrouvée dans 2,9% des cas.

Conclusion : La réalisation d'une FOGD avec étude anatomopathologique constitue un examen clé dans l'enquête étiologique d'une anémie par carence en vitamine B12. Les biopsies fundiques permettent de retenir le diagnostic d'une anémie de Biermer chez plus des trois quarts de ces patients.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000445>

P.113

Anémie ferriprive : apport de l'endoscopie digestive haute et de l'anatomo-pathologie dans l'enquête étiologiqueC. Baccouche ⁽¹⁾, D. Issaoui ⁽¹⁾, K. Chabbouh ⁽²⁾, H. Kchir ⁽¹⁾, H. Chaabouni ⁽¹⁾, N. Maamouri ⁽¹⁾

(1) Tunis, TUNISIE ; (2) Sousse, TUNISIE.

Introduction : L'anémie ferriprive est une pathologie encore fréquente dans le monde et surtout dans les pays à faible niveau socio-économique. Sa fréquence est en rapport avec ses étiologies multiples, variées et parfois associées. Ce travail a pour objectif d'étudier l'intérêt de l'endoscopie oeso-gastroduodénale (EOGD) et de l'anatomopathologie dans le diagnostic étiologique des anémies ferriprives.

Patients et Méthodes : Etude monocentrique descriptive rétrospective étendue sur une période de 3 ans et demi (Janvier 2014 - Juillet 2018) colligeant tous les patients ayant consulté notre service pour anémie ferriprive et ayant bénéficié d'une EOGD.

Résultats : Deux-cent-soixante et onze patients ont été colligés. L'âge moyen au moment de l'exploration était de 50,4 ans (17 - 87 ans) répartis en 76 hommes (28%) et 195 femmes (72%) avec un sex-ratio à 0,4. Dans notre série, 53,1% des EOGDs étaient strictement normales. Le groupe des patients ayant une EOGD anormale ($n=127$) a été étudié isolément avec observation des anomalies les plus fréquentes : sur l'œsophage, une œsophagite a été retrouvée dans 14,2% des cas ; sur le fundus, il s'agissait d'une gastropathie fundique congestive dans 8,7% des cas et nodulaire dans 4,7% ; sur l'antra, une antropathie congestive dans 33,1% des cas et nodulaire dans 15,7% ; une bulbite ulcérée ou érosive dans respectivement 5,5 et 4,7% des cas ; un aspect de diminution de la hauteur des plis duodénaux a été observé chez 15% des patients. Sur la totalité de la série, 158 biopsies duodénales (58,3%) ont été pratiquées montrant un aspect histologique normal dans 91,8% des cas et une atrophie villositaire avec lymphocytose intra-épithéliale évoquant une maladie cœliaque dans 7,6% des cas ; un seul patient avait un aspect de duodénite non spécifique. Tous aspects endoscopiques confondus, 58 patients (21,4%) ont eu des biopsies gastriques montrant dans 100% des cas une gastrite chronique à *Helicobacter pylori* (HP) ; active, atrophique et avec métaplasie intestinale dans respectivement dans 89,7%, 10,3% et 5,2% des cas.

Conclusion : L'Endoscopie digestive haute avec réalisation de biopsies duodénales et gastriques est primordiale dans le bilan étiologique de l'anémie ferriprive dominé par la maladie cœliaque et la gastrite à HP, très fréquemment retrouvée dans notre population.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000464>

Exploration de l'intestin grêle : indications et résultats de l'entéroscopie double ballon

Z. Bouhnoun ⁽¹⁾, H. Abid ⁽¹⁾, M. Elyoussfi ⁽¹⁾, N. Aqodad ⁽¹⁾, D.A. Benajah ⁽¹⁾, M. Elabkari ⁽¹⁾, A. Ibrahim ⁽¹⁾, N. Lahmidani ⁽¹⁾

(1) Fès, MAROC.

Introduction : L'entéroscopie est un examen sur et efficace pour l'exploration et le traitement des maladies de l'intestin grêle. Elle est en général réalisée suite à un examen préalable du grêle par vidéo-capsule endoscopique (VCE) sauf en présence de contre indication ou non disponibilité. Les indications de l'EDB sont multiples dont le plus fréquentes sont le saignement digestif indéterminé.

Le but de notre travail est de rapporter notre expérience sur les différentes indications de l'EDB ainsi que ses résultats.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective sur une période de 8 ans et 4 mois (Janvier 2010- Avril 2018). Nous avons colligé tous les patients chez qui une entéroscopie double ballon a été réalisée. Nous avons analysé les caractéristiques épidémiologiques, les indications et les résultats de l'EDB.

Résultats : Cent examens par EDB ont été réalisés chez 89 patients. Le Sex-ratio H/F était de 1,7 avec un âge moyen de 49 ans (16 - 80 ans). Les indications et les résultats de l'EDB étaient les suivants :

- L'hémorragie d'origines indéterminées chez 31% des cas (N= 27) , sur des lésions d'angiodysplasies grêliques retrouvées chez 6 patients dont 3 est objectivées par la VCE au préalable, une pathologie tumorale chez 8 patients (2 cas de GIST, 4cas de lymphome et 1 cas ADK), des varices ectopiques chez 2 cas, ulcération de dieulafoy ayant bénéficié d'une pose de clips, des ulcérations chez 2 cas dont une sur maladie de crohn. 8 cas hémorragies digestives occultes.
- Un épaississement gélifique à l'imagerie dans 24% des cas (N=22), revenant en faveur d'une pathologie tumorale chez 8 cas (3 cas de lymphome , 3 cas d'ADK, 1cas de GIST, 1cas de tumeur neuroendocrines), associée à une maladie coeliaque chez 2cas, Un cas d'une maladie de crohn et deux cas de polyposse. 4 EDB sans anomalies, l'étude anatomopathologique est revenu non spécifique chez 7 patients.
- Un bilan d'anémie chronique significative non expliquée chez 4% cas(N=5), L'EDB était sans anomalie chez 2 cas , aspect crénelé de la muqueuse iléale est retrouvé chez 1 cas et des ulcération aphthoïdes multiples chez 2 cas. L'étude anatomopathologique était non concluante chez ce groupe de patient.
- Une diarrhée chronique inexpliquée chez 10% des cas (N=9) associés à des manifestation anopérinéales chez 1cas dont le diagnostic de tuberculose intestinales retenus chez deux cas , un déficit auto immune chez 1cas.
- La maladie coeliaque réfractaire chez 6% des cas (N=6), l'entéroscopie a objectivé un aspect pavimenteux diffus de la muqueuse jéjunale. L'étude anatomopathologique était en faveur d'une maladie coeliaque non compliquée chez ce groupe.
- Des douleurs abdominales inexpliquées chez 9% des cas (N=8) liés à une maladie coeliaque chez 1cas, un syndrome sub-occlusif chez 7% des cas (N=6) sur deux cas de lymphome , 1cas de crohn sténosant associé à une maladie coeliaque et 1cas de polyposse duodénale. Pour catheterisme des voies biliaires apres chirurgie de dérivation chez 6% des cas (N=5) ayant permis l'extraction de calcul chez deux cas. Un syndrome de koenig chez 3% des cas (N=5), Pour suspicion d'une VCE bloquée chez 1 cas.

Conclusion : Dans notre série les résultats d'EDB sont riches avec une rentabilité diagnostique de 62%. L'entéroscopie thérapeutique concernait surtout l'hémostase de lésions vasculaires grêliques les polypectomie et l'extraction de calcul par catheterisme biliopancreatique apres chirurgie de derivation.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000190>

Hétérotopie de la muqueuse gastrique (HMG) de l'œsophage proximal : une entité encore méconnue ?

A. Sarhani ⁽¹⁾, T. Paupard ⁽²⁾

(1) Rabat, MAROC ; (2) Dunkerque.

Introduction : L'hétérotopie de la muqueuse gastrique (HMG) correspond à un îlot de muqueuse gastrique au sein de la muqueuse œsophagienne. Ces foyers peuvent siéger tout au long du tube digestif et rarement au niveau du tiers supérieur de l'œsophage. La physiopathologie de l'HMG au tiers supérieur de l'œsophage reste mal connue. Elle semble différente de celle de l'endobrachyœsophage (EBO). Deux hypothèses existent, mais la 2^{ème} est considérée comme la principale : 1) Une pathologie acquise en association à un reflux gastro-œsophagien comme pour l'EBO ; 2) Une malformation congénitale constituée très tôt au cours de l'embryogénèse. La prévalence de l'HMG de l'œsophage proximal est mal connue et est estimée à environ 3% des patients examinés par gastroscopie.

L'objectif de ce travail est d'estimer dans notre centre la prévalence de l'HMG, les signes cliniques, endoscopiques, les aspects microscopiques et les différents facteurs épidémiologiques associés à partir d'une courte série rétrospective.

Patients et Méthodes : Tous les patients d'un seul centre d'endoscopie avec une HMG du tiers supérieur de l'œsophage ont été inclus sur une période d'évaluation de 5 mois. Toutes les lésions vues en endoscopie ont été confirmées par l'analyse histologique. L'examen endoscopique était réalisé sans coloration spécifique.

Résultats : 736 malades ont bénéficié d'une gastroscopie pendant 5 mois (entre mai 2018 et septembre 2018), Une HMG du tiers supérieur de l'œsophage a été découverte chez 10 malades. Il s'agissait de 8 hommes et de 2 femmes avec un âge moyen de 55 ans (extrêmes : 26 et 69 ans). Deux patients sur 10 étaient tabagiques. L'endoscopie digestive haute était demandée pour des manifestations cliniques de reflux gastro-œsophagien chez 8 patients. Les deux autres indications concernaient un bilan d'anémie ferriprive, une recherche de signes d'HTP. Les manifestations cliniques étaient dominées par une dyspepsie (66%), des épigastralgies (50%), un pyrosis (33%) et des régurgitations (16%). Les lésions endoscopiques associées à l'HMG étaient les suivantes : gastrite (7/10), hernie hiatale (1/10). Les lésions d'HMG apparaissaient sous la forme d'îlots arrondis, suspendus, de couleur « rouge saumon », bien délimités, mesurant en moyenne 1.75 cm (extrêmes : 1.5 et 2 cm), au nombre de 2 dans 50% des cas, siégeant en moyenne à 17,5 cm (extrêmes : 13 et 20 cm) des arcades dentaires. L'étude histologique confirmait l'aspect de cellules glandulaires typiquement fundiques, avec présence de métaplasie intestinale dans 30% des cas au sein de l'HMG. Un seul patient avait une infection à *Helicobacter pylori*. Aucune dysplasie n'était visualisée au sein de l'HMG.

Conclusion : L'HMG de l'œsophage proximal constitue une anomalie bénigne découverte le plus souvent de façon fortuite en endoscopie. Dans notre courte série rétrospective la prévalence estimée est de 1,3% avec une nette prédominance masculine. Aucune dysplasie n'a été mise en évidence. Ne s'agissant pas d'une étude prospective, dans notre centre la prévalence est surement sous-évaluée.

Ainsi, au cours d'une gastroscopie, un examen attentif du tiers supérieur de l'œsophage au retrait de l'appareil est indispensable, pour dépister d'éventuelles plaques d'HMG. Les biopsies doivent être systématiques pour confirmation du diagnostic et recherche de dysplasie. L'HMG reste méconnue, sous-estimée et de diagnostic difficile. En raison de données de suivis évolutifs insuffisantes dans la littérature, sa prise en charge reste débattue et pourrait s'apparenter à celle de l'EBO pour la surveillance et la prise en charge thérapeutique, notamment en cas de symptômes ou de dysplasie avérée.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000035>

P.116

Quelle concordance de l'histologie avec l'endoscopie dans la maladie cœliaque ? Expérience d'un service universitaire

F.Z. Chabib ⁽¹⁾, I. Benelbarhdadi ⁽¹⁾, F.Z. Ajana ⁽¹⁾

(1) Rabat, MAROC.

Introduction : La maladie coeliaque, est une entéropathie chronique auto-immune caractérisée sur le plan histologique par une atrophie villositaire. Des aspects caractéristiques de la maladie coeliaque peuvent être observés au niveau du bulbe et du duodénum. néanmoins, un duodénum endoscopiquement sain n'élimine pas la maladie, d'où l'intérêt de notre étude qui est d'étudier la corrélation entre l'existence d'anomalies endoscopiques et la sévérité de l'atrophie villositaire.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective incluant des malades coeliaques suivis dans notre formation et qui ont à la fois une évaluation endoscopique et histologique. les malades avec des données incomplètes ont été exclus de l'étude. Les différents aspects endoscopiques de la maladie coeliaque ont été recherchés au niveau du bulbe et du duodénum. Les patients sont alors stratifiés selon la classification de Marsh simplifiée en 3 groupes : Atrophie villositaire partielle (IIa), atrophie villositaire subtotale (IIb) et atrophie villositaire totale (IIc). L'étude et l'analyse statistique a été faite en utilisant un logiciel statistique SPSS.

Résultats : Au total 235 patients remplissent les critères d'inclusion, dont 183 femmes (77.9%) et 52 hommes (22.1 %). L'âge moyen est de 32.97 +/- 12.36 [7 : 70]. Les aspects endoscopiques retrouvés sont répartis ainsi : normale (46.8%), aspect en dent de scie (11.5 %), raréfaction des plis duodénaux (21.7 %), plis duodénaux oedématisés (8.5%), aspect nodulaire (7.2 %) et une bulbite ulcéreuse 2.6%. A l'histologie les anomalies retrouvées sont : (IIc) : 49.8%, (IIb) : 33.2%, (IIa) : 14.9%, Lymphocytose intra-épithéliale isolée sans atrophie : 2.1%. Dans notre étude, une concordance très faible a été observée entre l'existence d'anomalies endoscopiques et l'atrophie villositaire (Kappa= 0.048). L'étude de la valeurs diagnostic de la fibroscopie dans le diagnostic de l'atrophie histologique a retrouvé une sensibilité de 54.3% et une spécificité de 100%. La VPP c.-à-d. La probabilité qu'un sujet présente une atrophie lorsque l'aspect de la muqueuse duodénale est pathologique est de 100 %. La VPN c.-à-d. probabilité qu'un sujet ne présente pas d'atrophie lorsque l'aspect n'est pas pathologique est de 4.5%.

Conclusion : Notre étude montre une concordance médiocre entre l'existence d'anomalie endoscopique et la présence de lésions sévères à l'histologie. Cette dernière est le gold standard dans la maladie coeliaque et reste indispensable quel que soit l'aspect endoscopique.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000285>

P.117

Diagnostic endoscopique du *Helicobacter pylori* dans une population européenne

R. Garcés Duran ⁽¹⁾, A. Garcia-Rodríguez ⁽¹⁾, H. Cordova ⁽¹⁾, A. Ginés ⁽¹⁾, B. González-Suárez ⁽¹⁾, I. Araujo ⁽¹⁾, J. Liach ⁽¹⁾, G. Fernández-Esparrach ⁽¹⁾

(1) Barcelone, ESPAGNE.

Introduction : L'infection par *Helicobacter pylori* (Hp) est une des principales causes de gastrite chronique et de lésions pré malignes gastriques

• La détection d'un aspect régulier de vésicules collectrices (RAC) au niveau de la petite courbure gastrique est associée à l'absence de Hp

• La sensibilité et la valeur prédictive négative (VPN) du RAC avec magnification sont supérieures à 90% chez les patients sans Hp dans la population asiatique

L'objectif de l'étude est d'évaluer le signe RAC comme méthode diagnostique d'infection par Hp dans notre population

Patients et Méthodes : On a réalisé une analyse rétrospective sur une base de données prospective des gastroscopies réalisées dans notre centre entre février 2017 et mars 2018

• Critères d'inclusion: 1. Âge supérieur à 18 ans 2. Pas de prise d'inhibiteurs de la pompe à protons les 10 jours précédents 3. Absence d'antécédent de gastrectomie, de lymphome gastrique ou d'hypertension portale

• Critère d'exclusion: la présence significative de résidus alimentaires ou hématiques gastriques

• Les examens ont été réalisés avec des endoscopes de haute définition sans magnification par trois endoscopistes différents et sous sédation par propofol et rémifentanyl

• La présence de RAC a été défini par un pointillé régulier de points rouges en étoile de mer au niveau de la partie inférieure de la petite courbure gastrique

• Pour chaque procédure les images ont été enregistrées et des biopsies gastriques ont été prélevées

• La détermination de l'infection par Hp est réalisée sur base de biopsie par l'étude histologique et/ ou le test d'urée

• On a considéré comme altérations endoscopiques les lésions érosives gastroduodénales, les signes de gastrite atrophique ou métaplasie intestinale et les polypes gastriques

• Les variables quantitatives ont été comparées par le test T de Student et les variables qualitatives par le test Chi-square

Résultats : 140 patients ont été inclus dans l'étude

• Le taux d'infection par Hp dans notre population était de 31% et 47 des 140 patients (34%) présentaient le signe RAC

• Les patients avec RAC étaient plus jeunes (44.4 vs. 52.4 ans, p = 0.004) et présentaient moins d'altérations endoscopiques (9 vs. 38 patients, p = 0.017)

• Tous les patients avec la présence RAC étaient Hp négatif sur les biopsies, obtenant une sensibilité et une VPN de 100%. Et inversement, aucun des patients infectés par Hp montrait la présence de RAC

• 13 des 23 patients éradiqués du Hp étaient RAC positif

• L'absence de RAC s'associait à l'infection Hp chez 44,7% des patients

• Le genre, la prise d'AINS ou d'anticoagulants oraux et les antécédents d'éradication Hp ne montraient pas de différences sur la présence de RAC

Conclusion : La détection de RAC au niveau de la petite courbure gastrique par endoscopie haute définition permet le diagnostic des patients sans infection Hp

Références Bibliographiques : Watanabe K et al. Endoscopic findings associated with *H. pylori*. World J Gastroenterol 2013 July 21; 19(27): 4374-4379

Nakayama Y, Horuchi A, Kumagai T, et al. Discrimination of normal gastric mucosa from *Helicobacter pylori* gastritis using standard endoscopes and a single observation site: studies in children and young adults. *Helicobacter* 2004;9:95–9

Yagi K et al. Characteristic endoscopic and magnified endoscopic findings in the normal stomach without *Helicobacter pylori* infection. *Journal of Gastroenterology and Hepatology* 2002; 17, 39–45.

Caractéristiques	Total	Aspect normal (RAC +)	Aspect anormal (RAC-)	p
Nombre (N)	140	47 (34%)	93 (66%)	
Age (moyenne +/- DS)	49.7 +/- 15.67 (18-84)	44.4 +/- 14.40	52.4 +/- 15.68	0.004
<50	73	31	42	0.19
>=50	67	16	51	
Genre				0.9
Homme	68 (49%)	22	46	
Femme	72 (51%)	25	47	
AINS				0.98
Oui	27 (19%)	8	19	
Non	74 (53%)	24	50	
Indéterminé	39 (28%)			
Aspirine/Anticoagulants				1.00
Oui	5 (4%)	2	3	
Non	135 (96%)	45	92	
Infection Hp				<0.001
Oui	44 (31%)	0	44	
Non	96 (69%)	47	49	
Eradication Hp préalable				0.39
Oui	23 (16%)	10	13	
Non	117 (84%)	38	82	
Méthode diagnostique Hp				0.86
Histologie	70 (50%)	22	48	
ClOtest	47 (34%)	17	30	
Combinée	23 (16%)	8	15	
Résultats endoscopiques	47 (34%)	9	38	0.017

RAC	Aspect anormal (RAC-) Aspect normal (RAC+)	Hp		
		Positif	Négatif	Total
		44	49	93
		0	47	47
		44	96	140

	N	Sensitivité (IC 95%)	Spécificité (IC 95%)	VPP (IC 95%)	VPN (IC 95%)
Patients	140	100% (90-99.79)	48.96% (38.69-59.31)	47.31% (36.96-57.88)	100% (90.59-99.81)

Pour consulter ce résumé en ligne :
<https://www.snfge.org/resumes-2019/000360>

P.118

Intérêt de l'endoscopie digestive dans le diagnostic étiologique des thromboses veineuses profondes

A. Ouni ⁽¹⁾, L. Hamzaoui ⁽²⁾, B. Hasnaoui ⁽³⁾, M. Mahmoudi ⁽⁴⁾, M. Medhioub ⁽⁴⁾, A. Khsiba ⁽⁴⁾, M.M. Azouz ⁽⁴⁾

(1) Bizerte, TUNISIE ; (2) Tunis, TUNISIE ; (3) Sousse, TUNISIE ; (4) Nabeul, TUNISIE.

Introduction : Les gastroentérologues sont souvent sollicités pour la réalisation d'une endoscopie digestive haute ou d'une coloscopie dans le cadre du bilan étiologique des thromboses veineuses profondes et ce afin de rechercher particulièrement une tumeur primitive digestive. Cependant, l'apport de ces examens n'est pas connu dans cette indication.

Le but de notre étude était d'évaluer l'intérêt de l'endoscopie digestive dans le diagnostic étiologique des thromboses veineuses profondes.

Matériels et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive sur une période de 5 ans (Juin 2013-Juin 2018) incluant tous les patients qui ont eu une endoscopie digestive haute et/ou une coloscopie dans le cadre du bilan étiologique d'une thrombose veineuse profonde. Ont été exclus les malades porteurs d'une thrombose porte et ceux ayant une néoplasie sous-jacente déjà connue. Les paramètres étudiés étaient les données épidémiologiques, le siège de la thrombose et le résultat de l'endoscopie.

Résultats : Cent sept patients ont été colligés : 80 ont eu une endoscopie digestive haute (EDH), 19 ont eu une coloscopie et 8 ont été explorés par les deux examens. L'âge moyen était de 60 ans (18-87ans) avec un sex-ratio H/F de 1.37. Le siège des thromboses était dominé par le membre inférieur (80% des cas dont : 67%, 27% et 6% au niveau des veines tibiale postérieure et petite saphène, fémorales et iliaque interne respectivement) et l'embolie pulmonaire (12% des cas). Des thromboses ont été notées aussi au niveau des veines brachiales (n=2), mésentériques (n=2), jugulaires internes (n=3) et cérébrales (n=1). Deux cas de néoplasie ont été retrouvés : une tumeur gastrique et une tumeur rectale. L'EDH n'a pas montré de lésion tumorale dans 93% des cas, en dehors de lésions non spécifiques (gastropathie congestive, nodulaire ou maladie ulcéreuse gastroduodénale). Cependant, un aspect de maladie coeliaque a été retrouvé chez 3 patients et un aspect de maladie de Biermer dans un cas. La coloscopie avait montré soit un aspect normal, soit des lésions non spécifiques (diverticules, polypes infracentimétriques). Aucun cas de maladie inflammatoire chronique de l'intestin n'a été retrouvé.

Conclusion : Dans notre série, l'endoscopie digestive n'était pas contributive pour le diagnostic étiologique de la maladie veineuse thromboembolique. Il serait donc plus judicieux de réserver ces examens aux patients ayant des signes cliniques ou biologiques d'appel orientant vers une néoplasie digestive, une maladie coeliaque, une MICI ou une maladie de Biermer.

Pour consulter ce résumé en ligne :
<https://www.snfge.org/resumes-2019/000255>

P.119

Intérêt de l'exploration par vidéocapsule colique chez les patients en attente de transplantation cardiaque

A. Ravaux ⁽¹⁾, G. Rahmi ⁽¹⁾, E. Samaha ⁽¹⁾, G. Perrod ⁽¹⁾, D. Danan ⁽¹⁾, O. Dorval ⁽¹⁾, S. Khater ⁽¹⁾, A. Percie du Sert ⁽¹⁾, B. Cholley ⁽¹⁾, C. Cellier ⁽¹⁾

(1) Paris.

Introduction : Une exploration endoscopique colique fait partie du bilan standard chez les patients en attente de transplantation cardiaque afin d'éliminer un processus néoplasique. La vidéocapsule colique (VCC) est un examen non invasif qui ne nécessite pas d'anesthésie générale. Notre objectif était, pour la première fois, d'évaluer la faisabilité et la rentabilité diagnostique de cet examen chez les patients en attente de transplantation cardiaque.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective monocentrique (HEGP, Paris) incluant tous les patients symptomatiques ou non ayant eu une VCC entre novembre 2011 et avril 2018 dans le cadre d'un bilan pré transplantation cardiaque. Les capsules utilisées étaient des Pillcam SB2 et SB3 (Medtronic). La préparation colique a été faite selon le protocole ONECC avec un ajustement sans phosphosoda. Tous les patients recevaient un régime pauvre en fibres les cinq jours précédant l'examen. Deux jours avant, ils ingéraient deux comprimés de Sennoside avec deux litres de liquide clair. La veille, seul un régime liquide était autorisé. Le soir, ils buvaient deux litres de PEG en deux heures ainsi que le matin de l'examen. Quand la capsule était dans l'intestin grêle, ils prenaient 1 litre de PEG et 0,5 litre trois heures après.

Les lésions significatives étaient définies par les polypes supérieure ou égale à 6 mm ou les lésions expliquant les symptômes. Les résultats des coloscopies réalisées au décours étaient recueillis.

Résultats : 48 patients sur 224 patients (21,4%) ayant eu une exploration par VCC ont été inclus dans l'étude. La moyenne d'âge était de 56 ans +/- 7,66, avec une prépondérance masculine (34 H/15 F). La VCC a été ingérée dans 100% des cas après une préparation colique bien conduite au cours d'une hospitalisation. La rentabilité diagnostique était de 41,7% (20 VCC positives). Les lésions étaient : des polypes coliques chez 11 patients (dont 3 significatifs), des diverticules chez 9 patients, des angiodysplasies chez 3 patients. La qualité de la préparation était adéquate pour 43,8% des examens, moyenne pour 41,7% et insuffisante pour 14,5%. 45,8% des capsules étaient complètes. Six patients avec une VCC incomplètes ont été référés pour une coloscopie et un pour une rectosigmoïdoscopie. La rectosigmoïdoscopie était normale et les deux coloscopies ont permis l'ablation de polypes (un polype de 1 cm du colon sigmoïde et un polype adénomateux du colon transverse). Concernant les 3 patients avec des polypes significatifs, l'un avait un polype pédiculé du rectum réséqué par rectoscopie, un autre un polype de 6 mm du colon transverse d'allure hyperplasique qui a été jugé non significatif et pour le dernier qui avait un polype de 15 mm caecal sans signe de néoplasie, la coloscopie sera faite après la transplantation. Le temps moyen de transit colique était de 229 minutes [9-640]. Aucune complication n'a été déclarée.

Discussion : Cette étude montre que la VCC a une bonne rentabilité diagnostique qui est cependant légèrement inférieure à celle décrite dans la littérature (57% selon Rex et al.(1)). En revanche, la qualité de la préparation doit être améliorée (adéquate chez 81% des patients dans la littérature (2)) pour augmenter la détection des lésions significatives et améliorer la progression de la capsule (3).

Conclusion : La VCC est bien tolérée et permet d'éviter un examen invasif chez des patients fragiles. Cependant, les conditions d'examen (patients souvent peu mobiles, hospitalisés) doivent nous amener à modifier le protocole de préparation colique afin d'obtenir une meilleure de qualité de la préparation et un taux plus élevé d'examen complet.

Références Bibliographiques : 1. Rex DK, Adler SN, Aisenberg J et al., Accuracy of capsule colonoscopy in detecting colorectal polyps in a screening population. *Gastroenterology*. 2015 May;148(5):948-957.e2. doi: 10.1053/j.gastro.2015.01.025. Epub 2015 Jan 22.

2. Spada C, Pasha SF, Gross S, Leighton J et al. Accuracy of First- and Second-Generation Colon Capsules in Endoscopic Detection of Colorectal Polyps: A Systematic Review and Meta-analysis. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, Volume 14, Issue 11, 1533 - 1543.e8

3. Van Gossum A. Wireless capsule endoscopy of the large intestine. *Curr Opin Gastroenterol* 2014, 30:472-476.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfgce.org/resumes-2019/000695>

Apport diagnostique de la vidéocapsule endoscopique : expérience d'un centre hospitalier général

T. Gharbi ⁽¹⁾, H. Laarabi ⁽²⁾, Y. Thiyfa ⁽³⁾, L. Kabbage ⁽⁴⁾, I. Dadamessi ⁽⁴⁾

(1) Rabat, MAROC ; (2) Fès, MAROC ; (3) Casablanca, MAROC ; (4) Saint-Quentin.

Introduction : La vidéocapsule endoscopique (VCE) a amélioré l'exploration de l'intestin grêle jusque-là inaccessible aux explorations endoscopiques usuelles.

Buts du travail : Évaluer l'apport de la VCE dans le diagnostic de la maladie de Crohn et dans le diagnostic étiologique des anémies ferriprives avec ou sans hémorragie digestive extériorisée non expliquée par l'endoscopie digestive standard.

Matériels et méthodes : Étude rétrospective descriptive monocentrique incluant tous les patients ayant bénéficié d'une VCE (PillCam SB3) toute indication confondue entre Janvier 2018 et Juillet 2018.

Tous nos patients avaient bénéficié au préalable d'une gastroscopie et d'une coloscopie ne permettant pas d'établir un diagnostic étiologique.

Résultats : 37 patients ont été colligés. Il s'agissait de 20 femmes (54,1%) avec un sex ratio F/H à 1,1. L'âge moyen était de 56,65 ± 20,39 ans. Les indications étaient dominées par l'anémie dans 64,9% (n=24), diarrhées chroniques dans 18,9% (n=7), douleurs abdominales dans 5,4% (n=2), bilan d'AEG dans 5,4% (n=2), maladie de Crohn dans 2,7% (n=1), et dans le cadre de la surveillance d'une polyposé dans 2,7% (n=1). La préparation était satisfaisante dans 89,2% (n=33). La VCE était normale dans 81,1% (n= 30), avait permis d'objectiver respectivement une ulcération dans 8,1% (n=3), une angiodysplasie dans 5,4% (n=2) et de tumeur dans 8,1% des cas (n=1). Malheureusement 2 VCE sont restées impactées nécessitant une prise en charge chirurgicale dans 1 cas.

Conclusion : La VCE est un examen de choix pour l'exploration du grêle surtout dans le cadre du bilan étiologique des anémies ferriprives après gastroscopie et iléo-coloscopie normale.

Dans un cas sur cinq, la VCE avait permis de retenir un diagnostic ce qui est proche des données de la littérature.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/001036>

Le rendement diagnostique de la vidéocapsule endoscopique dans la maladie de Crohn suspectée

A.M. Singearp ⁽¹⁾, O. Petrea ⁽¹⁾, A. Trifan ⁽¹⁾, C. Stanciu ⁽¹⁾

(1) Iași, ROUMANIE.

Introduction : Le rôle de la vidéocapsule endoscopique (VCE) pour l'intestin grêle, une technique d'imagerie non-invasive relativement nouvelle, dans le diagnostic de la maladie de Crohn (MC), s'est élargi avec les progrès de la technologie, la meilleure compréhension de la pathologie de la maladie et la préférence pour les méthodes non invasives. Il n'existe pas un seul test diagnostique unique et de référence pour la MC. Même si la VCE est l'investigation de première ligne pour la pathologie de l'intestin grêle, le processus de diagnostic implique à la fois un jugement clinique complexe et une approche dédiée multidisciplinaire.

Patients et Méthodes : Nous avons étudié rétrospectivement les patients suspectés de MC examinés par la VCE dans un centre de référence tertiaire, sur une période de deux ans. Nous avons analysé les critères d'administration de la VCE, en termes de contexte clinique, biologique et d'imagerie, et de rendement diagnostique de la VCE, défini comme nombre des examens positifs par rapport au nombre total de patients référés. Un rendement diagnostique spécifique et un rendement diagnostique global ont été calculés, respectivement. Les complications ont été notées. Les données de suivi (au moins sur 6 mois) ont été étudiées pour évaluer la valeur prédictive de la VCE.

Résultats : 56 patients ont été examinés. Le rendement diagnostique spécifique de la VCE pour la MC suspectée a été 34%. L'indice de suspicion était prédictif pour les examens positifs. Le rendement diagnostique global a été 73%. Autres pathologies découvertes par la VCE ont été : tumeurs de grêle, angiodysplasies, maladie coeliaque, lymphome, entérite radique. Des examens d'imagerie supplémentaires ont été nécessaires dans les cas de suspicion de masse tumorale. Le taux de complications a été 1,7%. La valeur prédictive négative était élevée (100%).

Conclusion : Même si le rendement diagnostique de la VCE dans la MC présumée semble être inférieur aux attentes, une augmentation concomitante du rendement diagnostique global prouve l'utilité globale de la VCE. La VCE pour l'intestin grêle est sûre et possède de bons paramètres de performance générale. Une sélection plus stricte pourrait améliorer le rendement diagnostique spécifique. Une valeur prédictive négative élevée milite pour l'efficacité à long terme de la VCE.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000746>

Maladie de Crohn : apport de l'endoscopie digestive haute et de l'anatomo-pathologie

D. Issaoui ⁽¹⁾, C. Baccouche ⁽¹⁾, K. Chabbouh ⁽²⁾, H. Kchir ⁽¹⁾, H. Chaabouni ⁽¹⁾, N. Maamouri ⁽¹⁾

(1) Tunis, TUNISIE ; (2) Sousse, TUNISIE.

Introduction : La maladie de Crohn (MC) est une pathologie inflammatoire chronique pouvant atteindre tout le tube digestif, de la bouche à l'anus. La fibroscopie œsogastroduodénale (FOGD) avec réalisation de biopsies étagées permet de rechercher des localisations hautes de la maladie. Ce travail a pour objectif d'étudier l'intérêt de la FOGD avec étude anatomo-pathologique dans la détection des localisations hautes de la MC.

Patients et Méthodes : Etude monocentrique descriptive rétrospective étendue sur une période de 3 ans et demi (Janvier 2014 - Juillet 2018) colligeant tous les patients suivis pour MC à notre service et ayant été explorés par une FOGD.

Résultats : Cinquante-sept patients ont été colligés. L'âge moyen était de 39,2 ans (19 -66 ans) répartis en 28 hommes (49,1%) et 29 femmes (50,9%) avec un sex-ratio à 0,9. Dans notre série, 47,4% des FOGDs étaient strictement normales. Les anomalies endoscopiques retrouvées les plus fréquentes étaient : une œsophagite retrouvée dans 10% des cas ; une gastropathie fundique congestive dans 16,7% des cas et nodulaire dans 3,3% ; une antropathie congestive dans 30% des cas et nodulaire dans 13,3% ; une bulbite ulcérée ou congestive dans respectivement 13,3 et 10% des cas ; un aspect de duodénite a été observé chez 15% des patients. Les patients ayant une FOGD normale avec des biopsies systématiques (15) avaient des lésions histologiques compatibles avec une localisation haute de MC dans 20% des cas ; ces localisations étaient duodénales, gastriques et œsophagiennes dans respectivement 13,3%, 13,3%, et 6,7% des cas. Vingt-cinq patients ayant une FOGD pathologique ont eu des biopsies systématiques objectivant des lésions histologiques compatibles avec une localisation haute de MC dans 32% des cas ; ces localisations étaient duodénales et gastriques dans respectivement 20% et 12% des cas.

Conclusion : L'Endoscopie digestive haute avec réalisation de biopsies systématiques est un examen incontestable dans la détection des localisations hautes de la MC qui constituent un facteur de sévérité de la maladie.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000458>

Cuffite : existe-t-il un traitement endoscopique ?

M. Serrero ⁽¹⁾, A. Santoni ⁽¹⁾, J.C. Grimaud ⁽¹⁾, A. Desjeux ⁽¹⁾, J.M. Gonzalez ⁽¹⁾, M. Barthet ⁽¹⁾

(1) Marseille.

Introduction : La coloproctectomie totale avec anastomose iléo-anale est le traitement de référence pour les patients atteints d'une rectocolite hémorragique (RCH) réfractaire au traitement médical. L'une des complications lors de la confection d'une anastomose iléo-anale mécanique par technique d'agrafage est de laisser en place une bande de muqueuse rectale pouvant être le siège d'une inflammation persistante appelée cuffite. L'objectif de notre étude était de présenter une approche endoscopique pour le traitement de la cuffite.

Patients et Méthodes : Cette étude rétrospective a inclus trois patients atteints de cuffite après coloproctectomie totale pour RCH résistante au traitement médical. La résection endoscopique de la cuffite a été réalisée par le même opérateur. Deux techniques différentes ont été utilisées: la technique hybride ESD pour un patient et une mucosectomie avec cap pour les deux autres.

Résultats : Le traitement endoscopique a été réalisé avec succès chez les trois patients. Pour le premier patient, le traitement consistait en une dissection sous-muqueuse avec le Dual Knife (COOK, USA), complétée par la technique hybride. Pour les deux autres patients, la coiffe rectale a été réséquée par mucosectomie à l'aide du système DUETTE (COOK, USA). La seule complication observée était une hémorragie rectale ne nécessitant pas de reprise endoscopique. Les 3 patients sont maintenant asymptomatiques.

Conclusion : Le traitement endoscopique de la cuffite semble être une approche intéressante avec peu de complications à court terme et une bonne efficacité clinique.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000077>

Fréquence des troubles fonctionnels gastro-intestinaux chez les médecins résidents

J. El Atmani ⁽¹⁾, Y. Ismail ⁽¹⁾, K. Gharbi ⁽¹⁾, A. El Farouki ⁽¹⁾, M.A. Lkousse ⁽¹⁾, S. Oubaha ⁽¹⁾, Z. Samlani ⁽¹⁾, K. Krati ⁽¹⁾

(1) Marrakech, MAROC.

Introduction : Les troubles fonctionnels gastro-intestinaux (TFGI) ont une prévalence élevée dans la population générale. Toutefois, il n'existe pas de données spécifiques sur les TFGI dans notre pays. Les objectifs de cette étude étaient de 1/ Déterminer la fréquence des TFGI selon les critères de Rome IV chez les médecins résidents, et 2/ Identifier les facteurs déterminants.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude prospective transversale observationnelle à visée descriptive auprès des médecins résidents du CHU. Tout médecin des deux sexes répondant au critère de ROME IV a été inclu. Pour aborder notre étude, nous avons utilisé un auto-questionnaire comportant des données épidémiologiques, cliniques, paracliniques et thérapeutiques ainsi que le médical outcome study short form (Mos-SF-36) pour l'évaluation des dimensions de la qualité de vie. L'analyse statistique a été effectuée à l'aide du logiciel SPSS version 19.0.

Résultats : Dans notre série, 48 médecins uniquement ont répondu aux critères d'inclusion sur 216 médecins. La prévalence des TFI est estimée à 23,07%. L'âge moyen était de 27 ans avec des extrêmes allant de 23 à 36 ans. Une nette prédominance féminine a été notée avec un sex-ratio de 0.5 (32F/16H). Selon les critères de Rome IV, le sous type avec constipation prédominante présente 60% (N=21), le sous type avec diarrhée prédominante présente 54.28% (N=19), et la forme mixte présente 14.25% (N=5). L'association la plus fréquente était la douleur abdominale avec la constipation. La plupart des médecins avait une douleur minime chronique évoluant de façon intermittente à type de crampes surtout au niveau épigastrique déclenchée essentiellement par le stress et calmée par l'émission de selles. En association avec les signes digestifs, l'asthénie était présente chez 97.14% des malades. La majorité des cas avait une hygiène de vie incorrecte : 62.5% avaient une alimentation déséquilibrée, 11.66% ne lavaient pas correctement leurs mains, 87.5% ne pratiquaient pas une activité physique régulière. Le stress était le principal facteur déclenchant des TFI surtout en période des gardes et des examens. Les scores de tous les domaines du SF 36 sont plus diminués que ceux observés dans la population générale incluant une qualité de vie altérée.

Conclusion : Notre étude a objectivé que les TFI représentent un pourcentage non négligeable au sein de notre population cible. Ils sont déterminés principalement par le stress surtout en période d'examen, le sexe, le profil génétique et une mauvaise hygiène de vie.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfgc.org/resumes-2019/000605>

Les troubles fonctionnels intestinaux et l'infection par le virus de l'hépatite B et/ou C

S.M. Camengo Police ⁽¹⁾

(1) Bangui, CENTRAFRIQUE.

Introduction : Les troubles fonctionnels intestinaux (TFI), l'infection par le virus de l'hépatite B (VHB) et/ou par le virus de l'hépatite C constituent un problème de santé publique dans le monde de par le nombre de personnes affectées. L'inflammation est l'un des mécanismes physiopathologiques expliquant la survenue des TFI. La présente étude cherche à savoir, si les virus de l'hépatite B et/ou C ont un tropisme intestinal pouvant conduire aux manifestations des TFI.

L'objectif de notre étude est de déterminer la place de l'infection par le VHB et/ou VHC dans les TFI

Patients et Méthodes : Nous avons mené une étude transversale analytique d'une durée de 6 mois consistant à rechercher les TFI chez les patients où les marqueurs du VHB (AgHBs, anticorps anti HbC, anticorps anti HBs, AgHBe, anticorps anti HBe) et du VHC (anticorps anti VHC) ont été dosés par la méthode Elisa. Le diagnostic des TFI était retenu sur les critères de Rome III.

Résultats : Nous avons colligé 112 patients de manière consécutive, parmi les quels 69 hommes (61,6%) et 43 femmes (38,4%). Le sex-ratio était de 1.6. L'âge moyen des patients était de 40,03 ans $\pm$ 11,4. Cent quatre patients (92,9%) avaient l'anticorps anti HbC+ associé ou non à d'autres marqueurs du VHB. Il s'agissait de 74 cas (66,1%) d'AgHBs+ dont 16 cas (14,3%) de coinfection Delta, 7 cas (6,3%) d'anticorps anti HbC+ et anticorps anti HBs+ ; 23 cas (20,5%) d'anticorps anti HbC+ isolé. L'infection virale B était du au virus sauvage dans 5 cas (6,8%) et au mutant pré C dans 69 cas (93,2%). La sérologie de l'hépatite C était positive chez 7 patients (6,3%) dont 3 hommes et 4 femmes (p=0,1640). Le sexe était lié à la présence d'AgHBs (p=0,0014) et à la présence d'anticorps anti HBe (p=0,0016). Les TFI étaient retrouvés chez 99 patients (88,4%) dont 58 hommes et 41 femmes (p=0,0365), parmi lesquels 62 patients avaient l'AgHBs+ (p=0,0153) avec 57 cas de mutant pré C (p=0,0067). Parmi les 99 patients souffrant de TFI, 30 (12 hommes et 18 femmes) avaient le reflux gastro-oesophagien (RGO). Le TFI n'était lié à la présence d'anticorps anti HbC (p=0,1800) ainsi que l'association TFI/RGO (p=0,1583). Les troubles dyspeptiques étaient retrouvés chez 23 patients AgHBs+ (p=0,0151). L'association TFI/RGO était liée à la présence d'AgHBs (p=0,0179), mais pas lié à la présence d'anticorps anti HBe (p=0,0686). La constipation était liée à la présence d'AgHBs (p=0,00097) et d'anticorps anti HBe (p=0,0032). La douleur abdominale était liée à l'AgHBs+ (p=0,0034) et à l'anticorps anti HBe+ (p=0,0053). Le ballonnement abdominal était associé à la présence d'AgHBs (p=0,0010) et à la présence d'anticorps anti HBe (p=0,0047). Le pyrosis n'était associé à la présence d'anticorps anti HbC (p=0,411), ni à la présence d'AgHBs (p=0,07). La coinfection VHB/VHC n'était pas associée aux TFI/RGO (p=0,4914). Parmi les 7 patients qui avaient les anticorps anti VHC+, 6 avaient les TFI (p=0,3880) dont 2 cas associés au RGO (p=0,4412). La constipation n'est associée à la présence d'anticorps anti VHC (p=0,4823).

Conclusion : l'infection chronique par le VHB serait probablement un des facteurs étiologiques des TFI. Le VHB pourrait certainement avoir un tropisme digestif. La présence d'anticorps anti VHC n'est pas associée aux TFI.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfgc.org/resumes-2019/000649>

P.126

Impact du syndrome de l'intestin irritable sur la qualité de vie

S. Bzid ⁽¹⁾, M.K. Temani ⁽¹⁾, D. Cherif ⁽¹⁾, K. Boughoula ⁽¹⁾, B. Ben Slimane ⁽¹⁾, M. Ghanem ⁽¹⁾, M.R. Bouali ⁽¹⁾, N. Abdelli ⁽¹⁾, H. Ben Abdallah ⁽¹⁾

(1) Tunis, TUNISIE.

Introduction : Le syndrome de l'intestin irritable (SII) est considéré comme l'un des premiers motifs de consultation en gastro-entérologie. Le caractère chronique de ces symptômes a un impact majeur sur la qualité de vie des patients. Une diète faible en FODMAP (fermentescibles, oligosaccharides, disaccharides, monosaccharides and polyols) est l'une des différentes thérapeutiques existant afin de désamorcer la gravité des symptômes de ce trouble. **Le but de notre travail** est d'étudier l'impact du SII sur la qualité de vie de la population tunisienne et d'évaluer son lien avec la consommation de FODMAP.

Patients et Méthodes : il s'agit d'une étude transversale descriptive à objectif analytique utilisant un questionnaire mené sur 100 sujets dont 75 répondaient aux critères de Rome IV. Les sous-groupes ont été classés par l'échelle de Bristol, la sévérité des symptômes du SII a été quantifiée par le score composite de Francis et la qualité de vie a été mesurée par le SF-36 version arabe tunisienne.

Résultats : 75 patients (55 femmes, 20 hommes) d'âge moyen 33 ans (20-75 ans) ont été inclus. 41,3 % avaient des antécédents familiaux de SII. Trois patients sur quatre avaient un niveau socio-économique bas. ¼ des sujets étudiés prenaient des laxatifs ou des anti-diarrhéiques. Le sous-groupe présentant une constipation était prépondérant (62%) contre 23 % avec diarrhée. L'absentéisme au travail était de 1±1,45 jours par mois. La qualité de vie était jugée médiocre (SF-36 <30) chez 37% des patients. Les symptômes étaient d'une gravité sévère à très sévère (score composite de Francis > 300) chez 57,7 % des patients et étaient hautement corrélés ($p=0,002$) à une qualité de vie altérée à médiocre chez plus de 90% des sujets. La sévérité des symptômes était étroitement liée à consommation de FODMAP ($p=0,001$). 59% des patients avaient consulté au moins une fois un gastro-entérologue.

Conclusion : Le SII fait partie des troubles digestifs au cours duquel le patient obtient péniblement un soulagement des symptômes. Le SII impacte le quotidien du patient en altérant son bien-être psychique, physique et social. Le régime alimentaire influe considérablement sur les symptômes des patients.

Une frange importante de chercheurs suggère l'approche diététique du FODMAP comme l'une des différentes thérapeutiques éventuelles.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000946>

P.127

Symptômes digestifs et stress chez l'adulte jeune

J. El Atmani ⁽¹⁾, Y. Ismail ⁽¹⁾, A. El Farouki ⁽¹⁾, M.A. Lkousse ⁽¹⁾, S. Oubaha ⁽¹⁾, Z. Samlani ⁽¹⁾, K. Krati ⁽¹⁾

(1) Marrakech, MAROC.

Introduction : Chez l'adulte jeune, les symptômes gastro-intestinaux sont souvent en rapport avec des troubles digestifs fonctionnels (TDF). La physiopathologie des TDF n'est pas encore bien élucidée, le stress semble y jouer un rôle non négligeable. Le but de cette étude est de déterminer la fréquence des symptômes digestifs chez les adultes jeunes et d'analyser la relation entre le niveau de stress perçu et la présence de ces symptômes.

Patients et Méthodes : Une enquête par auto-questionnaire a été réalisée auprès de 300 sujets adultes âgés de moins de 45 ans étudiants ou exerçant une activité professionnelle. Le niveau de stress perçu a été évalué par une échelle allant de S1 (niveau de stress perçu faible) à S4 (niveau de stress perçu très élevé). La présence et la fréquence de 10 symptômes digestifs (oesophagiens et gastro-intestinaux) ont été notées et analysées. Les patients ayant un antécédent d'atteinte digestive organique, un signe d'alarme, des habitudes toxiques ou prenant des médicaments gastro-toxiques ont été exclus de l'étude.

Résultats : L'âge moyen des patients était de 26 ans (18-44 ans). Le sexe ratio H/F était de 1.14. 75% des patients présentaient fréquemment ou très fréquemment un ou plusieurs symptômes digestifs. 53% de ces sujets symptomatiques, présentaient trois symptômes ou plus à la fois. Les signes digestifs les plus fréquents étaient représentés par les douleurs abdominales (39% des cas), la sensation de plénitude postprandiale (30% des cas) et la diarrhée (29% des cas). Les symptômes digestifs étaient plus fréquents chez les sujets avec un niveau de stress perçu élevé ou très élevé (83% des cas), versus 38% des sujets avec un niveau de stress perçu moyen et 31% des sujets avec un niveau de stress perçu faible ($p \leq 0.05$).

Conclusion : Dans notre étude, réalisée chez des adultes jeunes, les troubles digestifs fonctionnels sont fréquents (75% des cas) et souvent associés. Ces symptômes sont souvent un sujet majeur de préoccupation et d'altération de la qualité de vie pour le malade. Le niveau de stress perçu était associé de façon significative avec la présence de troubles digestifs.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000619>

Syndrome de l'intestin irritable chez les étudiants d'une université publique : prévalence et facteurs sociodémographiques associés

A.R. Kpossou ⁽¹⁾, C.N.M. Sokpon ⁽¹⁾, K.R. Vignon ⁽¹⁾, A.C.P. Assogba ⁽¹⁾, J. Sehonou ⁽¹⁾

(1) Cotonou, BÉNIN.

Introduction : Le syndrome de l'intestin irritable (SII) est le trouble gastro-intestinal le plus fréquent dans le monde avec une prévalence mondiale située entre 10-15%. Sa prévalence serait encore plus élevée chez les étudiants, soumis au stress. **Le but de ce travail** était d'étudier la prévalence du SII et les facteurs sociodémographiques associés chez les étudiants d'une université publique.

Patients et Méthodes : Il s'agissait d'une étude transversale descriptive et analytique, à recueil prospectif. Elle s'était déroulée sur une période de 3 mois et demi (3 mars au 20 juin 2018) à l'Université. Etaient inclus, les étudiants inscrits à l'Université pour l'année académique couvrant la période d'étude, en bonne santé apparente et ayant donné leur consentement. N'étaient pas inclus les étudiants ayant des antécédents de pathologies organiques gastro-intestinales (notamment une maladie inflammatoire chronique de l'intestin), ou une pathologie gastro-intestinale en cours (diarrhée chronique, ulcère gastrique ou duodénal...), ni ceux présentant des signes d'alarmes (rectorragie, mélaena ou amaigrissement). La taille de l'échantillon calculée par la formule de Schwartz était de 495 sujets. Nous avons procédé à un échantillonnage à plusieurs degrés. L'école de médecine était d'emblée retenue, puis nous avons tiré au sort trois autres filières au sein de trois entités préalablement tirées au sort : la statistique, La Mathématique et informatique appliquée (MIA) et l'Allemand. Les enquêtes ont été ensuite sélectionnées dans les 4 filières selon un sondage aléatoire simple. Les variables dépendantes étaient le SII selon les critères de Rome IV. Les variables indépendantes étaient les données sociodémographiques. Les données étaient codées, enregistrées et analysées dans le logiciel SPSS 20.0. Les comparaisons étaient faites à l'aide du test de Chi² de Pearson. La comparaison était considérée comme significative lorsque $p < 0,05$.

Résultats : Nous avons inclus 536 étudiants, d'âge moyen $21,6 \pm 2,4$ ans (16 à 29 ans), avec une prédominance masculine (65,1% d'hommes, sex-ratio de 1,87). Les filières d'étude les plus représentées étaient la MIA avec 32,8% ($n=176$) et l'Allemand avec 32,5% ($n=174$). La moitié de notre population d'étude était en première année ($n=263$). L'ethnie Fon était la plus fréquente ($n=164$; 30,6%) et la religion catholique était la plus fréquente ($n=253$; 47,2%). La majorité des enquêtés étaient célibataires ($n=532$; 95,1%). La proportion des redoublants était de 7,1% ($n=38$). La majorité des enquêtés ($n=276$; 52,1%) étaient en location d'appartement; les boursiers étaient majoritaires ($n=279$; 59,1%). La prévalence du SII était de 11,9% (64 /536). Il y avait une association entre le SII et le sexe (sexe féminin plus touché, $p=0,006$), l'ethnie Yorouba ($p=0,022$), le statut matrimonial (célibataires plus touchés, $p=0,005$). Il n'y avait pas d'association entre le SII et l'âge, la filière d'étude, l'année d'étude ou les autres facteurs sociodémographiques étudiés.

Conclusion : Le SII ne semblait pas plus fréquent chez les étudiants que dans la population générale et n'avait pas de prédilection pour une filière. Les étudiants de sexe féminin, Yorouba et célibataires étaient les plus touchés.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000172>

Syndrome de l'intestin irritable : intérêt de l'application des critères de Rome IV pour éliminer une cause organique

H. Yacoub ⁽¹⁾, D. Issaoui ⁽¹⁾, H. Kchir ⁽¹⁾, A. Nakhli ⁽¹⁾, H. Chaabouni ⁽¹⁾, N. Maamouri ⁽¹⁾

(1) Tunis, TUNISIE.

Introduction : Le syndrome de l'intestin irritable (SII) est un motif fréquent de consultation en médecine générale et en gastro-entérologie. Il s'agit d'un trouble fonctionnel couteux en termes de dépenses de santé (explorations et traitements). Le diagnostic repose sur les critères de Rome IV. Le but de cette étude est de déterminer la possibilité de sursoir à une exploration digestive basse pour les patients répondants à ces critères diagnostiques et ne présentant pas des signes d'alarmes.

Matériels et méthodes : Une étude rétrospective a été réalisée, colligeant tous les patients ayant eu une coloscopie pour troubles digestifs bas sur une période d'une année (Janvier 2016- Décembre 2016). Les patients ont été divisés en deux groupes selon les critères de Rome IV : sujets répondants aux critères de Rome IV (groupe1) et sujets ne répondant pas aux critères de Rome IV (groupe2). Les signes d'alarmes ont été systématiquement recherchés. Les données épidémiologiques et endoscopiques ont été colligées et comparées entre les deux groupes (logiciel SPSS 23, p significatif si $<0,05$).

Résultats : Deux cent trente-six patients avec symptomatologie digestive basse ont été colligés, d'âge moyen égal à $56,6 \pm 17,2$ ans [extrêmes de 19 à 89 ans] avec un sex ratio de 0,98. Cent deux patients (56,8%) répondaient aux critères de Rome IV (groupe 1) et cent trente-quatre patients (43,2%) ne répondaient pas à ces critères (groupe 2). La comparaison entre les 2 groupes selon l'âge a montré un âge moyen pour le 1^{er} groupe de 53,2 ans et pour le 2^{ème} groupe de 59,3 ans ($p=0,005$). La comparaison selon le sexe n'a pas montré de différence significative entre les 2 groupes. Dans l'ensemble une cause organique a été retrouvée chez 27 patients (11,4%). Parmi ces 27 patients, uniquement 6 appartenaient au 1^{er} groupe. Les patients du 1^{er} groupe présentaient un risque plus faible de cause organique par rapport aux patients ne répondant pas aux critères de Rome IV ($p=0,019$). La majorité des patients du 1^{er} groupe (66,5%) présentaient des signes d'alarme. Chez uniquement un seul patient sans signes d'alarmes et répondant aux critères de Rome IV a été retrouvée une cause organique à la coloscopie.

Conclusion : Dans notre étude, le syndrome de l'intestin irritable touche les moins âgés. L'application des critères de Rome IV et l'absence de signes d'alarme permet d'exclure dans la majorité des cas la présence d'une cause organique en toute sécurité. La présence d'un seul signe d'alarme impose une exploration par une colonoscopie.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000159>

P.130

Etude des rapports entre alimentation et symptômes digestifs au cours du syndrome de l'intestin irritable (étude ALIMSI)

J.M. Sabaté ⁽¹⁾, S. Fremaux ⁽²⁾, J.J. Raynaud ⁽¹⁾, C. Melchior ⁽³⁾, S. Facon ⁽¹⁾, F. Iglicki ⁽⁴⁾, Y. Taes ⁽²⁾, F. Mion ⁽⁵⁾, P. Jouet ⁽⁶⁾

(1) Bobigny ; (2) Paris ; (3) Rouen ; (4) Clichy-la-Garenne ; (5) Lyon ; (6) Boulogne-Billancourt.

Introduction : Le syndrome de l'Intestin Irritable (SII) qui associe douleurs abdominales et troubles du transit touche 10% de la population en France. Bien que n'étant pas une maladie grave, le SII peut altérer la qualité de vie de manière importante, notamment dans les formes sévères. Dans la physiopathologie complexe du SII, il a été rapporté que l'alimentation joue un rôle chez 2/3 des patients déclenchant ou aggravant des symptômes préexistants. Cette étude a pour but d'étudier en France les liens existants entre alimentation et symptômes au cours du SII ainsi que l'attitude face aux régimes.

Patients et Méthodes : Des adhérents de l'Association des Patients Souffrant du SII (APSSII) ont été sollicités par mail pour participer à une enquête en ligne en octobre 2017. Ils remplissaient en ligne un questionnaire général sur la maladie, ses rapports avec l'alimentation et sur leur attitude face aux régimes. Ils avaient aussi la possibilité de renseigner les symptômes digestifs (douleurs abdominales, ballonnements, flatulence et la survenue de selles après les repas) pendant 1 à 4 jours.

Résultats : Quatre-vingt quatre adhérents ont été inclus dont 69 femmes (82,3%), avec un âge moyen de $46,9 \pm 16$ ans, IMC $21,7 \pm 3,7$ kg/m² et une durée d'évolution de $8,7$ ans. La répartition selon le transit était la suivante: SII-C 37,2%, SII-A 32,1% et SII-D 30,8%. La répartition de la sévérité selon le score IBS-SSS était la suivante sévérité minime (19%), sévérité moyenne (34%) et forme sévère (44%); une anxiété était présente chez 51% (HAD-A ≥ 10) et une dépression chez 34% (HAD global ≥ 19), la qualité de vie était altérée dans toutes ses dimensions avec un score moyen IBS-QoL à $53,9 \pm 18$. Une coloscopie avait été réalisée chez 87,2% des participants et 83% des patients avaient consulté pour le SII dans les 12 mois. Chez les participants 73% déclaraient que l'alimentation avait un rôle déclenchant et 93% un rôle aggravant des symptômes. Suivre un régime était considéré comme difficile pour 87% des participants, avec par ordre de préférence pour suivre un régime une diététicienne (77%), un médecin (62%), une liste d'aliments trouvée sur internet (60%), une application mobile (59%) et un livre (52%). Les régimes déjà testés par les participants étaient: pauvre en lactose (60%), pauvre en FODMAPs (52%), sans gluten (43%), riche en fibres (21%), basé sur des tests d'allergies (10,5%) et végétarien (9%). L'analyse des symptômes a été réalisée sur 590 repas enregistrés pendant 1 à 4 jours par 59 patients (caractéristiques identiques au groupe global); 39% des repas généraient des symptômes (tous symptômes; IC95: 18%-59%) sans différence selon les types de transit (SII-D: 34%, SII-C: 36% et SII-A: 50%) mais plus souvent pour les formes de sévérité moyenne (45%) et pour les formes sévères (55%) par rapport aux formes avec sévérité minime (15%) (ANOVA, $p = 0,001$). Les pourcentages de repas suivis de douleurs abdominales (7%, 17%, 36%), de ballonnement (7%, 29%, 29%) ou de flatulence (4%, 35%, 29%) variaient avec la sévérité de la maladie (minime, moyenne sévère; ANOVA, $p < 0,05$), mais pas avec le sous-type de transit, alors que le pourcentage de repas suivi de selles ne variait ni avec la sévérité (36%, 41%, 33%) ni avec le sous-type de transit (38%, 31% et 41%; respectivement pour SII-D, SII-C et SII-A).

Conclusion : Cette étude réalisée chez des adhérents d'une association de patients avec SII confirme le rôle important de l'alimentation dans le déclenchement et l'aggravation des symptômes digestifs, ainsi que la difficulté pour les patients à faire des régimes pour lesquels ils préfèrent être assistés par une diététicienne. Chez les patients le repas génère fréquemment des symptômes digestifs, sans différence selon le sous-type de transit mais plus fréquemment dans les formes sévères, notamment pour les douleurs abdominales, les flatulences et les ballonnements.

Remerciements : Etude réalisée dans le cadre d'un partenariat entre Alantaya et l'APSSII

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000104>

P.131

Etude ouverte de l'association COLIMYCINE/GENTAMYCINE dans le traitement des pullulations bactériennes de l'intestin grêle chez les patients présentant un syndrome de l'intestin irritable

M. Bouchoucha ⁽¹⁾, P. Romptaux ⁽¹⁾, A. Soualy ⁽¹⁾, F. Mary ⁽¹⁾, G. Airinei ⁽¹⁾, J.M. Sabaté ⁽¹⁾, R. Benamouzig ⁽¹⁾

(1) Bobigny.

Introduction : La pullulation bactérienne de l'intestin grêle (SIBO, "small intestinal bacterial overgrowth") est une affection dont le diagnostic peut être posé directement par des cultures quantitatives (liquide d'aspiration jéjunale) ou indirectement par tests respiratoires. Différents schémas thérapeutiques sont proposés dans cette indication.

Le but de cette étude est d'évaluer chez les patients avec syndrome de l'intestin irritable (SII) selon Rome III et un SIBO, l'efficacité d'un traitement antibiotique COLIGENTA (COLIMYCINE/GENTAMYCINE) sur les symptômes digestifs et le SIBO diagnostiqué par test respiratoire au lactulose.

Patients et Méthodes : Chez 99 patients consécutifs souffrant de SII selon Rome III (16 de type SII-Constipation, 45 de type SII-Diarrhée, 12 de type SII-Mixte, et 26 de type SII-non spécifique), un SIBO a été diagnostiqué par test respiratoire au lactulose. Après une préparation de 72 heures (régime sans résidus), le test consistait en une mesure d'hydrogène expiré, toutes les 10 minutes pendant 3 heures après ingestion de 10 g de LACTULOSE. Le test était positif s'il existait une production d'H₂ supérieures à 20 ppm dans les 90 premières minutes après ingestion du lactulose. Un traitement par COLIGENTA (3 gélules par jour pendant 10 jours, chaque gélule contenant 135 mg de COLIMYCINE, 100 mg de GENTAMYCINE, Pharmacie centrale de l'AP-HP) était institué. Quatre semaines après l'arrêt du traitement, un nouveau test respiratoire au lactulose était réalisé.

Résultats : Quatre semaines après traitement, une amélioration globale des symptômes a été observée chez 92 patients (93%). Il existait aussi une diminution significative de l'H₂ expiré ($P < 0,001$) pour tous les temps de mesure. Une normalisation des tests respiratoires a été observée chez 42 patients (43%). Aucun critère, âge, sexe, IMC, sous-type de SII, durée de la maladie, n'était associé à la normalisation du test respiratoire après antibiothérapie. Seule une concentration plus faible de l'hydrogène expiré aux temps 70 et 140 à 180 min était prédictive d'une réponse positive au traitement.

En cours de traitement, une majoration de la diarrhée a été observée chez 13 patients et une majoration des douleurs abdominales chez 10 patients.

Conclusion : Chez les patients avec SII, cette étude montre que la COLIGENTA peut être utilisée pour le traitement du SIBO. L'amélioration clinique rapportée (93%) n'était pas systématiquement associée à une normalisation des tests respiratoires (42%). Ces résultats incitent à réaliser une étude en double aveugle avec une période d'évaluation plus longue.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000071>

Classification phénotypique des patients adultes présentant des troubles fonctionnels intestinaux ou des douleurs abdominales fonctionnelles

M. Bouchoucha ⁽¹⁾, P. Romptieux ⁽¹⁾, A. Mumana ⁽¹⁾, C. Lekhal ⁽¹⁾, B. Bejou ⁽¹⁾, J.M. Sabaté ⁽¹⁾, R. Benamouzig ⁽¹⁾

(1) Bobigny.

Introduction : Les patients présentant des troubles fonctionnels intestinaux (TFI) sont classés en utilisant les critères de Rome. Cependant cette classification ne tient pas compte de l'intensité des symptômes ni du ballonnement.

Le but de cette étude est d'évaluer si l'intensité des signes cardinaux des TFI (constipation, diarrhée, ballonnement, douleur abdominale) pouvait être utilisée pour identifier des groupes homogènes de patients indépendamment des critères de Rome.

Patients et Méthodes : Dans cette étude observationnelle, 1729 patients ambulatoires consécutifs (73% de femmes) ont rempli le questionnaire de Rome III et des échelles de Likert en 10 points pour l'intensité de la constipation, de la diarrhée, des ballonnements et des douleurs abdominales au cours de la semaine précédant la consultation médicale.

Un modèle de mélange gaussien a été utilisé pour regrouper les patients à partir des signes cardinaux des TFI sans information a priori, et un arbre de classification a été réalisé en utilisant l'intensité des signes cardinaux de TFI. La comparaison de ces deux classifications a été analysée à l'aide d'une ANOVA et d'une analyse de régression logistique.

Résultats : Selon les critères de Rome, 707 patients (41%) étaient classés syndrome de l'intestin irritable (SII) (234 (14%) SII-Constipation, 225 (13%) SII-Diarrhée, 126 (7%) SII-Mixte, 122 (7%) SII-Non spécifique), 374 (22%) constipation fonctionnelle, 215 (12%) diarrhée fonctionnelle, 101 (6%) ballonnements et 194 (11%) non spécifiques.

Selon l'intensité des signes cardinaux des TFI, les patients sont répartis en 8 groupes nommés selon leur symptomatologie principale : "constipation douloureuse" (285, 16%), "constipation non douloureuse" (236, 14%), "diarrhée douloureuse" (166, 10%), "diarrhée non douloureuse" (178, 10%), "transit mixte" (126, 7%), "ballonnements" (255, 15%), "douleur abdominale" (89, 5%) et "non spécifiques" (394, 23%).

L'étude de la relation entre la classification de Rome III et ce nouveau regroupement montre que le SII-Constipation est associé avec "constipation douloureuse" ($P<0.01$), SII-Diarrhée avec "diarrhée douloureuse" ($P<0.01$) et "diarrhée non douloureuse" ($P<0.01$), SII-Mixte avec le "transit mixte" ($P<0.01$), SII-Non spécifique avec "ballonnements" ($P<0.01$), la constipation fonctionnelle avec "constipation douloureuse" ($P<0.01$) et "constipation non douloureuse" ($P<0.01$), la diarrhée fonctionnelle avec "diarrhée non-douloureuse" ($P<0.01$) et "Non spécifiques" ($P<0.01$), les ballonnements avec "ballonnements" ($P<0.01$) et non spécifiques ($P<0.01$), TFI non spécifique avec "non-spécifiques" ($P<0.01$) et douleurs abdominales fonctionnelles avec "ballonnements" ($P<0.01$) et "douleur abdominale" ($P<0.01$).

Conclusion : Cette étude réalisée sur une large population de patients atteints de TFI montre qu'une estimation du phénotype symptomatique du patient est associée aux critères de Rome. Cette nouvelle classification peut être utilisée pour préciser ces critères dans des études cliniques ou thérapeutiques.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfga.org/resumes-2019/000073>

Résultats d'une recherche systématique de thyroïdite auto-immune en cas de maladie cœliaque

F. Lounes ⁽¹⁾, S. Cheraitia ⁽¹⁾, Y. Chikhi ⁽¹⁾, R. Ouldgougam ⁽¹⁾, S. Zemmouchi ⁽¹⁾, W. Kouihal ⁽¹⁾, M. Lahcene ⁽¹⁾

(1) Alger, ALGÉRIE.

Introduction : Le dysfonctionnement de la thyroïde est retrouvé chez des patients atteints de maladie cœliaque (MC) et vice versa. Ces troubles de la thyroïde sont diagnostiqués avant ou après le diagnostic de la MC. Le but de notre étude est de déterminer la fréquence de la thyroïdite auto-immune chez les patients avec un diagnostic de MC confirmé.

Patients et Méthodes : Etude descriptive transversale prospective. Sur une cohorte de 151 patients chez qui le diagnostic de MC a été posé selon les critères de l'ACG 2013, nous avons recherché de manière systématique la thyroïdite auto-immune par le dosage d'un taux de thyroïdostimuline ultrasensible (TSHus) par la technique radio-immuno-essai type double sandwich et des anticorps antithyroperoxydase (TPO) et antithyroglobuline (Tg) par la méthode ELISA.

Résultats : Cohorte de 151 cas de MC confirmée. L'âge moyen est de 32 ans avec un IC à 95 % [30 – 34] ans et des extrêmes d'âge [3-71] ans. Il y a une nette prédominance féminine avec un sex ratio de 0.40. Le délai moyen au diagnostic est de 5,0 ans avec un IC à 95 % [3 – 8] ans. La classification en subphénotype des symptômes retrouve 35% de formes classiques et 62.3% de formes atypiques et 3,3% de formes asymptomatiques. L'étude anatomo-pathologique retrouve dans 65,5% un stade IIIB de Marsh modifiée, dans 16% un stade IIIA et dans 12,5% des cas un stade IIIC. Sur les 151 cas de MC les explorations thyroïdiennes biologiques étaient en faveur d'une thyroïdite auto-immune dans 34 cas soit une prévalence de 22,5%. Dans le cadre d'une étude statistique de corrélation, on ne retrouve pas de lien statistiquement significatif entre la sévérité de la MC et la survenue d'une thyroïdite auto-immune ($p=0,722$). De même, il n'y a pas de différence significative entre l'âge moyen et la survenue ou pas d'une thyroïdite auto-immune ($p = 0,971$).

Conclusion : Dans les publications internationales, la fréquence de l'association MC et thyroïdite auto-immune est très variable, allant de 0,3% à 29,7%. Dans notre expérience la fréquence de cette association est de 22,5%.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfga.org/resumes-2019/001124>

P.134

Manifestations auto-immunes au cours de la maladie cœliaque chez l'adulte

E. Bel Hadj Mabrouk ⁽¹⁾, S. Ayadi ⁽¹⁾, M. Ayari ⁽¹⁾, Y. Zaimi ⁽¹⁾, K. El Jeri ⁽¹⁾, Y. Said ⁽¹⁾, L. Mouelhi ⁽¹⁾, R. Debbeche ⁽¹⁾

(1) Tunis, TUNISIE.

Introduction : La maladie cœliaque (MC) est une entéropathie liée à l'intolérance au gluten. 15 à 30% des patients présentent des manifestations auto-immunes associées. Ces manifestations peuvent parfois inaugurer la maladie. **Le but de notre travail** est de rapporter la prévalence des manifestations auto-immunes (MAI) au cours de la maladie de cœliaque et d'étudier leur impact sur la MC et l'impact du régime sans gluten sur ces maladies.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective étendue sur une période de 18 ans allant de Janvier 2000 à Décembre 2017 colligeant tous les patients atteints de MC suivis au service de gastro-entérologie. Le nombre total de nos patients est de 69.

Résultats : Sur 69 patients suivis pour MC, 19 avaient une maladie auto-immune associée soit une prévalence de 27,5%. Une nette prédominance féminine (2/3 des patients) a été notée avec un âge moyen de 34 ans (15 -90 ans). Le diagnostic de la MC était porté sur les données de la sérologie (Ac anti gliadine, Ac anti endomysium et Ac anti transglutaminase) et sur l'étude histologique des biopsies duodénales (atrophie et lymphocytose intra épithéliale). La maladie auto-immune a été diagnostiquée avant la MC chez 2 patients (2,89%), il s'agissait dans les deux cas d'un diabète type 1 découvert au jeune âge. Chez les 17 autres patients, les MAI ont été découvertes suite à la maladie lors du bilan systématique. Trois patients avaient au moins 2 MAI. Il s'agissait principalement de diabète de type 1 (n=5), d'hypothyroïdie (n=8), d'anémie de Biermer (n=4), vitiligo (n=2), Lupus (n=1) et d'hépatite auto-immune (n=3). Un régime sans gluten a été indiqué chez tous les patients. La présence de MAI n'était pas significativement corrélée à l'évolution clinique de la MC et ceci chez tous nos patients. Cependant, un régime sans gluten correctement suivi était significativement corrélé à une stabilisation de la maladie auto-immune. (p<0,01).

Conclusion : Les MAI sont souvent présentes chez les patients atteints de MC. Leur dépistage doit être fait dès le diagnostic positif de MC afin d'éviter tout retard thérapeutique pouvant aggraver le pronostic.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/001121>

P.135

Syndrome de Plummer-Vinson associé à une maladie cœliaque : à propos de 8 cas

I. Nakhcha ⁽¹⁾, I. Benelbarhadi ⁽¹⁾, A. Fz. ⁽¹⁾

(1) Rabat, MAROC.

Introduction : Le syndrome de Plummer-Vinson (SPV), aussi appelé dysphagie sidéropénique, est une entité très rare qui associe une triade classique : l'anémie ferriprive, la dysphagie et le diaphragme œsophagien supérieur. Son association avec la maladie cœliaque a été rarement rapportée. **Le but de ce travail** est de déterminer les caractéristiques cliniques des patients, atteints de SPV, dont l'anémie ferriprive est due à une maladie cœliaque, ainsi que leur profil évolutif.

Matériels et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive s'étalant sur une période de 25 ans, de janvier 1993 à janvier 2018 colligeant tous les malades suivis pour SPV et chez qui le diagnostic de maladie cœliaque associée a été posé.

Résultats : Sur un total de 145 patients suivis au service pour SPV, 7 cas (4,8%) avaient une maladie cœliaque associée.

Il s'agissait de 7 femmes et 1 homme avec un sexe ratio H/F de 0,1.

L'âge moyen était de 28ans [23- 34ans]. 5 (62.5%) avaient des antécédents d'anémie hypochrome microcytaire mise sous traitement martiale, un cas (12.5%) était suivi pour HTP sur HAI type I. Tous les patients avaient une dysphagie d'allure organique, cinq (62.5%) avaient un syndrome anémique clinique associés à une diarrhée de malabsorption, et un malade avait une odynophagie.

la fibroscopie oeso-gastroduodénale a montré un anneau au niveau de la bouche de kilian dans tous les cas. Une anémie ferriprive est retrouvée chez tous les patients.

Le délai diagnostic du SPV par rapport à la survenue de la dysphagie était en moyenne de 4,3 ±5,3ans. Le diagnostic de la maladie cœliaque était concomitant au SPV dans les 8 cas.

Tous les patients ont bénéficié d'au moins 1 séance de dilatation œsophagienne par bougies de Savary-Guillard, d'un traitement martial en association avec un régime alimentaire sans gluten (RSG). L'évolution était favorable chez tous les malades avec disparition de la dysphagie. Le RSG a permis une amélioration clinique, et histologique. En effet, la LIE de contrôle était-à 30% chez tous les malades revus avec restitution totale des villosités dans les 8 cas.

Conclusion : La malabsorption causée par la maladie cœliaque est une cause classique de l'anémie ferriprive et doit être considérée comme facteur étiologique de la dysphagie sidéropénique. Puisque le SPV et la maladie cœliaque ont été associés chacun à un risque accru de cancer du pharynx et de l'œsophage, ces patients doivent être suivis régulièrement.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000234>

P.136

Maladie cœliaque : existe-t-il une relation entre la clinique, l'endoscopie et le degré d'atrophie villositaire ?

E. Bel Hadj Mabrouk ⁽¹⁾, S. Ayadi ⁽¹⁾, M. Ayari ⁽¹⁾, Y. Zaimi ⁽¹⁾, K. El Jeri ⁽¹⁾, Y. Said ⁽¹⁾, L. Mouelhi ⁽¹⁾, R. Debbeche ⁽¹⁾

(1) Tunis, TUNISIE.

Introduction : La maladie cœliaque (MC) est une maladie chronique multifactorielle, devenue de plus en plus fréquente. Sa prévalence dans le monde est proche de 2%. Des études ont montré qu'il existe une corrélation entre la présentation clinique, les données de la fibroscopie oesogastroduodénale (FOGD) et l'atteinte histologique. Le but de notre étude est d'étudier cette corrélation dans une population de malades atteints de MC.

Patients et Méthodes : Nous avons colligé tous les patients admis dans le service de gastro-entérologie pour prise en charge d'une maladie cœliaque dans la période allant de Janvier 2000 au Décembre 2017. Le diagnostic positif a été retenu devant un profil sérologique compatible et/ou une atrophie villositaire à l'étude histologique des biopsies duodénales.

Résultats : Notre population comptait 69 patients. Leur âge moyen lors du diagnostic était de 27 ans $\pm$ 13,7. Une nette prédominance féminine est notée (sex ratio F/H=2). Un antécédent familial de MC a été retrouvé chez 18,6% des malades. Une maladie auto-immune a été associée chez 19 patients. Le tableau clinique était représenté par la diarrhée liquidienne et/ou stéatorrhée (75,4%), l'amaigrissement (72,4%) et un syndrome carenciel (59,4%). La FOGD était normale dans 23,2% des cas. Elle a montré une atrophie duodénale dans 44,9% des cas et un aspect en mosaïque dans 31,8% des cas. Sur le plan histologique, l'atrophie villositaire était retrouvée chez tous les patients. L'atrophie villositaire était totale dans 40% des cas, subtotale dans 11% des cas, et partielle dans 18% des cas. Parmi les 16 patients ayant une FOGD normale, 6 avaient une atrophie villositaire partielle et 3 avaient une atrophie subtotale. Par contre, sur les 53 ayant une FOGD anormale, 4 avaient une atrophie subtotale et 10 avaient une atrophie partielle. La comparaison entre les deux groupes a trouvé une différence statistiquement significative ($p=0,024$). Cependant, l'étude statistique n'a pas trouvé de corrélation entre la clinique (diarrhée, syndrome carenciel) et le degré d'atrophie.

Conclusion : Nos résultats ont conclu à une relation entre l'aspect endoscopique et le degré d'atrophie villositaire. Néanmoins, aucune relation n'a été trouvée entre les manifestations cliniques et l'aspect histologique, cela suggère que les formes frustes ou pauci-symptomatiques ne seraient pas associées à des lésions histologiques moins sévères.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/001111>

P.137

Faut-il toujours réaliser la biopsie bulbaire dans la maladie cœliaque ?

F.Z. Chabib ⁽¹⁾, I. Benelbarhdadi ⁽¹⁾, F.Z. Ajana ⁽¹⁾

(1) Rabat, MAROC.

Introduction : La maladie cœliaque (MC) est une entéropathie inflammatoire auto-immune qui correspond à une réponse immunitaire muqueuse inappropriée aux protéines du gluten. Son diagnostic repose surtout sur les lésions histologiques au niveau du 2^{ème} et 3^{ème} duodénum. **Le but de ce travail** est de vérifier si les biopsies bulbaires peuvent améliorer le diagnostic de cette maladie.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive et analytique incluant les malades ayant une maladie cœliaque certaine et chez qui on a réalisé aussi bien Deux biopsies dans le bulbe et quatre dans le duodénum.

Résultats : Pour un total de 280 malades suivis pour cœliaque, 44 patients remplissent les critères d'inclusion. L'âge moyen des malades était de 37,9 ans [14-70]. Il y avait 33 femmes et 11 hommes. Sur le plan clinique, 68,18 % avaient une diarrhée chronique +/- douleurs abdominales, 20,45 % avaient des douleurs abdominales isolées et 11,36 % des malades avaient un syndrome anémique isolé. La FOGD a retrouvé un aspect évoquant une maladie cœliaque dans 72,72 %. L'étude histologique des biopsies a montré que l'atrophie villositaire était présente uniquement dans le bulbe et absente dans le duodénum chez 1 cas (2,27 %) alors qu'elle était similaire dans le bulbe et le duodénum chez le reste des malades. La Lymphocytose intraépithéliale était significative uniquement dans le bulbe chez 1 malade (2,27 %) permettant ainsi de poser le diagnostic de la maladie cœliaque et elle était significative mais plus élevée dans le bulbe que dans le duodénum chez 05 malades (11,36 %), et similaire dans le bulbe et dans le duodénum chez malades (86,36 %). L'étude ne montre pas de différence significative entre la biopsie bulbaire et duodénale dans le diagnostic de la maladie cœliaque.

Conclusion : Notre étude ne montre pas de bénéfice quant à la réalisation de la biopsie bulbaire en plus de la biopsie duodénale en cas de suspicion de maladie cœliaque. Vu le nombre limité des patients inclus, une étude plus large est bien souhaitable pour confirmer ou infirmer ces résultats.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000405>

P.138

L'impact d'un groupe WhatsApp sur l'observance du régime sans gluten chez les patients atteints de maladie cœliaque. Expérience d'un centre du Sud marocain

Z. Belhabib ⁽¹⁾, Y. Hnach ⁽¹⁾

(1) Agadir, MAROC.

Introduction : Le régime sans gluten est le seul traitement efficace de la maladie cœliaque, il est cependant mal suivi par les patients et jugé difficile par les patients et leur famille. Le but de notre étude est d'évaluer le rôle d'un groupe whatsapp dans l'observance du régime sans gluten chez nos patients cœliaques.

Matériels et méthodes : L'étude a été réalisée au sein d'un groupe whatsapp constitué de patients et de certains membres de leur famille (parent d'enfant atteint de la maladie).

L'observance au régime a été estimée grâce à un questionnaire contenant un interrogatoire minutieux, la symptomatologie initiale, l'amélioration des symptômes cliniques, les avantages et inconvénients du groupe, une sérologie et une histologie de contrôle si disponible.

Résultats : Le groupe contient 85 membres. 72% étaient des Femmes. 7 % étaient un proche d'un malade. Les patients avaient un âge compris entre 26 et 45 ans. La plupart des patients habitaient dans Agadir et environs 82 % à Dakhla, 2% à Laayoune.

Les patients fréquentaient le groupe tous les jours ou presque pour 2%.

Le groupe avait été découvert à travers une association localisée sur place à Agadir 52%, sur les conseils d'une personne du groupe pour 13% et sur les conseils de leur médecin 35%.

Le groupe répondait à leurs questions concernant le vécu avec la maladie, dans 80% des cas, des informations sur la maladie, dans 16%, des informations sur la fibroscopie dans 9% des cas et leur procurait du soutien et de l'aide dans 75% des cas.

Les principaux sujets de discussion au sein du groupe étaient le partage de recettes, les bons plans à propos des produits sans gluten (promotion autre), les médicaments sans gluten, le groupe permettait une meilleure compréhension du régime et des détails par rapport aux graines permises (découverte du sarrasin (35% des patients ont déclarés la découverte du sarrasin pour la première fois de leur vie grâce au groupe), les inconvénients rapportés par les patients étaient la surcharge de leur mémoire téléphonique par le nombre de publications et les notifications nocturnes.

Tous les patients ont déclarés leur adoption à un RSG strict ou avec des écarts minimes.

Dans ce groupe de patients 65% ont été contrôlés objectivement dont 43% des patients avaient réalisés une sérologie antitransglutaminase retrouvée négative lors du contrôle et 35% avaient une bonne réponse histologique chez tous les patients ayant fait un contrôle endoscopique, 1 patient présente une sprue réfractaire, et les autres déclarent se sentir bien et préféreraient faire le contrôle plus tard.

Conclusion : La bonne observance au régime sans gluten est indispensable à la « guérison » de la maladie cœliaque. Cette compliance au régime est bonne dans notre série, en rapport essentiellement avec la compréhension de la maladie et le soutien apporté par le groupe. Cette étude objective qu'un groupe de type whatsapp, apporte beaucoup aux patients ayant une maladie cœliaque et peut-être proposé par un médecin comme un outil d'optimisation de la prise en charge.

Remerciements : patients répondant au questionnaire

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000465>

P.139

Intérêt du dépistage de la maladie cœliaque chez apparentés de premier degré en Algérie

F. Lounes ⁽¹⁾, Y. Chikhi ⁽¹⁾, R. Ouldgougam ⁽¹⁾, S. Cheraitia ⁽¹⁾, S. Zemmouchi ⁽¹⁾, W. Kouihel ⁽¹⁾, M. Lahcene ⁽¹⁾

(1) Alger, ALGÉRIE.

Introduction : La maladie cœliaque (MC) est un important problème de santé dans le monde entier. La stratégie de dépistage ciblé des groupes à haut risque est largement pratiquée et recommandée, en particulier, pour les apparentés de 1^{er} degré. Les études de dépistage ciblé des apparentés de MC dans le monde, montrent une prévalence allant de 4,2 à 13%.

Le but de notre étude est le calcul de la prévalence de la MC chez les apparentés de 1^{er} degré au sein de la population algérienne.

Patients et Méthodes : Etude transversale descriptive avec recrutement prospective. Il s'agit d'un dépistage des apparentés du 1^{er} degré des patients connus et traités pour MC dans la population algérienne, par la recherche systématique des anticorps anti-transglutaminases (TTG) sériques puis la confirmation du diagnostic en cas de sérologie positive par l'endoscopie digestive haute et les biopsies duodénales. L'étude anatomo-pathologique a permis de classer les lésions selon la classification de Marsh modifiée par Oberhuber. 107 familles sont incluses dans l'étude, soit 546 apparentés de 1^{er} degré.

Résultats : Parmi les 546 apparentés de 1^{er} degré, nous avons 18.5% parents, 57.5% de fratrie et 24% d'enfants ; 44 cas ont des anticorps anti TTG positifs soit une prévalence de 8.1% avec un Intervalle de Confiance (IC) à 95 % [5.8-10.4]. La prévalence de la MC chez les apparentés de 1^{er} degré avec sérologie positive et biopsie duodénale positive est de 7,3% avec un IC à 95 % [5,2 – 9,4]. L'étude histo-pathologique des biopsies duodénales retrouve 5 cas de lésions classées Marsh I, 5 cas Marsh IIa, 27 cas Marsh IIb et 3 cas Marsh IIc chez les apparentés dépistés. 44 patients dépistés ont une MC. Ils se répartissent comme suit : 9% parents (4 mères), 11% d'enfants (3 fils et 5 filles), 72% de fratrie (9 frères et 23 sœurs). L'âge moyen des cas dépistés est de 31.8 ans avec un IC de 95% [27.2-36.4] et des extrêmes de [3-71] ans. La durée moyenne d'évolution des symptômes avant le diagnostic est de 3.4 ans avec un IC de 95% [2,8 – 4,0] ans. Le mode de présentation clinique est asymptomatique dans 11.4% des cas et symptomatique dans 88.6% des cas. Il s'agit d'une forme classique dans 1 cas et d'une forme atypique dans 86.4% des cas.

Conclusion : Notre travail est la première étude de dépistage de la MC chez les apparentés de 1^{er} degré en Algérie. Sur les 546 cas d'apparentés, nous avons 44 cas avec une sérologie positive, soit une prévalence de 8.1% avec un IC de 95% [5.8-10.4]. Notre étude soutient l'idée que le développement d'une approche extensive de dépistage est nécessaire pour promouvoir le diagnostic précoce et prévenir les complications de la MC chez les apparentés de 1^{er} degré.

Remerciements : Mots clés: Maladie cœliaque, apparentés de 1^{er} degré, prévalence, dépistage, anticorps anti transglutaminase, biopsies duodénales, Algérie

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000522>

P.140

Etude comparative anatomo-clinique entre les cas de maladie cœliaque diagnostiqués en routine et ceux diagnostiqués lors d'un dépistage familialF. Lounes ⁽¹⁾, Y. Chikhi ⁽¹⁾, S. Cheraitia ⁽¹⁾, R. Ouldgougam ⁽¹⁾, W. Kouihal ⁽¹⁾, S. Zemmouchi ⁽¹⁾, M. Lahcene ⁽¹⁾

(1) Alger, ALGÉRIE.

Introduction : La maladie cœliaque (MC) se caractérise par sa forte prévalence à 1%, l'absence de spécificité des symptômes, des complications à long terme et sa progression épidémiologique.

L'objectif de notre étude est de comparer la présentation anatomo-clinique et évolutive des patients avec maladie cœliaque diagnostiqués lors du dépistage familial avec celle des malades cœliaques diagnostiqués en routine (cas index).

Patients et Méthodes : Etude transversale descriptive prospective, dans notre étude nous avons comparé deux populations de MC, 107 cas de MC qui ont été diagnostiqués en routine et leurs apparentés de 1^{er} degré diagnostiqués porteurs de MC dans le cadre d'une étude de dépistage sérologique (44 cas). Le diagnostic de MC est posé selon les critères de l'ACG 2013. Nous avons analysé les données démographiques, la symptomatologie clinique et le délai diagnostic, les données de l'investigation biologique, les données de l'endoscopie œsogastroduodénale (EOGD) et de l'histopathologie, les comorbidités et complications, la compliance et de la réponse au régime sans gluten (RSG). L'étude statistique des données recueillies a été réalisée grâce au Logiciel SPSS version 21.0 ; le test du χ^2 , test exact de Fisher, l'estimation de Monté Carlo, test ANOVA (Test de Fisher Snedecor), le calcul du coefficient de corrélation.

Résultats : Age moyen des cas index et son IC à 95% est de 32,5ans [30,6 – 34,4] ans et celui des cas dépistés est de 31,8 ans IC 95% [27,2-36,4]. L'âge moyen des patients ne diffère pas de manière significative ($p=0,768$). Sex ratio des cas Index M/F est de 0,43, celui des cas dépistés est de 0,33. Il n'y a pas de différence de répartition du sexe ($p=0,544$). La durée d'évolution moyenne avant le diagnostic et son IC 95% est respectivement de 7,0 ans [5,6 – 8,4] et 3,4 ans [2,8 – 4,0] chez les cas diagnostiqués en routine et les cas dépistés. Ce délai moyen avant le diagnostic est significativement moins long chez les cas dépistés ($p=0,002$). L'étude comparative de la symptomatologie des cas index et dépistés montre que : La fréquence des patients asymptomatiques est plus élevée chez les cas dépistés ($p=0,001$). La fréquence des patients présentant une diarrhée, une fatigabilité, un amaigrissement est plus élevée chez les cas index avec une différence significative ($p<10^{-3}$). L'analyse des données de l'investigation biologique objective une anémie qui est présente chez 80% des cas index contre 65% des cas dépistés. La fréquence des patients présentant une hypoalbuminémie diffère entre les deux groupes ($p=0,021$) : 20% pour les index contre 7% pour les dépistés. Les formes classiques représentent 48% chez les cas index contre 2,3% pour les cas dépistés. En revanche, les formes atypiques représentent 86% des cas dépistés et 52% des cas index. On ne retrouve aucun cas asymptomatique dans le groupe index alors que 11,4% des cas dépistés sont asymptomatiques. Les données de l'endoscopie digestive haute, en particulier au niveau du duodénum entre les cas index et les cas dépistés, ne montre pas de différence de répartition des lésions bulbaires, ni des lésions duodénales entre les deux groupes ($p=0,627$) et ($p=0,300$). L'étude histopathologique montre qu'il n'y a aucun cas de lésions classées Marsh I dans le groupe index versus 12,5% dans le groupe dépistés. Par contre. Pour le stade IIc, 15% des cas index contre 7% des cas dépistés. Il y a une répartition différente des stades de Marsh entre les deux groupes ($p=0,019$). La comparaison entre les deux groupes ne montre pas de différence significative d'association à une pathologie auto-immune. Les néoplasies malignes compliquent la MC chez 3,7% des cas index et 2% des cas dépistés. On a eu plus de complications infectieuses spécifiques et non spécifiques chez les cas index (9 % vs 5%). L'étude comparative des résultats de l'ostéodensitométrie ne retrouve pas de différence de la fréquence des troubles de minéralisation osseuse entre les deux groupes ($p=0,089$).

La compliance au RSG diffère de manière significative entre les deux groupes ($p=0,006$). Les cas index respectent mieux le RSG par rapport aux cas dépistés. Par conséquent, l'amélioration est meilleure chez les cas index par rapport aux dépistés. Pour la réponse sur le plan de la symptomatologie clinique et du bilan biologique, il y a une nette amélioration pour les 2 groupes à 1 an de RSG. La réponse histologique sous RSG des 2 groupes est similaire : elle est de 76% versus 76,5% chez les dépistés.

Conclusion : L'étude comparative entre les deux groupes de patients (les cas diagnostiqués en routine et leurs apparentés de 1^{er} degré dépistés avec MC), montre une amélioration du diagnostic chez les cas dépistés avec MC. En effet, le retard dans le diagnostic est réduit de moitié et les formes asymptomatiques et atypiques sont diagnostiquées de manière plus précoce, ce qui permet de réduire le taux de morbidité et de mortalité chez les apparentés de 1^{er} degré.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000530>

P.141

Constipation fonctionnelle en population générale dans une grande ville africaine : influence de l'activité physique et des habitudes défécatricesA.R. Kpoussou ⁽¹⁾, C.N.M. Sokpon ⁽¹⁾, K.R. Vignon ⁽¹⁾, H.F.A. Cataria ⁽¹⁾, J. Sehonou ⁽¹⁾

(1) Cotonou, BÉNIN.

Introduction : La constipation est un trouble digestif relativement fréquent dans le monde. Bien de facteurs sont souvent cités comme lui étant associés. **Le but de ce travail** était de déterminer s'il existait un lien entre la constipation et l'activité physique ainsi que les habitudes défécatrices dans une grande ville d'Afrique subsaharienne.

Patients et Méthodes : Il s'agissait d'une étude transversale à visée descriptive et analytique avec un recueil prospectif des données. Elle était menée de Juillet à Août 2017, dans 7 arrondissements d'une commune d'Afrique subsaharienne, selon un échantillonnage en grappes. Y étaient incluse toute personne de plus de 15 ans résidant dans la ville depuis au moins 6 mois. La collecte des données à été faite à l'aide d'un questionnaire conçu à cet effet. La variable dépendante était la constipation fonctionnelle (répondant aux critères de Rome IV). Les sujets présentant une constipation avec des signes d'alarme (hématochezie, amaigrissement, constipation chronique récemment aggravée...) n'étaient pas pris en compte dans la définition de la constipation fonctionnelle. Les variables indépendantes étudiées étaient : l'âge, le sexe, les habitudes défécatrices et la pratique d'activité physique. L'analyse univariée était utilisée pour identifier les associations significatives. Le seuil de signification statistique était de 5%.

Résultats : Au total, 1058 participants étaient inclus : 574 hommes (sex-ratio de 1,2) ; âge moyen de 29 ans [extrêmes : 15-92]. La constipation fonctionnelle était notée chez 256 participants (24,2%). Étaient associés à la survenue de la constipation fonctionnelle (en analyse univariée), la position accroupie lors de la défécation ($p=0,011$), le fait de ne pas s'essayer à la selle le matin au réveil même en l'absence de besoin ($p=0,039$), le fait de retarder la défécation ($p < 0,01$). Le type de toilette ($p=0,18$) et l'activité physique ($p=0,405$) n'étaient pas associés à la constipation dans notre travail.

Conclusion : La constipation était un trouble digestif fréquent dans la population étudiée. Les habitudes défécatrices étaient associées à sa survenue.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000170>

P.142

Etude in vitro du microbiote intestinal après exposition chronique au pesticide chlorpyrifosA. Brasseur ⁽¹⁾, N. Djekkoun ⁽¹⁾, F. Depeint ⁽²⁾, S. Delanaud ⁽¹⁾, L. Rhazi ⁽²⁾, L. Rouabah ⁽³⁾, V. Bach ⁽¹⁾, F. Hamdad ⁽¹⁾, H. Khorsi-Cauet ⁽¹⁾

(1) Amiens ; (2) Beauvais ; (3) Constantine, ALGÉRIE.

Introduction : L'usage intensif de pesticides, retrouvés à l'état de trace dans nos aliments et notre environnement, est un problème de santé publique. Le chlorpyrifos (CPF) est l'insecticide organophosphoré le plus utilisé en France. Après ingestion, il agit notamment sur la diversité du microbiote intestinal par sélection de certaines souches bactériennes, comme les pathobiontes, induisant une dysbiose intestinale [1,2].

Le SHIME® (Stimulateur de l'Ecosystème Intestinal Microbien Humain), est un intestin artificiel modélisant l'environnement physiologique du tractus digestif dans les principaux compartiments allant de l'estomac au colon, représentés par 6 fermenteurs reliés en continu par des pompes péristaltiques et pilotés par informatique. L'utilisation du SHIME® permet de comprendre la complexité de l'écosystème microbien [2]. Il peut également être combiné à des lignées cellulaires intestinales humaines pour étudier la translocation bactérienne [3]. L'objectif de l'étude est d'évaluer in vitro l'effet du CPF sur le microbiote intestinal, précisément sur un pathobionte, E. coli. L'analyse est basée sur l'étude de la dysbiose intestinale et des phénotypes de résistance aux antibiotiques.

Matériels et méthodes : Un inoculum issu d'un pool de 3 échantillons de selle de donneurs sains a été utilisé. Après une stabilisation de la microflore, le SHIME® a été exposé quotidiennement à une dose de 3,5 mg/g de CPF. Des prélèvements ont été réalisés dans les fermenteurs coques à J0 (contrôle), J15 et J30 (exposition chronique) afin de mettre en évidence la flore microbienne. Différentes souches d'E. coli ont été isolées, identifiées et typées par biologie moléculaire. L'étude des phénotypes de résistance aux antibiotiques a également été réalisée.

Résultats : Les résultats préliminaires montrent d'une part que le CPF induit un déséquilibre de la microflore intestinale, se traduisant par une augmentation de la flore potentiellement pathogène au détriment de la flore bénéfique. En effet, les bactéries lactiques (Bifidobacterium ou Lactobacillus) sont inhibées alors que les pathobiontes tels qu'Enterobacterium ne sont pas affectés significativement. En parallèle, les concentrations d'acide acétique augmentent sans impacter significativement les autres acides gras volatils (acides propioniques et butyriques).

D'autre part, l'étude a montré que le nombre d'E. coli isolés est plus important ($\times 2,26$) après exposition au CPF. L'étude de la sensibilité aux antibiotiques a montré que les E. coli non-exposées (J0) étaient sensibles aux β -lactamines dans 52,6% des cas, 15,8% des souches présentaient une pénicillinase de haut niveau et 31,6% étaient résistantes par sécrétion de β -lactamase à spectre élargi (BLSE). Les souches d'E. coli exposées au CPF (J15 et J30) étaient dans 72% des cas sensibles aux β -lactamines, 9,4% avaient une pénicillinase de haut niveau et 18,6% étaient des BLSE.

Conclusion : L'exposition chronique au chlorpyrifos seul induit une dysbiose intestinale, qui se traduit par l'émergence de certaines souches pathobiontes d'E. coli. Les souches exposées semblent cependant plus sensibles aux antibiotiques. Le CPF ne serait donc pas responsable de l'émergence de la résistance aux antibiotiques. L'effet du CPF sur les facteurs de virulence (analyse en cours) permettra de compléter l'influence des xénobiotiques sur l'équilibre de la microflore.

Références Bibliographiques : [3] Requile et al. (2018) Use of a combination of in vitro models to investigate the impact of chlorpyrifos and inulin on the intestinal microbiota and the permeability of the intestinal mucosa. *Env Sc Poll Res*
[2] Reynier et al. (2016) Changes in composition and function of human intestinal microbiota exposed to chlorpyrifos in oil as assessed by the SHIME® model. *Int J Env Res Pub Health*
[1] Joly Condette et al. (2015) Chlorpyrifos Exposure During Perinatal Period Affects Intestinal Microbiota Associated With Delay of Maturation of Digestive Tract in Rats. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000569>

Prescription médicamenteuse dans le syndrome du grêle court : données pharmacodynamiques, recommandations d'utilisation et adaptations posologiques

J. Dupuy ⁽¹⁾, C. Cool ⁽¹⁾, V. Duhalde ⁽¹⁾, P. Cestac ⁽¹⁾

(1) Toulouse.

Introduction : Le syndrome du grêle court est une maladie rare secondaire à une résection intestinale laissant en place moins de 150 à 200 cm d'intestin post-duodénal. Les causes les plus fréquentes sont l'infarctus mésentérique et la maladie de Crohn. Il aboutit à une réduction de la surface d'absorption et une dysmotilité provoquant une diarrhée chronique à l'origine d'une malabsorption significative des nutriments. La partie non réséquée de l'iléon stimule la surexpression de la PGP (protéine d'efflux) et contribue ainsi à une modification d'absorption de certains nutriments et médicaments. L'efficacité des médicaments est directement impactée par cette malabsorption digestive de par la modification des conditions de solubilité, de mouillabilité et de pH dans le tractus digestif. La métabolisation intestinale est alors augmentée et nécessite une adaptation de la prise en charge médicamenteuse.

Matériels et méthodes : Nous avons réalisé une revue exhaustive de la littérature afin de synthétiser les données disponibles sur les modifications pharmacodynamiques, les recommandations d'utilisation et adaptations posologiques des médicaments prescrits chez des patients ayant subi une résection étendue du jéjunum. Nous avons ensuite élaboré un tableau synthétique « multi-entrées » permettant une recherche facilitée pour les prescripteurs (par DCI, principes et classe thérapeutique) sur les recommandations spécifiques de chaque médicament étudié dans la littérature, complété par une analyse des formes galéniques disponibles.

Résultats : Des données ont été retrouvées pour 49 médicaments prescrits dans le cadre de la prise en charge des patients atteints du syndrome du grêle court. Les médicaments, pour lesquels des données d'adaptation posologique étaient publiées, étaient ceux du système digestif (26,5% : IPP, ralentisseurs du transit et microorganismes anti diarrhéiques), des médicaments antihypertenseurs (16,3%), des médicaments vitaminiques et minéraux (14,3%), des antalgiques et psychoanaleptiques (14,3%), des médicaments antithrombotiques et antihémorragiques (12,2%) et enfin des hormones thyroïdiennes et oestroprogestatives (8,2%). Afin d'améliorer l'absorption de ces médicaments, nous avons également élaboré des recommandations de prescription concernant les formes galéniques. Les formes à libération prolongée (LP), libération retardée (LR), les gélules et les matrices sont à éviter du fait de la diminution de la mouillabilité et donc de la dissolution de la surface primaire. Il est préférable de favoriser les formes solubilisées (solution buvable, sirop) et les comprimés orodispersibles. Si une forme liquide est privilégiée, il faudra vérifier que le médicament ne soit pas hyperosmolaire afin de ne pas provoquer de diarrhées osmotiques. Les médicaments contenant du sorbitol comme excipient sont à éviter car ils sont également à l'origine de diarrhées osmotiques. A contrario, pour les patients présentant des diarrhées importantes (> 8 selles/jour), les formes liquides per os sont dans ce cas déconseillées, de par un mécanisme d'augmentation de la vitesse de vidange gastrique ; il est alors préférable de s'orienter vers des formes solides sans enrobage pour une dissolution plus rapide (comprimés non pelliculés, matrices non enrobées). Des recommandations sur la possibilité d'écraser les comprimés, d'ouvrir les gélules ou de solubiliser le produit dans de l'eau sont disponibles sur le site de la Société Française de Pharmacie Clinique et peuvent orienter la décision thérapeutique. Les voies d'administrations transdermique, buccale, sublinguale, nasale et rectale (si absence de diarrhées) peuvent être utilisées si la voie per os est impossible. Les voies parentérales demeurent le dernier recours.

Conclusion : Cette synthèse des données de la littérature sous forme de tableau « multi-entrées » permet de faciliter l'accès aux recommandations de prescription des médicaments chez les patients présentant un syndrome du grêle court et est vouée à être implémentée dès lors que nous effectuerons des recherches sur les médicaments prescrits

chez les patients que nous prenons en charge. Ce travail est l'illustration de la collaboration pluridisciplinaire nécessaire à l'optimisation de la prise en charge thérapeutique des patients.

Références Bibliographiques : Severijnen R et al, Clin Pharmacokinet. 2004;43(14):951-62, « Enteral drug absorption in patients with short small bowel »
Badiga MS, Jain NK, Casanova C, Pitchumoni CS. J Am Coll Nutr. 1990 Dec; 9(6):578-82. « Diarrhea in diabetics: the role of sorbitol »
Faye E et al, Ann Pharmacother. 2014 Jun;48(6):705-10, « Absorption and efficacy of acetylsalicylic acid in patients with short bowel syndrome »
Faye E et al, Thérapie 2014 Mai-Juin; 69 (3): 207–212, « Use of oral drugs and short bowel syndrome: an analysis of practices »

Pour consulter ce résumé en ligne :
<https://www.snfge.org/resumes-2019/000508>

P.144

Evaluation de l'efficacité et la tolérance du carboxymaltose ferrique dans les anémies ferriprives en gastrologie

S. Jiddi ⁽¹⁾, F.E. Lairani ⁽¹⁾, S. El Yazal ⁽¹⁾, I. Haraki ⁽¹⁾, Z. Samlani ⁽¹⁾, S. Oubaha ⁽¹⁾, K. Krati ⁽¹⁾

(1) Marrakech, MAROC.

Introduction : La carence martiale est l'étiologie prédominante en hospitalisation au service de gastrologie, avec des conséquences notables en termes de morbidité et qualité de vie. Le traitement martial per os est utilisé en première ligne, mais l'introduction en 2010 du carboxymaltose ferrique en France, et depuis 2 ans dans notre formation a objectivé un son profil de tolérance parfait, et une efficacité rapide.

Patients et Méthodes : Étude rétrospective et prospective, effectuée au niveau de l'hôpital du jour du service de gastrologie du centre hospitalier universitaire de notre région incluant cent-cinq patients ayant une anémie ferriprive traité par le carboxymaltose ferrique injectable (1 injection de 1000mg renouvelable en fonction des besoins) entre janvier 2017-juillet 2018.

Objectif : Cette étude a l'intérêt de mettre en avant l'élargissement prévisible des indications du fer type carboxymaltose injectable aux anémies par carence en fer avec ses conséquences attendues en termes d'efficacité et de réduction de morbidité et des coûts.

Résultats : Cette étude illustre de façon évidente la nette prédominance féminine de l'anémie ferriprive (74,28% des patients inclus). La moyenne d'âge de nos patients était de 34 ans. Le carboxymaltose ferrique avait été instauré en raison d'un échec du fer oral (n=22) ou échec du fer -saccharose(n=3). La dose médiane instaurée est de 1000mg. L'indication de sa prescription au service de gastrologie était principalement pour les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (64,76%), les lésions d'angiodysplasie (23,8%) autres (11,44%). 74% des patients avaient une ferritinémie moins de 10 ng/dl au moment de la perfusion. La correction de la carence en fer était seule dans 76,19%, en association avec une transfusion était de 23,8%. Un contrôle de l'hémogramme et de la ferritinémie à 3 mois a démontré l'efficacité principale à savoir l'augmentation du taux d'Hb d'au moins 2 g par rapport au taux d'Hb de départ (T0) chez 83,8 % de nos patients. En parallèle (66,7 %) des patients ont atteint un taux de ferritinémie supérieur à 50ng/ml. Les index de qualité de vie s'améliorent significativement entre le T0 et à 3 mois. Tous les patients ont été surveillés pendant la perfusion et 30 minutes, afin de détecter l'apparition d'une réaction d'hypersensibilité. La tolérance a été bonne, avec toutefois 2,5 % d'effets secondaires (ES) ont été rapportés. Deux patients (0,5 %) ont présenté des manifestations allergiques cutanées à type d'urticaire.

Conclusion : L'efficacité sur la correction de l'anémie est probablement liée aux modalités d'administration. En Europe, la disponibilité du carboxymaltose injectable (non agréé aux États-Unis) qui permet l'injection de 1 000 mg de fer en 15 mn, a démontré une réponse significative en terme de correction de la carence martiale ainsi qu'une bonne tolérance.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000599>

P.145

En dehors des épisodes aigus, faut-il prendre en compte les troubles digestifs des patients insuffisants surrénaliens ?

L. Quénehervé ⁽¹⁾, E. Coron ⁽¹⁾, D. Drui ⁽¹⁾, J. Blin ⁽¹⁾, D. Masson ⁽¹⁾, K. Bach-Ngohou ⁽¹⁾

(1) Nantes.

Introduction : L'insuffisance surrénale (IS) aiguë s'accompagne fréquemment de troubles digestifs (vomissements/diarrhées, douleurs abdominales), mais ceux-ci sont peu décrits en dehors des crises chez les patients insuffisants surrénaliens. L'objectif de ce travail, soutenu par l'« Association Surrénale », était de caractériser et quantifier ces troubles par le questionnaire de Rome IV utilisé pour le diagnostic du syndrome de l'intestin irritable (SII), pathologie également associée à une perturbation de l'axe corticotrope.

Patients et Méthodes : Un questionnaire en ligne a été proposé aux patients adhérent à l'« Association Surrénale », de juin à octobre 2017, via leur site internet. Outre les données démographiques, les questions portaient d'une part sur l'insuffisance surrénalienne (âge au diagnostic, étiologie, traitement en cours), d'autre part sur l'existence de troubles digestif avec notamment les questions du questionnaire de Rome IV traduites en français (échelle de Bristol, caractéristiques des douleurs abdominales éventuelles) et enfin sur la qualité de vie.

Résultats : Les réponses de 165 patients (maladie d'Addison (n=74), hyperplasie congénitale des surrénales (n=56), insuffisance hypophysaire (n=35)) ont été analysées. La répartition des pathologies était représentative de celle des adhérents de l'association. De 39% à 54% des patients, selon la pathologie, rapportaient des douleurs abdominales hebdomadaires durant les 3 derniers mois. Ces douleurs étaient associées chez 38 à 68% des patients à des troubles du transit : diarrhée et/ou constipation. Une mauvaise qualité de vie globale était rapportée par 24 à 44% des patients ayant répondu.

Conclusion : Cette étude est la première à notre connaissance à s'intéresser spécifiquement aux troubles digestifs hors insuffisance surrénalienne aiguë des patients atteints d'IS. Elle montre que les troubles digestifs sont fréquents et invalidants pour les IS chroniques et s'apparentent dans 50% des cas à ceux des patients atteints de SII. Il semble nécessaire d'intégrer la dimension digestive aux questionnaires de qualité de vie des IS.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000156>

Evaluation des pratiques de prescription d'antibiotiques dans un service d'hépatogastroentérologie

M. Elizondo ⁽¹⁾, C. Nicolas ⁽²⁾, D. Regnault ⁽¹⁾, B. Anon ⁽²⁾, L. d'Alteroche ⁽²⁾, L. Mereghetti ⁽²⁾, X. Pourrat ⁽²⁾, L. Bernard ⁽²⁾, T. Lecomte ⁽²⁾

(1) Châmbrey-lès-Tours ; (2) Tours.

Introduction : Les prescriptions inappropriées d'antibiotiques représentent un problème important de santé publique. Elles augmentent les coûts de santé mais surtout favorisent le développement de résistances bactériennes aux antibiotiques. Cette antibiorésistance serait la cause d'ici 2050, de 300 millions de décès par an. L'objectif de cette étude était d'évaluer la conformité des prescriptions d'antibiotiques dans un service hospitalo-universitaire d'hépatogastro-entérologie par rapport aux recommandations de bonnes pratiques.

Matériels et méthodes : Il s'agissait d'une étude rétrospective observationnelle portant sur les prescriptions d'antibiotiques à but curatif ou prophylactique, réalisées dans le service entre le 1^{er} septembre et le 31 décembre 2017. Les patients inclus avaient reçu au moins une dose d'antibiotique dans le service. Le critère de jugement principal était l'adéquation entre l'antibiothérapie prescrite et les recommandations en vigueur en 2017. Les critères de jugement secondaire, guidés par les recommandations de bonnes pratiques de la Haute Autorité de Santé (HAS) publiés en 2008 (1), étaient : la durée du traitement, la réévaluation dans les 72 heures et la désescalade thérapeutique.

Résultats : Durant la période étudiée, 280 situations cliniques ont nécessité une antibiothérapie lors de 247 hospitalisations chez 212 patients. L'âge moyen de cette étude était de 64,8 ans +/- 15,6 ans, il y avait 125 hommes pour un sex ratio homme/femme de 1.44. Les indications d'antibiothérapie les plus fréquentes étaient les prophylaxies (42 %) et les infections digestives (35 %). Le choix de l'antibiothérapie, toutes causes confondues, était adapté dans 68,9 % des cas. Le choix de l'antibiothérapie et la durée de traitement étaient conformes aux recommandations dans 51,4 % des cas. L'antibioprophylaxie était recommandée dans 57,3 %, le choix de l'antibiotique et sa durée étaient adaptés dans 47,9 % des cas. Concernant les étiologies infectieuses, 77,3 % des traitements étaient adaptés et leurs durées étaient conformes aux recommandations dans 54 % des cas. Dans le sous-groupe des infections digestives, 75,5 % des antibiotiques étaient recommandés. Au total, 34,4 % des prescriptions respectaient l'ensemble des critères analysés.

Conclusion : Les prescriptions d'antibiotiques n'étaient pas optimales notamment pour les indications d'antibioprophylaxie. Une meilleure diffusion des recommandations auprès des prescripteurs est à proposer, en particulier pour limiter le sur-recours à l'antibioprophylaxie.

Références Bibliographiques : Bon usage des antibiotiques, Rapport complet - [cité 9 juill 2017]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/bon_usage_des_antibiotiques_rapport_complet.pdf

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000904>

L'obésité en 2018 : quel profil en gastrologie ?

W. Smaili ⁽¹⁾, A. Benayad ⁽¹⁾, S. Oubaha ⁽¹⁾, K. Krati ⁽¹⁾, Z. Samlani ⁽¹⁾

(1) Marrakech, MAROC.

Introduction : Médiatée à l'extrême depuis près de deux décennies, présenté parfois comme la dernière en date des grandes épidémies des pays développés, le syndrome métabolique rassemble sous une même bannière une constellation d'anomalies clinico-biologiques, mineures lorsqu'elles sont considérées individuellement, mais significatives en termes de risque cardiovasculaire lorsqu'elles sont associées. Cet assemblage symptomatique postule que leur association n'est pas le fait du hasard, chacune d'entre elles ayant pour l'insulino-résistance pour support physiopathologique commun. Connus sous les noms de syndrome pluri-métabolique, de syndrome X, de syndrome d'insulino-résistance, le syndrome métabolique, n'est autre que le pur produit de l'alliance de l'épidémiologie et de la biologie mise au service de la médecine prédictive. La prévalence de ce nouveau syndrome mondial dépend de sa définition, de l'année d'étude, de l'âge, du sexe, de l'ethnie de la population étudiée ce qui complique les analyses entre pays. Il n'existe actuellement aucun traitement spécifique du syndrome métabolique, seul un traitement global, approfondi et soigneusement défini permettra de faire face aux différents composants du syndrome. Dans cette vision, nous avons réalisé une étude au sein de notre service afin d'étudier le syndrome métabolique et de déterminer les populations qui étaient à haut risque cardiovasculaire, afin d'optimiser une meilleure prise en charge.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude prospective menée sur une période de 31 mois (Janvier 2016 à Juillet 2018), incluant l'ensemble des patients ayant un syndrome métabolique et qui sont suivis dans notre Formation. Les critères d'inclusions étaient ceux de la FID 2005

Résultats : Notre étude qui a duré 31 mois a retenu 250 patients porteurs du syndrome métabolique. L'âge moyen de nos malades était de 40 ans, avec un sex Ratio de 0,29 au profit des femmes. La majorité de nos malades étaient mariés (78,7%), résidaient en zone urbaine (80%), et ne pratiquaient aucune activité physique (50%). L'activité professionnelle majoritaire dans notre étude était l'activité ménagère (50 %) et 30% étaient analphabètes. L'antécédent familial le plus retrouvé était l'obésité (75 %) et l'association obésité + diabète + HTA était présente chez 125 patients soit 50 %), et 21% de nos malades étaient fumeurs. Le principal motif de consultation dans notre étude était la découverte fortuite d'une stéatose hépatique lors d'une échographie abdominale, suivi par les douleurs abdominales chroniques surtout au niveau de l'HCDDT, puis vient en troisième lieu les troubles de transit, les pancréatites aigües et les perturbations du bilan hépatique (notamment les cytolyses et les hyper GGT), et enfin la pathologie lithiasique qui représente environ 12% des motifs de consultation.

Cliniquement, 23% des femmes étaient en surpoids, contre 50% des hommes. Une obésité classe I a été objectivée chez 50% des femmes, contre 39% des hommes. Une obésité classe II chez 16% des femmes, contre 11% des hommes, et une obésité morbide chez 11% des femmes, par contre aucun homme ne présentait d'obésité morbide. Un Tour de taille > à 94 cm était retrouvé chez 40% des femmes, contre 100% des hommes. 50% des Hommes avaient une obésité de type androïde et donc étaient à haut risque cardiovasculaire. contre 43% dans la population féminine.

Conclusion : La fréquence exacte du syndrome métabolique n'est pas connue mais selon notre étude et celles réalisées dans le monde entier, le syndrome métabolique est très répandu dans la population adulte des pays développés touchant de façon prépondérante les sujets âgés de 40 -60 ans, avec une nette prédominance en zones urbaines. Son origine est multifactorielle (génétique, comportement à risque, modifications Métaboliques et hormonales) comme l'a prouvé notre étude (75% d'ATCD familial d'obésité), ainsi que plusieurs autres, réalisés partout dans le monde. Mais l'insulinorésistance associée à l'obésité permettent d'expliquer en grande partie la physiopathologie de ce

syndrome. Le dépistage présente un intérêt majeur puisque le syndrome métabolique accroît considérablement le risque de développer un diabète de type 2 ou une maladie cardiovasculaire. Or, il passe souvent inaperçu auprès des patients et parfois même des médecins alors qu'un traitement adapté réduit le risque de complications potentiellement mortelles.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000510>

P.148

Particularités de la symptomatologie digestive chez les diabétiques en milieu hospitalier

R. Mizouri ⁽¹⁾, S. Zribi ⁽¹⁾, M. Lebdi ⁽¹⁾, A. Temessek ⁽¹⁾, F. Ben Mami ⁽¹⁾

(1) Tunis, TUNISIE.

Introduction : Les complications digestives du diabète, principalement liées à la neuropathie secondaire à la microangiopathie, altèrent considérablement la qualité de vie du diabétique et participent au déséquilibre glycémique.

L'objectif de notre étude était d'étudier les particularités de la symptomatologie digestive chez les diabétiques en milieu hospitalier.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive réalisée chez 100 diabétiques hospitalisés dans notre service pour diabète déséquilibré. Chaque patient a bénéficié d'un examen clinique complet, d'un bilan biologique standard avec un bilan de retentissement complet du diabète. La totalité de la population a été adressée à la consultation externe de gastro-entérologie de l'institut pour bénéficier d'une exploration (FOGD ± biopsies, échographie abdominale) selon la symptomatologie digestive.

Résultats : La moyenne d'âge de notre population était de $52,98 \pm 17,52$ ans avec une prédominance féminine (65,6 %). Notre population était majoritairement des diabétiques de type 2 (85,7 %) et dont 61,4 % sous insulinothérapie. La durée moyenne d'évolution du diabète était de $9,83 \pm 7,24$ ans avec une HbA1c moyenne de 10,2 %. Le pourcentage des patients tabagiques était de 11,8 %. L'hypertension artérielle était présente chez 33,7 % des cas, dont 60,6 % étaient mis sous monothérapie. La dyslipidémie était notée chez 27,2 % dont 81,8 % étaient mis sous statines. L'aspirine était prescrite chez 23,7 % de la population. La symptomatologie digestive était dominée par des épigastralgies (37,6 %). Les autres motifs de consultation en gastro-entérologie étaient la constipation (32,3 %), la diarrhée (19,4 %), les vomissements (12,9 %), le ballonnement abdominal (20,14 %), le reflux gastro-oesophagien (10,18 %) et la dysphagie (6,5 %). Après explorations, les troubles fonctionnels intestinaux étaient présents chez 8,51 %, la maladie ulcéreuse chez 3,19 % des cas, pour le reste, les examens complémentaires sont revenus normaux et les malades étaient alors mis sous traitement symptomatique. L'étude analytique a étudié chacun des symptômes digestifs suscités et n'a montré aucune association positive entre l'apparition d'une symptomatologie et les facteurs suivants : le taux d'HbA1c et l'ancienneté du diabète.

Conclusion : Les symptômes digestifs sont souvent intriqués ce qui rend le diagnostic difficile. Fréquemment, un traitement symptomatique doit être associé à la restauration de l'équilibre glycémique pour améliorer la symptomatologie et éviter que l'atteinte digestive ne soit par elle-même source de déséquilibre du diabète.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000966>

P.149

Obésité abdominale et anomalies lipidiquesW. Smaili ⁽¹⁾, A. Benayad ⁽¹⁾, S. Oubaha ⁽¹⁾, K. Krati ⁽¹⁾, Z. Samlani ⁽¹⁾

(1) Marrakech, MAROC.

Introduction : La dyslipidémie classiquement associée à l'obésité abdominale se caractérise par une triade métabolique athérogène incluant une élévation des triglycérides, une baisse du HDL-cholestérol et un excès de la fraction des LDL petites et denses. Toutes ces anomalies lipidiques contribuent à l'augmentation du risque cardiometabolique engendré par un excès de tissu adipeux viscéral. Cet excès de tissu adipeux semble directement à l'origine de la dyslipidémie associée à l'obésité abdominale en induisant une augmentation du flux d'acides gras libres vers le foie et en participant à l'insulinorésistance. En effet, le tissu adipeux viscéral est un tissu métaboliquement très actif avec hydrolyse continue des triglycérides contenus dans les adipocytes et libération excessive d'acides gras libres. C'est l'oxydation préférentielle des acides gras libres dans le muscle qui induit de façon rétroactive une résistance à l'action de l'insuline et donc une moindre utilisation du glucose. Ainsi notre étude a été menée dans un but d'étudier les différents aspects des dyslipidémies chez nos patients obèses.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude prospective menée sur une période de 31 mois (Janvier 2016 à Juillet 2018), incluant l'ensemble des patients ayant un tour de Taille supérieur à 80 cm chez la femme et 94 cm chez l'homme, ont eu un dosage des différents paramètres du bilan lipidique : le cholestérol Total, le taux d'HDL cholestérol, LDL cholestérol, et les triglycérides.

Résultats : Nous avons inclus 250 patients ayant un syndrome métabolique. Avec un tour de taille supérieur à 80 cm chez la femme et à 94 cm chez l'homme. 60% des patients présentaient une hypertriglycéridémie majeure, dont 20 % avaient des chiffres de triglycérides supérieurs à 6g/l, 75% de nos patients qui avaient un tour de taille élevé avaient un taux de cholestérol total > à 2 g/l, 50% avaient un taux de LDL cholestérol > à 1,6 g/l, et 43 % présentaient un taux d'HDL cholestérol très bas. Pour un Tour de taille > à 100 cm, chez les deux sexes, 100% des patients avaient un taux de cholestérol total supérieur à 2,5 g/l. Le calcul du rapport Tour de taille / Tour de hanche, nous a permis de déterminer les malades qui sont à haut risque cardiovasculaire. Dans notre étude 50% des Hommes avaient une obésité de type androïde et donc étaient à haut risque cardiovasculaire. Par contre dans la population Féminine, 43% des femmes présentaient une obésité dite androïde. 20% de nos malades avaient un antécédent d'accident thromboembolique. Et environ 60% n'ont jamais consulté pour leur troubles lipidiques, ni pris de traitement.

Conclusion : La prévalence grandissante de l'obésité crée un risque de Maladies Cardiovasculaires pouvant passer inaperçu si on mesure seulement le cholestérol LDL. D'où l'intérêt de faire un bilan lipidique complet, afin d'avoir une prise en charge thérapeutique globale et correct.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000563>

P.150

Evaluation de l'indice d'alimentation saine et de l'envie impérieuse de manger chez les patients opérés d'une dérivation gastrique de Roux-en-Y et de la gastrectomie de mancheM. Hoteit ⁽¹⁾, N. Nour ⁽¹⁾, A. Dalia ⁽¹⁾, B. Hotayt ⁽¹⁾

(1) Beyrouth, LIBAN.

Introduction : L'obésité est devenue une épidémie mondiale et la perte de poids la plus prononcée est obtenue par chirurgie bariatrique. Le nombre total d'interventions bariatriques effectuées mondialement en 2013 s'est élevé à 468 609 cas, dont 95,7% ont été réalisées par laparoscopie. Le nombre le plus élevé (n = 154 276) provenait de la région Etat Unis / Canada. La procédure la plus couramment pratiquée mondialement était la dérivation gastrique de Roux-en-Y (45%) la gastrectomie de la manche (Sleeve Gastrectomie) (37%) et de 10 % l'anneau gastrique ajustable. Notant que la prévalence de la gastrectomie de la manche s'élevait de 0 à 37% entre 2003 et 2013. La perte de poids induite par ces interventions est remarquée mais il est très important d'étudier l'effet de la chirurgie bariatrique sur l'indice d'Alimentation Saine, la frénésie alimentaire et l'envie impérieuse de manger chez les patients.

Patients et Méthodes : Soixante patients d'âge moyen de 35 ± 11 ans ayant subi une chirurgie bariatrique depuis au moins 6 mois ont été recrutés. Deux rappels de 24h ont été collectés chez ces patients: un rappel en phase pré-chirurgie et autre en phase post-chirurgie. L'Indice d'Alimentation Saine (pré et post-chirurgie) a été calculé en utilisant le IAS-2015. Une échelle de 16 questions qui mesure la frénésie alimentaire et un inventaire de l'envie impérieuse de nourriture ont été utilisés pour évaluer leur statut de frénésie alimentaire et leur envie de manger, respectivement avant et après la chirurgie.

Résultats : Une augmentation significative des scores de l'Indice d'Alimentation Saine a été observée en passant de pré-chirurgie (26.8 ± 8.6) en post-chirurgie (36.5 ± 13.1). L'amélioration est de 35,6% (p < 0,001). La qualité du régime alimentaire des patients dans la phase pré-chirurgie était 100% mauvaise. Après l'intervention chirurgicale, 83,3% des patients avaient une mauvaise qualité de régime alimentaire et 16,7% des patients avaient un régime alimentaire à améliorer. Cependant, avant et après l'opération, le pourcentage de bonne alimentation est nul. Le score de frénésie alimentaire a diminué significativement (valeur de p < 0,001) après la chirurgie. Il était de 29,28 ± 9,379 en phase préopératoire et a passé à 9,2 ± 6,779 après la chirurgie. Il n'y a pas de corrélation significative entre les scores de frénésie alimentaire pré-chirurgie et le pourcentage de perte de poids (Coefficient de Pearson 0,138, valeur p 0,293). Cependant, il existe une corrélation significative entre le statut de frénésie alimentaire post-chirurgie et la reprise de poids (Coefficient de Pearson 0,452, valeur de p < 0,0001). En outre, une corrélation significative est observée entre la frénésie alimentaire en post-chirurgie et le pourcentage de perte de poids (corrélation de Pearson 0,348, valeur p de 0,006). En ce qui concerne l'envie impérieuse de manger, le score moyen était de 23,2 ± 18,2 et a diminué de manière significative (valeur p < 0,001) après l'intervention chirurgicale jusqu'à 13,9 ± 11,3. Mais après la chirurgie, les patients désirent plus des aliments contenant du sucre (gâteau, crème glacée, chocolat...). Le regain de poids pourrait être prédit par le modèle de régression linéaire. En post-chirurgie, la durée et le statut de frénésie alimentaire ont un impact significatif sur la reprise de poids avec des valeurs de p de 0,006 et 0,003 respectivement. Cependant, l'Indice d'Alimentation Saine et l'envie impérieuse de manger après la chirurgie ne sont pas des facteurs prédictifs significatifs de la reprise de poids (valeurs de P = 0,741 et 0,573 respectivement).

Conclusion : En effet, les scores de l'indice de l'alimentation saine se sont significativement améliorés après la chirurgie, mais les patients n'ont pas adopté de bonnes habitudes alimentaires, la plupart d'entre eux restant dans la catégorie «régime de mauvaise qualité». En plus, les scores de frénésie alimentaire se sont significativement améliorés après la chirurgie, mais certains patients souffraient encore de ce syndrome. Enfin, l'envie irrésistible de manger s'est améliorée après la chirurgie, mais il a été constaté que les patients désiraient plus le sucre après la chirurgie qu'avant.

P.152

Les colites microscopiques : une cause non rare de diarrhées chroniquesF.E. Haddar ⁽¹⁾, F. Bellouhou ⁽²⁾, A. Benayad ⁽¹⁾, S. Oubaha ⁽¹⁾, Z. Samlani ⁽¹⁾, K. Krati ⁽¹⁾

(1) Marrakech, MAROC ; (2) Marrakech , MAROC.

Introduction : Les colites microscopiques constituent une cause fréquente de diarrhée chronique avec un aspect endoscopique normal de la muqueuse colique. De ce fait la réalisation de biopsies coliques étagées s'avère primordiale. Les deux formes histologiques de la colite microscopique sont la colite lymphocytaire (CL) et la colite collagène (CC).

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective colligeant tous les patients ayant une colite microscopique diagnostiquée sur une période de 16 ans (2001-2017). Pour chaque patient, on a précisé les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et histologiques ainsi que les modalités thérapeutiques et évolutives.

Résultats : cinquante quatre patients ont été colligés : 34 cas de colites collagènes et 20 cas de colites lymphocytaires. L'âge moyen des patients était de 56,3 ans (39-78 ans). Le sexe ratio était de 0,8 (30 femmes et 24 hommes). Le motif de la réalisation de la coloscopie était l'exploration d'une diarrhée chronique chez 9,4 % des patients. Elle était normale chez 89,7% des malades et a objectivé un aspect congestif dans le reste des cas. Pour les CC, l'épaisseur moyenne de la membrane basale était de 11,4 µm (10 - 20 µm). Pour les CL, le nombre moyen des lymphocytes intraépithéliaux était de 26,2% (20 -50 %). L'association à une pathologie auto-immune a été notée dans 9 cas (16,5%) : polyarthrite rhumatoïde (N = 4), hypothyroïdie (N = 2), maladie cœliaque (N = 1), diabète type1 (N=1), hépatite autoimmune (N=1). Un facteur déclenchant à type de prise médicamenteuse a été signalé dans 5 cas (Dafion®, Tardyferon®). A l'arrêt du médicament incriminé, il y a eu régression de la diarrhée et des lésions histologiques dans 3 cas sur 4. Le traitement préconisé chez nos patients était : des ralentisseurs de transit dans 29,2% des cas, des salicylés dans 41,6% des cas et un seul patient a été traité par corticoïdes. L'abstention thérapeutique a été envisagée dans 21,4% des cas devant une régression spontanée des symptômes. L'évolution était bonne chez 94,5% des malades dès la première prescription. Quatre patients ont nécessité le recours à une association lopéramide-salicylé avec une évolution favorable. Un cas de maladie de Crohn a été diagnostiqué ultérieurement à la suite d'une récurrence symptomatique.

Conclusion : Les colites microscopiques sont une étiologie sous estimée des diarrhées chroniques. Leur étiopathogénie reste mal connue. Un interrogatoire minutieux à la recherche de prise de médicament incriminé est primordial. L'évolution est souvent favorable sous traitement adapté.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000956>

P.153

Aspects cliniques, endoscopiques, histologiques et thérapeutiques de la colite microscopique : une étude rétrospective monocentriqueA. Mensi ⁽¹⁾, A. Labidi ⁽¹⁾, N. Ben Mustapha ⁽¹⁾, M. Serghini ⁽¹⁾, M. Fekih ⁽¹⁾, J. Boubaker ⁽¹⁾

(1) Tunis, TUNISIE.

Introduction : La colite microscopique (CM) est une maladie inflammatoire chronique, reconnue comme une cause relativement fréquente de diarrhée chronique. Son diagnostic est anatomo-pathologique. Elle est caractérisée par l'altération de l'épithélium de surface associée à un infiltrat inflammatoire de la lamina propria par des lymphoplasmodocytes mêlés à des polynucléaires neutrophiles et éosinophiles. Cette entité regroupe la colite collagène et la colite lymphocytaire. **Le but de ce travail** est de rapporter les caractéristiques cliniques, endoscopiques, histologiques et thérapeutiques de la colite microscopique.

Patients et Méthodes : Nous avons mené une étude rétrospective ayant colligé tous les patients ayant une colite microscopique entre 2008 et 2017. La colite collagène était définie par la présence d'un épaississement de la bande de collagène sous-épithéliale. La colite lymphocytaire était définie par l'augmentation des lymphocytes intra-épithéliaux.

Résultats : Nous avons colligé 16 patients, d'âge moyen 46 ± 18 ans avec des extrêmes allant de 8 à 78 ans. Le sexe ratio était de 1 (Huit femmes et 8 hommes). Un patient avait une maladie de Behcet et une patiente avait une hypothyroïdie. La prise médicamenteuse au long cours était notée chez 2 patients : des anti-inflammatoires non stéroïdiens chez un patient et des inhibiteurs de la pompe à proton chez un autre. Le tabagisme actif était retrouvé chez 5 patients. Tous les patients avaient une diarrhée liquidienne. Des douleurs abdominales étaient présentes chez 2 patients et l'amaigrissement était présent chez 2 patients. Une anémie hypochrome microcytaire à 11 g/dl était présente chez 2 patients. Aucun patient n'avait un syndrome inflammatoire biologique. La coloscopie était normale chez tous les patients. L'examen histologique a conclu à une colite collagène chez 12 patients et à une colite lymphocytaire chez 4 patients. Dix patients n'ont pas été traités car la symptomatologie a disparu spontanément au bout de 5 mois ± 3 mois. Quatre patients ont été mis sous traitement anti-diarrhéique (lopéramide chez un patient et actapulgite chez 3 patients) avec disparition de la diarrhée, deux patients ont été mis sous salicylés par voie orale avec une bonne évolution clinique au bout de 1 mois chez un patient et 3 mois chez l'autre.

Conclusion : La colite microscopique est une pathologie chronique bénigne. La majorité de nos patients se sont améliorés spontanément ou sous traitement anti-diarrhéique sinon un traitement par salicylés peut être proposé.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000138>

P.154

La tuberculose abdominale : à propos de 79 cas

B. Hasnaoui ⁽¹⁾, A. Hammami ⁽¹⁾, N. Elleuch ⁽¹⁾, A. Ben Slama ⁽¹⁾, H. Jaziri ⁽¹⁾, A. Braham ⁽¹⁾, S. Ajmi ⁽¹⁾, M. Ksaa ⁽¹⁾, A. Jmaa ⁽¹⁾

(1) Sousse, TUNISIE.

Introduction : La tuberculose pose un problème de santé publique dans certaines régions endémiques du monde dont la Tunisie. La forme abdominale figure parmi les localisations extra pulmonaires les plus fréquentes de l'infection tuberculeuse, et elle se caractérise par la diversité de ses aspects cliniques et radiologiques. L'objectif de ce travail était d'étudier les aspects cliniques, biologiques et thérapeutiques de la tuberculose abdominale.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective menée au service de gastro-entérologie, à l'hôpital universitaire Sahloul de Sousse, s'étalant sur une période de 10 ans allant de janvier 2008 à décembre 2017 et colligeant tous les cas de tuberculose abdominale.

Résultats : On a inclus 79 patients. Il s'agit de 43 femmes (54,4%) et de 36 hommes (45,6%). L'âge moyen de nos patients était de 42 ans (17-79 ans). La notion de contag tuberculeux était retrouvée dans 10% des cas. Les symptômes cliniques étaient variables dominés par la distension abdominale associée à des douleurs abdominales diffuses dans 84% des cas, une altération de l'état général dans 68% des cas et une diarrhée dans 7 cas (8,8%). Le délai moyen d'apparition des symptômes était 3 mois. Un syndrome sub-occlusif a révélé la maladie dans 4% des cas (3 cas). La localisation abdominale était péritonéale dans 63 cas (79,7%), intestinale dans 11 cas (14%) et hépatique dans 5 cas (6,3%). Le motif de découverte était une ascite chez 61 malades (77,2%), une masse abdominale chez 2 patients (2,5%) et des adénopathies périphériques chez trois patients (3,7%). L'IDR à la tuberculine était positive dans 32,4 % des cas. La biologie avait montré un syndrome inflammatoire biologique dans 81,7 % des cas, une lymphopénie dans 83,8 % des cas, une anémie normochrome normocytaire chez 46,7 % des cas et une perturbation du bilan hépatique dans 6,3% des cas. Le diagnostic de certitude était histologique dans tous les cas, par la mise en évidence d'un granulome épithélioïde et géantocellulaire avec nécrose caséuse (67%) ou sans nécrose caséuse après avoir éliminer les autres diagnostics différentiels (33%). Un traitement antituberculeux a été instauré chez tous les patients. L'évolution était favorable et sans complications chez 74 patients (93,6 %). Seulement 5 malades avaient présenté une hépato-toxicité indiquant l'arrêt puis la reprise progressive du traitement.

Conclusion : La tuberculose abdominale, dans ces différentes localisations, pose encore des difficultés diagnostiques pour le clinicien, étant donné son expression polymorphe et son caractère insidieux. Ce diagnostic doit être évoqué particulièrement en zone d'endémie et chez les populations déplacées. Son traitement est bien codifié et efficace dans la majorité des cas.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000453>

P.155

La tuberculose abdominale : à propos de 31 cas

F. Aissaoui ⁽¹⁾, M. Zakhama ⁽²⁾, M. Ben Abdelwahed ⁽¹⁾, R. Baklouti ⁽²⁾, W. Boughiel ⁽²⁾, W. Ben Mansour ⁽²⁾, H.L. Mohamed ⁽²⁾, B.C. Nabil ⁽²⁾, L. Safer ⁽²⁾

(1) Tunis, TUNISIE ; (2) Monastir, TUNISIE.

Introduction : La tuberculose abdominale occupe la troisième place de la tuberculose extra pulmonaire. Elle englobe la tuberculose du tractus gastro-intestinal, le péritoine, l'épiploon, et d'autres organes intra-abdominaux pleins comme le foie, la rate et le pancréas. Le diagnostic repose souvent sur les données clinico-radiologique et anatopathologique.

Le but de ce travail est d'étudier les caractéristiques épidémiologique-clinique, diagnostiques et thérapeutiques de la tuberculose abdominale.

Patients et Méthodes : Il s'agissait d'une étude rétrospective menée au service de gastro-entérologie du CHU Fattouma Bourguiba Monastir sur une période de 16 ans. Elle avait inclus tous les cas de tuberculose abdominale. Les données épidémiologiques, radiologiques, thérapeutiques et évolutives étaient recueillies. La confirmation du diagnostic reposait sur une preuve bactériologique et/ou anatopathologique.

Résultats : Il s'agissait de 31 patients d'âge moyen 41,7 ans avec une prédominance féminine (61,3 %). Un antécédent de tuberculose était noté dans 4 cas (12,9 %) et la consommation de lait cru dans 4 cas (12,9 %). Majoritairement, il s'agissait d'une tuberculose péritonéale isolée dans 23 cas (74,2 %). Dans 28 cas, l'atteinte abdominale était isolée, la tuberculose était multifocale dans 3 autres cas. Les signes généraux les plus fréquents étaient : une douleur abdominale dans 19 cas (61,3 %) et une altération de l'état générale dans 17 cas (54,8 %). À l'examen, on avait fréquemment noté une ascite dans 20 cas (64,5 %). L'IDR à la tuberculine était positive dans 12 cas (38,7 %). Un SIB était noté chez 7 patients (22,6 %). L'échographie abdominale avait décelé une ascite dans 17 cas (54,8%), des adénopathies dans 4 cas (12,9 %) et une hépatomégalie dans 3 cas (9,7 %). La TDM thoraco-abdominale avait montré des éléments d'orientation dans 25 cas (80,6 %). La ponction d'ascite était pratiquée chez 21 patients. Le diagnostic de tuberculose était retenu sur des arguments anatomo-pathologiques dans tous les cas (100 %). La recherche de BK était négative dans tous les cas. Le traitement était basé sur les anti-tuberculeux dans tous les cas. La streptomycine était utilisée dans 7 cas (22,6 %). La durée moyenne du traitement était de 8 mois. L'évolution était favorable dans 24 cas (77,4 %) et 7 cas étaient perdus de vue.

Conclusion : La tuberculose abdominale constitue toujours un problème de santé en Tunisie et sa prévalence est sous-estimée surtout dans le milieu rural. Son diagnostic demeure difficile en l'absence de preuve histologique. Mais le traitement est généralement efficace et bien toléré

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000927>

P.156

La tuberculose digestive : trompeuse mais toujours d'actualitéH. Sakly ⁽¹⁾, K. Ikbel ⁽¹⁾

(1) Monastir, TUNISIE.

Introduction : La tuberculose extra pulmonaire devient de plus en plus fréquente. La localisation abdominale occupe la deuxième place après la ganglionnaire. La microbiologie faisant souvent défaut, le diagnostic repose sur un faisceau d'argument clinico-biologique et anatomopathologique.

Le but de ce travail est d'analyser les particularités épidémiologiques, cliniques, paracliniques, diagnostiques, thérapeutiques et évolutives de la tuberculose digestive.

Patients et Méthodes : Etude rétrospective descriptive incluant les cas de tuberculose digestive hospitalisés au service de Maladies Infectieuses durant la période allant de Janvier 2002 à Septembre 2018. La confirmation du diagnostic était faite grâce à une preuve bactériologique et/ou anatomopathologique.

Résultats : Il s'agissait de 22 malades d'âge moyen de 36,38 ans $\pm$ 14,06 avec une prédominance féminine (66,6%). Un antécédent de tuberculose était noté dans 1 cas (4,8%). Une consommation de lait cru était notée dans 13 cas (60%). Les signes cliniques les plus fréquents étaient : la fièvre (n=13, 61,9%), une altération de l'état général (n=13, 61,9%), une douleur abdominale (n=11, 52,4%), une distension abdominale (n= 4, 19%) et les troubles du transit (n= 5, 23,8%). L'intradermo-réaction et la recherche du Bacille de Koch dans les crachats étaient revenues positives dans 16 (76,2 %) et 3 cas (14,3 %), respectivement. L'hépatomégalie était présente dans 19% des cas (n=4). Le scanner abdominal a objectivé des adénopathies dans 7 cas (33%). L'examen anatomopathologique avait révélé des granulomes avec nécrose caséuse dans 19/20 cas (95%). La Polymérase Chain Reaction du Bacille de Koch sur biopsie (PCR) était positive dans 5 cas (25%). Majoritairement, il s'agissait de tuberculose péritonéale dans 10 cas (47,6%) et tuberculose hépatique et caecale dans 3 cas (14,3%). La tuberculose digestive était associée à une autre localisation dans 9 cas (42,8%) : ganglionnaire dans 4 cas (19%), génitale dans 3 cas (14,3%) et pulmonaire dans 2 cas (9,5%). Tous les malades avaient reçu un traitement antituberculeux. La durée moyenne du traitement était de 14,09 mois $\pm$ 10,25. L'amélioration clinique était notée chez la majorité des patients (n=17, 81%) après un délai moyen de 13,68 jours $\pm$ 9,39. L'évolution était favorable chez 19 patients (88%).

Conclusion : La tuberculose digestive se caractérise par un polymorphisme clinique. Bien que rare, il faut la rechercher devant toute tuberculose disséminée ou signe clinique non spécifique. La confirmation diagnostic reste difficile devant l'absence de données microbiologique.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000705>

P.157

La pathologie gastro-intestinale à éosinophiles : à propos de 12 casB. Hasnaoui ⁽¹⁾, M. Mahmoudi ⁽¹⁾, A. Ouni ⁽¹⁾, A. Khsiba ⁽¹⁾, M. Medhioub ⁽¹⁾, L. Hamzaoui ⁽¹⁾, M.M. Azouz ⁽¹⁾

(1) Nabeul, TUNISIE.

Introduction : Les pathologies digestives à éosinophiles forment un groupe hétérogène de maladies chroniques caractérisées par une infiltration éosinophilique importante d'un segment du tube digestif. Contrairement aux œsophagites à éosinophiles dont les critères diagnostiques et la prise en charge sont actuellement bien établis, Les gastro-entérites (GEE) et colites à éosinophiles (CE) restent des pathologies rares dont le diagnostic et l'évolution demeurent imprécis. **Le but de notre travail** est de décrire les caractéristiques cliniques, paracliniques, thérapeutiques et évolutives des GEE et des CE.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective étalée sur une période de 5 ans (2013-2017), incluant tous les cas GEE et CE. Le diagnostic a été établi par la présence d'une infiltration à éosinophiles sur des biopsies gastroduodénale, iléale ou colique et après exclusion de toute cause parasitaire ou maladie extra-digestive.

Résultats : Douze cas ont été colligés, 8 femmes et 4 hommes. L'âge moyen de nos patients était de 37,2 ans [12-74 ans]. Il s'agit de 8 cas de CE, 2 cas de GEE et 2 cas de gastro-entéro-colite à éosinophiles. Un terrain d'atopie a été retrouvé dans le tiers des cas (N=4). Les circonstances de découverte étaient une diarrhée chronique dans 7 cas, des douleurs abdominales 4 cas, des vomissements 2 cas et une ascite dans 2 cas. Une hyper-éosinophilie sanguine était notée chez 5 patients (41,66 %). Le dosage des IgE sériques pratiqué chez 7 malades montrait un taux élevé dans trois cas. Pour les GEE, la fibroscopie digestive haute avait montré une gastropathie nodulaire dans 3 cas, une gastrobulbite érosive dans 2 cas et duodénite nodulaire dans 1 cas. Pour les CE, l'iléocoloscopie était normale dans la majorité des cas (n=6) et avait montré des ulcérations coliques superficielles dans 2 cas. Le traitement préconisé chez nos patients était à base de ralentisseurs de transit dans 2 cas, des dérivés salicylés dans 6 cas et de corticothérapie systémique dans 4 cas. L'évolution était favorable dans la majorité des cas. Un seul patient atteint d'une GEE, a présenté une récidence suite à l'arrêt des corticoïdes et ayant nécessité le recours aux thiopurines.

Conclusion : Les GEE et CE restent des maladies rares bien que leur fréquence est augmentée au cours des dernières années. Leur diagnostic repose sur l'histologie et l'exclusion des autres causes d'hyper éosinophilies.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000600>



Vendredi 22 mars

CO.72

Rôle de l'autophagie endothéliale dans la cancérogénèse hépatique associée au syndrome métabolique

S. Laouirem ⁽¹⁾, J. Wacquet ⁽¹⁾, A. Hammoutene ⁽²⁾, S. Doblas ⁽²⁾, M. Albuquerque ⁽¹⁾, J. Raffenne ⁽¹⁾, F. Cauchy ⁽¹⁾, P.E. Rautou ⁽¹⁾, V. Paradis ⁽¹⁾

(1) Clichy-la-Garenne ; (2) Paris.

Introduction : Le syndrome métabolique (SM) est un facteur de risque majeur de carcinome hépatocellulaire (CHC). Dans ce contexte, la cancérogénèse présente des mécanismes spécifiques. L'autophagie est un mécanisme ubiquitaire physiologique, aussi impliqué dans le développement des hépatopathies chroniques et la cancérogénèse hépatique. Des données préliminaires ont montré que le défaut en autophagie endothéliale s'accompagnait d'une évolution fibrosante accrue.

Les objectifs étaient de déterminer l'impact du défaut d'autophagie endothéliale (ATG5, une protéine clé dans l'initiation de l'autophagie) dans le développement et la progression tumorale du CHC associé au SM dans un modèle expérimental in vivo (souris obèse), in vitro (culture 2D et 3D de lignée d'hépatome, HepG2) et dans des CHC humains associés au SM en étudiant l'expression endothéliale des marqueurs de l'autophagie.

Matériels et méthodes : Des souris Black6 (n=52) présentant ou non un défaut en autophagie endothéliale (Atg5flox/flox; VE-Cadherine-cre) soumises à un régime riche en gras (RG) ou un régime standard (RN) et au diéthylstilbestrol (10 mg / Kg à l'âge de 15 jours) ont été suivies par IRM (imagerie par résonance magnétique) pendant 14 mois. Les foies de ces souris (tumeur et foie non tumoral) ont été comparés par microscopie électronique et spectrométrie de masse (label free). In vitro, l'analyse du protéome des cellules endothéliales humaines (HUVEC shCtrl et shATG5) et des cultures en milieu conditionné avec le surnageant de ces HUVEC en ont été effectués (sur la lignée HepG2, en 2D et 3D). La protéine p62 a été quantifiée par immunohistochimie dans des CHC humains associés au SM (26 CHC et 13 foies non tumoraux).

Résultats : Les souris Atg5flox/flox; VE-Cadherine-cre/RG ont présenté plus de tumeurs (CHC) que les souris Atg5flox/flox; VE-Cadherine-cre/RN (64% vs 25%, $p < 0,05$). Avec le régime gras, les souris déficientes en autophagie développent une obésité et un diabète plus rapidement que les souris WT. Elles développent aussi plus vite et plus de tumeurs (CHC) que les souris WT (9 mois après l'injection du DEN; $p < 0,01$). La microscopie électronique a révélé une accumulation importante de protéines dans des globules intra-tumoraux. La comparaison des tumeurs et du foie non tumoral en protéomique (label free) a permis d'identifier des protéines différentiellement exprimées et impliquées dans la cancérogénèse hépatique. Ces résultats ont été confirmés in vitro grâce à l'analyse du protéome des cellules et sécrétome des HUVEC shATG5 comparées aux HUVEC shCtrl. Plusieurs protéines impliquées dans l'autophagie, l'apoptose et l'angiogenèse (Annexine A2, Histone H2B BK, Hsc70, thrombospondine 1, PAI1) étaient surexprimées dans le sécrétome des HUVEC shATG5 ($p < 0,05$ et fold change > 2). Les cellules HepG2 en cultures 2D présentaient une meilleure viabilité quand elles étaient cultivées en présence du milieu conditionné des HUVEC shATG5 et shCtrl plutôt qu'avec un milieu standard ($p < 0,001$). Pas de différence observée dans les cultures en 3D. L'analyse par immunohistochimie de CHC humains associés au SM a montré que l'intensité de la protéine p62 était significativement plus élevée dans les CHC (0.07 vs 0.99, $p < 0,01$) avec une localisation majoritairement dans le cytoplasme des hépatocytes et dans les cellules endothéliales. Il a été décrit que des agrégats de p62 sont retrouvés dans des modèles déficients en autophagie.

Conclusion : Ces résultats montrent qu'un défaut d'autophagie endothéliale de la protéine ATG5 dans un contexte de SM accélère le développement du CHC.

Remerciements : la ligue contre le cancer

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000881>

CO.73

Devenir des malades avec carcinome hépatocellulaire (CHC) traités par chimioembolisation (CE) : analyse finale de la population française de l'étude OPTIMIS

T. Decaens ⁽¹⁾, A. Heurgué ⁽²⁾, L. Fartoux ⁽³⁾, C. Silvain ⁽⁴⁾, G. Amadéo ⁽⁵⁾, F. Oberti ⁽⁶⁾, X. Adhoute ⁽⁷⁾, P. Mathurin ⁽⁸⁾, V. Ratziu ⁽³⁾, J.P. Bronowicki ⁽⁹⁾, J.L. Raoul ⁽¹⁰⁾

(1) Grenoble ; (2) Reims ; (3) Paris ; (4) Poitiers ; (5) Créteil ; (6) Angers ; (7) Marseille ; (8) Lille ; (9) Vandœuvre-lès-Nancy ; (10) Nantes.

Introduction : La CE est communément utilisée pour traiter les malades avec un CHC non résécable. Cependant, il n'existe aucun consensus pour définir l'indication ou l'échec de la CE. Il est important d'évaluer les ratios bénéfices/risques de poursuivre la CE après échec de celle-ci afin d'assurer l'accessibilité des malades à des traitements ultérieurs

Patients et Méthodes : OPTIMIS est une étude internationale, prospective, observationnelle, qui a inclus 1680 patients, dont 209 évaluable en France, avec un CHC non résécable et pour lesquels la décision de traiter par CE avait été prise à l'inclusion. L'inéligibilité à la CE était pré-définie selon des recommandations et avis d'experts. Les données ont été analysées de façon descriptive

Résultats : Dans l'analyse des 209 patients inclus en France, 84 patients (40,2%) étaient non éligibles à la CE selon les critères spécifiques au protocole, parmi lesquels 60 (71,4%) avaient un statut ECOG ≥ 1 , 71 (34%) étaient BCLC stade C ou D, 5 (6%) présentaient une extension extra-hépatique, et 6 (7,1%) avaient une thrombose porte. La PFS était respectivement de 221 jours (CI 95% [171;260]) et de 174 jours (CI 95% [118;232]) pour la population totale ayant eu une CE et la population inéligible à la CE à l'inclusion. Après la première CE, moins de 5% des malades dégradent leur fonction hépatique de manière chronique. Les taux de réponses complètes et partielles après la première CE (n=209) étaient de 19,6% et 27,3% respectivement. Les taux de réponses diminuaient à la seconde CE (10,6% et 21,3% ; n = 141), à la 3^{ème} (12,5% et 12,5% ; n=64) et 4^{ème} CE (10,3% et 17,2% ; n=29). Après la première CE, 72 patients (34,9%) ont reçu du sorafénib dont 7 (3,3%) lorsqu'ils étaient devenus réfractaires à la CE selon les critères du protocole, alors que pour les 65 autres (31,1%) l'initiation avait été plus tardive. Lors de ce suivi post-CE, 40 patients (19,1%) ont reçu un traitement anti-cancéreux non systémique, dont 9% d'ablation percutanée (n=19) et 6,7% de transplantation (n=14). 26 patients (12,4%) ont reçu un traitement systémique anti-cancéreux qui n'était pas le sorafénib

Conclusion : Ces résultats indiquent, que dans la vraie vie en France, la médiane des valeurs biologiques de la fonction hépatique n'est pas dégradée après la première TACE. Près de 35% des malades sont traités par sorafénib après inéligibilité à la TACE mais seulement 3% de manière précoce. 19% des malades reçoivent des traitements combinés non systémique. Cela montre une grande hétérogénéité des malades traités par TACE et montre le besoin d'un consensus portant sur les indications et la définition d'échec à la CE.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000821>

Efficacité de la radiothérapie interne sélective dans les carcinomes hépatocellulaires non opérables d'emblée : expérience d'un centre tertiaire

C. Perrin⁽¹⁾, J. Chalaye⁽¹⁾, V. Tacher⁽¹⁾, A. Luciani⁽¹⁾, H. Kobeiter⁽¹⁾, C. Hézode⁽¹⁾, F. Roudot-Thoraval⁽¹⁾, E. Reizine⁽¹⁾, E. Herin⁽¹⁾, C. Salloum⁽¹⁾, G. Amadéo⁽¹⁾, A. Mallat⁽¹⁾, H. Regnault⁽¹⁾

(1) Créteil.

Introduction : La radiothérapie interne sélective (SIRT) est un traitement innovant et bien toléré chez des patients atteints de carcinome hépatocellulaire (CHC). Bien qu'il n'y ait pas de différence de survie dans les essais de phase III en comparaison avec le Sorafenib, des données préliminaires chez des patients transplantés suggèrent que la radioembolisation intégrée dans une stratégie de réduction tumorale ou « downstaging », pourrait faciliter l'accès à un traitement curatif.

Patients et Méthodes : L'objectif principal de notre étude était d'évaluer l'efficacité de la SIRT pour le downstaging d'un CHC non accessible à un traitement curatif au diagnostic. Les objectifs secondaires étaient d'évaluer l'impact du downstaging sur la survie globale (SG) et la survie sans progression (SSP) ainsi que d'identifier les facteurs prédictifs de downstaging.

Nous avons conduit une étude rétrospective monocentrique incluant tous les patients traités par SIRT à l'hôpital Henri Mondor entre octobre 2013 et juin 2017 pour un CHC jugé non opérable d'emblée après décision de réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP). Le downstaging était défini à l'imagerie six mois après la SIRT comme une diminution de la taille tumorale ou une dévascularisation suffisante pour proposer un traitement chirurgical après discussion en RCP, selon les critères RECIST 1.1 et mRECIST.

Résultats : 57 patients (H=88%) ont été inclus dont 48 (84%) avaient une cirrhose compensée. Les tumeurs étaient classées BCLC B et C dans 24 (42%) et 33 (58%) respectivement. La majorité des patients avaient une tumeur infiltrante (n=32, 57%) et une invasion porte (n=33, 58%). Plus de la moitié des patients recevait la SIRT en première ligne (n=33, 58%) et n'a reçu qu'une seule séance (n=35, 61%). À 6 mois de la SIRT, 42% des patients (n=24) ont obtenu un downstaging compatible avec un traitement chirurgical. Chez ces patients, 17 (71%) avaient une réponse objective selon RECIST 1.1 et 24 (100%) selon mRECIST. Parmi eux, 54% (n=13) ont pu accéder à un traitement chirurgical, 9 (69%) patients ont été transplantés et 4 (31%) réséqués. La SG était de 69±10,8% chez les patients avec downstaging contre 24±7,5% chez ceux sans downstaging (p<0,001). La SSP à 1 an était de 63% dans le groupe downstaging vs 6% chez les patients non downstagés (p<0,001). Parmi les patients downstagés, la SG était plus élevée chez les patients opérés (77±11,7%) que chez les patients non opérés (54 % ± 20,1) (p<0,001). De la même manière, la SSP à 2 ans était de 65% dans le groupe opéré vs 0% dans le groupe de patients downstagés et non opérés (p<0,001). En analyse multivariée, seul le diabète était associé à un downstaging après SIRT (OR=4,1 [1.33-12.91], p=0,014).

Conclusion : Dans notre série, près de 40% des patients ont été downstagés après SIRT et 54% d'entre eux ont pu accéder à un traitement chirurgical curatif. Le traitement combinant downstaging par SIRT et traitement chirurgical est associé à une SG de près de 80% à 2 ans, significativement supérieure à la survie en l'absence de downstaging. Le diabète est un facteur prédictif associé au downstaging. Ces résultats doivent être confirmés par une étude prospective.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfgc.org/resumes-2019/000319>

Variation des lymphocytes et ratio neutrophiles sur lymphocytes après radioembolisation de patients atteints de carcinome hépatocellulaire

J. Edeline⁽¹⁾, M. Pedrono⁽¹⁾, F. Estrade⁽¹⁾, C. Lescure⁽¹⁾, M. Pracht⁽¹⁾, S. Le Sourd⁽¹⁾, Y. Rolland⁽¹⁾, E. Garin⁽¹⁾

(1) Rennes.

Introduction : Les leucocytes sanguins jouent un rôle important dans l'immunité anti-tumorale. Des variations des lymphocytes ont été décrites dans plusieurs tumeurs après radiothérapie. Nous avons étudié le rôle pronostique des variations de ces leucocytes et plus particulièrement le taux de lymphocytes et le rapport neutrophile/lymphocyte (NLR) après radioembolisation (RE) d'un carcinome hépatocellulaire (CHC).

Patients et Méthodes : Analyse rétrospective de 232 patients atteint de CHC et traités par RE au Centre Eugène Marquis à Rennes. Le suivi clinique, biologique et radiologique était régulier jusqu'à progression ou décès. Un bilan sanguin était prélevé la semaine précédant le geste puis à 6 semaines et à 3 mois. L'objectif principal de l'étude était d'étudier les variations de la NFS après RE et d'évaluer leurs valeurs pronostiques en termes de survie globale. Une analyse de courbe ROC était faite pour déterminer le seuil le plus discriminant. La survie était analysée par la méthode de Kaplan-Meier et un modèle de Cox univarié puis multivarié.

Résultats : Le suivi médian a été de 63 mois. La médiane de survie globale était de 17,6 mois. Un taux de réponse objective de 71% a été observé. Les principales toxicités décrites étaient une asthénie, les douleurs abdominales et la décompensation hépatique. Une toxicité de grade 3 a été décrite chez 17% des patients.

La baisse des lymphocytes était en moyenne de 55% à 6 semaines et 44% à 3 mois. A 3mois, 31,5% des patients avaient un taux de lymphocytes entre 500 et 750/mm³ et 23% un taux inférieur à 500/mm³. Plus la dose de radiation reçue par le foie sain était importante, plus la lymphopénie était profonde et le NLR élevé. A 3 mois, une lymphopénie inférieure à 1000/mm³ a été observée chez 78,9% des patients avec une médiane survie de 17,3mois (IC 95% 13,4-21,3) versus 19,9 mois (IC 95% 7,8-32) chez les 21,1% de patients avec un taux de lymphocytes supérieur à 1000/mm³, HR 1,502 (IC 95% 0,984-2,293), p = 0,06.

A 3 mois, le NLR était un facteur pronostique indépendant (en variable continue : HR 1,06 (IC 95% 1,03-1,09), p < 0,01) et le seuil de 7,2 pour ce NLR était également retrouvé comme facteur pronostique indépendant des caractéristiques tumorales classiques et de la réponse thérapeutique (HR 1,67 (IC 95% 1,16-2,38) p = 0,005). La survie médiane qui était observée chez les patients sous ce seuil était de 9,8 mois (IC 95% 6,2-13,5) et chez les patients au-dessus de ce seuil de 19,8 mois (IC 95% 16,3-23,3), p = 0,003.

Conclusion : Un NLR > 7,2, 3 mois après traitement par RE intra-artérielle hépatique d'un CHC est un facteur de mauvais pronostic indépendant des caractéristiques tumorales classiques et de la réponse thérapeutique. La baisse fréquente des lymphocytes est à considérer dans les études d'association de la RE avec l'immunothérapie.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfgc.org/resumes-2019/001052>

CO.76

Carcinome hépatocellulaire avancé traité par sorafénib : l'expérience est un facteur pronostic influençant favorablement la survie. Résultat d'une étude monocentrique sur 10 ans

X. Adhoute ⁽¹⁾, J.L. Raoul ⁽²⁾, G. Penaranda ⁽¹⁾, P. Castellani ⁽¹⁾, O. Pietri ⁽¹⁾, H. Perrier ⁽¹⁾, S.N. Si Ahmed ⁽¹⁾, V. Oules ⁽¹⁾, S. Benali ⁽¹⁾, N. Radius ⁽¹⁾, M. Bourlière ⁽¹⁾

(1) Marseille ; (2) Nantes.

Introduction : Le sorafénib est le premier traitement systémique du carcinome hépatocellulaire avancé (CHC) avec une fonction hépatique préservée (1). Le faible taux de réponse radiologique, la fréquence des effets adverses, parfois corrélés à l'efficacité (2) de cet inhibiteur multikinase compliquent son utilisation. Au fil du temps, les cliniciens ont appris à mieux prescrire ce traitement (sélection des patients, réductions de doses, pauses thérapeutiques, ré-escalades, gestion des effets secondaires notamment du syndrome mains-pieds) (3).

Objectif : évaluer si l'usage du sorafénib au cours du temps est associé à une meilleure survie.

Patients et Méthodes : Méthodes : étude rétrospective monocentrique durant la période 2008–2017. Détermination : 1) Durée médiane de survie sur deux périodes : 2008–12 (P1)/ 2013–17 (P2) ; 2) Taux de contrôle de la maladie (réponse ou stabilité radiologique) à 8 et 16 semaines, et temps de contrôle durant ces deux périodes ; 3) Variables pronostiques affectant la survie (analyse multivariée).

Résultats : Résultats : 227 patients consécutifs atteints de CHC ont été traités par Sorafénib dans notre unité durant la période 01/2008 – 12/2017, dont 188 patients durant au moins 4 semaines. Leur suivi incluait a) des consultations bimensuelles durant les deux premiers cycles, puis toutes les six semaines les cycles suivants ; b) une évaluation radiologique (TDM ou IRM) selon les critères mRECIST (modified Response Evaluation Criteria in Solid Tumors) toutes les huit semaines durant les six premiers cycles, puis toutes les douze semaines.

La cohorte comportait en majorité des hommes (89%), âgés de 66 ans [63–68], ayant une cirrhose, liée à l'alcool (30%), au VHC (38%), ou à une stéatopathie (19%), la plupart classés Child-Pugh (CP) A (79%) ou CP-B (21%). La stadification BCLC avant d'initier le sorafénib était la suivante : stade B (8%) ou C (92%) (invasion vasculaire 48% et / ou métastases 19%). Le grade ECOG (PS) synonyme de symptômes liés au cancer était le suivant : PS 0 (49%), PS 1 (51%). 68% de nos patients ont reçu un traitement préalable, majoritairement une chimioembolisation (49% de l'effectif).

Après une période moyenne de suivi de 22.5 ±19.9 mois, 80% des patients sont décédés ; la médiane de survie globale pour l'ensemble de la cohorte était de 10.0 [8–12] mois. La survie médiane des patients ayant reçu du sorafénib durant la période 01/2008 – 12/2012 (n=65) était de 8.0 [6–11] mois et 12 [9–15] mois pour ceux ayant reçu du sorafénib sur la période 01/2013–12/2017 (n=123) (p=0.0020). La durée médiane de traitement par sorafénib était : 4.3 [3.0–5.4] mois durant la première période et de 5.9 [4.7–6.7] mois durant la période la plus récente (p=0.009). Les deux groupes de traitement (P1 / P2) étaient comparables concernant les caractéristiques cliniques, l'étiologie, la fonction hépatique, l'indice de performance (PS), l'extension tumorale (invasion vasculaire, métastases) et le taux d'alpha-fœtoprotéine.

Le taux de contrôle à 8 et 16 semaines était de 40% et 24% respectivement, comparable sur les deux périodes (p=0.79), mais la survie était significativement améliorée durant la période la plus récente (p=0.0075). On observait plus fréquemment un syndrome mains – pieds de grade 3/4 parmi les patients ayant une maladie contrôlée comparativement aux autres (p<0.0001).

Une réponse radiologique objective était présente chez 8.5% (n=16) des patients, complète chez cinq d'entre eux (2.5%). Quatre variables avaient une valeur pronostique indépendante affectant la survie : le taux d'AFP (± 200 ng/ml), le grade de Child-Pugh (A vs. B), l'invasion vasculaire et la période de traitement (2008–12 vs. 2013–17).

Conclusion : Conclusion : nos résultats montrent une meilleure gestion du sorafénib au cours du temps avec une durée de traitement supérieure, une amélioration de la survie malgré un taux de contrôle inchangé. Cela suggère qu'il existe une courbe d'apprentissage avec le sorafénib.

Références Bibliographiques : 3.Bolondi L, Craxi A, Trevisani F, Daniele B, Di Costanzo GG, Fagioli S, Camma C, et al. Refining sorafenib therapy: lessons from clinical practice. *Future Oncol* 2015;11:449-465.

2.Reig M, Torres F, Rodríguez-Lope C, Forner A, N LL, Rimola J, Darnell A, et al. Early dermatologic adverse events predict better outcome in HCC patients treated with sorafenib. *J Hepatol* 2014;61:318-324.

1.Llovet JM, Ricci S, Mazzaferro V, Hilgard P, Gane E, Blanc JF, de Oliveira AC, et al. Sorafenib in advanced hepatocellular carcinoma. *N Engl J Med* 2008;359:378-390.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000428>

Traitement percutané par radiofréquence multibipolaire et électroporation irréversible pour les carcinomes hépatocellulaires avec thrombose porte tumorale

L. Blaise ⁽¹⁾, O. Sutter ⁽¹⁾, N. Ganne-Carrié ⁽¹⁾, P. Nahon ⁽¹⁾, N. Barget ⁽¹⁾, M. Ziol ⁽¹⁾, G. Nkontchou ⁽¹⁾, V. Grando ⁽¹⁾, O. Seror ⁽¹⁾, J.C. Nault ⁽¹⁾
(1) Bondy.

Introduction : Le carcinome hépatocellulaire (CHC) est souvent diagnostiqué à un stade avancé, notamment avec une invasion vasculaire macroscopique, ce qui classe ces CHC en stade BCLC C relevant classiquement d'un traitement systémique par sorafénib associé à une médiane de survie de 10 mois. Cependant, de nouvelles méthodes d'ablation percutanée incluant la radiofréquence (RF) multibipolaire et l'électroporation irréversible (IRE) permettent d'étendre les traitements à des tumeurs avec extension portale limitée afin d'obtenir une ablation tumorale complète. Leur place dans les CHC localement avancés reste à déterminer.

Patients et Méthodes : Tous les patients traités par ablation percutanée par RF ou IRE de 2004 à 2017 pour CHC avec envahissement tumoral portal dans un centre tertiaire ont été étudiés rétrospectivement. Les variables clinico-biologiques ont été recueillies avant traitement percutané et corrélées à la survenue des événements cliniques lors du suivi : échec du traitement (défini par un reliquat tumoral persistant non traitable par voie percutanée ou la progression tumorale après traitement à la première évaluation radiologique), récurrence tumorale et décès, en utilisant la méthode de Kaplan Meier et le test du Log Rank. L'analyse uni et multivariée a été effectuée selon le modèle de Cox. Les complications ont été classées selon la classification de Dindo-Clavien.

Résultats : Entre 2004 et 2017, 42 patients ont été traités par ablation percutanée à visée curative : 24 RF multibipolaire (57%) et 18 IRE (43%) pour CHC avec envahissement portal. Il y avait 66% d'homme, d'âge moyen 62.9 ans, tous cirrhotiques en dehors d'un patient F2. L'étiologie de la cirrhose était l'alcool dans 71% (facteur isolé dans 21%, associé à la NASH dans 21%, au VHC dans 24% ou au VHB dans 5%), Child Pugh A dans 88% des cas, avec un MELD médian à 8. Les CHC traités étaient nés de traitement antérieur dans 62% des cas. Il s'agissait sinon de récidives après traitement local (14 cas) ou de réponses tumorales partielles après sorafénib (2 cas). Le CHC était unique dans 74% des cas avec une taille tumorale médiane de 53mm. L'envahissement vasculaire était classé VP1 (thrombus distal n'atteignant pas une branche portale de 2^{ème} ordre) dans 14% des cas, VP2 (thrombus dans une branche portale de 2^{ème} ordre) dans 48% des cas, VP3 (thrombus dans la branche porte droite ou gauche) dans 31% et VP 4 (thrombus dans le tronc porte) dans 5% des cas. Nous avons observé 9.5% de complications mineures (Dindo Clavien II) et 19% de complications majeures (Dindo Clavien III à V) ont trois décès (7%) post-procédure : une défaillance multi-viscérale précoce (J1), une perforation gastrique (J23) et une insuffisance hépatocellulaire (J27). Après en moyenne 14 séances de procédure, 64% de traitements ont été jugés complets sur l'imagerie à un mois. La survie médiane après traitement percutané était de 17 mois avec 68% de survivants à 1 an, 38% à 2 ans et 19% à 3 ans. Il n'y avait pas de différence statistiquement significative en termes de survie selon la technique de traitement ($P=0.91$). La survie sans progression (incluant les décès, échec de traitement initial et récidive après traitement complet) était de 27% à 1 an, 11% à 2 ans et 5% à 3 ans. Après un traitement initial complet, une récurrence tumorale était observée chez 47% des patients à 1 an et 79% des patients à 2 et 3 ans respectivement. Les patients ayant un traitement initial complet avaient une médiane de survie plus longue (26.3 mois) que les patients avec un échec de traitement (11.4 mois, $P=0.0004$). En analyse multivariée, un traitement initial complet était associé à une meilleure survie ($HR=4.5$ CI95% : 1.86-10.85, $P=0.0008$) indépendamment des caractéristiques tumorales. A la suite du traitement percutané, 19 patients ont reçu du sorafénib lors de la progression (9 cas) ou d'une récidive (10 cas).

Conclusion : L'ablation percutanée par RF multibipolaire ou IRE est associée à une survie globale prolongée chez des patients sélectionnés avec CHC et thrombose porte tumorale, au prix d'une morbi-mortalité significative qui pourrait être réduite par un recours systématique à l'IRE pour les formes centrales avec envahissement vasculaire macroscopique VP 3-4.

REACH-2 : phase III randomisée contrôlée et réalisée en double aveugle, comparant le ramucirumab à un placebo en traitement de 2^{ème} ligne des patients avec un CHC avancé ayant reçu en 1^{ère} ligne du sorafénib et présentant un taux élevé d'AFP à l'inclusion

E. Assenat ⁽¹⁾, A. Zhu ⁽²⁾, Y.K. Kang ⁽³⁾, C.J. Yen ⁽⁴⁾, R. Finn ⁽⁵⁾, P. Galle ⁽⁶⁾, J. Llovet ⁽⁷⁾, G. Brandi ⁽⁸⁾, H.Y. Lim ⁽⁹⁾, M. Pracht ⁽⁹⁾, K.M. Rau ⁽¹⁰⁾, P. Merle ⁽¹¹⁾, K. Motomura ⁽¹²⁾, I. Ohno ⁽¹³⁾, B. Daniele ⁽¹⁴⁾, D.B. Shin ⁽¹⁵⁾, G. Gerken ⁽¹⁶⁾, P. Abada ⁽¹⁷⁾, Y. Hsu ⁽¹⁸⁾, M. Kudo ⁽¹⁹⁾

(1) Montpellier ; (2) Boston, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (3) Séoul, RÉPUBLIQUE DE CORÉE ; (4) Tainan, TAÏWAN ; (5) Los Angeles, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (6) Mayence, ALLEMAGNE ; (7) Barcelone, ESPAGNE ; (8) Bologne, ITALIE ; (9) Rennes ; (10) Kaohsiung, TAÏWAN ; (11) Lyon ; (12) Fukuoka, JAPON ; (13) Chiba, JAPON ; (14) Bénévent, ITALIE ; (15) Incheon, RÉPUBLIQUE DE CORÉE ; (16) Essen, ALLEMAGNE ; (17) Indianapolis, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (18) New York, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (19) Osaka, JAPON.

Introduction : Les patients atteints de carcinome hépatocellulaire avancé (CHC) avancé présentant un taux élevé d'alpha-fœtoprotéine (AFP) ont un plus mauvais pronostic que celui de la population générale des CHC et ils ont besoin d'options thérapeutiques efficaces et bien tolérées. L'augmentation de l'expression du VEGF et VEGFR2 est associée à une forte expression de l'AFP dans les hépatocarcinomes. Le ramucirumab (RAM) est un anticorps monoclonal IgG1 humain qui inhibe l'activation du VEGFR2. L'étude REACH-2 a été conçue pour confirmer le bénéfice du traitement par RAM précédemment observé chez les patients de l'étude REACH dont le taux d'AFP à l'inclusion était ≥ 400 ng/mL.

Patients et Méthodes : Les patients éligibles étaient âgés de 18 ans ou plus, présentaient un CHC de stade C ou B selon la classification BCLC, réfractaire ou ne se prêtant pas à un traitement locorégional, dont le taux d'AFP à l'inclusion était ≥ 400 ng/mL, de type Child-Pugh A, avec un PS de 0 ou 1, avec des paramètres hématologiques et biochimiques adéquats, et ils devaient avoir progressé pendant ou après un traitement par sorafénib, ou être intolérants au sorafénib. Les patients ont été randomisés (2:1) afin de recevoir du RAM 8 mg/kg iv ou un placebo (PCB) toutes les 2 semaines associés aux meilleurs soins de supports, jusqu'à progression de la maladie ou survenue d'une toxicité inacceptable. Le critère d'évaluation principal était la survie globale (SG). Les critères d'évaluation secondaires comprenaient la survie sans progression (SSP), le taux de réponse objective (TRO) selon les critères RECIST v1.1 et la tolérance.

Résultats : 292 patients ont été randomisés dans les bras RAM (197) ou PCB (95). Les caractéristiques à l'inclusion étaient généralement équilibrées entre les deux bras. Le traitement par RAM a significativement amélioré la SG (SG médiane 8,5 mois vs 7,3 mois sous PCB, RR 0,710, IC à 95 % 0,531, 0,949, $p = 0,0199$) et significativement amélioré la SSP (SSP médiane 2,8 mois vs 1,6 mois sous PCB, RR 0,452, IC à 95 % 0,339, 0,603, $p < 0,0001$). Le TRO était de 4,6 % sous RAM vs 1,1 % sous PCB ($p = 0,1156$) et le taux de contrôle de la maladie (TRO + maladie stable) était de 59,9 % sous RAM vs 38,9 % sous PCB ($p = 0,0006$). Les événements indésirables de grade ≥ 3 survenant chez ≥ 5 % des patients dans le bras RAM étaient l'hypertension (12,4 % sous RAM, 5,3 % sous PCB) et l'hyponatrémie (5,6 %, 0 %).

Conclusion : L'essai REACH-2 a atteint son critère d'évaluation principal montrant un bénéfice significatif de survie, le traitement par RAM réduisant le risque de décès (29 %) chez les patients présentant un CHC avancé avec un taux d'AFP ≥ 400 ng/mL et ayant progressé sous ou intolérants au sorafénib. Le traitement était bien toléré, avec un profil de tolérance comparable à celui préalable avec RAM en monothérapie. REACH-2 est la première étude positive de phase III réalisée dans une population de patients atteints d'un CHC et sélectionnée selon un biomarqueur.

Remerciements : Lilly est le promoteur de cette étude. Ces résultats ont été présentés au congrès annuel de l'ASCO (American Society of Clinical Oncology) du 1-5 juin 2018, Chicago, États-Unis.

Pour consulter ce résumé en ligne :
<https://www.snfge.org/resumes-2019/000087>

CO.79

ALDOCCR : jusqu'à quel âge proposer le dépistage du cancer colorectal par recherche d'un saignement occulte dans les selles ? Analyse d'une cohorte dans une population bien définie

S. Manfredi ⁽¹⁾, E. Tardieu ⁽²⁾, V. Cottet ⁽¹⁾, J. Faivre ⁽¹⁾
 (1) Dijon ; (2) Mâcon.

Introduction : La population française vieillit, on estime qu'en 2020 les individus de plus de 75 ans représenteront 10% de la population. L'espérance de vie des individus ayant atteint 75 ans ou plus n'a cessé de s'améliorer au cours du temps : 12 ans pour les individus de 75 ans et 8 ans pour ceux de 80 ans. Près de 50% des cancers colorectaux (CCR) surviennent après 75 ans. La question de la poursuite du dépistage au-delà de 75 ans est souvent posée. Aucune étude de population concernant la population âgée n'est disponible et l'on ne peut donc pas définir précisément l'âge limite au-delà duquel le dépistage n'est plus justifié.

La cohorte bourguignonne est la seule ayant concernée une population âgée. Les données collectées permettent de déterminer la participation au dépistage après 75 ans, le taux de positivité du test et l'effet du dépistage sur la mortalité et l'incidence du CCR en fonction de l'âge.

Patients et Méthodes : La cohorte bourguignonne de dépistage du CCR a été créée en 1988. La cohorte de sujets âgés est composée de 4268 personnes, nées entre 1914 et 1918 résidant dans 12 cantons de Saône et Loire. Un test de dépistage par la recherche d'un saignement occulte dans les selles (Hémocult®) était proposé jusqu'en 2002, puis une simple surveillance jusqu'en 2009. Pour les individus initialement âgés de 70 - 74 ans lors de l'étude pilote (1988), l'invitation au dépistage a été prolongée jusqu'à 82 - 86 ans. Nous pouvons ainsi déterminer le taux de participation et le taux de positivité du test dans cette population.

La population étudiée est couverte par le registre bourguignon des cancers digestifs et la structure de gestion du dépistage de Saône et Loire. Ces 2 structures ont recueilli les données nécessaires à la réalisation de cette étude, dans la population incluse dans le programme de dépistage et dans la population témoin (cantons non inclus dans le programme de dépistage).

Le nombre de personnes-années, nécessaire pour calculer le ratio d'incidence ou de mortalité standardisé, sera calculé par sexe et par périodes de 5 ans. Le nombre de décès ou le nombre de cas attendus dans la cohorte sera calculé en multipliant le taux de mortalité ou d'incidence spécifique dans la population de Saône et Loire par le nombre de personnes-années. Le ratio du nombre de décès ou de cas incidents observés et du nombre de décès ou de nouveaux cas attendus permettra de déterminer le ratio de mortalité (SMR) ou d'incidence standardisé (SIR).

Cette étude permet de déterminer, sur des données de population, jusqu'à quel âge il est licite de proposer le dépistage de masse organisé du CCR.

Résultats : Le taux de participation est resté supérieur à 40% (47% à 43%) lors des 3^{èmes} campagnes puis était inférieur à 40% lors des 4 suivantes (39% à 20%), sans différence entre les hommes et les femmes. Le taux de participation décroît avec l'âge des patients, il reste supérieur à 40% jusqu'à 78 ans, supérieur à 30% jusqu'à 80 ans. Le taux de positivité du test varie de 1,7% à 3,0% suivant les campagnes, il variait de 1,9% à 3,1% chez l'homme (moy:2,6%) et de 1,2% à 3,0% chez la femme (moy:1,8%), sans différence significative. L'incidence des cancers était en 1998 (pendant la campagne de dépistage) de 2,3% pour les non participants et de 3,3% pour les participants (p=0,06) ; elle était en 2009 (7 ans après la dernière campagne de 3,3% et 4,8% respectivement (p=0,014). Les stades de cancer étaient significativement moins avancés dans la population participante (stades I+II : 56,6%, stades III : 14,8%, stades IV : 28,7%), que dans la population non participante (stades I+II : 39,3%, stades III : 26,8%, stades IV : 33,9%). Cette différence ne variait pas selon que les individus avaient participé à 3 campagnes ou moins et ou qu'ils avaient participé à plus de 3 campagnes. Les ratios d'incidence et de mortalité standardisés seront calculés et disponibles pour les JFHOD.

Conclusion : Les indicateurs d'efficacité du dépistage de masse du CCR restent bons au delà de 75 ans. Ces résultats, dans une population pilote, sont en faveur de l'extension à 78-80 ans de l'âge limite du dépistage de masse du CCR.

Remerciements : PRIX PIERRE DURAND & MARIE-THERESE CHEVALIER 2017

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000735>

Fiabilité de l'étude du phénotype MMR tumoral : étude à partir d'une cohorte de 4 948 cas de tests MSI et analyse des phénotypes atypiques

M. Jaffrelot ⁽¹⁾, A.P. Laurenty ⁽¹⁾, N. Fares ⁽¹⁾, A. Staub ⁽¹⁾, D. Bonnet ⁽¹⁾, M. Danjoux ⁽¹⁾, P. Vande Perre ⁽¹⁾, J. Meilleroux ⁽¹⁾, E. Chipoulet ⁽¹⁾, C. Toulas ⁽¹⁾, J. Selves ⁽¹⁾, R. Guimbaud ⁽¹⁾

(1) Toulouse.

Introduction : Le phénotype tumoral d-MMR (déficience du système Mismatch Repair) témoigne d'un dysfonctionnement somatique du système MMR. Il est évalué par biologie moléculaire (recherche d'une instabilité micro-satellitaire : MSI) et/ou par immunohistochimie (perte d'expression des protéines MMR).

La connaissance de ce phénotype tumoral est essentielle pour la stratégie diagnostique des syndromes de Lynch et, depuis peu, pour la prédiction de l'efficacité thérapeutique à l'immunothérapie anti-PD1/PDL1. Dans ce contexte où la demande de tests somatiques MMR est fortement croissante pour un grand nombre de types tumoraux, la fiabilité de ce test est essentielle. Le but de notre étude était d'évaluer la fiabilité des 2 techniques de détermination du statut MMR en relevant les cas atypiques c'est-à-dire pour ceux pour lesquels la bio. moléculaire et l'immunohistochimie (IHC) ne correspondent pas à des profils classiquement décrits et admis ; puis en caractérisant ces cas.

Patients et Méthodes : Tous les cas de demande d'analyse du phénotype somatique MMR réalisés dans notre plateforme entre 2007 et 2017 ont été revus. Les cas d-MMR pour lesquels les 2 analyses (bio. moléculaire et IHC) avaient été réalisées et étaient interprétables ont été retenus. Parmi eux, les cas d-MMR n'ayant pas un profil typique (profil typique = MSI en biologie moléculaire avec une perte d'expression en couple des protéines MSH2/MSH6 ou MLH1/PMS2 en IHC) ont été relevés et classés comme cas « atypiques ».

Résultats : 4948 patients ont eu une analyse tumorale MMR entre 2007 et 2017 dont 2528 avec une analyse conjointe en bio. moléculaire et en IHC vérifiée et interprétable. La concordance étant définie soit comme une absence de MSI avec un maintien d'expression des 4 protéines en IHC, soit comme la présence d'un MSI avec une perte d'expression ; le taux de concordance entre biologie moléculaire et IHC était de 98,9% (28 cas discordants identifiés). Parmi les 2528 cas, 488 avaient un phénotype d-MMR (23%) dont 97 cas « atypiques » (3,8%) : 65 cancers colorectaux, 13 cancers de l'endomètre, 8 cancers digestifs non colorectaux, et 11 cancers autres (sébacéomes, gliomes, sarcomes, cancers de l'ovaire). Pour ces cas atypiques, l'âge moyen au diagnostic était de 57,8 ans, avec un ratio H/F de 1,5/2.

La caractérisation des 97 cas atypiques est représentée dans le tableau suivant :

Résultat IHC	Perte des 4 protéines, n = 5	Maintien des 4 protéines, n = 5	Perte en couple classique, n = 17	Perte isolée PMS2 ou MSH6, n = 50	Perte protéique aberrante, n = 20
Résultat Bio.Mol	MSI : 4 MSS : 1	MSI : 3 MSS : 2	MSI : 9 MSS : 8	MSI : 10 MSS : 2	MSI : 1 MSS : 1

MSI : instabilité micro satellitaire (sur au moins deux des marqueurs du panel Pentaplex), MSS : stabilité micro satellitaire, MSI low : instabilité sur un seul des marqueurs.

Parmi les 97 cas atypiques, 38 se caractérisaient par la présence d'un MSI et d'une perte isolée de PMS2 ou de MSH6. Ces cas correspondant à des profils déjà décrits et expliqués au niveau biologique peuvent être les seuls classés en « atypiques-décrits ». Les 59 autres cas sont considérés comme « atypiques-aberrants ».

Les caractéristiques cliniques et génétiques associées à ces cas atypiques (décrits et aberrants) seront présentées

Conclusion : Dans un centre expérimenté, avec centralisation régionale de la technique, la concordance globale des deux techniques d'analyse du statut MMR somatique est excellente avec seulement 1,1% de cas discordants. La fréquence des cas d-MMR de notre cohorte est supérieure à 20% ; parmi eux près de 1 cas sur 5 a un profil d-MMR atypique. Une meilleure caractérisation de ces cas atypiques apparaît importante afin d'apprécier leur signification et leur comportement (évaluation de la charge mutationnelle, valeur pronostique et/ou prédictive thérapeutique, contexte génétique...)

Rôle pronostique de la détection tissulaire et cellulaire lymphocytaire CD3-CD8 dans les cancers du côlon : étude à partir de PETACC8

C. Reichling ⁽¹⁾, J. Taïeb ⁽²⁾, V. Derangère ⁽¹⁾, K. Le Malicot ⁽¹⁾, J.F. Emile ⁽³⁾, J.M. Gornet ⁽²⁾, H. Becheur ⁽²⁾, F. Fein ⁽⁴⁾, O. Cojocararu ⁽⁵⁾, M.C. Kaminsky ⁽⁶⁾, J.P. Lagasse ⁽⁷⁾, D. Luet ⁽⁸⁾, S. Nguyen ⁽⁹⁾, P.L. Etienne ⁽¹⁰⁾, M. Gasmi ⁽¹¹⁾, A. Vanoli ⁽¹²⁾, H. Perrier ⁽¹¹⁾, Q. Klopfenstein ⁽¹⁾, C. Lepage ⁽¹⁾, F. Ghiringhelli ⁽¹⁾

(1) Dijon ; (2) Paris ; (3) Boulogne-Billancourt ; (4) Besançon ; (5) Le Mans ; (6) Nancy ; (7) Orléans ; (8) Angers ; (9) Pau ; (10) Plérin ; (11) Marseille ; (12) Chalon-sur-Saône.

Introduction : La prise en charge du cancer du côlon, enjeu majeur de santé publique, est actuellement définie par la classification TNM. Malgré tout, la survie sans récurrence est très hétérogène, allant de 44% à 83% à 5 ans chez les patients atteints de cancer du côlon de stade III. C'est pourquoi, l'environnement tumoral semble prendre une place aussi importante. L'équipe de J. Gallon a démontré que l'étude de l'infiltrat tumoral et du front d'invasion tumoral en cellules T CD3 et CD8 permet de définir le pronostic des malades de manière plus fine que le stade TNM.

Objectif : Permettre une analyse automatisée et rapide des différents tissus composant une lame d'anatomopathologie et une analyse de l'infiltration immunitaire CD3 et CD8 et ainsi mettre en évidence leur rôle pronostic dans le cancer du côlon.

Matériels et méthodes : 1220 patients issus de l'étude de phase III PETACC 8 ont été inclus. Cet essai a étudié chez les patients atteints de cancer colique de stade III réséqué (R0), l'utilisation d'une chimiothérapie adjuvante par FOLFOX-4 avec ou sans ajout de cetuximab. Grâce au logiciel « open source » QuPath, une base de données tissulaire a été créée afin d'alimenter l'intelligence artificielle. Celle-ci applique ensuite la base de données à l'ensemble des lames de la cohorte. Une seconde étape permet une détection cellulaire. Pour chaque lame, nous connaissons donc les aires des différents tissus qui la composent (stroma, tissu sain, tumeur, tissu immunitaire) et le nombre de cellules négatives et positives (CD3 ou CD8) total par lames et par catégories tissulaires.

Résultats : Plus de 87% des lames ont pu être analysées de façon totalement automatisée par l'intelligence artificielle. Entre notre modèle d'intelligence artificielle et les médecins pathologistes, la concordance de la reconnaissance des différents tissus est de 85%. La survie sans récurrence (définie comme le temps entre la randomisation et les événements : récurrence locale ou métastatique ou le second cancer colorectal ou le décès. Le 1^{er} événement est considéré) est significativement augmentée chez les patients présentant une aire immunitaire forte, notamment dans le front d'invasion (survie de 74.8 % versus 66.9 %, p=0.0089). La présence d'un stroma dense au front d'invasion est associée à une survie sans récurrence moindre (survie de 76.4% versus 68.9%, p=0.0162). Une forte infiltration intra-tumorale CD3 est de pronostic favorable, avec une survie sans récurrence à 5 ans de 76.7 % versus 64.9 % (p<0.0001). Les tumeurs MSI ont un infiltrat CD3 intra-tumoral plus important et une densité stromale moindre au front d'invasion par rapport aux tumeurs MSS. L'infiltration intra-tumorale par les CD8 permet de différencier un groupe très infiltré, ayant une meilleure survie sans récurrence (survie de 76.2% versus 66.1%, p=0.0013). Le score immunitaire combiné, comprenant les variables CD3 intra-tumoraux, CD3 au front d'invasion et CD8 intra-tumoraux, permet de différencier significativement 3 groupes de patients. Le sous-groupe ayant au moins 2 des 3 variables très exprimées a une survie sans récurrence meilleure que les 2 autres (77.2%, 70.5% et 61.8%, p<0.0001).

Conclusion : Nos données confirment celles de l'Immunoscore avec une autre technologie, confirmant ainsi le rôle pronostique de l'infiltration CD3 et CD8 sur la survie sans récurrence chez les patients atteints de cancer du côlon. Comme cela était attendu, les patients MSI présentent une infiltration lymphocytaire plus importante que les patients MSS.

Une nouvelle donnée intéressante est qu'une forte présence en stroma qui est associé à un moins bon pronostic et une moindre infiltration immunitaire laissant suggérer qu'un stroma dense, probablement riche en fibroblastes associés au cancer (ou CAF), est un frein à l'infiltration immunitaire. Confirmer la présence de ces CAF et en faire une cible thérapeutique est une des pistes qu'apporte notre travail grâce à la détection tissulaire.

Une des autres perspectives est de réussir à discriminer un groupe de patients à faible risque de récidive pour qui le traitement adjuvant n'apporterait que peu de bénéfice, et pour qui l'utilisation de fluoropyrimidine seule pourrait suffire.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000105>

CO.82

Corrélations entre les données radiomiques et le statut moléculaire RAS/BRAF dans la tumeur et le sang circulant chez les patients traités pour un cancer colorectal métastatique

M. Verdalle Cazes ⁽¹⁾, M. Hassine ⁽¹⁾, D. Sefrioui ⁽¹⁾, R. Modzelewski ⁽¹⁾, A. Amyar ⁽¹⁾, P. Vera ⁽¹⁾, J.N. Dacher ⁽¹⁾, P. Michel ⁽¹⁾, F. Di Fiore ⁽¹⁾, C. Savoye-Collet ⁽¹⁾

(1) Rouen.

Introduction : La radiomique est l'étude d'un grand nombre de paramètres quantitatifs extraits d'une image médicale. Si la méthode est en plein essor, la confrontation de ces paramètres aux variables cliniques, moléculaires et à l'ADN tumoral circulant (ADNtc) a été peu étudiée chez les patients traités pour un cancer colo-rectal métastatique (CCRm).

L'objectif de cette étude pilote était d'évaluer la corrélation entre des paramètres radiomiques de métastases hépatiques (MH) de cancer colo-rectal avec les données de réponse, de survie et le statut moléculaire RAS/BRAF dans le tissu tumoral et dans l'ADNtc.

Patients et Méthodes : Tous les patients traités dans notre centre pour un CCRm avec MH dans le cadre de la cohorte prospective COCA-COLON ont été inclus. Pour l'étude des paramètres radiomiques, toutes les MH de chaque patient étaient segmentées en 3 dimensions sur le scanner du bilan initial, effectué avec une injection de produit de contraste iodé au temps portal. Au total, 44 paramètres radiomiques ont été extraits par un logiciel dédié permettant l'analyse des paramètres d'histogramme, de texture, et de morphologie. Une matrice de corrélation de Spearman a été dressée et les valeurs p ont été corrigées par la méthode de Bonferroni. Les critères de jugement étudiés étaient la corrélation entre les paramètres radiomiques et la présence d'une mutation RAS/BRAF dans la tumeur et l'ADNtc, le taux d'ACE, la réponse à 3 mois selon les critères RECIST, la survie sans progression (SSP) et la survie globale (SG).

Résultats : Un total de 78 patients a été inclus avec une médiane de SG et de SSP au moment de l'analyse de 15 et 6 mois, respectivement. Une mutation RAS ou BRAF était détectée dans 57% des tumeurs, avec un taux initial moyen d'ACE de 1371 ng/mL, et un taux initial moyen d'ADNtc de 25%.

Le critère de texture GLRLM SRHGE était statistiquement corrélé à la présence d'une mutation RAS/BRAF dans la tumeur ($r = 0.53$; $p = 0.0007$). Par ailleurs, plusieurs critères étaient statistiquement corrélés au dosage de l'ACE : GLRLM GLNU ($r = 0.53$, $p = 0.000002$), NGLDM Coarseness ($r = 0.52$, $p = 0.000003$), GLRLM RLNU ($r = -0.52$, $p = 0.000003$), le volume tumoral ($r = 0.52$, $p = 0.000003$), et la compaction tumorale ($r = 0.5$, $p = 0.000007$). De même, plusieurs critères étaient statistiquement corrélés aux dosages de l'ADN tumoral : le volume tumoral ($r = 0.68$, $p = 0.00002$), la compaction tumorale ($r = 0.68$, $p = 0.00003$), GLRLM GLNU ($r = 0.68$, $p = 0.00003$), GLRLM RLNU ($r = 0.68$, $p = 0.00003$). En revanche, aucun paramètre radiomique n'était statistiquement corrélé aux données de réponse, de SSP et de SG.

Conclusion : A notre connaissance, nos résultats suggèrent pour la première fois que les paramètres radiomiques sont corrélés à des variables biologiques et moléculaires d'intérêt dans le CCRm.

La corrélation avec notamment le statut RAS/BRAF, l'ACE et l'ADNtc apparaît très prometteuse et des études sur de plus larges effectifs sont nécessaires pour confirmer ces résultats et évaluer plus précisément l'impact sur la survie.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000954>

Facteurs prédictifs d'une progression précoce pendant chimiothérapie d'induction (CI) et pendant le premier intervalle libre de chimiothérapie (ILC). Analyse des données de l'essai PRODIGE 9

T. Aparicio ⁽¹⁾, J. Bennaoui ⁽²⁾, K. Le Malicot ⁽³⁾, V. Boige ⁽⁴⁾, J. Taïeb ⁽¹⁾, O. Bouché ⁽⁵⁾, J.M. Phelip ⁽⁶⁾, E. François ⁽⁷⁾, R. Faroux ⁽⁸⁾, L. Dahan ⁽⁹⁾, J.B. Bachet ⁽¹⁰⁾, J. Egretre ⁽¹⁰⁾, M.C. Kaminsky ⁽¹¹⁾, J.M. Gornet ⁽¹⁾, O. Cojocarasu ⁽¹²⁾, M. Gasmî ⁽⁹⁾, V. Guerin-Meyer ⁽¹³⁾, F. Ghiringhelli ⁽³⁾, C. Lepage ⁽³⁾, C. Borel ⁽¹⁴⁾

(1) Paris ; (2) Nantes ; (3) Dijon ; (4) Villejuif ; (5) Reims ; (6) Saint-Priest-en-Jarez ; (7) Nice ; (8) La Roche-sur-Yon ; (9) Marseille ; (10) Lorient ; (11) Nancy ; (12) Le Mans ; (13) Angers ; (14) Strasbourg.

Introduction : Certains patients (pts) atteints d'un cancer colorectal métastatique (CCRM) ont une progression tumorale pendant la chimiothérapie d'induction (CI). L'identification préalable de ces pts est importante pour proposer d'emblée une CI intensifiée en 1ère ligne. D'autre part les pts ayant eu une réponse tumorale ou une stabilisation tumorale peuvent bénéficier d'un intervalle libre de chimiothérapie (ILC) parfois prolongé. L'identification des sous-groupes de pts pouvant avoir un ILC prolongé et de pts qui progressent rapidement après l'arrêt de la CI est importante pour établir la meilleure stratégie thérapeutique.

Patients et Méthodes : Les pts inclus dans l'essai PRODIGE 9 recevaient 12 cures de FOLFIRI + bévazicumab avant un ILC avec ou sans bévazicumab en monothérapie (1). Les facteurs prédictifs d'une progression pendant la CI et ceux d'une progression précoce (<3 mois), intermédiaire (3-5 mois) ou tardive (>5 mois) pendant le 1^{er} ILC ont été recherchés. Un modèle de régression logistique a été utilisé pour identifier les facteurs pronostiques. Un seuil de significativité de 0,2 était requis en analyse univariée pour entrer dans le modèle et un seuil de significativité de 0,10 a été retenu pour définir les facteurs prédictifs indépendants.

Résultats : L'analyse a été faite sur 488 pts. Une progression pendant la CI a été observée chez 85 (17,4%) pts. En analyse multivariée une hyperleucocytose >10 x109/L (OR=1,98 [1,02-3,8], p=0,04) et l'absence de décroissance de l'ACE >50% à 2 mois (OR=3,61 [1,68-7,75], p=0,01) étaient des facteurs indépendants associés à une progression pendant la CI.

Un 1^{er} ILC a été fait chez 344 pts. Un ILC <3 mois après l'arrêt de la CI a été observé chez 128 (37,2%), intermédiaire chez 100 (29%) et prolongé chez 116 (33,7%). En analyse multivariée le sexe masculin (OR=1,75 [0,93-3,30], p=0,08) et l'absence de réponse objective après 2 mois de CI (OR=1,89 [0,95-3,75], p=0,07) étaient significativement associés à un ILC court. Dans le sous-groupe de 95 pts ayant eu une détermination du statut BRAF, la présence d'une mutation V600E était associée à un ILC court en analyse univariée (OR=6,11 [1,69-22,05], p=0,006).

Conclusion : Une hyperleucocytose >10 x109/L avant le début de la CI et l'absence de décroissance de l'ACE >50% à 2 mois sont associés à une progression pendant la CI. Ces facteurs devraient inciter à une intensification précoce de la chimiothérapie. Le sexe masculin, l'absence de réponse objective après 2 mois de CI et la présence d'une mutation BRAF sont associés à un ILC court. Ces facteurs devraient inciter à prescrire une chimiothérapie d'entretien.

Remerciements : Financement du laboratoire Roche

Références Bibliographiques : Aparicio and al. Bévazicumab Maintenance Versus No Maintenance During Chemotherapy-Free Intervals in Metastatic Colorectal Cancer: A Randomized Phase III Trial (PRODIGE 9). J Clin Oncol. 2018 Mar 1;36(7):674-681

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000129>

Traitement intra-artériel par microbilles chargées d'irinotécan (DEBIRI) combiné à une chimiothérapie systémique par FOLFOX chez des patients atteints de métastases hépatiques non résécables d'un cancer colorectal en 1ère ligne : essai FFCD 1201-phase II

S. Pernot ⁽¹⁾, P. Artru ⁽²⁾, D. Tougeron ⁽³⁾, C. Monteryard ⁽⁴⁾, D. Smith ⁽⁵⁾, C. de la Fouchardière ⁽²⁾, J.L. Raoul ⁽⁶⁾, L. Dahan ⁽⁷⁾, R. Guimbaud ⁽⁸⁾, F. Di Fiore ⁽⁹⁾, J.L. Jouve ⁽⁴⁾, O. Pellerin ⁽¹⁾, J. Taïeb ⁽¹⁾

(1) Paris ; (2) Lyon ; (3) Poitiers ; (4) Dijon ; (5) Bordeaux ; (6) Nantes ; (7) Marseille ; (8) Toulouse ; (9) Rouen.

Introduction : La chimioembolisation par des billes chargées à l'irinotécan (Drug-eluting beads DEBIRI) améliore la survie des patients ayant des métastases hépatiques exclusives ou dominantes de cancer colorectal (MHCCR), et chimioréfractaires, comparée à la chimiothérapie intraveineuse seule (ref 1). L'utilisation du DEBIRI combiné à une chimiothérapie systémique en première ligne pourrait améliorer la survie, les taux de contrôle local hépatique et de résection secondaire chez ces patients.

L'objectif principal est d'évaluer la tolérance et l'efficacité du DEBIRI associé à la chimiothérapie systémique par FOLFOX chez des patients ayant des MHCCR.

Patients et Méthodes : L'essai FFCD 1201 est une étude de phase II monobras. Les patients avec des MHCCR recevaient en 1ère ligne de traitement 2 séances de DEBIRI par lobe hépatique (si atteinte bilobaire) pendant les 2 premiers mois de traitement (100 mg par lobe et par séance, en 2 séances à 1 mois d'intervalle (2 lobes traités par séance) ou 4 séances à 15 jours d'intervalle (un lobe traité par séance)), combinées à une chimiothérapie par mFOLFOX6 poursuivie jusqu'à progression. Les principaux critères d'inclusion étaient : patients avec MHCCR dominantes ou exclusives et jugées initialement non résécables, envahissement hépatique <60%, pas de traitement antérieur pour les MHCCR, âge ≥ 18 ans, Performance Status (PS) ≤ 2. L'objectif principal était le taux de survie sans progression (SSP) à 9 mois (plan de Fleming, H0: 55%, H1: 75%).

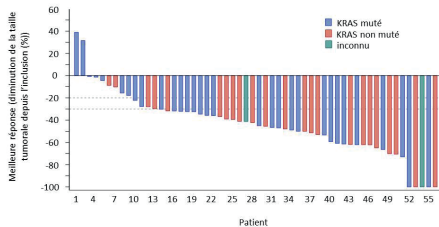
Résultats : 57 patient ont été inclus, âge médian 63 ans (44 à 78) ; RAS muté 54,4% ; PS 0-1 95% ; médiane de 9,5 MH (1 à 20). 49% des patients ont reçu la totalité des DEBIRI prévues, et 87,5% ont reçu au moins la moitié. Les principales toxicités de grade 3-4 étaient la neutropénie (24,6%), diarrhée (12,3%), douleurs abdominales (10,5%) et pancréatite/cholécystite (8,8%/5,3%). Un décès toxique a été rapporté (péritonite).

Le taux de SSP à 9 mois était de 53,6% (IC95%, 41,8% - 65,1%). Avec un suivi médian de 27,5 mois (IC95% 21 - 30,6), la médiane de survie globale était de 33,1 mois (IC95% 25,7 - 46,1) et la médiane de survie sans progression de 10,8 mois (IC95% 8,2 - 12,3). Le taux de contrôle de la maladie était de 92,9% (réponse complète 7,1%, réponse partielle 66,1%, stabilité 19,6%), avec une médiane de profondeur de réponse de -43,2% (-100 ; +38,9) (figure 1). Le traitement par mFOLFOX6 + DEBIRI a permis une résection chirurgicale secondaire R0 des MHCCR chez 19 patients (33,3%), avec un taux de SSP à 9 mois de 73,7% et une médiane de survie globale non atteinte chez ces patients.

Conclusion : Bien que l'objectif primaire n'ait pas été atteint, la combinaison FOLFOX + DEBIRI en traitement d'induction permet d'obtenir une médiane de survie globale appréciable, un taux de contrôle de la maladie élevé et des réponses profondes chez des patients avec des MHCCR, conduisant à une résection secondaire chez un tiers des patients.

Remerciements : Soutien financier : BTG

Références Bibliographiques : Intra-arterial infusion of irinotecan-loaded drug-eluting beads (DEBIRI) versus intravenous therapy (FOLFIRI) for hepatic metastases from colorectal cancer: final results of a phase III study. Anticancer Res. 2012 Apr;32(4):1387-95.



Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000308>

CO.85

Différence en termes de pronostic et de réponse à la chimiothérapie entre les formes sporadiques et Lynch des patients MSI opérés d'un cancer du côlon stade III traités par FOLFOX +/- cetuximab : analyse poolée des essais NCCTG N0147 et PETACC8

A. Zaanan ⁽¹⁾, Q. Shi ⁽²⁾, J. Taïeb ⁽³⁾, S.R. Alberts ⁽²⁾, J. Meyers ⁽²⁾, K. Le Malicot ⁽⁴⁾, R. Faroux ⁽⁵⁾, P. Laurent-Puig ⁽¹⁾, F. Sinicrope ⁽²⁾

(1) Paris ; (2) Rochester, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (3) ; (4) Dijon ; (5) La Roche-sur-Yon.

Introduction : Le phénotype d'instabilité des microsatellites (MSI) représente environ 15% de tous les cancers du côlon (CC) et traduit une déficience (d) du système de réparation des mésappariements des bases de l'ADN (MMR) secondaire à une mutation germinale des gènes MMR (=syndrome de Lynch), ou plus communément, à l'inactivation épigénétique du gène MLH1 par hyperméthylation de son promoteur (=MSI sporadique). Contrairement aux MSI Lynch, les formes MSI sporadiques sont généralement associées au phénotype CIMP et présentent dans 50% des cas environ une mutation somatique de l'oncogène BRAF V600E. Les tumeurs MSI ont des caractéristiques phénotypiques distinctes et sont systématiquement associées à un meilleur pronostic par rapport aux tumeurs microsatellites stables (MSS). Cependant, il n'y a pas de données concernant le pronostic et la réponse à la chimiothérapie entre les tumeurs MSI sporadiques et MSI Lynch.

Patients et Méthodes : Cette analyse poolée a inclus tous les patients opérés d'un cancer du côlon de stade III ayant été randomisés pour recevoir une chimiothérapie adjuvante par FOLFOX seul ou associé au cetuximab dans le cadre des études de phase III NCCTG N0147 et PETACC8 (références 1 et 2). Les tumeurs des patients ont été analysées pour déterminer le statut MMR, la mutation de KRAS exon 2 et BRAF V600E, ainsi que la méthylation du promoteur du gène MLH1. Au sein de la population MSI, nous avons étudié l'association entre le mécanisme à l'origine de la déficience du système MMR (sporadique versus Lynch), ainsi que les mutations BRAF et KRAS, avec la survie sans récurrence (SSR) et la survie globale (SG). L'analyse a été réalisée à l'aide d'un modèle de risque proportionnel stratifié de Cox. Les modèles multivariés ont été ajustés en fonction de l'âge, du sexe, du Performance Status (PS), de la différenciation tumorale, du stade tumoral pT/pN, et de localisation tumorale.

Résultats : Parmi les 4674 patients testés pour le statut MMR, nous avons identifié 499 patients avec une tumeur MSI constituant donc la population étudiée; Parmi ces 499 patients MSI, nous disposions pour 405 d'entre eux des données complètes pour le mécanisme du dMMR (Lynch vs sporadique), 494 pour le statut mutationnel de KRAS exon 2, et 479 pour le statut mutationnel de BRAF V600E. Chez les patients MSI traités avec FOLFOX seul (n=204), il n'y avait pas de différence significative entre les formes Lynch et sporadique, en termes de SSR (P=0,96) et SG (P=0,25). En revanche, chez les patients MSI traités avec FOLFOX plus cetuximab (n=201), ceux classés comme sporadiques présentaient une SSR et SG significativement plus courtes par rapport aux cas MSI Lynch (taux de SSR à 3 ans: 75% vs 85%; analyse multivariée: HR=3,22; P=0,007) (taux de SG à 5 ans: 67% vs 82%; analyse multivariée: HR=3,51; p=0,008). Par ailleurs, lorsque l'analyse était focalisée sur les patients MSI sporadiques, les résultats de SSR et SG étaient significativement moins bons pour ceux traités par FOLFOX plus cetuximab par rapport au FOLFOX seul (SSR, analyse multivariée: HR=1,64; P=0,005) (SG, analyse multivariée: HR=2,05; P=0,0002). Alors que pour les patients MSI Lynch, l'adjonction du cetuximab au FOLFOX par rapport au FOLFOX seul permettait des résultats similaires pour la SG (analyse multivariée: HR=0,93; P=0,84), voire meilleurs pour la SSR (SSR, analyse multivariée: HR=0,59; P=0,05). Pour KRAS exon 2 ou BRAF V600E, il n'y avait pas d'association significative entre le statut mutationnel et les résultats de SSR ou SG pour les patients traités avec FOLFOX seul et ceux traités avec FOLFOX plus cetuximab.

Conclusion : Nous suggérons à partir de cette série de patients MSI ayant été inclus dans des essais randomisés (la plus grande à notre connaissance), que l'ajout du cetuximab au FOLFOX serait défavorable pour les formes MSI sporadiques. Cette interaction péjorative entre les mécanismes moléculaires à l'origine du MSI sporadique et le traitement par anti-EGFR ne semble pas lié aux mutations BRAF ou KRAS, mais peut-être au phénotype CIMP. Ces résultats méritent d'être confirmés, notamment chez les patients atteints de cancer colorectal métastatique traités par chimiothérapie avec des anticorps monoclonaux anti-EGFR.

Remerciements : SNFGE (bourse Robert Tournut)

Références Bibliographiques : 2- Taieb J et al. Oxaliplatin, fluorouracil, and leucovorin with or without cetuximab in patients with resected stage III colon cancer (PETACC-8): an open-label, randomised phase 3 trial. *Lancet Oncol.* 2014 Jul;15(8):862-73.

1- Alberts SR et al. Effect of oxaliplatin, fluorouracil, and leucovorin with or without cetuximab on survival among patients with resected stage III colon cancer: a randomized trial. *JAMA.* 2012 Apr 4;307(13):1383-93.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000728>

CO.86

Œsophagectomie pour cancer sous-carénaire de l'œsophage : quels malades peut-on guérir ?

C. Hobeika ⁽¹⁾, M. Messier ⁽²⁾, S. Degisor ⁽²⁾, L. Martin ⁽²⁾, S. Gabriel ⁽²⁾, T. Crombé ⁽²⁾, C. Eveno ⁽¹⁾, G. Piessen ⁽²⁾

(1) Paris ; (2) Lille.

Introduction : Les estimations de survie sans récurrence des malades opérés d'un cancer de l'œsophage sous-carénaire par Lewis Santy (LS) atteignent 50%. Le but était d'analyser la proportion réelle de malades guéris après LS après 5 ans de suivi.

Patients et Méthodes : Tous les malades opérés d'un LS pour cancer sous-carénaire entre 2000 et 2013 ont été inclus. La guérison était définie par l'absence de récurrence après 5 ans de suivi. Les malades guéris ont été comparés à ceux qui avaient une récurrence.

Résultats : Sur les 683 malades inclus, le suivi médian était de 61 mois (60-63 mois). La survie globale médiane était de 39 mois (32-46 mois) et la survie sans récurrence à 5 et 10 ans était de 49,7% et 43,0%. Au total, 148 (21,8%) ont pu être identifiés comme guéris, 83 (12,1%) malades sans récurrence ont été perdus de vue et 298 (66,8%) malades ont eu une récurrence. Les malades guéris avaient un âge moyen de 59±10 ans. La moitié d'entre eux a eu un traitement néo adjuvant. A l'examen anatomopathologique, 30 (20,7%) malades guéris étaient pT3/T4 et 33 (22,7%) étaient pN+. En analyse multivariée les facteurs associés à la guérison étaient le stade (y) pT0/T1 (HR:2.62; IC95%:1.29-5.32; p=0.008), le statut (y) pN0 (HR:5.68; IC95%:2.71-11.09; p=0.001), le caractère bien différencié (HR:2.56; IC95%:1.20-5.47; p=0.015) et le type carcinome épidermoïde (HR:1.89; IC95%:1.08-3.66; p=0.040).

Conclusion : A 5 ans, moins d'un tiers des malades suivis est vivant et guéri après LS pour cancer sous-carénaire de l'œsophage. A long terme, les carcinomes épidermoïdes sous-carénaires semblent de meilleur pronostic que les adénocarcinomes.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/001066>

CO.87

Analyse d'une cohorte nationale de 1 377 résections hépatiques par laparoscopie pour carcinome hépatocellulaire : résultats à court et long termeC. Goumard ⁽¹⁾, C. Hobeika ⁽¹⁾, E. Vibert ⁽²⁾, O. Scatton ⁽¹⁾

(1) Paris ; (2) Villejuif.

Introduction : En raison de la cirrhose sous-jacente, les patients opérés d'un carcinome hépatocellulaire (CHC) sont de bons candidats pour bénéficier des avantages d'une approche mini-invasive. Cette chirurgie demeure néanmoins difficile et aucune série originale n'atteint 1000 malades. L'objectif de cette étude était de rapporter les résultats à court et à long terme d'une importante série française de résections hépatiques laparoscopiques (RHL) pour CHC avec un recul significatif.

Matériels et méthodes : À partir registre national français des RHL (Association Française de Chirurgie), tous les malades réséqués pour CHC entre 2000 et 2017 ont été inclus.

Résultats : Parmi 4094 RHL, 1377 (33.6%) ont été opérés pour CHC. Parmi eux, 683 (49.6%) respectaient les critères de Milan et 705 (56.5%) avaient une cirrhose. Les résections étaient majoritairement mineures (75.4%), et 36.7% (n=497) étaient anatomiques. Le taux de conversion était de 14.3% (n=189), 6.9% (n=84) des malades ont été transfusés et 9.8% (n=131) des malades ont présenté une complication majeure. Il y avait 2.6% (n=32) d'insuffisance hépatique grade ISGLS B/C et 7.4% (n=86) d'ascite postopératoire. La mortalité à 90 jours était de 1.8% (n=25). Les résections étaient R0 dans 90.4% des cas. Le caractère R0 était indépendamment associé aux résections anatomiques (HR: 1.76 [1.02-3.05]; p=0.043) et à la présence de moins de 3 lésions (HR:2.27 [1.16-4.54]; p=0.017). Les survies globale et sans récurrence à 3, 5 et 10 ans étaient respectivement de 82,9%, 74,8%, 65,7% et 42,6%, 30,3% et 7,8%.

Conclusion : La RHL pour CHC donne des résultats satisfaisants sans compromis sur la qualité oncologique.

Remerciements : AFC Working Group

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/001024>

CO.88

Hépatectomie en deux temps par laparoscopie pure versus laparotomie pour métastases bilobaires de cancer colorectal : une étude comparative bicentriqueC. Goumard ⁽¹⁾, O. Shinya ⁽²⁾, B. Gayet ⁽¹⁾, D. Fuks ⁽¹⁾, O. Scatton ⁽¹⁾

(1) Paris ; (2) Kyoto, JAPON.

Introduction : La résection des métastases hépatiques bilobaires de cancer colorectal (MHCCR) peut nécessiter une stratégie d'hépatectomie en deux temps (HDT). L'approche laparoscopique est validée pour les résections mineures et améliore la réhabilitation postopératoire. L'HDT par laparoscopie pure reste un défi technique. L'objectif de cette étude était d'évaluer la faisabilité et les résultats dans deux centres experts.

Matériels et méthodes : Cette étude a inclus 86 patients opérés d'HDT (1^{er} temps: clairance gauche, 2^{ème} temps: hépatectomie droite) pour MHCCR bilobaires entre 2007 et 2017. Parmi eux, 38 patients ont été opérés par laparoscopie pure (1^{er} et 2^{ème} temps) et 48 par laparotomie. Les résultats à court et long terme (morbidity, données peropératoires) ont été comparés entre les groupes.

Résultats : Les caractéristiques préopératoires étaient comparables entre les groupes. Au 2^{ème} temps, la laparoscopie était associée à des pertes sanguines réduites [225 vs. 450ml; P=0.03], un taux de complications postopératoires réduit (26.3% vs. 50.0%; P=0.03), une hospitalisation plus courte [9 vs. 14 jours; P<0.001] et un intervalle avant reprise de la chimiothérapie plus court [1.4 vs. 2.0 mois; P=0.007]. Les survies globale (SG) et sans récurrence (SSR) étaient meilleures dans le groupe laparoscopie (3-ans SG: 97.4% vs. 72.0%; P=0.01; 2-ans SSR: 24.2% vs. 11.5%; P=0.02). Les deux groupes avaient des profils de récurrence comparables, mais les patients opérés par laparoscopie étaient plus fréquemment réopérés pour récurrence (58.8% vs. 11.8%; P=0.004).

Conclusion : L'HDT laparoscopique pour MHCCR bilobaires est une technique faisable permettant d'améliorer les suites opératoires comparativement à la laparotomie.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/001031>

Chirurgie du pancréas après 80 ans : comment sélectionner les patients ?

A. Antier ⁽¹⁾, D. Moszkowicz ⁽¹⁾, T. Cudennec ⁽¹⁾, A. Beauchet ⁽¹⁾, K. Vychnevskaia ⁽¹⁾, F. Peschaud ⁽¹⁾,

(1) Boulogne-Billancourt.

Introduction : La sélection des patients très âgés pour la chirurgie curative d'un adénocarcinome du pancréas peut être difficile. L'objectif était d'évaluer rétrospectivement la fiabilité du calculateur numérique de risque de l'American College of Surgeon SRC (Surgical Risk Calculator), gratuitement accessible en ligne, qui estime la morbidité postopératoire à partir de données cliniques préopératoires.

Patients et Méthodes : Analyse de la morbidité réelle observée chez les patients opérés. Calcul de la morbidité théorique estimée par le SRC et comparaison des morbidités observées et prédites à l'aide du score de fiabilité de Brier (SB) ; un SB à 0 représentant le modèle prédictif parfait. Les facteurs de risque de morbidité postopératoire étaient analysés par modèle de régression logistique. En fin de période d'inclusion, les patients étaient opérés après évaluation gériatrique standardisée (EGS).

Résultats : Quarante patients âgés de 83 ans (80-88), ont été opérés d'avril 2005 à novembre 2017. L'intervention était une duodéno-pancréatectomie céphalique dans 33 cas (83%) et une spléno-pancréatectomie gauche dans 7 cas (17%). Le score de Brier (SB) du SRC indiquait une bonne prédictivité pour la morbidité grave (28% prédite contre 30% observée, SB=0,211), la morbidité globale (SB=0,320), les infections du site opératoire (16% contre 15%, SB=0,132) et la mortalité (2,4% contre 1,5%, SB=0,145). Le SRC sous-estimait la durée moyenne d'hospitalisation de 9 jours. Chez les malades opérés après EGS (n=14) ou sans EGS préalable (n=26), la morbidité globale (42% vs. 58% ; p=0,3) et la morbidité grave (41% vs. 59% ; p=0,72) n'étaient pas différentes. En analyse multivariée, la transfusion peropératoire était un facteur de risque indépendant de complication grave (p=0,036 OR=1,82 [1,21-3,93]).

Conclusion : Le SRC est un outil fiable pour prédire la morbi-mortalité de la chirurgie du cancer du pancréas après 80 ans. L'évaluation gériatrique standardisée pourrait s'intégrer à cette stratégie de sélection, mais reste à évaluer.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000127>

Développement d'un score diagnostique de l'ischémie mésentérique aiguë : une étude transversale

A. Nuzzo ⁽¹⁾, A. Huguet ⁽¹⁾, K. Peoc'h ⁽¹⁾, S. Curac ⁽¹⁾, Y. Castier ⁽¹⁾, L. Maggiori ⁽¹⁾, M. Ronot ⁽¹⁾, A. Tran-Dinh ⁽²⁾, E. Weiss ⁽¹⁾, Y. Bouhnik ⁽¹⁾, C. Paugam ⁽¹⁾, N. Gault ⁽²⁾, O. Corcos ⁽¹⁾

(1) Clichy-la-Garenne ; (2) Paris.

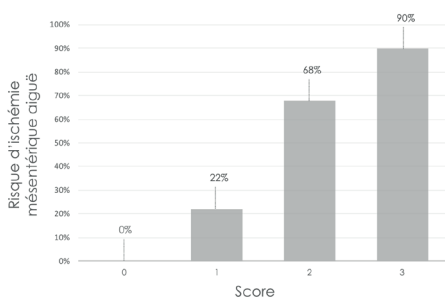
Introduction : L'ischémie mésentérique aiguë (IMA) est une urgence vasculaire et digestive vitale. En dehors de centres dédiés et malgré les progrès en imagerie, chirurgie et réanimation sa morbi-mortalité reste dramatiquement élevée, attribuée à un diagnostic et une thérapeutique adaptée trop tardifs. La présentation clinique de l'IMA n'étant pas spécifique, son identification au sein des autres urgences abdominales reste un défi majeur en gastroentérologie et médecine d'urgence. L'objectif de ce travail était de calculer un score clinique simple pouvant aider le diagnostic précoce de l'IMA.

Patients et Méthodes : Dans une étude transversale menée entre janvier 2016 et janvier 2018 ont été inclus prospectivement 1) les patients admis dans notre unité spécialisée pour une IMA confirmée par angioscanner et 2) des témoins admis aux urgences du même hôpital pour douleur abdominale aiguë non ischémique. Les données épidémiologiques, cliniques et biologiques disponibles au diagnostic des cas et des témoins ont été comparées en analyse uni et multivariée (régression logistique). Les variables indépendamment associées au diagnostic d'IMA ont été incluses dans un score diagnostique simplifié (où chaque facteur représente 1 point). La performance diagnostique du modèle a été évaluée par l'analyse de la courbe ROC avec calcul de l'aire sous la courbe (AUC), des valeurs prédictives négatives (VPN), positives (VPP) et de sa calibration.

Résultats : Nous avons inclus 137 patients dont 52 cas d'IMA et 85 témoins. La population d'IMA [âge médian 65 ans (55-74), 19 femmes] incluait des causes artérielles et veineuses dans respectivement 65% et 35% des cas. La population des témoins incluait des douleurs abdominales d'origine infectieuse (n=20 ; 10 sigmoidites, 5 appendicites, 5 autres), inflammatoire (n=15 ; 8 néoplasies intra-abdominales évolutives, 7 poussées de MICI), obstructive mécanique (n=13), fonctionnelles (n=13), pancréato-biliaires (n=12), uro-génitales (n=11) et une méningococcémie. Le traitement de l'IMA associait une antiagrégation plaquettaire (n=34, 100% des IMA artérielles), une anticoagulation (n=51, 98%), une antibiothérapie orale (n=51, 98%) et une antibiothérapie intraveineuse (n=21, 40%). Une revascularisation était réalisée chez 30 patients (88% des IMA artérielles) dans un délai médian de 14 heures (3-24). Enfin, une laparotomie était nécessaire chez 18 patients (35%), aboutissant à une résection intestinale dans 12 cas (23%). Après analyse multivariée, 3 facteurs indépendamment associés au diagnostic d'IMA ont été identifiés : le caractère brutal de la douleur (OR=13, IC95% : 3,3 – 52, p<0,001), son intensité requérant des morphiniques (OR=7,6, IC95% : 2 – 29, p=0,003) et une protéine C-réactive > 20 mg/L (OR=12,2, IC95% : 2,6 – 58, p=0,002). Le risque d'IMA était de 0%, 22%, 68% et 90% en présence de 0, 1, 2 et 3 facteurs. La VPN était de 100% en l'absence de facteur et la VPP était de 86% en présence des 3 facteurs. L'aire sous la courbe ROC pour le diagnostic d'IMA était de 0,87 (IC 95% : 0,80 – 0,93). La calibration du modèle était satisfaisante (Hosmer & Lemeshow test, p=0,22).

Conclusion : Cette étude est la première proposant un score diagnostique simple, disponible dès l'admission du patient, guidant le diagnostic d'urgence de l'IMA, à partir d'une population représentative des principales urgences abdominales. De façon intéressante, la valeur prédictive négative du score est de 100% en l'absence de ces 3 facteurs. Ces résultats suggèrent qu'en l'absence ou en présence de ces facteurs, le diagnostic d'IMA pourrait être éliminé ou suspecté, indiquant alors sa confirmation par un angioscanner ad

Figure : Risque d'ischémie mésentérique aiguë en fonction du nombre de facteurs diagnostique



Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/001093>

CO.91

Elaboration d'un score prédictif de la colectomie dans l'année suivant une colite aiguë grave de rectocolite hémorragique

G. Le Baut ⁽¹⁾, J. Kirchgessner ⁽²⁾, C. Landman ⁽²⁾, I. Nion-Larmurier ⁽²⁾, A. Bourrier ⁽²⁾, C. Delattre ⁽²⁾, C. Martineau ⁽²⁾, P. Marteau ⁽²⁾, H. Sokol ⁽²⁾, P. Seksik ⁽²⁾, S. Vienne ⁽¹⁾, L. Beaugerie ⁽²⁾

(1) Caen ; (2) Paris.

Introduction : La définition de la colite aiguë grave (CAG) compliquant la rectocolite hémorragique (RCH) est bien établie, tout comme les modalités de la prise en charge initiale. A l'inverse, il existe peu de données sur les facteurs prédictifs à l'admission de colectomie. **L'objectif de notre étude** était de construire un score prédictif de colectomie dans l'année suivant une CAG, basé sur des critères cliniques, biologiques et endoscopiques.

Patients et Méthodes : Tous les patients consécutifs hospitalisés pour CAG dans 2 centres universitaires français, traités par corticothérapie intraveineuse, ciclosporine, ou anti-TNF, entre janvier 2002 et janvier 2017 pour le 1^{er} centre, et entre janvier 2008 et janvier 2017 pour le 2^{ème} centre, ont été inclus. Les variables cliniques, biologiques et endoscopiques à l'admission ont été rétrospectivement recueillies, tout comme les traitements durant l'hospitalisation et le suivi. Les patients étaient suivis jusqu'à la date de colectomie, de décès ou la date des dernières nouvelles. Les facteurs prédictifs de colectomie ont été identifiés par un modèle de Cox. A partir des facteurs de risques identifiés par l'analyse multivariée, un score prédictif de colectomie dans l'année suivant la CAG a été construit et évalué.

Résultats : Deux-cent-soixante-dix patients admis pour CAG ont été inclus. La durée médiane de suivi était de 30 mois (Ecart interquartile (EI): 7 – 66). L'âge médian au moment de la CAG était de 32 ans (EI : 24 – 47). A l'admission, 30% (81) et 12,6% (34) des patients avaient déjà reçu respectivement des thiopurines et un anti-TNF. Le taux sérique médian de la protéine C-réactive (CRP) était de 53 mg/L (EI : 18,6 – 110) et l'albuminémie médiane était de 30,7 g/L (EI : 26,3 – 35,2). Une infection à *Clostridium difficile* a été diagnostiquée chez 4,3% (10) des patients. Un an après la CAG, 70% des patients étaient exposés aux thiopurines ou aux anti-TNFs. Le risque cumulé de colectomie était de 12,3% (EI : 8,6 – 16,8) à 1 an et de 20,1% (EI : 14,8 – 26,0) à 5 ans. Après analyse multivariée, les facteurs associés à un risque augmenté de colectomie dans l'année suivant la CAG étaient : les traitements antérieurs par thiopurines ou anti-TNFs (Hazard ratio (HR) : 3,86, IC95% 1,82 – 8,18), une infection à *Clostridium difficile* (HR : 3,73, IC95% 1,11 – 12,55), un taux sérique de CRP supérieur à 30 mg/L (HR : 3,06, IC95% 1,11 – 8,43), et une albuminémie inférieure à 30 g/L (HR : 2,67, IC95% 1,20 – 5,92). Nous avons ensuite développé un score basé sur ces 4 items, chaque item comptant pour un point (Tableau 1 et Figure 1). En cas de score égal à 0, soit aucun item présent, le risque de colectomie durant l'année suivant la CAG était nul. En cas de score égal à 3 ou 4, ce risque s'élevait à un patient sur deux.

Figure 1

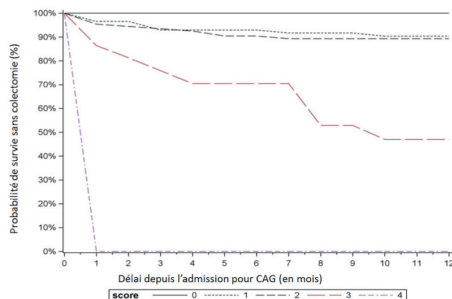


Tableau 1

Score	N patients	Risque cumulé de colectomie à 3 mois, % (IC95%)	Risque cumulé de colectomie à 1 an, % (IC95%)
0	41	0 (0,0 – 0,0)	0 (0,0 – 0,0)
1	91	6,9 (2,8 – 13,6)	9,4 (4,3 – 16,7)
2	113	6,5 (2,9 – 12,3)	10,6 (5,6 – 17,4)
3	24	24,1 (8,3 – 44,3)	51,2 (26,6 – 71,3)
4	1	100 (-)	100 (-)

Conclusion : Dans cette étude de cohorte bicentrique, nous avons identifié 4 facteurs présents à l'admission prédictifs de colectomie dans l'année suivant la CAG : un traitement antérieur par anti-TNF ou thiopurines, une infection à *Clostridium difficile*, un taux sérique de CRP supérieur à 30 mg/L et une albuminémie inférieure à 30 g/L. Un score associant ces variables est hautement prédictif de la colectomie et de l'absence de colectomie à 1 an.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000045>

CO.92

Résultats à moyen et long terme de la chirurgie de la névralgie pudendale. Définition des critères d'amélioration et analyse des facteurs prédictifs d'un bon résultat. A propos d'une série de 145 patients opérés

M. Khalfallah ⁽¹⁾, M. Begué ⁽²⁾, L. Savalli ⁽²⁾, T. Riant ⁽¹⁾

(1) Paris ; (2) Cambo-les-Bains.

Introduction : Au cours des 3 dernières décennies, des progrès importants dans le démemberment et la prise en charge des douleurs périméales ont été réalisés. La névralgie pudendale est actuellement la cause neurologique la mieux connue. Les mécanismes lésionnels sont identifiés. Cependant, l'évaluation et Les bénéfices d'une décompression chirurgicale reste encore discuté. L'objet de cette étude vise à évaluer le devenir des patients à moyen et à long terme après la chirurgie de la névralgie pudendale, quant à l'évolution de la douleur et du retentissement fonctionnel sur la position assise. Nous avons cherché à définir des critères d'amélioration et à étudier les facteurs pronostics de la chirurgie, encore mal connus

Patients et Méthodes : Population: l'étude concerne des patients suivis entre 2004 et 2016. Durant cette période, 145 patients ont été opérés d'une névralgie pudendale soit sur un seul côté, soit le plus souvent sur deux côtés. Trois patients ont été opérés de façon itérative sur un seul côté, l'ensemble représentant 148 chirurgies et 246 nerfs opérés.

Méthode : Le recueil de données a été réalisé de façon rétrospective à partir des dossiers médicaux. Le devenir a été évalué par téléphone. Les principaux paramètres étudiés, en fonction du recul par rapport à la chirurgie à 6 mois, à 1 an et à plus d'un an, ont été: l'évolution de la douleur moyenne sur l'échelle numérique de 0 à 10 en position assise, l'évolution du gain de temps moyen (en minutes) en position assise, l'amélioration subjective de la douleur perçue par les patients sur une échelle de 0 à 100% (100% = amélioration complète).

Résultats : 101 patients ont été contactés par téléphone (69%), 3 patients étaient décédés au moment de l'enquête (2%), quatre patients n'ont pas souhaité répondre aux questions (3%) et 37 patients ont été perdus de vue (26%). La moyenne d'âge des patients est de 56,2 ans +/- 0,18. Soixante-six pour cent sont des femmes.

Concernant les résultats de la chirurgie, l'amélioration de la douleur mesurée sur l'échelle numérique(EN) en position assise se poursuit tout au long du recul post-chirurgical analysé, passant de 7,45/10 avant la chirurgie à 5,45/10 à 6 mois de la chirurgie et à 4,52 à plus de 1an (p< 0.0001). L'amélioration de l'intensité de la douleur de 3 points ou plussur l'échelle de 10 est de 34.5% à 6 mois de la chirurgie, de 52% à 1 an et de 66,9% à plus d'un an. Le gain de temps moyen en position assise a été de 68 minutes à 6 mois de la chirurgie, de 86 minutes à 1 an (p= 0.001) et de 117 minutes à plus d'un an (p<0.0001). L'amélioration de la douleur perçue par le patient est de 39.6% à 6 mois de la chirurgie, de 44,3% à 1 an et de 52.4% à plus d'un an.

Discussion : L'analyse par le test du Chi2 permet d'établir une corrélation entre l'amélioration de la douleur sur l'EN et le gain de position assise d'une part (p<0,0001) et l'amélioration perçue par le patient d'autre part (p=0,004). Si l'on considère comme un « bon résultat » un gain >= à 3 points sur l'EN ou un gain de temps assis de 30 min par rapport au temps assis préopératoire ou une amélioration perçue > 30%, on obtient un bon résultat pour 118 patients soit 81%, ce qui est conforme aux données de la littérature. Le sexe, les antécédents périméaux chirurgicaux, le résultat du bloc test, le caractère unilatéral ou bilatéral de la chirurgie, l'âge, le délai de prise en charge chirurgicale des patients ne constitue pas des facteurs pronostics quant aux résultats de la chirurgie. Après l'intervention, une prise en charge en centre et l'utilisation d'un TENS sont corrélés à un meilleur résultat (respectivement p=0,008 et p=0,0001 pour le test du Chi2).

Conclusion : En conclusion cette étude plaide pour une tendance à l'amélioration des douleurs et de la capacité à maintenir la position assise qui se poursuit longtemps après la chirurgie, au-delà de 1an. Elle tend à infirmer la

valeur prédictive de certains critères comme la positivité du bloc-test, le délai écoulé entre le début des symptômes et la chirurgie ou l'âge. Elle confirme l'absence de récurrence à long terme après une décompression par voie transglutéale

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000187>

La maladie de Crohn est-elle le prix à payer pour avoir résisté à la peste aux siècles précédents ?

A. Dumay ⁽¹⁾, O. Gergaud ⁽²⁾, M. Roy ⁽¹⁾, J.P. Hugot ⁽¹⁾

(1) Paris ; (2) Bordeaux.

Introduction : La maladie de Crohn (MC), a émergé au milieu du XX^{ème} siècle, elle concerne plus de deux millions de personnes dans le monde et touche plus fréquemment les pays industrialisés. C'est une maladie génétique complexe, caractérisée par une inflammation chronique de l'intestin. D'un point de vue symptomatologique, elle ressemble à une Yersiniose, maladie dont est responsable *Yersinia enterocolitica*. 160 gènes de susceptibilité lui sont associés, parmi lesquels le gène NOD2, le plus fortement et spécifiquement associé (Hugot et al. 2001; Ogura et al. 2001; Jostins et al. 2012).

NOD2 (Nucleotide Oligomerisation Domain 2) est retrouvé muté dans 30-50% des patients atteints de la MC, mais aussi jusqu'à 10% des contrôles sains. Cette fréquence élevée suggère un avantage sélectif aux porteurs de mutations (Jostins et al. 2012, Nakagome et al. 2012). NOD2 est impliqué dans la réponse immunitaire innée envers les bactéries invasives. En reconnaissant les muropeptides intracellulaires dérivés du peptidoglycane bactérien, NOD2 active les voies pro-inflammatoires et permet de contrôler l'infection bactérienne (Caruso et al. 2014). Toutefois, alors que face à la plupart des bactéries un déficit en NOD2 est délétère, une résistance à l'infection orale par *Yersinia pseudotuberculosis* a été montrée chez la souris (Meinzer et al. 2012).

Les épidémies de peste font parties des événements importants du monde occidental responsables d'une perte démographique drastique (« peste noire » au 14^{ème} siècle). Le bacille responsable de la peste est *Yersinia pestis*, une espèce proche de *Yersinia pseudotuberculosis*.

Notre hypothèse de travail est que la peste a pu provoquer une pression naturelle de sélection vis-à-vis des mutations de NOD2. Nous avons donc cherché s'il existait une corrélation entre l'impact des épidémies de peste par le passé, et les fréquences des mutations de NOD2 observées actuellement dans les mêmes pays d'Europe et du bassin méditerranéen.

Matériels et méthodes : D'une part, nous avons calculé la fréquence des mutations de NOD2 dans la population générale, pays par pays, en nous basant sur les données de PubMed. Seuls les articles présentant des données sur les 3 principales mutations de NOD2 (pR702W, pG908R, p1007fs) dans la population générale des pays d'Europe et du bassin méditerranéen ont été retenus. Les données d'une 60^{ème} d'articles ont ainsi été compilés, nous permettant d'avoir les fréquences de mutations de NOD2 dans 26 pays (regroupés en 11 grandes régions géographiques).

D'autre part, nous avons calculé un « indice de peste » reflétant l'impact des épidémies de peste pour chaque pays. Cet indice se base sur une étude de J.N. Biraben 1975, dans laquelle sont listés, année après année de 1346 à 1860, les villes touchées par la peste. Nous n'avons retenu que les villes de plus de 5000 habitants (aux siècles décrits) en tenant compte des données démographiques répertoriées par Bosker et al. 2013. Ainsi nous avons calculé un indice de peste $I = \Sigma (\text{nb villes pestiférées} / \text{nb villes total})$ à chaque décennie pour 11 régions géographiques.

Résultats : Selon les pays, les fréquences alléliques actuelles de mutations de NOD2 variaient de 3.5 à 10.1% pour les 3 mutations confondues (pR702W, pG908R, p1007fs). Les indices de peste dans ces mêmes pays s'échelonnaient entre 1.3 et 12.2. Une association significative a été observée entre ces deux variables (figure 1). Ainsi plus un pays a été touché par la peste dans le passé (entre 1346 et 1860), plus ce pays montre une fréquence de mutation de NOD2 élevée dans sa population générale ($p=0.02$ pour les 3 mutations confondues, $p=0.03$ pour la mutation pR702W). La prise en compte de facteurs cofondants (taille des villes, démographie urbaine, taux de migrations) ne modifiait pas notre conclusion.

Conclusion : Les résultats obtenus sont compatibles avec une sélection positive des formes mutées de NOD2 lors des épidémies de peste qui ont touchées l'Europe et le bassin méditerranéen. En permettant une réponse inflammatoire plus forte, une déficience de NOD2 a pu permettre de mieux résister à une infection bactérienne sévère (la peste). Mais face à des bactéries peu pathogènes, elle pourrait entraîner une réponse inflammatoire intestinale anormalement élevée. La maladie de Crohn pourrait alors être le prix à payer par les générations actuelles pour une population ayant résisté à la peste aux siècles précédents.

Remerciements : Investissements d'Avenir programme ANR-11-IDEX-0005-02, Sorbonne Paris Cité, Laboratoire d'excellence INFLAMEX.

Références Bibliographiques : Meizner U, Barreau F, Esmiol-Welterlin S et al. Yersinia pseudotuberculosis effector YopJ subverts the Nod2/RICK/TAK1 pathway and activates caspase-1 to induce intestinal barrier dysfunction. *Cell Host Microbe*. 2012; 11: 337-51.

Caruso R, Warner N, Inohara N, Núñez G. NOD1 and NOD2: signaling, host defense, and inflammatory disease. *Immunity*. 2014; 41: 898-908.

Ogura Y, Bonen DK, Inohara N et al. A frameshift mutation in NOD2 associated with susceptibility to Crohn's disease. *Nature*. 2001; 411: 603-6.

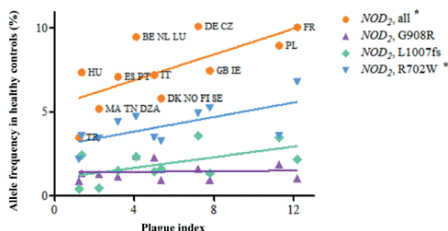
Jostins L, Ripke S, Weersma RK, et al. Host-microbe interactions have shaped the genetic architecture of inflammatory bowel disease. *Nature*. 2012; 491: 119-24.

Hugot JP, Chamaillard M, Zouali H et al. Association of NOD2 leucine-rich repeat variants with susceptibility to Crohn's disease. *Nature*. 2001; 411: 599-603.

Bosker M, Buringh E, Luitzen van Zanden J. From Baghdad to London: unravelling urban development in Europe and the Arab world 800-1800. *Review of Economics and Statistics* 2013; 95: 1418-37.

Biraben JN. Les hommes et la peste en France et dans les pays européens et méditerranéens. Monton, Paris, La Haye. 1975.

Nakagome S, Mano S, Kozłowski L et al. Crohn's disease risk alleles on the NOD2 locus have been maintained by natural selection on standing variation. *Mol Biol Evol*. 2012; 29: 1569-85.



Pour consulter ce résumé en ligne :
<https://www.snfge.org/resumes-2019/000214>

CO.94

Comparaison de la coloscopie avec chromoendoscopie à l'indigo carmin à la coloscopie avec chromoendoscopie virtuelle au NBI de 3^{ème} génération chez des patients ayant un syndrome de Lynch : étude Lynch-Chromo

C. Cellier⁽¹⁾, E. Samaha⁽¹⁾, C. Colas⁽¹⁾, M. Dhooge⁽¹⁾, J.C. Saurin⁽²⁾, T. Lecomte⁽³⁾, E. Coron⁽⁴⁾, G. Rahmi⁽¹⁾, G. Perrod⁽¹⁾, C. Savale⁽¹⁾, S. Chaussade⁽¹⁾, J. Bellanger⁽¹⁾, N. Benech⁽²⁾, M. Le Rhun⁽⁴⁾, J.P. Barbiereux⁽³⁾, H. Pereira⁽¹⁾, G. Chatellier⁽¹⁾

(1) Paris ; (2) Lyon ; (3) Tours ; (4) Nantes.

Introduction : La coloscopie avec chromoendoscopie à l'indigo carmin (CIC) améliore le taux de détection des adénomes (TDA) chez les patients ayant un syndrome de Lynch (SL). Néanmoins, il s'agit d'une technique plus couteuse, qui nécessite un apprentissage dédié et un temps de procédure allongé. Le système de Narrow Band Imaging (NBI) est une technique de chromoendoscopie virtuelle qui met en reliefs l'architecture vasculaire muqueuse améliorant le contraste pour les adénomes. Nous avons mené une étude prospective multicentrique en tandem pour comparer le NBI de 3^{ème} génération à la CIC pour la détection des adénomes coliques chez les patients ayant un SL.

Patients et Méthodes : Cent trente-huit patients ayant un SL ont eu une double coloscopie en back-to-back, d'abord avec NBI puis avec CIC. Lors de chaque passage, tous les polypes détectés ont été retirés et analysés. L'objectif principal était la comparaison du TDA après NBI au TDA après NBI et CIC. Les proportions ont été comparées à l'aide du test McNemar et les variables continues à l'aide du test Wilcoxon signed-rank.

Résultats : Une mutation de l'un des gènes MMR était présente chez tous les patients (MLH1 = 33%, MSH2 = 47%, MSH6 = 15%, PMS2 = 4%, EPCAM = 1%). L'âge moyen (Ecart type) était de 40,5 (14,7) ans, et 46,4% étaient des hommes. Le temps de retrait médian d'une coloscopie avec NBI était de 8 minutes (écart interquartile (EIQ) 6-11) comparé à 13 minutes pour la CIC (EIQ 8-17). Au moins un adénome a été détecté pendant le premier passage (NBI) chez 28/138 patients (20,3%), alors que la CIC au deuxième passage a permis la détection d'au moins un adénome supplémentaire chez 25/138 patients (18,1%). Après le deuxième passage, au moins un adénome était détecté chez 42/138 patients (30,4%), augmentant ainsi de 50% le TDA (p=0,0001). Le nombre total d'adénomes détectés était de 39 après le NBI et de 75 après NBI + CIC avec un nombre moyen d'adénomes détectés par patient de 0,3 (0,7) après NBI vs 0,5 (1,1) après NBI + CIC (p<0,0001). Le TDA pour les adénomes plans était de 10,9% après NBI vs 23,2% après CIC (p<0,0001). Le TDA a également augmenté pour les adénomes plans (10,9% après NBI vs 16,7% après CIC, p=0,0078) ainsi que pour les adénomes diminutifs ≤5mm (16,7% après NBI vs 28,3% après CIC, p<0,0001). La détection des adénomes sessiles (11,6% après NBI vs 13,8% après CIC, p=0,25) et des adénomes de plus de 5mm (6,5% après NBI vs 8,0% après CIC, p=0,5) n'était pas différente statistiquement entre les deux techniques. Après le rajout des adénomes détectés en lumière blanche, le TDA total de l'étude était de 33,3%.

Conclusion : La coloscopie avec chromoendoscopie à l'indigo carmin permet de détecter significativement plus d'adénomes que le NBI de 3^{ème} génération chez les patients ayant un syndrome de Lynch, tandis que les adénomes sessiles et les adénomes > 5mm sont détectés de manière équivalente. Bien que le NBI permet un gain de temps pendant la coloscopie comparé à l'indigo carmin, son utilisation seule ne peut être recommandée chez les patients ayant un syndrome de Lynch.

Remerciements : Financement par la fondation ARC (2015)

Pour consulter ce résumé en ligne :
<https://www.snfge.org/resumes-2019/000800>

Essai multicentrique international contrôlé et randomisé de phase III adjuvant comparant le mFOLFIRINOX à la gemcitabine (gem) chez des patients présentant un adénocarcinome pancréatique réséqué (Essai PRODIGE 24-Unicancer GI/NCIC PA.6)

J.B. Bachet ⁽¹⁾, P. Hammel ⁽²⁾, A. Turpin ⁽³⁾, M. Ben Abdelghani ⁽⁴⁾, A.C. Wei ⁽⁵⁾, J.L. Raoul ⁽⁶⁾, L. Choné ⁽⁷⁾, E. François ⁽⁸⁾, P. Artru ⁽⁹⁾, J. Biagi ⁽¹⁰⁾, T. Lecomte ⁽¹¹⁾, E. Assenat ⁽¹²⁾, R. Faroux ⁽¹³⁾, M. Ychou ⁽¹²⁾, J. Volet ⁽¹⁴⁾, A. Sauvanet ⁽²⁾, B. Juzyna ⁽¹⁾, S. Gourgou ⁽¹²⁾, C. O'Callaghan ⁽¹⁰⁾, C. Jouffroy-Zeller ⁽¹⁾, P. Rat ⁽¹⁵⁾, D. Malka ⁽¹⁶⁾, F. Castan ⁽¹²⁾, T. Conroy ⁽⁷⁾

(1) Paris ; (2) Clichy-la-Garenne ; (3) Lille ; (4) Strasbourg ; (5) Toronto, CANADA ; (6) Nantes ; (7) Nancy ; (8) Nice ; (9) Lyon ; (10) Kingston, CANADA ; (11) Tours ; (12) Montpellier ; (13) La Roche-sur-Yon ; (14) Reims ; (15) Dijon ; (16) Villejuif.

Introduction : Le FOLFIRINOX a démontré sa supériorité par rapport à la gemcitabine chez les patients avec un adénocarcinome du pancréas (AP) métastatique et un bon indice de performance. Cet essai a évalué l'intérêt du FOLFIRINOX modifié (mFOLFIRINOX) en traitement adjuvant après résection à visée curative d'un AP.

Patients et Méthodes : Les patients âgés de 18 à 79 ans présentant un AP histologiquement prouvé, 21 à 84 jours après une résection R0 ou R1, un indice de performance OMS ≤ 1 , une fonction hématologique et rénale adéquate et pas de contre-indication au 5-Fluorouracile (5-FU) étaient éligibles. La randomisation (1:1) a été stratifiée par centre, pN, marge de résection et taux de CA 19-9 (≤ 90 vs $91-180$ UI/mL).

Dans le bras A, les patients ont reçu : gemcitabine 1000 mg/m² à J1, J8, J15, un cycle tous les 28 jours, pour 6 cycles. Les patients du bras B ont reçu : mFOLFIRINOX (oxaliplatine 85 mg/m², acide folinique 400 mg/m², irinotécan 180 mg/m² à J1 et 5-FU 2400 mg/m² sur 46 h), un cycle tous les 14 jours, pour 12 cycles. La dose d'irinotécan a été réduite à 150 mg/m² après le recrutement de 162 patients à la suite d'une analyse de tolérance planifiée. Le critère d'évaluation principal était la survie sans maladie (SSM). Les critères d'évaluation secondaires étaient la survie globale (SG), la survie sans métastases et la toxicité. Un total de 490 pts devait être inclus dans cette étude afin d'observer 342 événements et montrer un gain de 10% de la SSM à 3 ans (HR=0,74) avec un risque α bilatéral de 5% et une puissance de 80%. Les données de survie des deux groupes de traitement ont été comparées à l'aide du test du log-rank stratifié (population en intention de traiter). Le 5 février 2018, pour des raisons éthiques, le comité indépendant de suivi des données a recommandé une analyse et une publication rapides. La base de données a été verrouillée le 13 avril 2018, date à laquelle 314 événements de SSM (92% des événements prévus) étaient survenus.

Résultats : D'avril 2012 à octobre 2016, 493 patients ont été inclus : 246 dans le bras A et 247 dans le bras B. Les caractéristiques cliniques et pathologiques des patients étaient similaires dans les deux bras, à l'exception des embols lymphovasculaires significativement plus fréquents dans le bras B (74% vs 63% ; P=0,02).

Le nombre médian de cycles était de 6 (de 1 à 6) dans le bras A et de 12 (de 1 à 12) dans le bras B. 192 patients (79%) du bras A et 158 (66%) du bras B ont reçu tous les cycles de chimiothérapie prévus (P=0,002).

Après un suivi médian de 33,6 mois, la SSM médiane était de 12,8 mois dans le bras gemcitabine et de 21,6 mois dans le bras mFOLFIRINOX (HR stratifié=0,58 ; IC 95% : 0,46-0,73 ; P<0,0001) ; les taux de SSM à 3 ans étaient de 21% et 40%, respectivement. La SG médiane était de 35,0 mois dans le bras gemcitabine et de 54,4 mois dans le bras mFOLFIRINOX (HR stratifié=0,64 ; IC 95% : 0,48-0,86 ; P=0,003) ; les taux de SG à 3 ans étaient de 49% et de 63%, respectivement. Des effets secondaires de grade 3-4 sont survenus chez 53% des patients du bras A et 76% du bras B. Un décès toxique est survenu (bras A ; pneumopathie interstitielle).

Conclusion : Le mFOLFIRINOX améliore significativement la survie par rapport à la gemcitabine en adjuvant chez les patients réséqués d'un AP, au prix d'une toxicité accrue mais gérable. Le mFOLFIRINOX est le nouveau standard adjuvant dans cette situation.

Remerciements : Remerciements à G. Breysacher, F. Di Fiore, C. Cripps, P. Kavan, P. Texereau, K. Bouhier Leporrier, F. Khemissa-Akou, J.L. Legoux, à tous les investigateurs et personnes ayant participé à cette étude, et aux membres de l'IDMC (B. Asselain, J.L. Van Laethem, A. Sa Cunha).

Remerciements à la Ligue contre le Cancer et à Sanofi-Aventis Canada pour l'approvisionnement en oxaliplatine des centres canadiens.

Essai financé par un PHRC 2012 du ministère français de la Santé.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000448>

Stratégie globale de dépistage des varices œsophagiennes nécessitant un traitement. Étude multicentrique européenne

A. Berger ⁽¹⁾, F. Ravaoli ⁽²⁾, O. Farcau ⁽³⁾, D. Festi ⁽²⁾, H. Stefanescu ⁽³⁾, C. Bureau ⁽⁴⁾, N. Ganne-Carrié ⁽⁵⁾, A. Berzigotti ⁽⁶⁾, V. de Lédinghen ⁽⁷⁾, P. Calès ⁽¹⁾

(1) Angers ; (2) Bologne, ITALIE ; (3) Cluj-Napoca, ROUMANIE ; (4) Toulouse ; (5) Bondy ; (6) Berne, SUISSE ; (7) Bordeaux.

Introduction : Les critères de Baveno VI (CB6), basés sur les plaquettes sanguines et la mesure de la dureté hépatique (LSM par Fibroscan), permettent d'écarter les varices œsophagiennes nécessitant un traitement (VNT). Cependant, le taux d'endoscopies évitées est faible (20%) et le Fibroscan n'est pas d'accès ubiquitaire. L'objectif principal était de développer une stratégie globale de dépistage des VNT accessible à tous les acteurs.

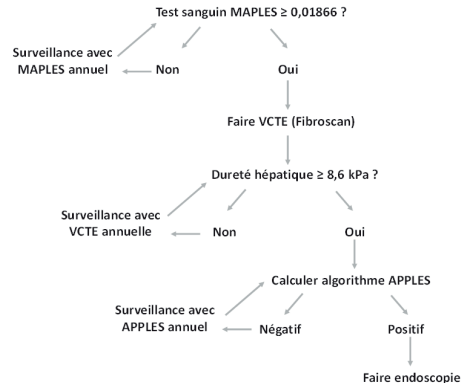
Patients et Méthodes : Parmi 3536 patients avec hépatopathie chronique d'étiologies variées, ceux avec délai entre examens <6 mois et données complètes ont été inclus dans une étude multicentrique européenne : 1563 dans la population de dérivation et 303 dans la population de validation. Un algorithme a été développé grâce à la nouvelle technique statistique EAST (Expanded Amplification Specificity / sensitivity Technique) utilisant plusieurs paires de cut-offs. Nous avons développé un arbre décisionnel dont les 3 premiers temps reposent sur des tests non-invasifs, le dernier étant l'endoscopie.

Résultats : Caractéristiques des patients (dérivation) : hommes : 63,7%, VNT : 17,3%, âge : 58,6±11,4 ans, étiologies : virus : 62,1%, alcool : 28,6%, autres : 9,3%, BMI : 26,6±4,6 kg/m², LSM ≥10kPa : 93,5%. Étape 1 : nous avons déterminé que 1,1% des VNT survenaient entre LSM = 8,6 et 9,9 kPa (10 kPa étant le seuil recommandé des CB6). Ce seuil de LSM =8,6 kPa était donc celui de spécificité à 100% pour les VNT. Le taux de VNT manquées (parmi les VNT) en appliquant CB6 était plus élevé quand LSM <10 kPa : 33,3% vs 4,5% quand LSM ≥ 10 kPa, p=0,138. La majorité des résultats était en faveur d'un seuil à 8,6 kPa au lieu de 10 kPa pour débiter le dépistage des VNT par LSM. Étape 2 : nous avons développé un score sanguin composé de variables usuelles (plaquettes, albumine, créatinine, TP, MELD, ALAT + sexe et étiologie) dénommé MAPLES (Meld, albumin, ALT, prothrombin index, platelets, etiology, sex) qui avait une AUROC pour les VNT de 0,775 et surtout un seuil donnant une spécificité de 100% pour les VNT chez 3,2% (dérivation) à 14,3% (validation) des patients. Ce score sanguin permettait de réduire le taux de LSM inutile (<8,6 kPa) de 4,5% à 3,1% (p=0,052) sachant que, dans la population générale des hépatopathies, cette différence serait très amplifiée. Étape 3 : nous avons développé, grâce à la technique EAST, un algorithme associant marqueurs cliniques (sexe et étiologie), sanguins (plaquettes, albumine, TP, ALAT) et LSM pour exclure les VNT. Cet algorithme a été dénommé APPLES (ALT, albumin, platelets, prothrombin index, LSM, etiology, sex) dans l'arbre décisionnel. Dans la population de dérivation, le taux d'endoscopies évitées était : APPLES : 41,9%, CB6 étendus (Augustin Hepatology 2017) : 37,1% (p<0,001 vs APPLES), CB6 : 20,3% (p<0,001) pour un taux de VNT manquées, respectivement, de 5,2%, 8,1% et 1,1%. Dans la population de validation, le taux d'endoscopies évitées était : APPLES : 57,1%, CB6 étendus : 48,2% (p=0,006 vs APPLES), CB6 : 25,4% (p<0,001) pour un taux de VNT manquées, respectivement, de 7,4%, 11,1% et 0%.

Conclusion : Nous proposons une stratégie globale de dépistage des VNT (figure) à 4 temps. Ainsi, dans toute hépatopathie chronique, il faudrait : 1/ calculer le score sanguin MAPLES, si MAPLES positif : 2/ mesurer LSM, si LSM ≥8,6 kPa : 3/ calculer l'algorithme APPLES, si APPLES positif : 4/ faire une endoscopie. Cette stratégie évite de 42 à 57% des endoscopies, soit plus de deux fois mieux que les CB6. En pratique, elle repose sur des tests usuels mais nécessite un calculateur en ligne d'accès libre. Elle est donc non seulement sans surcoût mais implique une réduction des coûts directs en diminuant les taux de LSM et d'endoscopies par rapport à la recommandation CB6. In fine, le nombre d'endoscopies ne devrait pas être réduit en raison d'une réalisation plus fréquente de ce dépistage.

Remerciements : Groupe international VEB6 : France, Italie, Roumanie, UK, Suisse.

Références Bibliographiques : Augustin S, Pons M, Maurice JB, Bureau C, Stefanescu H, Ney M, Blasco H, et al. Expanding the Baveno VI criteria for the screening of varices in patients with compensated advanced chronic liver disease. Hepatology 2017;66:1980-1988.
de Franchis R, Baveno VIF. Expanding consensus in portal hypertension: Report of the Baveno VI Consensus Workshop: Stratifying risk and individualizing care for portal hypertension. J Hepatol 2015;63:743-752.



Pour consulter ce résumé en ligne :
<https://www.snfge.org/resumes-2019/000669>

CO.97

Pronostic à 4 ans des patients ayant une hépatopathie chronique avancée compensée à faible risque selon les critères de Baveno VI

P. Pollo ⁽¹⁾, M. Munteanu ⁽¹⁾, Y. Ngo ⁽¹⁾, A. Ngo ⁽¹⁾, T. Poynard ⁽¹⁾, D. Thabut ⁽¹⁾, M. Rudler ⁽¹⁾
(1) Paris.

Introduction : Les recommandations de Baveno VI préconisent de ne pas faire d'endoscopie haute de dépistage des varices œsophagiennes (VO) chez les patients ayant une hépatopathie chronique avancée à faible risque, c'est-à-dire chez des patients ayant un taux de plaquettes $>150.000/\text{mm}^3$ et une élasticité hépatique évaluée par FibroScan (FS) $<20 \text{ kPa}$. Aucune donnée n'est à ce jour disponible concernant le pronostic et le taux de complications de la cirrhose chez les patients à faible risque selon ces critères. L'objectif de ce travail était d'évaluer le taux de complications liées à la cirrhose et la survie à 4 ans chez ces patients à faible risque.

Patients et Méthodes : C'est une étude rétrospective de données issues d'un centre tertiaire de prise en charge des maladies chroniques du foie. Tous les patients consécutifs évalués dans notre centre entre 2012 et 2013 ont été analysés. Les critères d'inclusion étaient : 1) Cirrhose, définie par un FS $>12.5 \text{ kPa}$, applicable et interprétable ; 2) absence d'antécédent de complication de la cirrhose, définie par un antécédent d'ascite, encéphalopathie hépatique (EH), d'hémorragie digestive (Rupture de VO-RVO) ou de carcinome hépato-cellulaire (CHC). Les patients ont été répartis en 2 groupes : ceux considérés à bas risque selon les critères de Baveno (groupe Bav+), et ceux considérés à haut risque, c'est-à-dire ayant un FS $\geq 20 \text{ kPa}$ ou un taux de plaquettes $\leq 150.000/\text{mm}^3$ (groupe Bav-). L'incidence des complications de la cirrhose et la survie étaient comparées entre les 2 groupes.

Résultats : 238 patients avec maladie hépatique compensée ont été inclus dans notre étude (âge moyen 57 ± 11 ans, sexe masculin 70%, cause de la cirrhose alcool/virus C/ virus B/NASH/autre dans 12/52/10/18/8% des cas, Child-Pugh A=100%, FS=30 $\pm$ 16 kPa, taux de plaquettes=172.000 $\pm$ 77000/ mm^3). 154 patients et 84 patients ont été classés dans les groupes Bav+ et Bav-, respectivement. Le suivi moyen était de 3.3 $\pm$ 1.2 ans. À l'inclusion, la bilirubine, l'albumine, le TP et la GGT étaient significativement plus bas dans le groupe bav- ($p < 0.05$ pour tous les paramètres). Au cours du suivi, aucun des patients du groupe Bav+ n'a présenté d'EH vs 3 dans le groupe Bav- (0% vs 2 $\pm$ 1%, $p=0.20$), aucun des patients n'a développé de RVO vs 4 dans le groupe Bav- (0% vs 4 $\pm$ 2%), 3 patients ont développé de l'ascite vs 9 dans le groupe Bav- (1.3 $\pm$ 0.9% vs 8 $\pm$ 3%, $p=0.43$). Seuls 3 patients du groupe Bav+ ont présenté au moins une complication de l'HTP vs 14 dans le groupe Bav- (3.8 $\pm$ 2% vs 10.3 $\pm$ 3%, $p=0.11$). Aucun patient n'est décédé vs 2 patients dans le groupe Bav- (0% vs 1.6 $\pm$ 0.6% $p=0.28$). Cinq patients ont présenté un CHC vs 11 dans le groupe Bav- (7 $\pm$ 3% vs 9 $\pm$ 3%, $p=0.72$).

Conclusion : Dans notre cohorte de patients à faible risque selon les critères de Baveno VI, la probabilité de présenter une EH ou une RVO était nulle à 4 ans, tout comme la mortalité. La probabilité de développer une autre complication de l'HTP est également très faible. Comme précédemment décrit, le dépistage du CHC reste primordiale.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/001085>

CO.98

Évaluation du TIPS préemptif dans la prise en charge de l'hémorragie digestive par hypertension portale chez les patients avec un score de MELD élevé

M. Depaire ⁽¹⁾, M. Allaire ⁽²⁾, M. Rudler ⁽³⁾, C. Billy ⁽¹⁾, R. Amathieu ⁽²⁾, D. Thabut ⁽³⁾, M.A. Robic ⁽¹⁾, N. Ganne-Carrié ⁽²⁾, J.M. Péron ⁽¹⁾, J.C. Nault ⁽²⁾, C. Bureau ⁽¹⁾

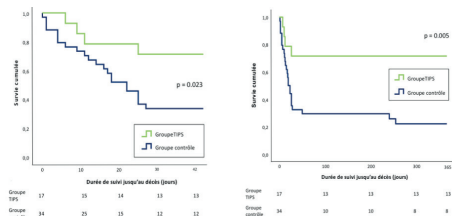
(1) Toulouse ; (2) Bondy ; (3) Paris.

Introduction : La mise en place d'un TIPS préemptif est recommandée en prévention de la récidive au décours d'une hémorragie par hypertension portale chez les patients avec cirrhose Child Pugh B et saignement actif ou Child Pugh C <14 . Le bénéfice du TIPS préemptif chez les patients les plus graves n'est aujourd'hui pas clair. Le but de notre étude était d'évaluer la mortalité à 6 semaines et 1 an d'un groupe de patients avec critères de gravité biologiques traités par TIPS comparée à celle d'un groupe contrôle.

Patients et Méthodes : Les patients atteints d'une cirrhose avec hémorragie digestive traités par TIPS préemptif entre janvier 2006 et avril 2018 dans trois centres, Child Pugh C avec TP $<35\%$ et bilirubine $>100 \mu\text{mol/L}$ ont été considérés pour l'inclusion. Ces patients ont été comparés à un groupe contrôle de gravité similaire issu de la cohorte nationale CHOC éligibles au TIPS préemptif mais traités de manière conventionnelle. Le critère d'évaluation principal était la survie à 6 semaines. Les critères d'évaluation secondaires étaient la survie à 1 an, la récidive hémorragique et la recherche de critères de futilité qui feraient contre indiquer le TIPS préemptif chez ces malades graves.

Résultats : 17 patients avec un TP $<35\%$ et bilirubine $>100 \mu\text{mol/L}$ ont été inclus dans trois centres pour constituer le groupe TIPS. 34 patients avec critères de gravité identiques ont été appariés (2 pour 1) pour l'âge et le score de MELD pour constituer le groupe contrôle. Les moyennes du TP et du taux de bilirubine étaient respectivement de $29 \pm 4\%$ et de $205 \pm 99 \mu\text{mol/L}$ pour le groupe TIPS. Le score de MELD moyen du groupe TIPS était de 27.8 ± 3.4 [23-34]. La survie à 6 semaines était de 76,5% dans le groupe TIPS (13/17) contre 35,3% (12/34) dans le groupe contrôle ($p = 0,023$). La survie à 1 an était de 76,5% dans le groupe TIPS contre 23,5% dans le groupe contrôle ($p = 0,005$). Une récidive hémorragique est survenue chez 41,2% des patients du groupe contrôle contre 5% des patients du groupe TIPS ($p = 0,019$). Aucun des paramètres étudiés n'était associé à la mortalité à 6 semaines dans le groupe TIPS.

Conclusion : La mise en place d'un TIPS préemptif chez les patients graves définis dans notre travail par un TP $<35\%$ et bilirubine $>100 \mu\text{mol/L}$ augmente la survie en comparaison au traitement conventionnel. Notre travail ne nous a pas permis de mettre en évidence des critères de futilité qui devraient faire contre indiquer un TIPS préemptif chez ces patients.



Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000336>

Résultats à court et moyen terme du TIPS couvert de sauvetage pour hémorragie digestive réfractaire sur hypertension portale cirrhotique

A. Walter⁽¹⁾, M. Allaire⁽¹⁾, I. Olivier⁽¹⁾, M. Musikas⁽¹⁾, C. Rouillon⁽¹⁾, O. Sutter⁽²⁾, O. Seror⁽²⁾, R. Amathieu⁽²⁾, P. Nahon⁽²⁾, N. Ganne-Carrié⁽²⁾, J.C. Nault⁽²⁾

(1) Caen ; (2) Bondy.

Introduction : Peu de données récentes sont disponibles sur le pronostic du TIPS (transjugular intrahepatic portosystemic shunt) de sauvetage couvert en cas d'hémorragie digestive (HD) réfractaire sur hypertension portale (HTP) cirrhotique. L'objectif de cette étude était d'étudier les facteurs prédictifs de décès à 45 jours et le devenir à 2 ans à l'heure de l'utilisation du TIPS couvert et des recommandations de Baveno VI.

Patients et Méthodes : Tous les patients cirrhotiques avec HD réfractaire sur HTP (définie par une impossibilité de traitement endoscopique face à l'importance de l'HD ou HD réfractaire malgré un traitement médical et endoscopique bien conduit ou récidive de l'HD dans les 5 jours suivant un traitement endoscopique et médical bien conduit, et non contrôlée par un nouveau traitement endoscopique, ou lorsque le traitement endoscopique est considéré comme inutile) traités par TIPS de sauvetage couvert entre 2007 et 2017 dans les centres hospitalo-universitaires de Caen et Bondy ont été inclus de façon rétrospective. Les caractéristiques clinico-biologiques initiales et les traitements reçus ont été corrélés à la mortalité à 45 jours. La survie à 45 jours et à 2 ans a été évaluée selon la méthode de Kaplan Meier. L'association entre les variables initiales et la survie a été analysée en analyse univariée puis multivariée selon le modèle de Cox.

Résultats : 73 patients ont été inclus (80% d'hommes, âge médian de 56 ans, 94,5% de cirrhose d'origine OH, MELD médian à 22 et 43% d'ACLF grade 3). Tous les patients ont été pris en charge selon les recommandations de Baveno VI, 73% des patients ont nécessité un traitement par amines, 62% une intubation oro-trachéale et 23% une épuration extra rénale (EER). Le TIPS n'a pu être posé chez 1 patiente et 8% des patients ont présenté un œdème aigu pulmonaire après la pose. Le taux d'échec du TIPS (incluant décès ou non contrôle de l'hémorragie) à 5 jours était de 26%. La mortalité à 45 jours était de 49% (76% pour les ACLF grade 3, 91% en cas de lactates > 5mmol/L et 93% si MELD>30). Aucun patient ayant un MELD > 30 n'était vivant à 2 mois. Les causes de décès à 45 jours étaient l'apparition d'une défaillance multi-viscérale (67%), d'une HD réfractaire (22%), un sepsis (8%) et un choc anaphylactique (3%). En analyse multivariée, le MELD (OR=1,09, IC 95% [1,05-1,13], p<0,001) et l'EER (OR=4,5, IC 95% [2,00-10,11], p<0,001) étaient indépendamment associés à la mortalité à 45 jours. Malgré l'antibioprophylaxie initiale, 42% des patients ont développé une infection, incluant 23% de bactéries multi-résistantes et 18% de levures. La survie à 2 ans était de 40%. 19% des patients ont présenté une récidive hémorragique sur HTP à distance sans sténose et/ou thrombose du TIPS observées et 54% une encéphalopathie hépatique (EH). Seule la présence d'un diabète de type 2 était associée à la survenue d'une EH à distance en analyse univariée.

Conclusion : Après TIPS de sauvetage couvert, la mortalité à 45 jours était de 49%, associée de façon indépendante au MELD et à l'épuration extra rénale. Un MELD > 30 était associé à une mortalité de 100% à 2 mois. Une prévention précoce de l'insuffisance rénale et un dépistage et traitement précoce des infections bactériennes et fongiques pourraient permettre d'améliorer le pronostic de ces malades. La survie à 2 ans était satisfaisante avec néanmoins un taux important d'encéphalopathie hépatique et de récidive hémorragique sur hypertension portale.

Pour consulter ce résumé en ligne :
<https://www.snfge.org/resumes-2019/000811>

Dépistage de l'hypertension portale selon les recommandations Baveno VI : étude de validation indépendante sur une cohorte prospective franco-belge de patients atteints de cirrhose alcoolique (CIRRAL)

C. Bouzbib⁽¹⁾, D. Thabut⁽¹⁾, C. Chaffaut⁽¹⁾, S. Chevreton⁽¹⁾, N. Ganne-Carrié⁽²⁾

(1) Paris ; (2) Bondy.

Introduction : Depuis les recommandations Baveno VI de 2015, le dépistage de l'hypertension portale (HTP) par endoscopie oeso-gastro-duodénale (EOGD) n'est plus systématique mais n'est recommandé que chez les patients avec cirrhose décompensée ou avec un taux de plaquettes ≤ 150 G/L et/ou une élastométrie ≥ 20 kPa. Ces recommandations ont été validées dans une cohorte de patients atteints d'hépatite virale chronique mais leur extrapolation aux patients avec cirrhose non virale n'a pas été validée jusqu'ici. La consommation excessive d'alcool étant la principale cause de cirrhose en France, cette étude avait pour but d'évaluer la validation de ces recommandations dans une cohorte de patients avec cirrhose alcoolique compensée.

Patients et Méthodes : Les patients atteints de cirrhose alcoolique histologiquement prouvée et compensée (Child-Pugh A) inclus dans la cohorte prospective multicentrique CIRRAL ont été sélectionnés pour cette étude si une EOGD, un dosage sanguin de plaquettes et une élastométrie effectués à l'inclusion étaient conjointement disponibles. Les patients étaient exclus si l'élastométrie était interprétable (IQR > 30% de la médiane) ou s'ils avaient un antécédent d'hémorragie digestive par HTP ou de ligature endoscopique de varices œsophagiennes (VO). Le critère de jugement principal était la présence de VO de grande taille à l'EOGD de dépistage ou lors du suivi (grade II ou III). La progression de l'HTP était définie par l'apparition de VO de grande taille ou la nécessité d'une ligature endoscopique (à fortiori lors d'un épisode hémorragique) durant le suivi.

Résultats : Parmi les 652 patients inclus dans la cohorte CIRRAL, 180 ont été sélectionnés pour l'étude d'évaluation initiale de l'HTP : sexe masculin 72%, âge médian 58,9 ans, indice de masse corporelle médian 27,2 kg/m², persistance d'une consommation d'alcool régulière 37%. A l'inclusion, 51 patients avaient un taux de plaquettes > 150 G/L et une élastométrie < 20 kPa, dont seulement 1 (2%) avait des VO de grande taille à l'EOGD de dépistage (absence de VO 72%, VO de petite taille 26%). Au contraire, 129 patients avaient un taux de plaquettes ≤ 150 G/L et/ou une élastométrie ≥ 20 kPa, dont 21 (16%) avaient des VO de grande taille (absence de VO 62%, VO de petite taille 22%) (p=0,006). De façon similaire, 86 patients avaient un taux de plaquettes > 110 G/L et une élastométrie < 25 kPa, dont seulement 4 (5%) avaient des VO de grande taille (absence de VO 73%, VO de petite taille 22%) ; 94 patients avaient un taux de plaquettes ≤ 110 G/L et/ou une élastométrie ≥ 25 kPa, dont 18 (19%) avaient des VO de grande taille (absence de VO 57%, VO de petite taille 24%) (p=0,003). Tous les patients avec des VO de grande taille malgré un taux de plaquettes > 110 G/L et une élastométrie < 25 kPa avaient des cofacteurs métaboliques d'hépatopathie (hypertension artérielle et/ou diabète et/ou obésité). Des données évolutives étaient disponibles pour 94 des 180 patients étudiés (durée de suivi médiane : 36,5 mois). La progression de l'HTP durant le suivi concernait seulement 1 patient (4%) avec un taux de plaquettes > 150 G/L et une élastométrie < 20 kPa, versus 14 (20%) avec un taux de plaquettes ≤ 150 G/L et/ou une élastométrie ≥ 20 kPa.

Conclusion : L'EOGD de dépistage peut effectivement être évitée chez les patients avec cirrhose alcoolique compensée, taux de plaquettes > 150 G/L et élastométrie < 20 kPa, du fait d'un faible risque de VO de grande taille, en accord avec les recommandations de Baveno VI. Cependant, la présence de cofacteurs métaboliques d'hépatopathie est un facteur de risque d'aggravation de l'HTP et doit probablement conduire à un suivi plus spécifique.

Pour consulter ce résumé en ligne :
<https://www.snfge.org/resumes-2019/000269>

CO.101

Impact de l'arrêt cardiaque récupéré chez le donneur en état de mort encéphalique sur les résultats de la transplantation hépatique

E. Timsit ⁽¹⁾, E. Savier ⁽¹⁾, Y. De Rycke ⁽¹⁾, M. Khalfallah ⁽²⁾, F. Charlotte ⁽¹⁾, G. Rousseau ⁽¹⁾, F. Perdigao Cotta ⁽¹⁾, C. Vezinet ⁽¹⁾, O. Scatton ⁽¹⁾, F. Conti ⁽¹⁾

(1) Paris ; (2) Tours.

Introduction : L'arrêt cardiaque récupéré (ACR) chez le donneur en état de mort encéphalique est considéré comme facteur de mauvais pronostic sur les résultats de la transplantation hépatique (TH) car il pourrait être responsable d'une dysfonction du greffon, secondaire à des lésions ischémiques. Cependant, certaines études sont en faveur d'un effet protecteur de l'ACR.

L'objectif de cette étude a donc été de préciser l'influence de l'ACR chez le donneur en état de mort encéphalique sur les résultats de la TH.

Patients et Méthodes : Etude rétrospective monocentrique sur 429 TH réalisées entre le 01/01/2008 et le 30/06/2017 à la Pitié-Salpêtrière. Critères d'exclusion: reTH, greffes multigreffes, foies partagés et dominos, donneurs vivants, décès par arrêt circulatoire. Un groupe ACR (n=111) a été comparé à un groupe non ACR (n=318). Critère de jugement principal: survie sans complication artérielle ou biliaire à 1 an (survie sans ABC), nouvel outil d'évaluation en cours de validation par l'équipe de TH de la Pitié-Salpêtrière. Critères de jugement secondaires: survie patient, la survie greffon, complications post-opératoires immédiates et données anatomopathologiques.

Résultats : Les donneurs étaient significativement plus jeunes dans le groupe ACR par rapport aux non ACR (47,3 ans [13-86] versus 59,5 ans [15-95], $p < 0,0001$). La cause de décès du donneur était majoritairement anoxique dans le groupe ACR (46,8% versus 0,62%) et vasculaire cérébrale dans le groupe non ACR (73,6% versus 33,6%, $p < 0,001$). En conséquence, l'ET-DRI était plus bas dans le groupe ACR (1,501 versus 1,595 $p = 0,025$). Certains paramètres biologiques du donneur en réanimation étaient significativement moins bons dans le groupe ACR : pic de transaminases, GGT et PAL, pic de lactates, créatinine, TP, pic de bilirubine. Enfin, les patients du groupe ACR étaient plus souvent tabagiques ($p=0,0002$). En revanche, les caractéristiques des receveurs et de l'intervention étaient comparables entre les deux groupes, et les greffons avaient un pourcentage de nécrose et de stéatose comparable.

Aucune différence significative n'a été mise en évidence pour la survie des patients (90,5% à 1 an dans le groupe non ACR et 93,6% dans le groupe ACR, $p = 0,35$), la survie des greffons (88,6% à 1 an dans le groupe non ACR et 92,7% dans le groupe ACR, $p = 0,25$) et la dysfonction du greffon en post-opératoire (31,5% dans le groupe ACR versus 36,7% dans le groupe non ACR, $p = 0,43$). Les paramètres biologiques post-opératoires étaient comparables en dehors du taux de transaminases à J2 post-opératoire qui était moins élevé dans le groupe ACR (ASAT à 349 UI/l vs. 408 UI/l $p = 0,015$ et ALAT 501 UI/l vs. 532 UI/l, $p = 0,049$) et du TP entre J5 et J7 post-opératoire qui était plus élevé dans le groupe ACR (84,2% versus 79,7%, $p = 0,04$). La survie sans ABC était significativement plus élevée dans le groupe ACR (70,1% dans le groupe non ACR et 81% dans le groupe ACR, $p=0,04$) en analyse univariée. En analyse multivariée, la survie sans ABC n'était plus significativement meilleure dans le groupe ACR, mais la tendance persistait (HR = 0,62, $p = 0,08$). Les facteurs qui influencent de façon indépendante sur la survie sans ABC étaient le tabagisme chez le donneur, le type de liquide de conservation utilisé, la dose de catécholamine du donneur en réanimation et l'ET-DRI.

Conclusion : D'après nos résultats, la survenue d'un ACR chez le donneur en état de mort encéphalique n'a pas d'impact sur les résultats de la TH à 1 an. Il semblerait même qu'il existe un rôle protecteur de l'ACR sur la survie sans ABC, qui était meilleure dans le groupe ACR en analyse univariée, même s'il ne persistait qu'une tendance en analyse multivariée.

La survenue d'un ACR chez le donneur ne semble donc pas être un facteur pronostic majeur, l'utilisation de ces greffons, bien sélectionnés, n'est pas contre-indiquée en TH.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000043>

CO.102

Impact de potentiels facteurs de risque après une transplantation hépatique - Etude française sur 11 004 patients

M. Altieri ⁽¹⁾, O. Seree ⁽¹⁾, T. Lobbedez ⁽¹⁾, P. Segol ⁽¹⁾, S. Dharancy ⁽²⁾, X. Blaizot ⁽¹⁾, G. Launoy ⁽¹⁾, J. Dumortier ⁽³⁾

(1) Caen ; (2) Lille ; (3) Lyon.

Introduction : Les cancers de novo post transplantation hépatiques (TH) représentent une des principales causes de mortalité tardive post TH avec un risque de cancer 2 fois supérieur à la population générale. Pour les patients transplantés du foie en France nous avons recherché l'impact de facteurs étiologiques et pronostiques associés à la survenue d'un cancer de novo chez les patients ayant bénéficié d'une transplantation hépatique (TH). Nous avons voulu voir la relation entre les caractéristiques des receveurs et les donneurs, et l'apparition du cancer de novo post-TH.

Matériels et méthodes : Cette étude de cohorte basée sur une population incluant toutes les primo transplantations hépatiques réalisées en France du 1^{er} Janvier 2000 au 31 Décembre 2013 (n=11004). L'étiologie des cancers et décès a été analysée avec le modèle de Cox et une extension du modèle de Cox adaptée à l'identification de facteurs pronostiques dans un contexte de risques compétitifs a été utilisée.

Résultats : Sur les 11004 greffés adultes entre 2000 à 2013 n'ayant jamais présenté de cancer pré-greffe, 1480 ont déclaré au moins un cancer de novo post-greffe. L'âge médian des patients sans cancer post-greffe sur la période est de 53,81 ans, l'âge médian des patients avec un cancer était de 54,16 ans. La durée médiane (interquartile) de suivi est de 3,55 (1,04-7,18) ans pour les patients n'ayant pas de diagnostic de cancer post-greffe et 3,59 (1,10-7,04) ans pour les patients développant un cancer de novo post-transplantation.

Les facteurs étiologiques de cancer et de décès observés sont l'âge, le sexe, le type de donneur, la maladie initiale, le premier traitement et le nombre total de transplantations. Concernant les maladies initiales, en multivarié nous avons observé, que les tumeurs hépatiques (HR=1.99), les cholangite sclérosante (HR=1.88), les cirrhoses alcoolique (HR=1.55) et les cirrhoses viral C (HR=1.54) sont des facteurs d'apparition de cancer comparé à la maladie initiale métabolique.

Nous avons observé une augmentation significative du risque pronostic de cancer Subdistribution Hazard Ratio (SHR)=1,03 avec l'âge. Les femmes ont un risque significativement moins élevé que l'homme de déclarer un cancer post TH. Les maladies initiales Cirrhose alcoolique, auto-immune, autres cirrhose et tumeur hépatiques ont un risque significativement plus élevé de développer un cancer. Concernant les traitements, il n'y a pas de différence significative entre les différents traitements de chaque classe sur la survenue d'un cancer de novo.

Conclusion : En conclusion, l'âge, le sexe, la cirrhose OH, la maladie auto-immune, d'autres cirrhoses et la tumeur hépatique de TH étaient des facteurs pronostiques de risque de malignités post-LT de novo. L'âge, le sexe, la maladie métabolique, la cirrhose virale C, les tumeurs hépatiques, les anticorps anti-lymphocytaires et les retransplantations étaient associés à une survie plus médiocre.

Remerciements : Nous remercions A. Abergel, O. Boillot, F. Conti, O. Chazouillères, M. Debette-Gratien, D. Debray, A. Delarue, S. Dharancy, F. Durand, C. Duvoux, C. Francoz, J. Gugenheim, J. Hardwigen, G. Hery, P. Housset-Deby, E. Jacquemin, N. Kamar, G. Lamblin, M. Latournerie, P. Lebray, V. Leroy, A. Minello, M. Neau-Cransac, G.-P. Pageaux, S. Radenne, E. Salamé, D. Samuel, F. Saliba, C. Vanleemmens, M.L. Woehl-Jaegle et l'agence de la biomédecine pour leur aide précieuse dans cette étude.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000828>

Résultats à long terme de la transplantation hépatique pour hépatite auto-immune : premiers résultats d'une étude de cohorte nationale française

Y. Chouik⁽¹⁾, C. Francoz-Caudron⁽²⁾, O. Guillaud⁽¹⁾, A. Abergel⁽³⁾, L. Barbier⁽⁴⁾, C. Besch⁽⁵⁾, C. Corpechot⁽²⁾, E. de Martin⁽⁶⁾, S. Dharancy⁽⁷⁾, F. Durand⁽⁸⁾, C. Duvoux⁽⁹⁾, J. Gugenheim⁽⁹⁾, J. Hardwigen⁽¹⁰⁾, M.N. Hilleret⁽¹¹⁾, P. Housset-Debry⁽¹²⁾, N. Kamar⁽¹³⁾, M. Neau-Cransac⁽⁹⁾, G.P. Pageaux⁽¹⁵⁾, S. Radenne⁽¹⁾, O. Roux⁽⁹⁾, F. Saliba⁽⁹⁾, C. Vanlemmens⁽¹⁶⁾, M.L. Woehl-Jaegle⁽⁹⁾, D. Samuel⁽⁹⁾, J. Dumortier⁽¹⁾

(1) Lyon ; (2) Paris ; (3) Clermont-Ferrand ; (4) Tours ; (5) Strasbourg ; (6) Villejuif ; (7) Lille ; (8) Clichy-la-Garenne ; (9) Nice ; (10) Marseille ; (11) Grenoble ; (12) Rennes ; (13) Toulouse ; (14) Pessac ; (15) Montpellier ; (16) Besançon.

Introduction : L'hépatite auto-immune (HAI) est une indication rare de transplantation hépatique (TH), représentant actuellement moins de 5% des greffes en Europe. Si le pronostic global des patients semble favorable, il existe des problématiques spécifiques à cette indication. Notamment, le risque de récidive de la maladie initiale est important et croît avec le temps, et les épisodes de rejet sont plus nombreux. Ainsi, le maintien d'une triple immunosuppression, avec corticoïdes, est une attitude largement répandue. Les buts de notre étude, à partir d'une large cohorte nationale française avec un long suivi, étaient i) d'évaluer la survie du patient et du greffon chez les transplantés hépatiques pour HAI, ii) d'estimer l'incidence de la récidive et des rejets et leur impact sur le pronostic et iii) d'identifier des facteurs pronostiques et des facteurs de risque de récidive et notamment l'impact de la corticothérapie au long cours. Nous présentons ici les résultats préliminaires, centrés sur la survie.

Patients et Méthodes : Cette étude de cohorte rétrospective multicentrique incluait tous les patients âgés de plus de 16 ans greffés pour hépatite auto-immune en France. A partir des données de l'agence de Biomédecine et avec l'aide des centres, nous avons recueilli les données épidémiologiques, cliniques, biologiques et histologiques dans les dossiers médicaux. Les épisodes de rejet et récidive ont été systématiquement recueillis et analysés.

Résultats : Nous avons inclus 344 patients (73 hommes) greffés entre juillet 1987 et avril 2018 dans vingt centres français. L'âge moyen à la TH était de 42,6 ans (16,4-72,6). La durée médiane de suivi était de 74,4 mois (0,0-363,7). L'indication de greffe était une hépatite fulminante ou subfulminante dans 58 cas, et une cirrhose dans 286 cas, dont 17 cas de carcinome hépato-cellulaire (CHC). Une autre maladie auto-immune était associée à l'HAI dans 27,6% des cas. Une corticothérapie au long cours a été maintenue chez 64,5% des patients. Au cours du suivi, 31,1% des patients ont présenté un ou plusieurs épisodes de rejet aigu cellulaire ou humoral, 6,1% un rejet chronique, et 22,1% une récidive de l'HAI. Le délai médian de survenue de la récidive était de 53,6 mois (3,1-296,8). Les survies du greffon et du patient étaient respectivement de 84,2%, 76,7%, 69,3%, 56,4% et 88,0%, 81,7%, 75,7%, 66,5% à 1, 5, 10 et 20 ans. Les causes principales de décès étaient un sepsis (n=20), un cancer (n=11, dont 3 récidives de CHC) et une insuffisance hépatique (n=9, dont 4 imputables à une récidive de l'HAI). Durant le suivi, 46 patients ont été retransplantés, dont 9 pour récidive d'HAI. La récidive et les épisodes de rejet n'avaient pas d'impact négatif sur la survie du greffon ou du patient. Au contraire, la corticothérapie au long cours impactait de façon significative et négative la survie globale (p = 0,048), de même que l'âge à la greffe (p = 0,01), le statut HLA A1B8DR3 (p = 0,007) et la retransplantation (p = 0,001).

Conclusion : Notre étude confirme que la survie après transplantation hépatique pour HAI est excellente. La récidive de la maladie est fréquente mais entraîne rarement la perte du greffon. La corticothérapie au long cours semble avoir un effet délétère important. La prise en charge optimale de ces patients reste à mieux définir sur le plan du traitement immunosuppresseur.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfgc.org/resumes-2019/000970>

L'enseignement de la proctologie est-il adapté dans la forme actuelle du diplôme inter-universitaire ?

C. Brochard⁽¹⁾, I. Etienney⁽²⁾, V. de Parades⁽²⁾, L. Abramowitz⁽²⁾, F. Pigot⁽³⁾, L. Siproudhis⁽¹⁾

(1) Rennes ; (2) Paris ; (3) Bordeaux.

Introduction : La proctologie est un exercice médical un peu particulier au sein de l'Hépatogastro-Entérologie parce que l'activité est assez spécifique, médico-instrumentale et chirurgicale. L'approche d'enseignement nécessite, comme en endoscopie, un accompagnement parfois long. Dans sa forme actuelle, le diplôme inter-universitaire se déroule sur deux années et il comporte à la fois un enseignement théorique en e-learning, un enseignement pratique auprès de maîtres de stage et des séminaires monothématiques de courte durée organisés par des centres experts. Cette organisation est stable depuis plus de 10 ans au prix d'une énergie importante de mise en œuvre quand plus de 187 membres suivent la première année d'enseignement (Hors DES) et 52 la seconde année de façon simultanée (2018). L'objectif de ce travail était de faire préciser l'impact que cet enseignement a eu auprès des apprenants diplômés depuis 2013.

Patients et Méthodes : Un questionnaire auto-administré de treize questions fermées a été adressé aux apprenants qui ont terminé l'ensemble du parcours diplômant (deux ans) depuis 2013. Les questions étaient centrées sur l'adéquation du volume d'enseignement théorique et des modalités de formation pratique mais aussi sur les perspectives de développement de cette formation. Ils ont été enfin questionnés sur leur modalité d'exercice professionnel afin de connaître l'impact de cette formation.

Résultats : Le questionnaire a été adressé à 296 apprenants ayant terminé la seconde année de formation par voie électronique le 02 octobre 2018 : 94 réponses aux questionnaires étaient exploitées le 05 octobre. Les deux tiers ont validé cet enseignement avant la fin de l'année 2016. La durée de la formation sur deux ans a été trop longue pour un quart d'entre eux mais le volume de formation théorique n'était pas trop important pour 69% des répondants. Les séminaires intensifs sur site étaient plébiscités par 93% : 43% s'accordaient sur l'utilité de modifier leur animation en intégrant d'autres praticiens en quête de FMC. La même proportion estimait qu'il restait difficile d'accéder à un stage pratique par manque de maître de stage. Cette formation a cependant permis à 83% des répondants d'intégrer la proctologie dans leur exercice professionnel et 46% de réaliser des actes chirurgicaux. L'intégration de nouveaux parcours de formation comme la prise en charge des lésions précancéreuses de l'anus est attendu par 81% d'entre eux et plutôt au sein de la plateforme du DIU que dans un autre cadre universitaire (76%).

Conclusion : L'offre de formation en proctologie est satisfaisante parce qu'elle conduit à un exercice différencié mais le compagnonnage d'apprentissage manque de maîtres de stage.

Remerciements : les auteurs remercient tous les contributeurs qui alimentent la plateforme, les maîtres de stage encore insuffisamment nombreux, les responsables des séminaires et Jean-Baptiste Maison.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfgc.org/resumes-2019/001013>

CO.105

Radiofréquence hémorroïdaire : la nouvelle technique chirurgicale de choix pour le traitement des hémorroïdes internes ?J.M. Didelot ⁽¹⁾, R. Didelot ⁽¹⁾

(1) Montpellier.

Introduction : La thermocoagulation hémorroïdaire par radiofréquence est une technique mini-invasive récemment proposée pour le traitement chirurgical de la maladie hémorroïdaire interne. Elle n'a été pour lors que très peu étudiée. Le but de cette étude rétrospective est d'évaluer l'efficacité de cette procédure sur les symptômes de la maladie hémorroïdaire, sur l'amélioration de la qualité de vie des patients traités ainsi que sa faisabilité en ambulatoire, le recensement des complications et l'estimation de l'arrêt de travail nécessaire.

Matériels et méthodes : Les patients ont été opérés sous anesthésie générale par le même opérateur selon la technique Rafaelo[®] utilisant la sonde HPR45i F-Care Systems[®]. Les patients, après information écrite par voie postale, ont été interrogés sur la base d'un questionnaire téléphonique fin 09/2018. Le prolapsus a été coté selon l'échelle de Goligher (grade 1 à 4); la gêne globale hémorroïdaire, l'incontinence anale et les saignements sur une échelle analogique (0: aucun ; 10: très importants[1]). L'évolution de la maladie hémorroïdaire et le degré de satisfaction des patients ont été évalués sur une échelle analogique de -5 (aggravation) à +5 (amélioration). La qualité de vie a été mesurée par le score Hemo-Fiss-QoL[2] noté sur 100 estimant le retentissement de la maladie hémorroïdaire. Etude statistique par tests de Pearson et du t de Student.

Résultats : D'avril 2016 à avril 2018, 42 patients (pts) ont été opérés. 39 (93%) ont répondu au questionnaire: 26 hommes/13 femmes, âge moyen 51 ans (22 à 77 ans, $\sigma = 12.65$). La durée moyenne de suivi est de 15 mois (6 à 30 mois; $\sigma 6.44$). 4296 Joules en moyenne ont été appliqués par patient (2450-7000 J, $\sigma 1100$). 33 patients éligibles (85%) ont été opérés en ambulatoire. L'arrêt de travail ou d'activité a été en moyenne de 1.72 jours (0 j [23 pts/39] à 20 j; $\sigma 3.68$). Les saignements (37 patients/39) ont diminué de façon majeure (pré-op: 7/10 [$\sigma 1.86$], post-op: 1/10 [$\sigma 1.79$]; $p<0.0001$) ou ont totalement cessé chez 23 sur 37 (62%). Le prolapsus également : 33 patients sur 39 avant intervention, 24 sur 39 après avec, en cas de persistance, réduction significative de la proci-dence passant en moyenne du grade 3 ($\sigma 0.67$; gr 2 = 5 pts, gr 3 = 18 pts, gr 4 = 10 pts) au grade 2 ($\sigma 1.32$; gr 2 = 13 pts, gr 3 = 8 pts, gr 4 = 3 pts) ($p<0.0001$) et disparition totale chez 9 patients. 49% des patients ont utilisé des antalgiques de palier 3 durant quelques jours. On relève 7 thromboses hémorroïdaires externes post-opératoires (18%), seules complications recensées (sans différence avec la puissance utilisée; avec thrombus: 3904 J, sans thrombus: 4388 J; $p = 0.30$). Aucune incontinence anale n'a été décrite. La gêne hémorroïdaire globale ressentie a été très fortement diminuée, passant de 7/10 ($\sigma 2.5$) à 2/10 ($\sigma 2.11$) ($p<0.0001$). Le score de qualité de vie Hemo-Fiss-QoL, significativement corrélé à la gêne ressentie (pré-op: $r = 0.38$, $p = 0.02$; post-op: $r = 0.74$, $p<0.0001$), a été très significativement amélioré passant de 24.91 ($\sigma 17.84$) à 5.94 ($\sigma 10.43$) ($p<0.0001$). L'ensemble des patients a noté une amélioration de sa maladie hémorroïdaire (+4 sur 5 en moyenne, $\sigma 1.67$) et le taux moyen de satisfaction est de +4 sur 5 ($\sigma 2.16$). 33 patients (85%) choisiraient à nouveau cette technique en cas de récurrence de leurs symptômes et 35 (90%) la recommanderaient à leur entourage.

Conclusion : Cette étude rétrospective est la première étude francophone présentée à ce jour sur la thermocoagulation hémorroïdaire par radiofréquence (à notre connaissance) et en prouve l'intérêt, y compris par son recul. Cette technique mini-invasive de prise en charge des hémorroïdes internes semble efficace pour traiter les symptômes (saignements et proci-dence) et paraît améliorer très significativement la qualité de vie des patients. Elle est parfaitement adaptée à la chirurgie ambulatoire avec arrêt de travail nul ou très court et ses complications semblent mineures. Son acceptabilité par les patients est excellente. Ces premiers résultats positifs plaident en faveur de cette nouvelle technique permettant une prise en charge moins agressive de la maladie hémorroïdaire interne.

Références Bibliographiques : 2]Abramowitz L et al, Colorectal Dis 2018 Sep 1 doi :10.1111/codi.14393
1]Kraemer N Int J Colorectal Dis 2015 May;30(5):679-82

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000351>

CO.106

Influence de l'âge sur les résultats de la stimulation des racines sacrées chez les patients incontinents anauxD. Mege ⁽¹⁾, G. Meurette ⁽²⁾, C. Brochard ⁽³⁾, H. Damon ⁽⁴⁾, E. Lambrescak ⁽⁵⁾, J.L. Faucheron ⁽⁶⁾, P.A. Lehur ⁽²⁾, F. Mion ⁽⁴⁾, I. Etiennay ⁽⁶⁾, M. Aubert ⁽¹⁾, V. Bridoux ⁽⁷⁾, A.M. Leroi ⁽⁷⁾, I. Sielezneff ⁽¹⁾, L. Siproudhis ⁽³⁾

(1) Marseille ; (2) Nantes ; (3) Rennes ; (4) Lyon ; (5) Paris ; (6) Grenoble ; (7) Rouen.

Introduction : L'incontinence fécale est fréquente chez les sujets âgés. Bien qu'il existe une littérature scientifique nombreuse concernant la stimulation des racines sacrées dans le traitement de l'incontinence fécale, peu de résultats sont disponibles concernant les patients âgés.

Objectif: analyser l'impact de l'âge sur l'efficacité, le taux de révisions chirurgicales et d'explantations chez des patients implantés pour incontinence fécale.

Matériels et méthodes : 352 patients (âge médian = 63 ans [24-86]) implantés pour incontinence fécale entre 2010 et 2015 dans 7 centres français, ont été inclus dans cette étude. Deux groupes de patients (<70 ans et >70 ans) ont été constitués et les taux de succès de l'implantation, de révisions et d'explantations ont été comparés entre les deux groupes au dernier suivi des patients.

Résultats : Aucune différence significative concernant l'efficacité de l'implantation n'a été observée entre les deux groupes: taux de succès = 79.2% dans le groupe <70 ans versus 76.2% dans le groupe >70 ans ($p=0.89$). Ce résultat était confirmé par l'analyse des courbes de Kaplan Meier évaluant le temps entre l'implantation et la survenue d'un échec ($p=0.27$). Ni le taux de révisions chirurgicales (<70 ans: 40% vs >70 ans: 42%, $p=0.89$), ni le taux d'explantations n'étaient différents en fonction de l'âge des patients (<70 ans: 17% vs >70 ans: 14%, $p=0.89$). L'analyse des courbes de Kaplan-Meier concernant le taux d'explantation au cours du temps ne montrait pas de différence entre les deux groupes de patients ($p=0.30$).

Conclusion : Cette étude suggère que les résultats de la stimulation sacrée ne sont pas influencés par l'âge des patients. L'âge des patients ne doit pas être un facteur limitant l'indication de la stimulation des racines sacrées.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000879>

Continence anale et lésions proctologiques chez des patients obèses avant et après chirurgie bariatrique : étude prospective monocentrique

A.L. Pelletier⁽¹⁾, A. Boukris⁽¹⁾, S. Karunakaran⁽¹⁾, F. Dib⁽¹⁾, B. Hansel⁽¹⁾, A. Konstantinos⁽¹⁾, L. Abramowitz⁽¹⁾

(1) Paris.

Introduction : L'incontinence anale (IA) est un problème de santé publique et est favorisée par l'obésité. Alors que la chirurgie bariatrique améliore l'incontinence urinaire, l'impact sur l'IA n'est pas connu avec des données contradictoires (1).

Patients et Méthodes : L'objectif principal de l'étude est d'évaluer la continence anale par le score de Wexner et Vaisey (WV) et les lésions proctologiques avant et 1 an après une chirurgie bariatrique par sleeve gastrectomie. Les objectifs secondaires étaient d'évaluer la continence anale par manométrie et la qualité de vie en rapport avec les symptômes digestifs par des questionnaires. Nous avons inclus de manière prospective les patients consultant pour prise en charge chirurgicale d'une obésité. Les patients ont eu à compléter des questionnaires (score de WV, FIQL, BFI (dyschésie), Burden hemo-FISS, USP) avec un examen proctologique (recueil des symptômes, anoscopie et une manométrie anorectale dans les 6 mois précédant la chirurgie puis à 1 an de suivi).

Résultats : 117 patients ont été inclus dont 84,6% de femmes, d'âge médian 45 ans. 28% avaient un diabète (dont 20,4% traités par metformine vs 19,2% à 1 an), 48,9% avaient accouché au moins une fois par voie basse, 7,7% avaient déjà eu une lésion anale, 10,6% une chirurgie anale et 7,9% une hystérectomie. 98 patients ont eu une sleeve gastrectomie dont 54 patients ont eu une évaluation à 1 an. L'IMC médian est de 41,2 à l'inclusion vs 29,6 à 1 an. 14,5% des patients à l'inclusion vs 18,5% à 1 an ont une IA définie par un score de WV >4. A l'inclusion 36% avaient une plainte proctologique vs 42,3% à 1 an dont une constipation 60% vs 90% ; une diarrhée 10% vs 4,5% ; une tuméfaction anale 13,2% vs 13,6%, un prurit 12,5% vs 0%, un suintement 20,5% vs 4,5%, des fuites anales incontrôlées 10,3% vs 4,5%, un saignement 12,5% vs 13,6%, une douleur 7,5% vs 4,5%. 4,5% des patients prenaient un laxatif avant l'opération vs 5,8% à 1 an. Les anomalies proctologiques à l'examen étaient présentes pour 12% des patients à l'inclusion vs 3,8% (p NS) à 1 an dont 2 maladies hémorroïdaires et 4 fissures à l'inclusion vs 2 maladies hémorroïdaires et 2 fissures à 1 an. Un seul patient avait un abcès à l'inclusion. Aucun prolapsus rectal n'était décrit.

A la manométrie la contraction anale (CA) de repos à l'inclusion puis à 1 an était de 40 vs 30 mmHg, la contraction volontaire maximale (CVM) de 60 mmHg aux 2 évaluations, le volume rectal maximal de 180 vs 160 cc, un anisme ou asynchronisme abdomino-périnéel était présent pour 11,1% vs 21,2% des patients. 36,8% avaient une CA <30 mmHg à l'inclusion vs 60,5% à 1 an ; 63,2% avaient une CVM < 85 mmHg vs 81,3% à la 2e évaluation.

Le score BFI médian était de 16,7 à l'inclusion vs 11,7 à 1 an. Il n'y avait pas de différence dans le score FIQL entre les 2 périodes. Le score USP moyen était de respectivement de 1,3 vs 0,7 pour l'incontinence urinaire, 2,3 vs 2,1 pour l'hyperactivité vésicale et de 0 vs 0,2 pour la dysurie.

Discussion : Des patients étant encore en cours de suivi, des évaluations plus complètes seront disponibles en mars 2019.

Conclusion : L'incontinence anale ne semble pas améliorée par la chirurgie bariatrique contrairement à l'incontinence urinaire. La fréquence des lésions proctologiques n'a pas significativement diminué après sleeve gastrectomie.

Remerciements : Bourse FARE de la SNFGE.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000421>

Peut-on encore envisager une fistulotomie en cas de suppuration anale de Crohn ?

A. Herissay⁽¹⁾, L. Siproudhis⁽¹⁾, A. Merlini-L'héritier⁽¹⁾, E. Le Balc'h⁽¹⁾, T. Wallenhorst⁽¹⁾, G. Bouguen⁽¹⁾, C. Brochard⁽¹⁾

(1) Rennes.

Introduction : Les fistules anales de la maladie de Crohn nécessitent une prise en charge médicochirurgicale. A la phase initiale, il est recommandé de drainer la fistule puis de débuter un traitement par anti-TNFα. La prise en charge ultérieure est moins codifiée et différentes techniques peuvent être proposées : techniques d'épargne sphinctérienne, retrait du sétou, fistulotomie. Cette dernière stratégie est non recommandée de principe en cas de maladie de Crohn mais on ne dispose pas de données factuelles. Les objectifs de l'étude étaient de déterminer le taux de guérison ainsi que les facteurs associés à la guérison à un an d'un drainage en s'intéressant particulièrement aux stratégies de fistulotomie quand elles ont pu être proposées.

Patients et Méthodes : Les données générales du patient, les caractéristiques de la maladie de Crohn luminale et périmale, les caractéristiques du trajet fistuleux, les principaux événements et interventions (médicales et/ou chirurgicales) du suivi ont été prospectivement évalués chez les patients ayant une maladie de Crohn et ayant eu un drainage de fistule dans un centre tertiaire, de janvier 2005 à août 2018. L'activité de la maladie luminale était évaluée par l'index d'Harvey Bradshaw (HBI) et l'activité périmale par le Perianal Disease Activity Index (PDAI). La guérison était définie comme l'association des critères suivants lors de la visite un an après le drainage initial : absence d'écoulement, absence de douleur, fermeture de l'orifice externe, absence d'abcès et absence de drainage en cours. Le taux de guérison à un an et leurs facteurs prédictifs étaient analysés.

Résultats : Parmi les 234 patients ayant une fistule anale de Crohn, 161 (58 hommes/103 femmes, âge médian=32 [24-42] ans) ont eu un drainage chirurgical premier et un suivi d'au moins un an après la prise en charge. Lors du drainage initial de la fistule, la maladie luminale était active (HBI>4) chez 72 patients (69%). Le trajet fistuleux était considéré comme haut et/ou complexe dans 139 cas (81%) ; avec une extension supralévatorienne chez 72 patients (45%) ; 23/103 patients (22%) avaient une fistule recto/ano vaginale ; 23/161 patients avait un abcès en fer à cheval (14%) et 111/161 patient avait un abcès (69%). La moitié des patients avaient été exposé à un traitement par anti-TNFα ou immunosuppresseur avant ou lors du premier drainage : 80 patients étaient traités par anti TNFα (50%), 83 patients étaient traités par immunosuppresseurs (53%). Onze étaient sous combothérapie (7%). Après le premier drainage par seton, un traitement anti TNFα a été introduit chez 85 patients (53%) et optimisé chez 46 patients. Dans l'année suivant le drainage de la fistule, 55 patients (34%) ont eu au moins un second drainage, 42 (26%) au moins une technique d'épargne sphinctérienne et 30 (19%) au moins une fistulotomie. Cette dernière méthode était privilégiée chez les hommes (N=17/30, 57%, p=0.0090), en cas de fistule simple (N=12/30, 40%, p=0.0009) et/ou bas située (N=16/30, 53%, p=0.0228). Au terme d'un an de suivi, la guérison était obtenue chez 42 patients (27%) et 8 patients ont déclaré des troubles de la continence. Les facteurs statistiquement associés à la guérison, en analyse univariée, étaient :

- à l'inclusion : le sexe masculin, les fistules simples, l'absence de diffusion en fer à cheval, l'absence d'extension supralévatorienne et l'absence de traitement antérieur par anti-TNFα ;

- au cours du suivi : l'introduction d'un traitement par antiTNFα après le drainage, l'absence de nécessité d'un nouveau drainage et la réalisation d'une fistulotomie.

Lorsqu'une fistulotomie était réalisée, 19/30 (63%) étaient guéris au prix de troubles de la continence chez 1/30 (3,3%).

Conclusion : La fistulotomie ne doit pas être bannie de l'arsenal thérapeutique des fistules anales de Crohn parce qu'elle est efficace dans les cas sélectionnés.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000581>

CO.109

Relation entre la rémission clinique des fistules ano-périnéales de la maladie de Crohn et les concentrations d'adalimumab : résultats d'une étude transversale multicentrique

L. Sirmai ⁽¹⁾, A.L. Pelletier ⁽¹⁾, P. Fernandez ⁽¹⁾, X. Roblin ⁽²⁾, C. Zallot ⁽³⁾, L. Siproudhis ⁽⁴⁾, G. Bouguen ⁽⁴⁾, P. Roland Nicaise ⁽¹⁾, S. Sironneau ⁽⁵⁾, M. de Carvalho Bittencourt ⁽³⁾, A. Petitcollin ⁽⁴⁾, N. Gault ⁽¹⁾, L. Abramowitz ⁽¹⁾

(1) Paris ; (2) Saint-Etienne ; (3) Nancy ; (4) Rennes ; (5) Bordeaux.

Introduction : La maladie de Crohn (MC) se complique de fistules ano-périnéales (FAP) chez environ 20% des patients. Leur traitement a été révolutionné par l'avènement des anti-TNF α . L'intérêt des dosages des concentrations résiduelles et des anticorps anti-TNF α pour guider une éventuelle optimisation des posologies est en cours d'évaluation : chez les malades ayant des FAP en rémission deux études rétrospectives (1,2) suggèrent des concentrations-cibles élevées, et supérieures à celles associées à une rémission luminale. Nous ne disposons pas de telles données avec l'adalimumab (ADA). Notre objectif principal était d'étudier la relation entre les concentrations sanguines d'ADA (CADA) et la cicatrisation des FAP de MC.

Patients et Méthodes : Cette étude transversale dans 4 centres français incluait les patients ayant des FAP de MC et traités par ADA. Le traitement par ADA pouvait avoir été optimisé ou non et associé à un immunosuppresseur en combinaison. Les patients étaient inclus quelle que soit l'ancienneté de leur FAP, la durée du traitement par ADA et la technique chirurgicale utilisée notamment les techniques d'obturation. Étaient exclus les femmes enceintes ou allaitantes, les mineurs, les antécédents de proctectomie, les abcès non drainés et les dosages non conformes (N=4). Chaque patient pouvait avoir eu une ou plusieurs évaluations entre décembre 2013 et mars 2018. A chaque évaluation, les CADA, dosées par un test ELISA, et l'évolution des lésions étaient recueillies. Le critère d'évaluation principal était la rémission clinique des FAP définie par : l'arrêt de l'écoulement avec un perineal disease activity index ≤ 4 , l'absence de séton et l'avis favorable du proctologue. Si le patient avait plusieurs FAP, toutes devaient être en rémission pour conclure à la rémission clinique. Les critères d'évaluation secondaires étaient la cicatrisation (rémission clinique et radiologique à l'IRM après relecture centralisée par un expert) et la tolérance. Les caractéristiques des patients avec et sans rémission clinique sont rapportées, et les CADA ont été comparées à l'aide de tests de Wilcoxon.

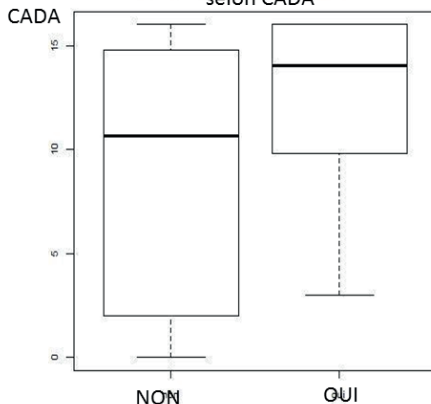
Résultats : 34 patients ont été inclus (56 évaluations) dont 44% étaient en rémission clinique. Il y avait 82% de fistules complexes. 50% des patients avaient été traités antérieurement par un autre anti-TNF α et 70% des patients étaient optimisés et/ou en combinaison d'emblée. 23% des patients ont bénéficié d'une technique d'obturation. Les CADA étaient significativement plus élevées en cas de rémission clinique (14.0 versus 10.6 $\mu\text{g/mL}$; $p=0.01$). Les CADA étaient comparables en cas de cicatrisation ou absence de cicatrisation (11.2 versus 10.6 $\mu\text{g/mL}$; $p=0.69$). Dans le groupe en rémission, la durée médiane de traitement par ADA était plus longue (166 vs 55 semaines), la durée médiane de drainage par séton moins longue (36 vs 41 semaines), il y avait 2 fois plus de techniques d'obturation et davantage d'optimisation d'emblée (60% vs 42%). Il n'y avait pas de majoration des effets secondaires en cas de CADA élevées.

Conclusion : Il existe une association entre la rémission clinique des FAP de MC et des CADA élevées. Un seuil cible d'ADA reste à définir par un essai prospectif pour guider les cliniciens.

Remerciements : Financement : Abbvie, APHP

Références Bibliographiques : 2.Yarur AJ, Kanagala V, Stein DJ, Czul F, Quintero MA, Agrawal D, et al. Higher infliximab trough levels are associated with perianal fistula healing in patients with Crohn's disease. Aliment. Pharmacol. Ther. 2017
1.Davidov Y, Ungar B, Bar-Yoseph H, Carter D, Haj-Natour O, Yavzori M, et al. Association of induction infliximab levels with clinical response in perianal Crohn's disease. J. Crohns Colitis. 2016

Boîte à moustache : rémission clinique selon CADA



Pour consulter ce résumé en ligne :
<https://www.snfge.org/resumes-2019/000349>

Complications des coloscopies du programme de dépistage organisé du cancer colorectal par test immunologique : une étude de cohorte en population

B. Denis ⁽¹⁾, I. Gendre ⁽¹⁾, S. Weber ⁽¹⁾, P. Perrin ⁽¹⁾

(1) Colmar.

Introduction : La balance bénéfique / risque du programme de dépistage organisé (DO) du cancer colorectal (CCR) par test immunologique (FIT) est inconnue. Buts : Evaluer les événements indésirables (EI) des coloscopies du DO CCR par FIT.

Patients et Méthodes : Recensement dans une région française des EI des coloscopies effectuées par 114 gastroentérologues (GE) pour gâicac (G) positif entre 2003 et 2014 et pour FIT positif entre 2015 et 2018 par notification par les GE et enquêtes postales rétrospectives auprès des patients. La classification de l'American Society for Gastrointestinal Endoscopy (ASGE) était utilisée.

Résultats : Résultats : Les principaux résultats sont dans le tableau. Le taux de réponse à l'enquête postale augmentait significativement de 33 à 70% si une enveloppe T réponse était fournie ($p<0,001$). Un décès était observé au cours de toute la période, G puis FIT, soit un taux de 3,6/100.000 coloscopies. Avec le FIT, un total de 186 (1,9%) EI étaient recensés chez 181 patients : 19 (2,0%) EI sévères, 44 (4,6%) modérés et 123 (12,8%) légers. Parmi 63 (6,6%) EI modérés à sévères (3,3% pour les coloscopies diagnostiques vs 8,4% pour les thérapeutiques ($p<0,001$)), étaient colligés 13 (1,4%) perforations, 32 (3,3%) hémorragies, 2 ruptures de rate, 2 embolies pulmonaires et 2 infarctus du myocarde. Si le taux global de perforations a significativement augmenté avec le FIT, leur gravité et leur durée moyenne de séjour (DMS) ont significativement diminué (de 10 à 6 j). 12 (60%) perforations étaient de diagnostic immédiat, dont 9 gérées immédiatement par l'endoscopiste (DMS = 2,2 j). 16 (80%) perforations étaient dues à une polypectomie, 7 d'entre elles causées par un « expert » auquel le patient était référé. Le taux d'hémorragies n'a pas changé malgré l'utilisation accrue de traitements prophylactiques (23 fois sur 43 hémorragies (53,5%) (clip 22, électrocoagulation 4). Elles nécessitaient une hospitalisation dans 31 cas (67%)(DMS 3,5 j), une transfusion dans 9 cas (20%), une nouvelle endoscopie dans 30 cas (65%), un traitement endoscopique dans 23 cas (50%), un traitement chirurgical dans 1 cas (2%) (vs 3 cas sur 51 (5,8%) en période G ($p=0,6$)). Les personnes dépistées et les GE signalaient respectivement 59% et 75% (90% des perforations et 69% des hémorragies) des EI modérés et sévères. Il survenait 1 EI modéré à sévère pour 62 néoplasies avancées détectées par le G et 58 par le FIT.

Discussion : L'augmentation significative des EI du programme FIT par rapport au G, malgré les progrès des techniques endoscopiques, est largement expliquée par 1) les performances différentes des 2 tests : augmentation significative de la proportion de coloscopies thérapeutiques (64,7% vs 48,7%), du nombre moyen de polypes par coloscopie (1,57 vs 0,98), de la proportion de polypes du colon proximal (37% vs 31%) et de la proportion de lésions sessiles et planes (70% vs 67%), et 2) la baisse du taux de recours à la chirurgie pour lésions bénignes (2,9% vs 3,4%)($p = 0,1$). Ce dernier point montre que l'évaluation des EI des coloscopies d'un programme de dépistage doit impérativement tenir compte du taux de recours à la chirurgie pour lésions bénignes (jamais fait dans la littérature). De plus, les rendements des différents programmes de dépistage étant significativement différents, un nouvel indicateur, le nombre de néoplasies avancées dépistées par EI modéré à sévère observé, doit être utilisé pour comparer les rapports bénéfique / risque des programmes entre eux (jamais fait dans la littérature).

Conclusion : Le taux d'EI des coloscopies du DO CCR par FIT est plus élevé que ce qui est rapporté habituellement : 6,6% EI modérés à sévères (dont 1,4 perforation et 3,3 hémorragies) et 1 décès pour 27.000 coloscopies. Le taux d'EI a augmenté mais leur sévérité a diminué avec baisse du recours à la chirurgie et progression de leur gestion endoscopique. De ce fait, la nomenclature actuelle des perforations est caduque. Le traitement prophylactique des hémorragies post-polypectomie est loin d'avoir une efficacité absolue.

	Gâicac (2013-4) n (%)	Immuno (2015-8) n (%)	p
Nombre de personnes	17.152	9061	-
Nombre de coloscopies	17.871	9576	-
Coloscopies thérapeutiques	8700 (48,7)	6194 (64,7)	<0,01
Réponse enquête postale	11.519 (67,2)	4605 (50,8)	<0,01
Total EI	424 (2,4)	186 (1,9)	0,02
EI modérés - sévères	82 (0,46)	63 (0,66)	0,03
Perforations (toutes)	20 (0,11)	20 (0,21)	<0,05
Perforations chirurgicales	14 (0,08)	7 (0,07)	NS
Hémorragies (toutes)	58 (0,32)	43 (0,45)	NS

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfgc.org/resumes-2019/000225>

CO.111

La réserve péristaltique œsophagienne, évaluée par le test des déglutitions rapides répétées en manométrie de haute résolution, peut-elle prédire la dysphagie après chirurgie anti-reflux ?

E. Becam ⁽¹⁾, G. Fotsing ⁽¹⁾

(1) Poitiers.

Introduction : Après chirurgie anti-reflux, la dysphagie survient dans environ 20% des cas. La manométrie pré-opératoire ne permet pas de prédire la survenue et la sévérité de la dysphagie post opératoire. Une étude a suggéré qu'une faible réserve péristaltique évaluée par le test des déglutitions rapides répétées (D2R) pourrait être associée à une dysphagie après fundoplicature (1). **Le but de ce travail** était de confirmer que l'évaluation de la réserve péristaltique par D2R permettrait bien de prédire la survenue de dysphagie après chirurgie anti-reflux.

Patients et Méthodes : De mars 2015 à avril 2018, nous avons analysé la réserve péristaltique par le test de D2R chez tous les patients adressés dans notre centre pour une manométrie haute résolution (MHR) dans le cadre d'un bilan avant chirurgie anti-reflux. La contraction observée après D2R a été caractérisée en mesurant sa vigueur à l'aide de l'intégrale de contraction distale (ICD) et en la comparant à l'ICD médiane des contractions observées après les déglutitions de 5 ml réalisés lors du protocole de manométrie standard. Le ratio ICDpostD2R/ICD médian des déglutitions standards a ensuite été calculé. Un ratio <0,85 était défini comme une absence de réserve péristaltique(1). Lors de consultations de suivi et lors d'un entretien téléphonique réalisé en juin 2018, ont été recueillis le type de chirurgie réalisé, la survenue d'éventuelles complications et notamment la survenue d'une dysphagie postopératoire, précoce (dans les six premières semaines post-opératoires) et/ou tardive (au-delà). Les données qualitatives sont présentées en pourcentage et les données quantitatives en moyenne $\pm$ écart type et comparées à l'aide du test du Chi-2 ou de Student.

Résultats : 48 patients (âge moyen 49 ± 14 ans, 53% de femmes, IMC moyen $=28 \pm 5$ kg/m²) ayant eu une chirurgie anti-reflux ont eu une MHR pré-opératoire dans notre centre. La manométrie préopératoire était normale pour 39 patients (81%), 5 avaient un syndrome de motricité inefficace et 2 un aspect de spasmes œsophagiens selon la classification de Chicago. La majorité des interventions chirurgicales anti-reflux ont été réalisées dans un seul centre selon la technique de Nissen (94%). 37 patients (77%) avaient une contraction présente après le test D2R et l'ICD post-D2R moyenne était de $1\,410 \pm 1\,807$ mmHg.s.cm. Le ratio moyen ICD post D2R / ICD médian des déglutitions standards était de $0,93 \pm 0,84$. Vingt patients (41,6%) avaient un rapport supérieur à 1 et 24 (50%) un rapport inférieur à 0,85. Vingt-trois patients (49%) ont présenté une dysphagie précoce et 12 d'entre eux (28,6%) une dysphagie tardive persistante. Il n'y avait aucune dysphagie tardive de novo. L'existence d'une réserve péristaltique était aussi fréquente chez les patients présentant une dysphagie que chez ceux n'ayant pas de dysphagie (Tableau 1). Il n'a pas non plus été mis en évidence de différence significative entre les patients ayant une dysphagie uniquement précoce et ceux ayant une dysphagie précoce et tardive.

Tableau 1 Paramètres de la réserve péristaltique en fonction de la dysphagie post-opératoire

	Pas de dysphagie N=23	Présence d'une dysphagie précoce N=23	p
ICD (mmHg.s.cm)	D2R 658 (0 - 1 416)	1126 (371 - 1 869)	0,46
Rapport ICD ICD médian déglutitions standards	D2R/ des 0,86 (0,00 - 1,52)	0,95 (0,24 - 1,57)	0,72
Rapport < 1	12 (52%)	13 (57%)	0,76
Rapport < 0,85	11 (48%)	11 (48%)	1,00

Conclusion : Ce travail rétrospectif n'a pas permis de confirmer le rôle prédictif de la réserve péristaltique évaluée lors de la MHR préopératoire pour la survenue de dysphagie post chirurgie anti-reflux. Une étude prospective observationnelle sera prochainement débutée pour déterminer si un changement de seuil du ratio permettant d'évaluer la réserve péristaltique (ICD post D2R/ICD médian) permettrait d'utiliser la réserve péristaltique pour estimer le risque de survenue de dysphagie post chirurgie anti-reflux.

Références Bibliographiques : Shaker A, Stoikes N, Drapekin J, Kushnir V, Brunt LM, Gyawali CP. Multiple Rapid Swallow Responses During Esophageal High-Resolution Manometry Reflect Esophageal Body Peristaltic Reserve. Am J Gastroenterol. nov 2013

Pour consulter ce résumé en ligne :
<https://www.snfge.org/resumes-2019/000656>

Reflux gastro-œsophagien et sleeve gastrectomy « dans la vraie vie » : recherche de facteurs associés à l'évolution symptomatique à 1 an de la chirurgie

B. Cohen-Sors ⁽¹⁾, M. Coupaye ⁽¹⁾, C. Gorbachev ⁽¹⁾, S. Ledoux ⁽¹⁾, B. Coffin ⁽¹⁾, A. Bado ⁽²⁾, L.J. Palmieri ⁽¹⁾, H. Soliman ⁽¹⁾, H. Duboc ⁽¹⁾

(1) Colombes ; (2) Paris.

Introduction : Si la sleeve gastrectomy (SG) est à présent l'intervention la plus pratiquée en France en terme de chirurgie bariatrique, son impact sur le reflux gastro-œsophagien (RGO) reste controversé. Les objectifs étaient d'une part de décrire l'évolution symptomatique à un an de la chirurgie et d'autre part de déterminer si le statut pH-métrique et clinique préopératoire vis-à-vis du RGO, les données de la manométrie œsophagienne haute résolution (MHR) préopératoire ainsi que les habitudes alimentaires post-opératoires et l'évolution du poids pouvaient constituer des facteurs associés à l'évolution symptomatique à 1 an de la chirurgie.

Patients et Méthodes : A partir d'une cohorte prospective monocentrique, nous avons étudié rétrospectivement 286 patients ayant eu une SG entre Janvier 2013 et Janvier 2017. Les patients avaient eu une évaluation clinique préopératoire et à 12 mois post-opératoire (M12), ainsi qu'une pH-métrie des 24 heures et une MHR préopératoire. Les données cliniques recueillies comprenaient la présence d'un RGO clinique, la consommation d'IPP, le poids et le nombre de repas par 24 heures. Les critères évalués étaient la présence d'un RGO clinique et la consommation d'IPP à M12. La recherche de facteurs associés à l'évolution symptomatique à M12 comprenaient les données de la MHR, le nombre de repas par 24 heures et le pourcentage de perte de poids. De plus nous avons composé 4 groupes de patients en fonction de leurs statuts pH-métrique et clinique préopératoire vis-à-vis du RGO afin de déterminer s'il existait une association entre ce statut et l'évolution symptomatique à M12.

Résultats : 191 patients opérés d'une SG entre janvier 2013 et janvier 2017 ont été inclus. Le nombre de patients présentant un RGO clinique est passé de n=61 (31.94%) en préopératoire à n=69 (36.13%) à M12 (p=0.39). Il y avait une disparition des signes de RGO clinique chez 49, 18% (n=30/61) des patients présentant des symptômes en préopératoire. Un RGO clinique de novo est apparu pour 29.23% (n=38/130) des patients. Le nombre de patients consommant des IPP à M12 augmentait significativement, passant de n=30 (15.71%) à n=67 (35.08%) (p<0.0001). 56.67% (n=17/30) des patients consommant des IPP avant la SG avaient arrêté leur consommation à M12. 160 patients sur les 191 ont eu une MHR avant la SG. Pour les patients présentant un RGO de novo clinique à M12, l'intégrale de contraction distale (ICD) moyenne était significativement plus basse (p=0.0493) et ils présentaient une tendance au syndrome de motricité inefficace (SMI) (p=0.0586). Il n'y avait pas d'association mise en évidence entre le nombre de repas par 24 heures ni le pourcentage de perte de poids avec les critères évalués. L'analyse de l'évolution symptomatique selon le statut pH-métrique et clinique vis-à-vis du RGO préopératoire a mis en évidence dans le groupe pH+/RGO+ (RGO pH-métrique et clinique) et dans le groupe pH-/RGO+ (RGO clinique mais pH-métrie négative), une résolution des signes cliniques de RGO dans 46.67% et 51.61% respectivement à M12. Dans les groupes pH+/RGO- (pH-métrie positive et absence de RGO clinique) et pH-/RGO- (pH-métrie négative et absence de RGO clinique), un RGO de novo clinique est apparu pour 38.46% et 25.27% des patients respectivement à M12 (différence non significative). Enfin, la consommation d'IPP est passée de 7.69% à 35.9% dans les groupes pH+/RGO- (p=0.0026) et de 6.59% à 29.67% dans le groupe pH-/RGO- (p<0.0001).

Conclusion : Quelque soit le statut pH-métrique préopératoire, un RGO préopératoire « ressenti » est résolutif dans la moitié des cas à 1 an d'une SG et il existe une tendance au RGO de novo « ressenti » dans un tiers des cas. La consommation d'IPP augmente de plus de 50% à 1 an d'une SG. Le RGO de novo « ressenti » à M12 est

associé à une ICD moyenne préopératoire plus basse et il y a une tendance à l'association au SMI préopératoire. Le fractionnement des repas et la pourcentage de perte de poids semblent indépendants de l'évolution symptomatique à 1 an.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000051>

CO.113

Efficacité de la stimulation électrique gastrique pour les nausées et vomissements réfractaires à 10 ans : une étude de cohorte rétrospective

A. Hedjoudje ⁽¹⁾, E. Huet ⁽²⁾, C. Melchior ⁽²⁾, A.M. Leroi ⁽²⁾, G. Gourcerol ⁽²⁾
(1) Besançon ; (2) Rouen.

Introduction : La stimulation électrique gastrique (Enterra [®]) est un traitement alternatif des nausées et vomissements réfractaires au traitement médical classique. Son efficacité a été démontrée à court terme dans des études de cohorte antérieures, mais jamais à plus long terme.

Patients et Méthodes : Les patients inclus dans cette étude ont été implantés pour nausées et vomissements chroniques réfractaires et ont été suivi pendant plus de 10 ans. Les symptômes ont été évalués avant implantation et après 10 ans, en utilisant des échelles symptomatiques allant de 0 (absence de symptôme) à 4 (symptôme très sévère). La qualité de vie a été mesurée à l'aide du score GIQLI. L'amélioration clinique a été définie comme une amélioration de plus de 50% des vomissements.

Résultats : 50 patients ont été implantés de janvier 1998 à décembre 2009. 22 patients présentaient une gastroparésie diabétique, et 28 présentaient une gastroparésie diabétique ou post-idiopathique. Le suivi moyen était de 10,5 (+/- 3,7) années. Parmi les 50 patients, 7 ont été explantés en raison d'une inefficacité, 2 patients sont décédés et 4 ont été perdus de vue. Sur les 37 patients toujours implantés à 10 ans, 27 (73%) ont présenté une réduction de la fréquence des épisodes de vomissements d'au moins 50%. Ainsi, l'efficacité à 10 ans de la stimulation électrique gastrique était de 54% (27/50) en intention de traiter. Au-delà de 10 ans, une amélioration de plusieurs symptômes a été observée ; de la satiété précoce (3,12 vs 1,76 ; p < 0,001), des ballonnements (1,70 vs 2,55 ; p = 0,017), des nausées (1,35 vs 2,33 ; p = 0,008), et des vomissements (1,43 vs 3,16 ; p < 0,001). La qualité de vie mesurée par le score GIQLI s'est également améliorée (86,4 vs 69,3 ; p = 0,001) ainsi que l'indice de masse corporelle (26,2 vs 22,9 ; p = 0,036). Aucune complication post-opératoire immédiate n'est survenue. Une mortalité non liée au dispositif est survenue chez 7 patients (5 dans le groupe diabétique et 2 dans le groupe postopératoire). Une douleur à l'emplacement du stimulateur a été signalée par 2 patients. Seuls 2 patients ont été explantés pour des effets indésirables. Aucune des piles du GES n'a dépassé sa durée de vie au cours de la période de suivi.

Conclusion : La stimulation électrique gastrique est sûre et efficace sur le long terme chez les patients présentant des nausées et des vomissements réfractaires, avec une efficacité de 54% après plus de 10 ans en intention de traiter.

Remerciements : Les auteurs remercient chaleureusement Mme Justine Breemersch pour son aide logistique et technique et la collecte de données.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000337>

CO.114

La mesure de la distensibilité pylorique est-elle prédictive de la réponse symptomatique aux injections intra-pyloriques de toxine botulique ?

C. Desprez ⁽¹⁾, C. Melchior ⁽¹⁾, F. Wuestenberghs ⁽¹⁾, A. Zalar ⁽¹⁾, J. Jacques ⁽²⁾, A.M. Leroi ⁽¹⁾, G. Gourcerol ⁽¹⁾

(1) Rouen ; (2) Limoges.

Introduction : La distensibilité pylorique est altérée chez 30-50% des patients gastroparétiques. Cette altération est corrélée à un ralentissement de la vidange gastrique ainsi qu'à la sévérité des symptômes des patients gastroparétiques. Il n'a cependant jamais été démontré que la mesure de la distensibilité pylorique permettait de prédire ou non la réponse thérapeutique d'un geste ciblant le pylore. Le but de cette étude était de déterminer si la mesure de la distensibilité pylorique pouvait être prédictive de la réponse symptomatique après injection intra-pylorique de toxine botulique chez les patients gastroparétiques.

Matériels et méthodes : La distensibilité pylorique a été mesurée en utilisant le système EndoFLIP[®] chez 36 patients gastroparétiques consécutifs avant la réalisation d'injection intra-pylorique de toxine botulique (Botox, 200 UI). L'altération de la distensibilité pylorique était définie comme inférieure à un seuil de 10mm²/mmHg, comme précédemment démontré (1). Les symptômes dyspeptiques et la qualité de vie ont été recueillis de manière prospective avant et à 3 mois de l'injection intra-pylorique de toxine botulique. Les symptômes dyspeptiques (vomissements, nausée, plénitude gastrique, satiété précoce, ballonnement, douleur épigastrique, régurgitations) ont été évalués en utilisant une échelle de Likert en 5 points (0= pas de symptôme ; 4= symptôme le plus sévère possible). Le Total Symptomatique Score (TSS) a été défini comme l'agrégation de chacun de ces scores symptomatiques. La qualité de vie a été mesurée en utilisant le score GIQLI (Gastrointestinal quality of life index) allant de 0 (qualité de vie la plus altérée possible) à 144 (meilleure qualité de vie possible). La vidange gastrique a été mesurée en utilisant le test respiratoire à l'acide octanoïque avant et à 3 mois de l'injection intra-pylorique de toxine botulique.

Résultats : Trente-six patients ont été inclus entre Janvier 2016 et Juin 2018 (23 femmes, âge médian de 55,5 ans). Les principales causes de gastroparésie étaient idiopathique (18/36 ; 50%), diabétique (11/36 ; 30,6%) et post-chirurgicale (7/36 ; 19,4%). Vingt patients sur 36 avaient une distensibilité du pylore diminuée et 16 patients avaient une distensibilité pylorique normale. Chez les patients avec distensibilité altérée, le score TSS était amélioré à 3 mois après injection, passant de 13,8 à 10,8 (p=0,007). Le TSS restait inchangé chez les patients avec distensibilité pylorique normale (11,57 à 11,86 ; p=0,71). Parmi les patients avec distensibilité pylorique altérée, les symptômes de vomissements (de 1,31 à 1,07 ; p=0,05), de plénitude gastrique (de 2,75 à 2,071 ; p=0,01) et de ballonnement (de 3,25 à 2,35 ; p=0,03) étaient les seuls symptômes à avoir été améliorés 3 mois après injections, alors qu'aucun de ces symptômes n'était amélioré pour les patients avec une distensibilité pylorique normale. Le score GIQLI était amélioré à 3 mois post-injection chez les patients avec distensibilité pylorique altérée, passant de 62,8 à 73,5 (p=0,026). A l'inverse, aucune amélioration n'a été retrouvée chez les patients avec distensibilité du pylore normale (de 72,86 à 69,79 ; p=0,47). Chez les patients avec distensibilité pylorique altérée, le temps de demi vidange gastrique était de 238 min avant injection versus 202 min après injection (p=0,021). A l'inverse, aucune différence n'était retrouvée chez les patients avec distensibilité pylorique normale (de 219,4 à 248,8 ; p=0,63).

Conclusion : Chez les patients gastroparétiques, la mesure de la distensibilité pylorique avant injection intra-pylorique de toxine botulique était prédictive de l'efficacité de ce traitement à 3 mois sur les symptômes, la qualité de vie et la vidange gastrique.

Références Bibliographiques : Gourcerol G, Tissier F, Melchior C, Touchais JY, Huet E, Prevost G, et al. Impaired fasting pyloric compliance in gastroparesis and the therapeutic response to pyloric dilatation. Aliment Pharmacol Ther. 2015;41(4):360-7

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000561>

Efficacité de la myotomie endoscopique (POEM) dans les troubles moteurs de l'œsophage non achalasiques : une étude cas-témoin

L. Bernardot⁽¹⁾, S. Roman⁽²⁾, M. Barret⁽³⁾, V. Vitton⁽⁴⁾, T. Wallenhorst⁽⁵⁾, M. Pioche⁽²⁾, S. Chaussade⁽³⁾, J.M. Gonzalez⁽⁴⁾, T. Ponchon⁽²⁾, F. Prat⁽³⁾, M. Barthet⁽⁴⁾, J. Vergniol⁽¹⁾, E. Chabrun⁽¹⁾, F. Zerbib⁽¹⁾

(1) Bordeaux ; (2) Lyon ; (3) Paris ; (4) Marseille ; (5) Rennes.

Introduction : La myotomie œsophagienne endoscopique ou POEM est une technique validée dans le cadre de l'achalasie de l'œsophage. L'objectif de l'étude était d'évaluer l'efficacité clinique de la POEM à court terme chez des sujets atteints de troubles moteurs de l'œsophage non achalasiques (TMNA).

Patients et Méthodes : Une étude cas-témoin, rétrospective, multicentrique a été réalisée dans cinq centres français. Les patients inclus devaient présenter un trouble moteur non achalasique confirmé par manométrie haute résolution. Pour chaque cas, étaient appariés deux témoins : un patient atteint d'achalasie de type I ou II et un patient atteint d'achalasie de type III. L'appariement se faisait sur le sexe et l'âge, à 10 ans près. L'efficacité clinique était jugée à 3 mois sur le score d'Eckardt à trois mois qui devait être inférieur ou égal à 3. Une manométrie haute résolution était également réalisée trois mois après l'intervention.

Résultats : 90 patients (âge médian 66 ans, 57 hommes) ont été inclus dans l'étude, 30 patients avec une achalasie de type I ou II, 30 patients avec une achalasie de type III et 30 avec un TMNA (13 œsophages marteau piqueur, 6 spasmes diffus de l'œsophage, 4 œsophages casse-noisette et 7 obstructions de la JOG). A 3 mois les taux de réponse étaient 80% (24/30) dans le groupe TMNA, 90% (27/30) dans le groupe achalasie type I-II et 100% (30/30) dans le groupe achalasie type III ($p < 0.01$). Il n'existait pas de facteur prédictif de réponse au traitement. Dans, chacun des groupes on observait une amélioration significative des symptômes dysphagie, régurgitations et douleurs thoraciques, à l'exception de la douleur dans le groupe achalasie I-II. Le taux de complication post opératoire était de 12% dont une seule grave (médiastinite traitée médicalement). La durée moyenne d'hospitalisation était inférieure à 5 jours. Aucun patient n'est décédé. Le taux de RGO évalué cliniquement était de 26% à 3 mois.

Conclusion : La POEM est un traitement efficace des troubles moteurs de l'œsophage non achalasiques, même si les taux de réponses à court terme sont inférieurs à ceux obtenus dans l'achalasie, en particulier l'achalasie de type III.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfg.org/resumes-2019/000092>

Les résultats de la myotomie œsophagienne per orale endoscopique (POEM) dans l'achalasie de l'œsophage sont-ils différents chez les patients naïfs et les patients en échec des autres traitements ? Résultats d'une étude multicentrique sur 101 patients

R. Olivier⁽¹⁾, C. Brochard⁽²⁾, L. Quénehervé⁽³⁾, T. Wallenhorst⁽²⁾, G. David⁽³⁾, F. Douane⁽³⁾, J. Podevin⁽³⁾, C. Silvain⁽¹⁾, S. Bruley des Varannes⁽³⁾, A. Ropert⁽²⁾, E. Coron⁽³⁾

(1) Poitiers ; (2) Rennes ; (3) Nantes.

Introduction : La myotomie per orale endoscopique (POEM) fait partie de l'arsenal thérapeutique moderne de la prise en charge de l'achalasie. Son efficacité a été largement démontrée et elle est désormais souvent proposée en traitement de première intention. Néanmoins, l'impact global des traitements antérieurs sur les résultats de cette intervention reste à déterminer en pratique courante. Le but de notre étude était donc de comparer la faisabilité, la morbidité et l'efficacité de la POEM chez les patients naïfs et non naïfs.

Patients et Méthodes : Les données cliniques, manométriques et endoscopiques des patients traités pour une achalasie de l'œsophage par POEM dans 2 centres tertiaires étaient recueillies prospectivement et ont été analysées de manière rétrospective. Les troubles moteurs œsophagiens étaient définis selon la classification de Chicago v3.0. Les symptômes étaient évalués à l'aide du score d'Eckardt avant la POEM, à 1 et à 6 mois post-procédure. Les données de la manométrie œsophagienne (avant geste et à 6 mois), les données du geste (durée de la procédure, longueur de la myotomie, nombre de clips), les complications per et postopératoires (saignement, infection) et l'efficacité (définie par un score d'Eckardt ≤ 3) étaient recueillies. Les données étaient comparées par test t apparié et non apparié ou par test du Chi2.

Résultats : Au total, 101 patients (62 hommes, 61% ; âge médian = 50,7 [38,2-64,6] ans) ont été inclus entre juillet 2015 et juin 2018. Vingt-trois patients (22,7%) avaient une achalasie de type I, 62 (61,4%) une achalasie de type II, 11 (10,9%) une achalasie de type III et 5 (5,0%) un variant. Cinquante (49,5%) patients étaient naïfs de tout traitement et 51 (50,5%) avaient eu un traitement antérieur (47 avaient eu au moins une dilatation pneumatique, 7 une myotomie de Heller et 4 une injection de toxine botulique). Les caractéristiques des 2 groupes étaient comparables en ce qui concerne le sexe, l'âge, le type d'achalasie, le score d'Eckardt, la pression de repos du sphincter inférieur de l'œsophage (SIO) et la pression de relaxation intégrée (PRI) avant la POEM. En ce qui concerne la faisabilité du geste, aucune différence significative n'a été mise en évidence entre les deux groupes concernant : la durée de l'intervention (naïf= 45 [35-60] minutes vs non naïf= 50 [35-61] minutes ; $p = 0,2979$), la longueur de la myotomie (naïf= 10 [8-10] cm vs non naïf= 10 [8-10] cm ; $p = 0,5348$) ou le nombre de clips utilisés pour la fermeture du tunnel sous muqueux (naïf= 6 [5-7] vs non naïf= 6 [5-7] ; $p = 0,1579$). Trois patients (3%) ont eu des complications à type de médiastinite d'évolution favorable après traitement endoscopique seul (prothèse ; $n=1$) ou associé à un drainage chirurgical sans œsophagectomie ($n=2$). Parmi eux, un seul n'était pas naïf de traitement.

Le traitement par myotomie était considéré comme un succès (score d'Eckardt ≤ 3) chez 60/69 patients (87,0 %) à 6 mois. Les données de manométrie œsophagienne, avec franchissement de la jonction œso-gastrique, avant POEM et à 6 mois de l'intervention étaient disponibles pour 46/69 patients, avec une diminution significative de la pression de repos du SIO (32,73 $\pm$ 17,73 mmHg vs 14,9 $\pm$ 9,02 mmHg) et de la PRI (22,65 $\pm$ 12,23 mmHg vs 7,71 $\pm$ 5,58 mmHg) à 6 mois. L'efficacité de la POEM à 6 mois était comparable entre les 2 groupes (naïf= 29/31 (93,6%) vs non naïf= 31/38 (81,6%) ; $p = 0,1420$). Trois patients (3%) ont eu une seconde procédure de POEM après échec de la première procédure, avec une bonne efficacité clinique à 6 mois (score d'Eckardt = 1,33).

Conclusion : Cette étude réalisée sur un grand nombre de patients dans des conditions de pratique clinique de routine montre que la faisabilité, la morbidité et l'efficacité à 6 mois de la POEM dans l'achalasie sont comparables entre les patients naïfs et non naïfs. L'excellente efficacité de la POEM et sa faible morbidité (comparable à celle de la dilatation dans la littérature) permet d'envisager la place de la POEM en 1ère intention chez les patients ayant une achalasie. La confirmation de ces données par des études prospectives randomisées est nécessaire.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000358>

CO.117

Etude de l'impact d'une formation sur la détection de la métaplasie intestinale gastrique en NBI

V. Grymonpré ⁽¹⁾, A. Prost ⁽²⁾, J. Hazebroucq ⁽²⁾, E. Assenat ⁽¹⁾, P. Blanc ⁽¹⁾, P. Poudroux ⁽²⁾

(1) Montpellier ; (2) Nîmes.

Introduction : L'atrophie gastrique et la métaplasie intestinale sont des lésions pré-cancéreuses identifiées depuis longtemps. La chromo-endoscopie électronique telle que le Narrow-Band Imaging (NBI) est simple d'utilisation et a montré une supériorité de détection de ces lésions par rapport à la lumière blanche. Cependant cette technique n'est pas utilisée en routine en Europe même s'il existe des recommandations de l'ESGE sur la détection endoscopique de la métaplasie intestinale dans l'estomac. Il est probable que cela soit dû au manque de formation des gastroentérologues pour la détection de ces lésions. L'objectif de cette étude étaient d'évaluer la performance d'un programme d'enseignement en ligne pour la détection de la métaplasie intestinale gastrique dans les conditions d'endoscopie standard en France chez des gastro-entérologues avec différents niveaux de formation.

Matériels et méthodes : L'étude comportait 1) une session avant enseignement (session 1 ou prétest) avec 10 vidéos d'endoscopie gastrique avec et sans NBI, 2) un diaporama sonorisé présentant l'aspect de la muqueuse gastrique avec et sans NBI et les critères conduisant au diagnostic de métaplasie intestinale, 3) deux sessions de post test de 10 vidéos chacune. Ces 30 vidéos d'endoscopie gastrique étaient présentées à 15 gastro-entérologues : 8 juniors (< 6ans d'expérience en endoscopie) et 7 séniors (> 6ans). Ils donnaient leur diagnostic accompagné d'un degré de confiance. Les réponses des lecteurs étaient comparées aux résultats anatomo-pathologiques. Une correction détaillée de chaque vidéo était transmise après chaque session.

Résultats : Trois critères morphologiques permettaient la détection endoscopique de la métaplasie intestinale : aspect tubulovilleux (Se 76% Sp 83% VPP 78% VPN 82%), présence de crêtes bleu-clair (21%-94%-75%-61%) et de substance blanche opaque (19%-100%-100%-62%). Le taux de bonnes réponses augmentait significativement entre la session 1 et 2 (p<0,05). Le taux de bonnes réponses passait de 65% à 80% pour les juniors et de 76 à 80% pour les séniors (NS). Il existait également une augmentation significative du taux de bonnes réponses lorsque le critère crêtes bleu-clair était présent (73% à 93% p<0,05). Il y avait plus de vidéos avec un taux de bonnes réponses > 85% à la dernière session 6/10 qu'à la session prétest (3/10).

Conclusion : La caractérisation endoscopique de la métaplasie intestinale n'est pas seulement accessible aux gastroentérologues asiatiques maîtrisant l'endoscopie à fort grossissement chez des patients souvent préparés avec spasmolytiques et mucolytiques. Elle peut être améliorée avec un matériel d'endoscopie standard par une formation adéquate accessible aux gastroentérologues confirmés ou novices. Cette étude montre qu'avec une formation comprenant un diaporama et 30 vidéos didactiques nous pouvons améliorer nos performances dans le diagnostic de métaplasie intestinale gastrique.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/001075>

Comparaison de la dilatation endoscopique et de la myotomie de Heller en traitement de l'achalasie de l'œsophage chez l'enfant : étude multicentrique

A. Nicolas ⁽¹⁾, F. Gottrand ⁽²⁾, A. Tiret ⁽³⁾, A. Lachaux ⁽⁴⁾, L. Bridoux-Henno ⁽⁵⁾, F. Campeotto ⁽³⁾, A. Fabre ⁽⁶⁾, A. Breton ⁽⁷⁾, J. Languepin ⁽¹⁾, M. Kyheng ⁽²⁾, J. Viala ⁽³⁾, L. Michaud ⁽²⁾

(1) Limoges ; (2) Lille ; (3) Paris ; (4) Lyon ; (5) Rennes ; (6) Marseille ; (7) Toulouse.

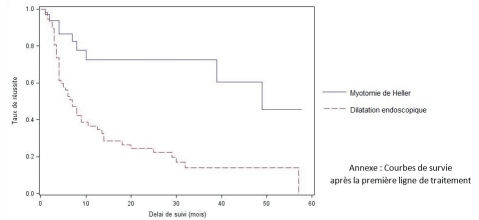
Introduction : L'achalasie est un trouble moteur de l'œsophage rare, caractérisé par un apéristaltisme œsophagien et un défaut de relaxation du sphincter inférieur de l'œsophage. Les deux traitements les plus utilisés en pédiatrie sont la dilatation endoscopique (DE) et la myotomie de Heller (MH), sans consensus clair pour le mode préférentiel de prise en charge [1]. L'objectif de cette étude était de comparer l'efficacité et les complications de ces deux traitements chez l'enfant.

Matériels et méthodes : Nous avons recueilli de façon rétrospective les données des patients suivis pour une achalasie, confirmée par manométrie œsophagienne, diagnostiquée avant l'âge de 18 ans et traitée pour la 1ère fois, soit par DE soit par MH, entre le 01/01/2005 et le 31/12/2016, dans 8 centres pédiatriques tertiaires. Une ligne de traitement était définie par soit la réalisation d'une MH, soit la réalisation d'une à trois sessions de DE (pneumatique et/ou hydrostatique) dans un délai maximal de 3 mois. L'échec était défini par le recours à un nouveau traitement : MH, DE, myotomie per-orale endoscopique (POEM) ou nutrition entérale non justifiée par une autre pathologie.

Résultats : 97 enfants (âge médian au diagnostic de 12 ans [8,5;14,5], 57% de garçons) ont été inclus. Le délai diagnostique médian était de 10,5 mois [4;21] et le suivi médian de 27 mois [13;50]. 60 enfants ont été traités par DE et 37 par MH en 1^{er} traitement. La MH était significativement plus efficace que la DE (hazard ratio 3,56 [1,73;7,29], $p=0,0005$, annexe), et plus efficace que la dilatation pneumatique seule (3,41 [1,62;7,18], $p=0,0013$), avec des médianes de survie respectivement à 49 et 7 mois. La MH restait significativement plus efficace que la DE après ajustement sur des facteurs potentiellement confondants, âge au diagnostic, délai entre 1^{ers} symptômes et 1^{er} traitement, et antécédent de syndrome Triple A (hazard ratio 3,93 [1,74;8,88], $p=0,001$). Il n'a pas été retrouvé de différence significative d'efficacité entre la dilatation pneumatique et la dilatation hydrostatique au sein de la 1ère ligne de traitement (hazard ratio 1,35 [0,56;3,23], $p=0,50$), avec des médianes de survie respectivement à 7 et 3 mois. Aucun facteur prédictif d'échec de la 1ère ligne de traitement n'a été mis en évidence. 60% des enfants ont eu recours à un minimum de deux lignes de traitement. Il n'a pas été retrouvé de différence significative d'efficacité entre la MH et la DE au sein de la 2^{ème} ligne de traitement (hazard ratio 2,55 [0,78;8,34], $p=0,123$), avec des médianes de survie respectivement à 46 et 18 mois. Ce résultat était à la limite de la significativité après ajustement sur le type de 1^{er} traitement et le délai entre les deux traitements (hazard ratio 4,25 [0,99;18,31], $p=0,053$). Il n'a pas été retrouvé de différence significative dans la survenue des complications entre les deux types de traitement, que ce soit pour l'ensemble des complications (35,2% pour les MH, 29,7% pour les DE, $p=0,56$), les complications graves (respectivement 9,6% et 2,6%, $p=0,08$), les complications précoces (respectivement 16,7% et 18,4%, $p=0,79$) ou les complications tardives (respectivement 21,8% et 10,8%, $p=0,09$).

Conclusion : Notre étude multicentrique constitue la plus grosse cohorte pédiatrique s'intéressant aux traitements de l'achalasie. Elle montre que la MH est plus efficace que la DE, qu'elle soit pneumatique ou hydrostatique, sans différence dans la survenue des complications, incitant à la réalisation d'une MH en 1^{er} traitement. De nouvelles études pédiatriques plus larges, de type essais contrôlés randomisés internationaux, restent indispensables pour mieux établir la place de chaque thérapeutique, en prenant en compte le développement de la POEM.

Références Bibliographiques : [1] N. E. Sharp and S. D. St Peter, "Treatment of Idiopathic Achalasia in the Pediatric Population: A Systematic Review," Eur. J. Pediatr. Surg. Off. J. Austrian Assoc. Pediatr. Surg. Al Z. Kinderchir., vol. 26, no. 2, pp. 143–149, Apr. 2016



Pour consulter ce résumé en ligne :
<https://www.snfgc.org/resumes-2019/000062>

CO.119

Etude internationale multicentrique évaluant l'efficacité technique et clinique du POEM chez les patients de 18 ans ou moinsA. Choné⁽¹⁾, M. Pioche⁽¹⁾

(1) Lyon.

Introduction : La myotomie endoscopique (POEM ou per oral endoscopic myotomy en anglais) devient le traitement de référence des patients atteints d'achalasie chez l'adulte. L'intérêt par rapport à l'ancienne technique de référence qu'est la myotomie de Heller est qu'elle a l'avantage d'être moins invasive. Cependant peu de données sont disponibles dans la littérature chez les enfants de 18ans ou moins. Nous avons étudié le succès technique et clinique du POEM chez des patients de 18ans ou moins souffrant d'achalasie de tous types. Nous avons aussi étudié les facteurs prédictifs de bonne réponse au POEM et les effets indésirables survenus.

Patients et Méthodes : C'est une étude internationale multicentrique rétrospective comportant 13 centres (2 centres aux Etats Unis, 8 centres européens, 3 centres asiatique). Tous les patients qui ont bénéficié d'un POEM entre Janvier 2012 et Aout 2018 ont été inclus. Les critères d'études comme le succès technique (réalisation de la myotomie en per opératoire), la réponse clinique (Eckart <=3), les effets secondaires, le reflux, la présence d'œsophagite et l'utilisation des IPP ont été recueillis quand ils étaient disponibles. Les facteurs prédictifs de réponse positives étudiés étaient : le type de couteau, le type d'achalasie, la longueur de la myotomie, la durée de la procédure, les formes idiopathiques ou non, la durée des symptômes avant la procédure, le prétraitement par dilatation toxine botulique au préalable, le score d'Eckart pré-POEM, l'orientation de la myotomie.

Résultats : Un total de 117 patients (41% de femmes, de moyenne d'âge 14.2 +/-3.7 ans (de 2 à 18) ont bénéficié d'un POEM dans le cadre de leur achalasie (Type I 31%, type 2 56%, Type III 7% et 6% de type inconnu). 28 patients (24%) ont eu une dilatation auparavant, 8 patients (7%) ont eu une injection de toxine botulique et 6 patients (5%) ont eu les deux. Le score d'Eckart initial était 7.5 +/- 2.0 (4 à 11). Un succès technique (per-opératoire) a été obtenu chez 116 patients (99%) avec une durée de suivi moyenne de 545 jours (100 à 1612 jours). Il y a eu un seul échec (1%) à cause d'une sous-muqueuse très fibreuse. Un succès clinique était obtenu chez 106 des 112 patients (pour 5 patients le score d'Eckart à 3 mois n'était pas disponible), 90.6% de succès en intention de traiter et 95% en per protocole. Le score d'Eckart moyen a diminué de 7.5 +/-2.1 à 0.93 +/- 1.24 (p<0.001). La moyenne de la myotomie œsophagienne et gastrique était 8.3cm +/- 3.0 et 3.2cm +/-1.5 respectivement. Sept effets indésirables ont été mis en évidence sur 7 (6%) des patients (4 plaies muqueuse, 1 emphysème sous muqueux, une fistule œsophagienne, une plaie de l'œsophage). La sévérité de ces effets secondaires était faible dans 5% des cas et sévère dans 1% des cas.

A plus long terme le taux de reflux post opératoire était de 15% (n=17) avec 9% (n=10) de données manquantes, 26% de ces patients utilisaient tous les jours des IPP (n=26), 2% les utilisaient parfois (n=2), 68% ne les utilisaient jamais (n=80). Lors du suivi 49% des patients (n=57) n'ont pas présenté d'œsophagite, 16% des patients (n=19) des patients ont présenté une œsophagite de grade A, 3% (n=4) une œsophagite de grade B, 2% (n=2) de grade C, il y avait 30% (n=35) de données manquantes).

En analyse univariée en utilisant le test de Fischer nous n'avons pas mis en évidence de facteur prédictif de réponse au POEM statistiquement significatif, il se peut que les effectifs étudiés n'étaient pas suffisants pour mettre en évidence une différence significative.

Discussion : Les points forts de notre étude sont sa multicentricité ainsi que le nombre relativement grand de patients par rapport aux études disponibles dans la littérature. Notre étude présente quelques limites, tout d'abord c'est une étude rétrospective, du fait du faible nombre de procédures réalisées dans ces centres experts. De plus le nombre de patients inclus ne nous a pas permis de faire apparaître de facteur prédictif de bonne réponse statistiquement significatif en analyse univariée (test univarié de Fischer). Cependant deux facteurs s'en rapprochent : l'absence de traitement

préalable et les formes idiopathiques d'achalasie (p=0.147 et p=0.069) respectivement.

La moyenne de suivi étant de 545 jours il faut continuer à suivre ces jeunes patients pour obtenir des données sur le reflux post opératoire chez l'enfant à plus long terme.

Conclusion : L'utilisation du POEM chez les enfants semble être une technique efficace et sécuritaire sans particularité technique par rapport à l'adulte. Le suivi des données sur le reflux de ces patients doit être poursuivi.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/001086>

Facteurs associés à une chirurgie anti-reflux précoce dans l'atrésie de l'œsophage à l'exclusion des long défauts

B. Francois ⁽¹⁾, L. Michaud ⁽²⁾, R. Sfeir ⁽²⁾, A. Bonnard ⁽³⁾, V. Rousseau ⁽³⁾, S. Blanc ⁽⁴⁾, T. Gelas ⁽⁴⁾, J. Boubnova ⁽⁵⁾, C. Jacquier ⁽⁶⁾, F. Gottrand ⁽²⁾

(1) Nice ; (2) Lille ; (3) Paris ; (4) Lyon ; (5) Marseille ; (6) Grenoble.

Introduction : L'atrésie de l'œsophage (AO) est une malformation congénitale rare (1). Le pronostic a bénéficié des avancées récentes médicales et chirurgicales dans ce domaine (2-3). Le reflux gastro-œsophagien (RGO) est la complication la plus fréquente (4) et peut entraîner des complications sévères.

L'objectif de cette étude était d'identifier les facteurs prédictifs et les facteurs associés à la chirurgie antireflux dans la première année de vie des patients inclus dans le registre français de l'AO à l'exclusion des formes long défauts.

Patients et Méthodes : Les données concernant la prise en charge initiale, la chirurgie réparatrice et le devenir à un an ont été collectées de façon prospective entre 2010 et 2014 pour tous les enfants nés en France et ayant une AO et collectées dans le registre français d'AO (2,3). Les patients ayant une anastomose différée étaient exclus de cette étude (forme long défauts). Nous avons identifié les facteurs prédictifs définis par les facteurs présents avant la chirurgie de AO. Les facteurs associés à une chirurgie antireflux sont définis par les facteurs ou les complications apparaissant après la chirurgie de l'atrésie de l'œsophage dans la première année de vie.

Résultats : 682 patients ont été inclus. Cinquante-trois enfants (7,8%) ont bénéficié d'une chirurgie antireflux durant la première année de vie. L'analyse multivariée a permis d'identifier 3 facteurs prédictifs de chirurgie antireflux : la tension notée lors de l'anastomose initiale, les malformations associées et le petit poids de naissance et 6 facteurs associés : le RGO, la sténose anastomotique, la gastrostomie, les malaises graves, les complications respiratoires et la dénutrition.

Conclusion : Cette première étude prospective en population montre que la chirurgie anti reflux précoce reste fréquente chez les nourrissons souffrant d'AO particulièrement si le poids de naissance est faible, des malformations associées et l'anastomose faite sous tension. La réalisation d'une chirurgie antireflux est associée à une RGO sévère et ses complications ainsi qu'à la dénutrition.

Références Bibliographiques : 1. Krishnan, U. et al. ESPGHAN-NASPGHAN Guidelines for the Evaluation and Treatment of Gastrointestinal and Nutritional Complications in Children With Esophageal Atresia-Tracheoesophageal Fistula. *J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr.* 63, 550–570 (2016).
2. Sfeir, R. et al. Esophageal atresia: data from a national cohort. *J. Pediatr. Surg.* 48, 1664–1669 (2013).
3. Schneider, A. et al. Results from the French National Esophageal Atresia register: one-year outcome. *Orphanet J. Rare Dis.* 9, 206 (2014).
4. Tovar, J. A. & Fragoso, A. C. Gastroesophageal reflux after repair of esophageal atresia. *Eur. J. Pediatr. Surg. Off. J. Austrian Assoc. Pediatr. Surg. Al Z. Kinderchir.* 23, 175–181 (2013).

Remerciements : Centres de compétences CRACMO

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000375>

Chirurgie bariatrique et maladies inflammatoires chroniques intestinales : résultats d'une étude multi-centrique du GETAID

C. Reenaers ⁽¹⁾, M. Nachury ⁽²⁾, D. Laharie ⁽³⁾, S. Viennet ⁽⁴⁾, C. Trang Poisson ⁽⁵⁾, C. Stefanescu ⁽⁶⁾, L. Peyrin-Biroulet ⁽⁷⁾, J.C. Grimaud ⁽⁸⁾, X. Roblin ⁽⁹⁾, F. Carbone ⁽¹⁰⁾, R. Altwegg ⁽¹¹⁾, S. Nahon ⁽¹²⁾, A. Attar ⁽⁶⁾, G. Bouguen ⁽¹³⁾, Y. Bouhnik ⁽¹⁴⁾, E. Louis ⁽¹⁾

(1) Liège, BELGIQUE ; (2) Lille ; (3) Bordeaux ; (4) Caen ; (5) Nantes ; (6) Paris ; (7) Vandœuvre-lès-Nancy ; (8) Marseille ; (9) Saint-Etienne ; (10) Le Kremlin-Bicêtre ; (11) Montpellier ; (12) Montfermeil ; (13) Rennes ; (14) Clichy-la-Garenne.

Introduction : L'obésité constitue un problème de santé publique majeur dans les pays industrialisés. Parallèlement à la population générale, sa prévalence a augmenté dans les MICI (Maladie Inflammatoire Chronique Intestinale). On rapporte 20 à 40% d'obésité chez ces patients aux Etats-Unis et 15 à 20 % en Europe. La prise en charge de l'obésité inclut de façon croissante une approche chirurgicale. La faisabilité et la morbidité de la chirurgie bariatrique (CB) dans les MICI restent méconnues. Les données disponibles proviennent de séries américaines de petite taille et suggèrent un faible taux de complication. **Le but de ce travail** est de décrire la population de MICI bénéficiant d'une CB et d'évaluer leur devenir après la CB.

Patients et Méthodes : Les centres GETAID ont identifiés rétrospectivement les patients MICI ayant bénéficié d'une CB quelle que soit la procédure (gastroplastie, bypass, sleeve). Les patients ayant bénéficié d'une CB avant le diagnostic de MICI étaient également inclus. Les traits démographiques et les caractéristiques de la MICI avant, au moment et au dernier suivi après la CB ont été relevés. Le type de CB, la survenue de complications post-opératoire et les ré-hospitalisations le mois suivant la chirurgie ont été rapportés.

Résultats : 62 patients issus de 13 centres GETAID ont été identifiés. 40/62 (65%) étaient des femmes. Quarante-six patients (75%) présentaient une maladie de Crohn (MC) dont 68% d'atteinte iléale, 12% d'atteinte digestive haute, 13% de formes sténosantes, 4% de formes fistulisantes, 18% avec antécédent de résection chirurgicale. Seize patients présentaient une rectocolite hémorragique (RCH) et 2 patients avaient une colite inclassée. L'âge moyen au moment de la CB était de 39 ans. La CB a été réalisée après le diagnostic de MICI chez 51 patients. Le délai moyen entre le diagnostic de MICI et la CB était de 127 mois (SD±72). Quarante-trois % étaient traités par biologiques et 11% par immunomodulateur au moment de la CB. Le poids et l'IMC moyens étaient respectivement de 122 kg (SD±19) et de 42 (±6). Chez les patients avec MICI connue, on dénombre 12 gastroplasties (24%), 38 sleeves (75%) et 1 bypass (4%). Trois patients (4%) ont présenté des complications post-opératoires : 1 patient avec RCH a présenté un abcès avec choc septique, 1 patient avec MC a présenté une sténose du montage de sleeve nécessitant une conversion en bypass, 1 patient avec RCH a présenté une fistule du pôle supérieur de la sleeve. Un patient avec RCH a été ré-hospitalisé dans le mois pour déshydratation sévère et choc hypovolémique. Le suivi moyen après CB était de 59 mois et la perte de poids moyenne était de 27 kilos. Concernant l'évolution de la MICI post-CB, un patient a été opéré de sa MC, 3 patients ont développé de nouvelles lésions ano-périnéales, 22% ont changé de traitement pour des répons/intolérance, un patient a développé une colite aiguë grave. Parmi les procédures de CB réalisées avant le diagnostic de MICI on dénombre 7 gastroplasties et 4 bypass. Le délai entre la CB et le diagnostic de MICI était de 75 mois (SD±40). Quatre patients ont développé une RCH, 6 une MC et 1 une colite inclassée. Deux patients étaient traités par biologiques en monothérapie et 4 par biologiques en combi-thérapie au dernier suivi. Une patiente a été diagnostiquée avec MC sévère perforée et a nécessité une stomie de décharge puis une réversion ultérieure de son bypass pour dénutrition sévère.

L'expression de CCR6 et de CXCR6 définit une nouvelle population de lymphocytes T régulateurs CD4+/CD8alpha+ : implications diagnostique et thérapeutique dans les MICI

E. Godefroy ⁽¹⁾, E. Montassier ⁽¹⁾, C. Bossard ⁽¹⁾, A. Jarry ⁽¹⁾, G. Sarabayrouse ⁽²⁾, E. Kerdreux ⁽¹⁾, A. Bourreille ⁽¹⁾, H. Sokol ⁽³⁾, F. Altare ⁽¹⁾, F. Jotereau ⁽¹⁾
(1) Nantes ; (2) Barcelone, ESPAGNE ; (3) Paris.

Introduction : *Faecalibacterium prausnitzii* est l'une des bactéries les plus abondantes chez les donneurs sains. Suggérant son rôle dans la prévention des MICI, son abondance relative est diminuée chez ces patients, et cette diminution corrélée avec le risque de rechute des patients Crohn après chirurgie. Nous avons identifié, dans le colon et le sang humain, une population de lymphocytes T régulateurs de type Tr1 qui expriment le CD4 et la chaîne alpha du CD8 (lymphocytes DP8alpha) et qui reconnaissent spécifiquement *F. prausnitzii*. Cependant, alors que la majorité des lymphocytes DP8alpha du colon reconnaissent cette bactérie, seule une fraction de ceux du sang ont cette spécificité. Nous avons donc recherché des marqueurs permettant de quantifier les Treg DP8alpha spécifiques de *F. prausnitzii* du sang, puis investigué leur fréquence dans les MICI ainsi que leur fonction régulatrice.

Patients et Méthodes : Par cytométrie en flux et étude de la réponse proliférative des lymphocytes, nous avons recherché parmi les marqueurs de recirculation exprimés par les lymphocytes DP8alpha du colon (isolés de patients cancéreux), lesquels étaient exprimés par les lymphocytes DP8alpha circulants spécifiques de *F. prausnitzii* et régulateurs. Deux récepteurs ont ainsi été identifiés. Nous avons quantifié les lymphocytes DP8alpha exprimant ces récepteurs dans le sang de 106 patients MICI ainsi que de sujets contrôles (sains et atteints de colites infectieuses).

Résultats : Nous avons identifié CCR6 et CXCR6, comme des marqueurs exprimés spécifiquement par les lymphocytes DP8alpha circulants spécifiques de *F. prausnitzii*. En effet, les lymphocytes DP8alpha du sang répondant à *F. prausnitzii* sont exclusivement présents dans les fractions CCR6+ et CXCR6+ de ces cellules. De plus, tous les clones de lymphocytes DP8alpha spécifiques de *F. prausnitzii* du sang co-expriment ces deux récepteurs/marqueurs. Enfin, ces clones expriment fortement la molécule CD39 dont l'activité ectonucléotidase médie leur fonction régulatrice, et plus précisément leur capacité à inhiber la prolifération des lymphocytes T CD4.

De façon intéressante, nous montrons que la fréquence des lymphocytes T DP8alpha CCR6+/CXCR6+ circulants est fortement réduite ($p < 0.0001$) parmi les lymphocytes CD3+ chez les patients MICI, par rapport à des donneurs sains ou des patients atteints de colites infectieuses. Une des conséquences/perspectives majeures de ces résultats, réside dans le fait qu'ils suggèrent l'existence d'un seuil à <7,875 cellules DP8alpha CCR6+/CXCR6+ pour 10.000 CD3+, mesurable par simple immuno-marquage des PBMC, et permettant de distinguer les patients MICI des patients atteints de colites infectieuses avec une spécificité de 100% et une sensibilité de 72%.

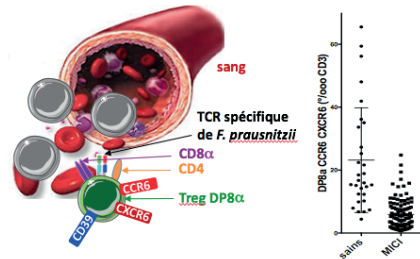
Conclusion : Associé à des désordres digestifs, la diminution de fréquence des cellules DP8alpha CCR6+/CXCR6+ circulantes représente un marqueur diagnostique des MICI, jusque-là manquant. Cette diminution et nos données fonctionnelles sur ces cellules suggèrent leur rôle dans la prévention de ces maladies, ce que nous étudions actuellement à l'aide d'un modèle de souris humanisée.

Références Bibliographiques : Sokol H, Pigneur B, Watterlot L, et al. *Faecalibacterium prausnitzii* is an anti-inflammatory commensal bacterium identified by gut microbiota analysis of Crohn disease patients. *Proc Natl Acad Sci U S A* 2008;105:16731-6.

Sokol H, Seksik P, Furet JP, et al. Low counts of *Faecalibacterium prausnitzii* in colitis microbiota. *Inflamm Bowel Dis* 2009;15:1183-9.

Miquel S, Martin R, Rossi O, et al. *Faecalibacterium prausnitzii* and human intestinal health. *Curr Opin Microbiol* 2013;16:255-61.

Godefroy E, Alameddine J, Montassier E, Mathe J, Desfrancois-Noel J, Marec N, et al. Expression of CCR6 and CXCR6 by Gut-Derived CD4(+)CD8alpha(+) T-Regulatory Cells, Which Are Decreased in Blood Samples From Patients With Inflammatory Bowel Diseases. *Gastroenterology* 2018. Sarabayrouse G, Bossard C, Chauvin JM, et al. CD4CD8alpha lymphocytes, a novel human regulatory T cell subset induced by colonic bacteria and deficient in patients with inflammatory bowel disease. *PLoS Biol* 2014;12:e1001833.



Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000286>

CO.124

Les effets bénéfiques de *Saccharomyces boulardii* CNCM I-745 et délétères de *Candida albicans* sur la colite sont influencés par la présence d'entérobactéries

B. Sovran ⁽¹⁾, J. Planchais ⁽¹⁾, S. Jegou ⁽¹⁾, M. Straube ⁽¹⁾, B. Lamas ⁽¹⁾, A. Agus ⁽¹⁾, L. Dupraz ⁽¹⁾, J. Glodt ⁽¹⁾, G. Da Costa ⁽¹⁾, M.L. Michel ⁽¹⁾, P. Langella ⁽¹⁾, L.M. Richard ⁽¹⁾, H. Sokol ⁽¹⁾

(1) Paris.

Introduction : Les équilibres subtils entre les microbes et leur hôte maintiennent l'homéostasie intestinale et influencent les conditions inflammatoires, notamment dans le cadre de Maladies Inflammatoires Chroniques de l'Intestin (MICI). Dans cette étude, nous nous intéressons aux rôles des interactions entre bactéries et champignons dans l'inflammation intestinale, un domaine très peu étudié à ce jour.

Matériels et méthodes : Un traitement par vancomycine (1g/L) ou colistine (1g/L) a été administré dans l'eau de boisson de souris femelles C57BL/6 âgées de 10 semaines pendant 7 jours, afin d'éliminer du microbiote intestinal respectivement les bactéries Gram positives et les Enterobacteriaceae. Simultanément à cette antibiothérapie, les souris ont été gavées avec 10⁷ CFU de la levure probiotique *Saccharomyces boulardii* CNCM I-745 (Biocodex-Gentilly) ou du champignon pathogène *Candida albicans* SC5314. Après 7 jours de traitements antibiotiques et fongiques, une colite a été induite avec 2% de Dextran Sodium Sulphate (DSS) dans l'eau de boisson, suivis d'une période de récupération de 5 jours à l'eau. Les souris ont été euthanasasiées à J0, J7 et J12 post DSS. Le développement de la colite et sa récupération ont été suivis quotidiennement (poids, indice d'activité de maladie). Les niveaux de lipocaline, les analyses histologiques, ainsi que les analyses de composition et diversité du microbiote bactérien (séquençage 16S) et fongique (séquençage ITS2) ont été étudiés après la période d'exposition aux antibiotiques et pendant la colite.

Résultats : Chez les souris n'ayant pas reçu d'antibiothérapie, nous avons observé que l'administration de *Saccharomyces boulardii* améliorait la colite induite par le DSS, alors que l'administration de *Candida albicans* avait un effet aggravant. Les traitements antibiotiques modifiaient profondément les phénotypes observés : les souris traitées par vancomycine étaient protégées de la colite, alors que les souris traitées par colistine développaient une colite de sévérité inchangée mais perdaient la sensibilité aux effets des champignons administrés. Ainsi la sévérité de la colite des souris recevant de la colistine n'était pas modifiée par l'administration de *Saccharomyces boulardii* ou de *Candida albicans*. Les traitements antibactériens influençaient non seulement les populations bactériennes mais aussi le microbiote fongique. Les corrélations entre l'abondance des taxa bactériens et fongiques étaient considérablement diminuées chez les souris traitées par colistine comparé aux autres souris, suggérant que les bactéries sensibles à la colistine sont impliquées dans les interactions avec les champignons au sein du microbiote intestinal. La colistine ciblant les entérobactéries, nous avons restauré cette population en administrant une souche d'*Escherichia coli* (membre important des entérobactéries du microbiote) résistant à la colistine. Cette restauration du niveau d'entérobactéries chez les souris traitées par colistine suffisait à rétablir les effets bénéfiques de *S. boulardii* et les effets délétères de *C. albicans* sur la sévérité de la colite. Les mécanismes impliquent une amélioration de la colonisation intestinale des champignons en présence d'entérobactéries. Cette découverte fournit de nouvelles informations sur le rôle des interactions fonctionnelles bactéries-champignons dans la physiologie intestinale et potentiellement dans la physiopathologie des MICI.

Conclusion : La levure probiotique *Saccharomyces boulardii* CNCM I-745 réduit la sévérité de la colite alors que le champignon pathogène *Candida albicans* l'aggrave. Ces effets sont influencés par la présence d'Enterobacteriaceae, au moins partiellement en améliorant la colonisation fongique de l'intestin. Ces résultats apportent de nouvelles connaissances sur le rôle des interactions bactéries – champignons dans la physiologie intestinale et dans la physiopathologie des MICI.

Remerciements : Ce travail a reçu un financement par la société Biocodex

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000089>

CO.125

Nod2 protège l'intestin grêle contre l'extension de l'inflammation générée par l'induction d'une colite

Z. Al Nabhani ⁽¹⁾, D. Berrebi ⁽¹⁾, C. Martinez-Vinson ⁽¹⁾, M. Roy ⁽¹⁾, E. Ogier-Denis ⁽¹⁾, F. Barreau ⁽¹⁾, J.P. Hugot ⁽¹⁾

(1) Paris.

Introduction : Bien que les mutations du gène NOD2 aient été associées à la maladie de Crohn (MC), leur rôle dans l'étiologie de cette pathologie reste inconnu. Il a été montré que les altérations de la muqueuse intestinale des souris déficientes pour Nod2 étaient dues à un dialogue anormal entre les lymphocytes T CD4+ et la perméabilité intestinale. L'objectif de ce travail était d'étudier le rôle de Nod2 à distance de l'inflammation, dans la muqueuse du grêle lors d'une inflammation colique localisée.

Matériels et méthodes : Chez l'homme, l'expression de NOD2 (en protéine et en ARN) a été étudiée dans le grêle et le colon de patients atteints de la MC, en zone inflammatoire ou non. Chez la souris, une inflammation limitée au colon a été induite par le TNBS (acide 2, 4, 6-trinitrobenzène sulfonique, 120mg/Kg) et le grêle à distance (duodénum et iléon) a été étudié avec i) l'expression de cytokines pro-inflammatoires (qPCR & ELISA), ii) la perméabilité paracellulaire (chambre de Ussing) et iii) en l'histologie. Pour déterminer l'implication des lymphocytes T, de la myosine light chain kinase (MLCK) et de Nod2, les souris ont été traitées avec des anticorps anti-CD4+, du FTY720 (un inhibiteur de la recirculation lymphocytaire), du ML-7 (un inhibiteur de la MLCK pour « Myosin light chain ») ou du muramyl dipeptide (MDP, agoniste de Nod2). Pour confirmer le rôle de Nod2 et de la MLCK, des souris déficientes pour le gène Nod2 (Nod2^{-/-} et nod2 mutées) ou pour le gène de la MLCK ont été étudiées. Enfin, pour analyser le rôle respectif des cellules épithéliales et immunitaires dans le phénotype, des souris chimères pour l'expression de Nod2 ont été générées par greffe réciproque de cellules souches hématopoïétiques de souris Nod2^{+/+} et Nod2^{-/-} dans des souris Nod2^{-/-} ou Nod2^{+/+}.

Résultats : Chez les patients atteints de la MC, une surexpression NOD2 est observée dans les cellules épithéliales à distance des zones inflammatoires. De même, l'expression Nod2 était augmentée dans l'intestin grêle de souris présentant une colite induite par le TNBS. En parallèle, une augmentation des cytokines pro-inflammatoires et un excès de perméabilité paracellulaire ont également été observés à distance de l'inflammation mais sans lésion histologique observable dans le grêle. La stimulation de Nod2, la déplétion des lymphocytes T CD4+ ou l'inhibition de la MLCK normalisaient le phénotype grélique. A l'inverse, l'induction de la colite chez les souris déficientes pour le gène Nod2 induisait des anomalies iléales plus sévères et une iléite histologique. Les souris chimères ont montré que la délétion de Nod2 dans le compartiment hématopoïétique était suffisante pour permettre le développement de l'iléite confirmant le rôle de Nod2 dans le compartiment immunitaire. Toutefois, la stimulation de Nod2 par le MDP permettait de protéger l'intestin grêle chez les chimères n'exprimant pas Nod2 dans leur système immunitaire, démontrant un rôle complémentaire de l'épithélium dans le phénotype.

Conclusion : Nos résultats montrent qu'en cas d'inflammation colique isolée, la surexpression de Nod2 à distance de l'inflammation protège l'intestin grêle d'une extension des lésions muqueuses.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000188>

Une exposition élevée à l'infliximab augmente le risque d'infection chez les patients traités pour maladie inflammatoire chronique intestinale

A. Landemaine ⁽¹⁾, A. Petitcollin ⁽¹⁾, C. Miard ⁽¹⁾, G. Brochard ⁽¹⁾, M. Dewitte ⁽¹⁾, L. Siproudhis ⁽¹⁾, C. Bouguen ⁽¹⁾
(1) Rennes.

Introduction : L'infliximab est une biothérapie efficace des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI), mais augmente le risque de survenue d'un événement infectieux. La relation entre l'exposition au traitement, souvent évaluée par la mesure de la concentration résiduelle, et le risque infectieux reste controversée dans la littérature actuelle. L'objectif de ce travail était d'évaluer les facteurs associés à la survenue d'une infection chez les patients traités par infliximab, en incluant les données pharmacologiques.

Patients et Méthodes : Tous les patients traités par infliximab en schéma d'entretien pour une MICI du 01/11/2016 au 30/04/2017 ont été inclus et suivis prospectivement. Les patients en phase d'induction ou ayant une interruption du traitement par infliximab pendant la période d'étude ont été exclus. Les données clinico-biologiques, la survenue d'événements infectieux dans l'intercure et la concentration résiduelle d'infliximab, ont été recueillies à chaque perfusion. L'exposition à l'infliximab entre deux perfusions a été estimée par le calcul de l'aire sous la courbe des concentrations (ASC) par modélisation pharmacocinétique compartimentale. La somme des ASC représentait l'exposition au traitement pendant la période d'étude. Les facteurs de risque indépendants d'infection ont été identifiés par régression logistique.

Résultats : Parmi les 288 patients traités par infliximab pendant la période d'étude, 209 ont été inclus : 102 hommes (49 %), âge moyen 39 ± 14 ans, 159 maladies de Crohn (76 %) et 50 rectocolites hémorragiques (24 %). Une combithérapie était en cours pour 54 patients (26 %). La dose moyenne d'infliximab administrée était de 455 mg (± 197), à intervalle moyen de 8 semaine (± 1,6). La somme des ASC par patient était en moyenne de 3964±444 mg.h/L sur la période d'étude, correspondant à une période d'exposition médicamenteuse moyenne explorée de 24,7±3,5 semaines. Lors des 640 perfusions, 202 événements infectieux ont été rapportés (63 (31 %) infections bactériennes, 130 (64 %) infections virales, 9 (5 %) infections fongiques). Au total, 123 patients (59%) ont présenté au moins une infection, 64 (30 %) plus de 2 épisodes infectieux et 46 patients (22%) ont reçu au moins une antibiothérapie.

Après analyse multivariée dans une approche longitudinale par patient, les seules variables significativement corrélées à la survenue d'au moins une infection au cours du suivi étaient l'activité de la maladie digestive (OR=2,71 IC95[1,31-5,55], p=0,007) et une somme des ASC du patient >5261 mg.h/L (OR 2,28 IC95[1,1-5,09], p= 0,04). En outre, la somme des ASC d'un patient au cours du suivi étaient significativement et positivement associée au nombre d'infections par patient, aux infections virales et bactériennes, à l'activité de la maladie, à l'absence d'antécédent de maladie périnéale, à l'absence d'antécédent chirurgical digestif et à l'existence d'une combithérapie.

Transversalement, l'analyse par perfusion ne retrouvait pas d'association entre la concentration résiduelle d'infliximab et la survenue d'une infection.

Conclusion : Près de deux tiers des patients ont été concernés par au moins une infection au cours des 6 mois de l'étude, événement associé à une exposition cumulée élevée à l'infliximab. Si la concentration résiduelle d'infliximab permet l'ajustement thérapeutique ponctuel, elle ne reflète pas l'exposition réelle à l'infliximab. Ce résultat incite à envisager dès que possible une désescalade de dose ou d'intervalle du traitement d'entretien par infliximab en prévention du risque infectieux.

Pour consulter ce résumé en ligne :
<https://www.snfge.org/resumes-2019/000785>

Une combinaison de facteurs cliniques, sérologiques et génétiques prédit l'évolution vers une forme compliquée dans la maladie de Crohn à début pédiatrique : résultats d'une étude en population générale

H. Sarter ⁽¹⁾, G. Savoye ⁽²⁾, D. Turck ⁽¹⁾, F. Vasseur ⁽¹⁾, G. Marot ⁽¹⁾, B. Pariente ⁽¹⁾, J.F. Colombel ⁽³⁾, C. Gower-Rousseau ⁽¹⁾, M. Fumery ⁽⁴⁾
(1) Lille ; (2) Rouen ; (3) New York, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (4) Amiens.

Introduction : L'identification précoce, dès le diagnostic, de patients à haut risque de développer une maladie de Crohn (MC) sévère permettrait d'orienter le traitement initial de la MC. Les paramètres cliniques au diagnostic sont insuffisants pour prédire l'évolution de la MC (1). L'objectif de cette étude était d'évaluer la pertinence d'une combinaison de facteurs cliniques, sérologiques et génétiques pour la prédiction d'une évolution compliquée de la maladie chez les patients atteints de MC à début pédiatrique.

Matériels et méthodes : Les patients, âgés de moins de 17 ans au moment du diagnostic de MC et diagnostiqués entre 1988 et 2004, ont été extraits d'un registre en population générale et suivis pendant au moins 5 ans. Une évolution compliquée de la maladie était définie par la progression d'une maladie inflammatoire (B1) au diagnostic vers un phénotype compliqué (sténosant (B2) ou pénétrant (B3)) ou par le recours à une résection intestinale, dans les 5 ans suivant le diagnostic. Les données recueillies incluaient les caractéristiques cliniques au diagnostic, des marqueurs sérologiques à l'inclusion (ASCA, p-ANCA, anti-OmpC, anti-Cbir1, anti-Fla2, anti-FlaX) ainsi que 370 variants génétiques candidats. Ces variants ont été choisis pour leur association connue à la MC, aux maladies dysimmunes ou encore pour leur rôle dans les voies de l'inflammation, l'interaction avec des micro-organismes ou la modulation de l'immunité innée. Une sélection des variants a été réalisée à l'aide d'un modèle logistique incluant une pénalité lasso (sélection des variants stables). Un modèle final de lasso logistique a ensuite été réalisé en incluant les variables cliniques, sérologiques et génétiques sélectionnées. Les capacités prédictives du modèle ont été évaluées par validation croisée.

Résultats : Deux cent dix-neuf patients ont été inclus, avec un âge médian au diagnostic de 14,3 ans (IQR [11,9 ; 16,0]). Parmi les 156 patients ayant un phénotype inflammatoire au diagnostic, 35% (n=54) ont développé dans les 5 ans suivant le diagnostic un phénotype compliqué ou ont eu une résection intestinale. Le modèle final incluait la localisation de la maladie au diagnostic, les ASCA et les p-ANCA ainsi que 15 variants génétiques. Ce modèle présentait une aire sous la courbe de 0,85, une sensibilité de 77%, une spécificité de 80%, une valeur prédictive positive de 68% et une valeur prédictive négative de 87%.

Conclusion : Dans cette cohorte en population générale de patients atteints de maladie de Crohn à début pédiatrique, une combinaison de variables cliniques, sérologiques et génétiques est capable de prédire la progression vers une maladie compliquée avec une bonne précision. Après validation dans une cohorte indépendante, ce score pourrait permettre d'identifier précocement les patients candidats à un traitement anti-TNF au diagnostic.

Pour consulter ce résumé en ligne :
<https://www.snfge.org/resumes-2019/000718>

CO.128

Facteurs associés à la rechute après arrêt d'un traitement immunosuppresseur prolongé chez des patients atteints d'hépatite auto-immune : étude multicentrique rétrospective chez 62 patients

Y. Ben Merabet ⁽¹⁾, C. Barbe ⁽¹⁾, A. Heurgué ⁽¹⁾, T. Thévenot ⁽²⁾, A. Minello ⁽³⁾, F. Habersetzer ⁽⁴⁾, D. Samuel ⁽⁵⁾, B. Bernard-Chabert ⁽¹⁾, D. Weil ⁽²⁾, P. Renard ⁽¹⁾, H. Clot ⁽¹⁾, V. Di Martino ⁽²⁾, H. Louvet ⁽¹⁾, S. Bresson-Hadni ⁽²⁾, G. Thiéfin ⁽¹⁾

(1) Reims ; (2) Besançon ; (3) Dijon ; (4) Strasbourg ; (5) Villejuif.

Introduction : Chez les patients atteints d'hépatite auto-immune (HAI), des taux de rechute jusqu'à 90% ont été rapportés après arrêt du traitement immunosuppresseur exposant au risque de progression vers la cirrhose et ses complications. Les critères d'arrêt du traitement pour minimiser le risque de rechute sont mal définis.

L'objectif principal était d'évaluer chez des patients traités pour HAI avec une réponse biochimique prolongée le taux de rechute après arrêt thérapeutique et d'identifier les facteurs associés. Les objectifs secondaires étaient d'identifier les facteurs prédictifs de réponse histologique et d'évaluer l'évolution de la fibrose hépatique.

Patients et Méthodes : Cette étude rétrospective a été menée chez des patients suivis pour HAI entre 1988 et 2018 dans 7 centres publics et privés de France. Etaient inclus les patients en rémission biochimique complète prolongée sous une première ligne de traitement et qui avaient une biopsie hépatique en fin de traitement ou qui stoppaient le traitement sans biopsie hépatique préalable. La réponse biochimique était définie comme la normalisation complète des transaminases et des gammaglobulines ou immunoglobulines (Ig) G sériques. La rechute était définie comme l'augmentation des transaminases ou des gammaglobulines/IgG au-dessus de la limite supérieure de la normale. La survenue d'une rechute a été analysée par la méthode de Kaplan Meier. Les facteurs prédictifs de la rémission histologique ont été analysés par une analyse uni et multivariée par régression logistique.

Résultats : Soixante-deux patients (47 femmes, âge médian : 44 ans, écart interquartile [32-54]) ont été inclus. Trente-neuf ont stoppé le traitement après une durée médiane de 64 mois [50-101] parmi lesquels 24 avaient eu une biopsie avant l'arrêt : 21 avaient un score Metavir A0 et trois A1. La durée médiane de rémission biochimique complète avant arrêt thérapeutique était de 48 mois [36-74]. Au total, 7 patients ont rechuté dans un délai médian de 9,4 mois [2-16]. L'incidence cumulée de rechutes était de 12 % à 12 mois et 25% à 64 mois. Deux rechutes ont été observées parmi les 21 patients ayant un score Metavir A0, deux parmi les 3 patients ayant un score Metavir A1 à l'arrêt du traitement. Trois patients rechuteurs n'avaient pas eu de contrôle biopsique. En analyse univariée, la seule différence significative était une prévalence d'anticorps anti-muscles lisses plus élevée chez les rechuteurs que chez les répondeurs soutenus (100% versus 50%, $p = 0.0053$). Chez les 47 patients ayant eu une deuxième biopsie hépatique, 25 (53 %) avaient un score Metavir A0 et 22 (47 %) $\geq$ A1. La durée médiane de traitement était de 64 mois [52-79]. Les patients A0 étaient plus âgés (médiane : 49 ans, [39-55]) que les patients A1 (médiane 36 ans [25-44], $p=0.007$). Ils avaient une fibrose hépatique initiale moins prononcée (72% versus 36.3% pour Metavir F<3, $p=0.014$) et une concentration sérique plus faible de transaminases AST à l'arrêt du traitement (médiane 0.57 N [0,48-0,71] versus 0.7 N [0,60-0,88], $p=0.024$). A l'analyse multivariée, les facteurs prédictifs indépendants de réponse histologique étaient l'âge plus avancé au diagnostic (OR=1,10, IC95% (1,02;1,18), $P=0,009$), une fibrose hépatique minimale à modérée au diagnostic (OR=0,16, IC95% (0,03;0,91), $p=0,038$) et une concentration sérique plus faible de transaminases AST lors du contrôle biopsique (OR=0,004, IC95% (0,001;0,67), $p=0,035$). Concernant l'évolution de la fibrose, après un temps médian de rémission biochimique de 48,5 mois [38-71], le degré de fibrose hépatique était significativement amélioré ($p = 0,007$).

Conclusion : Cette étude indique que le taux de rechute après arrêt du traitement chez les malades atteints d'HAI est limité (25% à 64 mois) lorsque le traitement est stoppé après une période prolongée de rémission biochimique et une réponse histologique complète. L'âge plus avancé, une fibrose hépatique initiale minimale à modérée et des transaminases AST dans les valeurs basses de la normale en fin de traitement sont des facteurs prédictifs de la réponse histologique.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000262>

STREAGER : étude de phase III, multicentrique, en ouvert évaluant l'efficacité et la sécurité de l'association elbasvir/grazoprevir pendant 8 semaines chez des patients VHC, génotype 1b, naïfs avec une fibrose nulle à modérée

A. Aberger⁽¹⁾, C. Hézode⁽²⁾, T. Asselah⁽³⁾, D. Larrey⁽⁴⁾, J. Gournay⁽⁵⁾, V. Loustaud-Ratti⁽⁶⁾, V. Di Martino⁽⁷⁾, I. Fouchard Hubert⁽⁸⁾, S. Pol⁽⁹⁾, F. Bailly⁽¹⁰⁾, D. Samuel⁽¹¹⁾, A. Tran⁽¹²⁾, B. Chanteranne⁽¹⁾, M. Dodel⁽¹⁾, F. Faure⁽¹⁾, B. Pereira⁽¹⁾, G. Lamblin⁽¹⁾, C. Campos⁽¹⁾, L. Muti⁽¹⁾, M. Reymond⁽¹⁾, C. Teilhet⁽¹⁾, B. Buchard⁽¹⁾

(1) Clermont-Ferrand ; (2) Créteil ; (3) Clichy-la-Garenne ; (4) Montpellier ; (5) Nantes ; (6) Limoges ; (7) Besançon ; (8) Angers ; (9) Paris ; (10) Lyon ; (11) Villejuif ; (12) Nice.

Introduction : Le génotype 1b est le sous-type le plus répandu au niveau mondial à la fois parmi l'ensemble des génotypes de l'hépatite C mais aussi parmi les patients porteurs du génotype 1. Il est le génotype le plus fréquent en Europe, en Amérique latine, en Russie, en Turquie et dans l'Est de l'Asie.

La réduction de la durée du traitement de l'hépatite C pourrait améliorer l'observance et réduire les effets secondaires liés à la prise de ce traitement. Le but de cette étude est d'évaluer l'efficacité et la sécurité de l'association à dose fixe de l'inhibiteur de protéase grazoprevir 100mg (GZR) et de l'inhibiteur de NS5A elbasvir 50mg (EBR) pendant 8 semaines chez des patients atteints d'une hépatite chronique C, naïfs de tout traitement, génotype 1b (GT1b), avec une fibrose nulle à modérée, 12 semaines après la fin du traitement.

Patients et Méthodes : 117 patients naïfs de traitement, sans fibrose sévère (Fibroscan® <9,5 kPa et Fibrotest® <0,59), infectés par le VHC GT1b ont été inclus par 14 centres français dans l'étude. Les patients ont été inclus en utilisant les résultats des génotypes réalisés dans chaque centre. Un nouveau génotypage par séquençage au cours de l'étude a permis d'identifier 5 patients présentant un génotype non-1b (2 GT1a, 1 GT1h, 1 GT1e et 1 GT1i). Ainsi nous incluons dans l'analyse finale les 112 patients GT1b. L'objectif principal est d'évaluer le taux de réponse virologique soutenue à 12 semaines après la fin du traitement (RVS12).

Résultats : L'âge moyen était de 54 ± 13 ans, 31% étaient des hommes, la charge virale était supérieure à 800 000 UI/ml pour 63% des patients (70/112), 46% avaient des ALAT supérieures à la normale (51/112). 69 patients étaient classés F0-F1 par le Fibrotest® (FT<0.32) et 100 par le Fibroscan® (FS) (FS <7,1 kPa). Un FIB-4 inférieur à 1.45 et un score d'APRI inférieur à 1 ont été retrouvés respectivement chez 66% (74/112) et 96% (107/112) des patients. A la fin des 8 semaines de traitement, 95% des patients avaient une charge virale inférieure à la limite de quantification (106/112). Douze semaines après l'arrêt du traitement, 97% (109/112) des patients avaient un ARN du VHC indétectable et 3 patients présentaient une rechute virologique (Tableau 1). Aucun événement indésirable de grade III ou IV lié au traitement n'a été observé. Les données des analyses 24 semaines après l'arrêt du traitement seront disponibles lors des Journées Francophones d'Hépatogastroentérologie et d'Oncologie Digestive 2019.

Conclusion : L'association grazoprevir et elbasvir pendant 8 semaines permet d'obtenir une RVS12 de 97% (109/112) chez les patients porteurs d'une hépatite chronique C due au génotype 1b, naïfs de traitement, ayant une fibrose nulle à modérée.

Tableau 1 : Caractéristiques des patients en échec

Génotype	Age	Sexe	Charge virale au screening (UI/ml)	Fibrose (Fibroscan®)	Mutations de résistances présentes à la rechute
1b	52	M	14.000.000	6,4 kPa	Y93H
1b	60	F	16.437.573	5,1 kPa	L31M, Y93H
1b	59	F	8.250.000	4,9 kPa	L31M, Y93H

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000671>

Hépatites aiguës induites par les immunothérapies anti-tumorales : aspects cliniques et prise en charge

O. Roux⁽¹⁾, M.L. Gauci⁽²⁾, B. Baroudjian⁽²⁾, U. Bedereide⁽²⁾, C. Zeboulon⁽²⁾, A. Dupont⁽²⁾, J. Delyon⁽²⁾, C. Allayous⁽²⁾, M. Bagot⁽²⁾, I. Madelaine⁽²⁾, M. Resche-Rigon⁽²⁾, N. Pote⁽¹⁾, M. Bouattour⁽¹⁾, C. Lebbe⁽²⁾
(1) Clichy-la-Garenne ; (2) Paris.

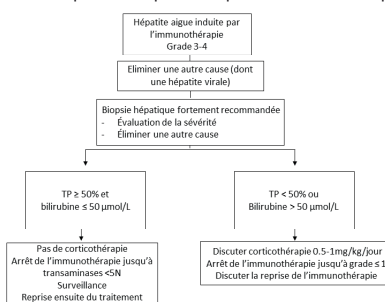
Introduction : Les hépatites aiguës induites par les immunothérapies (HAI) représentent de 1 à 18% des patients traités selon l'immunothérapie instaurée. Le but de cette étude est de caractériser le profil clinique, biologique et anatomopathologique de cette toxicité, et d'évaluer l'impact d'une corticothérapie sur son évolution ainsi que sur la survie, dans une population de patient traité pour un mélanome métastatique.

Patients et Méthodes : Nous avons colligé rétrospectivement les cas d'HAI de grade ≥ 3 (sous immunothérapie (anti-CTLA-4, anti-PD-1 ou leur combinaison) pour le traitement d'un mélanome, dans un centre. Les caractéristiques cliniques, biologiques, anatomopathologiques des patients et les données relatives à leur prise en charge ont été recueillies. Deux groupes ont été identifiés et comparés : les patients ayant reçu une corticothérapie systémique > 10mg/jour (CTC) et ceux n'en ayant pas reçu (non CTC). Une analyse de survie a été réalisée afin d'évaluer le délai de la résolution de l'hépatite (retour à un grade ≤ 1) et la survie à partir de la date de début de la toxicité ($\geq$ grade 1) entre les deux groupes.

Résultats : Entre avril 2012 et décembre 2017, 86 patients ont été traités par ipilimumab, 227 par anti-PD-1 et 26 par leur combinaison pour un mélanome avancé. Une HAI de grade ≥ 3 a été observée chez 7 (8%), 10 (38%) et 4 (17%) patients, respectivement (n=21). Les groupes CTC et non CTC comprenaient 13 (62%) et 8 patients (38%), respectivement. Le délai de résolution médian de la toxicité hépatique était de 49 jours dans le groupe CTC et de 24 jours dans le groupe non CTC (test du log-rank: p=0.62). La durée médiane de traitement a été de 1,8 mois dans le groupe traité. L'évolution a été favorable pour 20 patients. La survie à 24 mois était de 56% dans le groupe CTC et de 54% dans le groupe non CTC (test du log-rank: p=0.83). Les patients étaient différents en termes de taux de transaminases (p=0.002), de bilirubine (p=0.008) et de valeur de TP (p=0.035) dans le groupe CTC comparativement au groupe non CTC. Chez 8 patients, une immunothérapie a été réintroduite sans récurrence de toxicité hépatique.

Discussion : La corticothérapie n'a pas été nécessaire pour certains cas d'HAI de grade ≥ 3 . Son introduction a été justifiée devant une HAI plus sévère (présence d'un ictère). Cependant, la corticothérapie n'a pas impacté le pronostic et la survie des patients. Notre hypothèse est que la gravité de la toxicité était associée à une restauration de la réponse immunitaire T plus importante permettant un bon contrôle tumoral. Nous proposons un arbre décisionnel pour la prise en charge (figure 1).

Conclusion : La corticothérapie ne doit pas être systématiquement introduite en cas de toxicité hépatique de grade ≥ 3 . La corticothérapie n'impactait pas l'efficacité thérapeutique en cas d'hépatite sévère. Une réintroduction de l'immunothérapie semble possible après résolution de l'hépatite.



CO.131

Suivi à long terme des patients infectés chroniquement par le virus de l'hépatite B et ayant perdu l'antigène HBs spontanément ou après traitement

J. Bibas ⁽¹⁾, P. Simo-Noumbissie ⁽¹⁾, F. Chaffraix ⁽¹⁾, M. Doffoel ⁽¹⁾, T.F. Baumert ⁽¹⁾, F. Habersetzer ⁽¹⁾
(1) Strasbourg.

Introduction : La perte de l'antigène HBs au cours de l'infection chronique par le virus de l'hépatite B (VHB) est reconnue comme étant un facteur pronostic favorable de l'évolution à long terme et est l'objectif des développements thérapeutiques actuels. Le suivi à long terme de cohortes asiatiques a rapporté qu'après la perte de l'antigène HBs (Ag HBs) persistait un risque faible de développer un hépatocarcinome. Dans ces cohortes, peu d'informations sont disponibles sur la pérennité de la réponse virale et sur les autres complications hépatiques pouvant survenir à long terme. Peu d'études ont été réalisées sur des populations caucasiennes ou africaines infectées chroniquement par le VHB et ayant perdu l'Ag HBs. Le but de cette étude était d'évaluer dans une cohorte bien caractérisée de patients infectés chroniquement par le VHB, le devenir clinique et virologique à long terme des patients ayant éliminé l'Ag HBs spontanément ou après traitement.

Patients et Méthodes : Depuis 2006, tous les patients chroniquement infectés par le VHB, c'est à dire porteur de l'Ag HBs, ont été inclus prospectivement, dans une étude monocentrique, puis suivi par la suite. Les critères d'éligibilité à l'inclusion comprenaient la présence de l'Ag HBs depuis plus de 6 mois et l'absence de coinfection VIH, VHD et VHC ; l'absence de cirrhose décompensée, de carcinome hépatocellulaire et de transplantation hépatique. L'analyse des données une fois les patients inclus se faisait aussi rétrospectivement.

Résultats : Au total, la cohorte comprend, au moment de l'analyse en avril 2017, 799 patients. 418 patients (53,6%) étaient caucasiens, 42 (5,3%) asiatiques et 319 (40%) d'Africains. Parmi ces patients, chez 40 (5%) l'Ag HBs s'est négativé. 31 (77%) étaient hommes et 9 (23%) étaient femmes. 33 patients étaient d'origine caucasienne et 7 d'origine africaine. L'âge moyen des patients ayant perdu l'Ag HBs était de 42 ans ($\pm 12,57$), 23 (57,5%) patients avaient initialement une hépatite chronique active et 3 avaient une cirrhose à l'inclusion. Un traitement antiviral était administré chez 19 patients ; 21 n'ont pas été traités. Les 2 groupes de patients, traités et non traités étaient comparables. La durée moyenne de suivi était de 12 ans ($\pm 6,25$). Parmi les patients traités, 11 ont reçu un traitement à base d'interféron. Au cours du suivi, chez tous les patients l'Ag HBs est resté négatif et chez 83% des anticorps anti-HBs sont apparus. Deux patients cirrhotiques (0,5%) à l'inclusion ont développé un carcinome hépatocellulaire. Un de ces patients qui avait une cirrhose active a reçu un traitement antiviral. Parmi les 38 patients restants, aucun n'a développé de complications hépatiques. Le temps mis pour perdre l'Ag HBs était significativement plus long chez les patients traités (7,7 ans $\pm 3,75$) que chez les patients non traités (3,83 $\pm 0,29$). ($p = 0,001$). Une proportion équivalente de patients (84% parmi les patients traités et 82,3% parmi les patients non traités) a développé des anticorps anti-HBs. La durée mise pour développer les anticorps n'était pas différente dans les deux groupes traités et non traités. Sept patients dont trois traités et quatre non traités, ont présenté de manière transitoire, un taux d'ADN du VHB détectable mais non quantifiable (sauf chez un à 4 titre faible) pendant une période très courte et ce jusqu'à un an après perte de l'Ag HBs.

Conclusion : Dans la population caucasienne et africaine étudiée, la perte de l'Ag HBs est durable et associée à un bon pronostic de l'atteinte hépatique chez les patients non cirrhotiques. Des anticorps anti-HBs apparaissent chez plus de 80 % des patients. L'ADN du VHB peut se positiver faiblement et transitoirement chez 17,5% des patients. Ces résultats montrent que la perte de l'Ag HBs, qu'elle soit spontanée ou après traitement antiviral, est associée, sauf chez les patients cirrhotiques, à une bonne évolution clinique et virologique et demandent à être confirmés par des études complémentaires dans ces populations.

Pour consulter ce résumé en ligne :
<https://www.snfge.org/resumes-2019/000447>

CO.132

Efficacité et tolérance de glécaprévir/pibrentasvir chez les patients infectés par un génotype 5 ou 6 du VHC : résultats finaux de l'étude ENDURANCE-5,6

T. Asselah ⁽¹⁾, S. Lee ⁽²⁾, B. Yao ⁽²⁾, T. Nguyen ⁽³⁾, F. Wong ⁽⁴⁾, A. Mahomed ⁽⁵⁾, S.G. Lim ⁽⁶⁾, A. Aberger ⁽⁷⁾, J. Sasadeusz ⁽⁸⁾, E. Gane ⁽⁹⁾, N. Zadeikis ⁽²⁾, P. Krishnan ⁽²⁾, Z. Zhang ⁽²⁾, A. Porcalla ⁽²⁾, K. Alves ⁽²⁾, F. Mensa ⁽²⁾, K. Nguyen ⁽¹⁰⁾

(1) Cilichy-la-Garenne ; (2) Chicago, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (3) San Diego, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (4) Toronto, CANADA ; (5) Johannesburg, AFRIQUE DU SUD ; (6) Singapour, SINGAPOUR ; (7) Clermont-Ferrand ; (8) Melbourne, AUSTRALIE ; (9) Auckland, NOUVELLE-ZÉLANDE ; (10) Hô Chi Minh-Ville, VIET NAM.

Introduction : La combinaison d'antiviraux à action directe (AAD) pangénotypiques à base de Glécaprévir (développé par AbbVie et Enanta) coformulés avec le Pibrentasvir (G/P) est approuvée pour traiter l'infection chronique par le virus de l'hépatite C (VHC) de génotype (G) 1 à 6.

Dans les études de phase 2 et de phase 3, G/P a atteint des taux de RVS12 de 99% sans échec virologique chez 85 patients infectés par un G5 ou G6, en 8 ou 12 semaines chez des patients avec une maladie hépatique compensée, respectivement sans cirrhose ou avec cirrhose compensée. Pour augmenter le niveau de preuve pour ces génotypes moins fréquents, ENDURANCE-5,6 a évalué l'efficacité et l'innocuité de G/P exclusivement chez les patients infectés par des G5 et G6 du VHC, avec une analyse élargie de la diversité des sous-types G6, chez lesquels les données cliniques sont limitées.

Patients et Méthodes : ENDURANCE-5, 6 est une étude multicentrique de phase 3b, non randomisée, en ouvert, menée chez des adultes atteints d'une infection chronique par le G5 ou G6 du VHC sans ou avec cirrhose et n'ayant jamais reçu de traitement par interféron (IFN) ou pegIFN, ribavirine (RBV) et/ou sofosbuvir. G/P (300mg/120mg) a été administré par voie orale une fois par jour avec de la nourriture pendant 8 ou 12 semaines, respectivement chez des patients sans ou avec cirrhose. Le critère principal d'efficacité était la RVS12 évaluée par génotype. Les critères d'évaluation secondaires étaient les taux d'échec virologique lors du traitement et de rechute après traitement. Les événements indésirables et les anomalies biologiques ont été étudiés chez tous les patients.

Résultats : Quatre-vingt-quatre patients ont été recrutés, 23 ayant une infection par un G5 et 61 par un G6. La majorité des patients étaient des femmes (54%), asiatiques (68%), naifs de traitement (90%) et avec un stade de fibrose F0 – F1 (74%). Quinze sous-types de G6 ont été inclus: 6a (41%), 6e (20%), 6i (7%), 6n (5%), 6k (3%), 6p (3%) et 6b/6xd, 6d, 6f, 6h, 6j, 6m, 6o, 6q et 6r (chacun 2%). A ce jour, 97% des patients ont atteint une RVS12 (Figure 1). Un patient infecté par un G6f et atteint de cirrhose a présenté un échappement virologique à la semaine 12 et un patient infecté par le VHC G5a sans cirrhose ayant présenté une RVS4 a rechuté après la semaine 12. Cinq patients (6%) ont présenté des événements indésirables graves, aucun considéré comme liée à G/P et aucun n'a nécessité l'arrêt du traitement; Aucune élévation des transaminases de grade 3 ou plus n'est survenue.

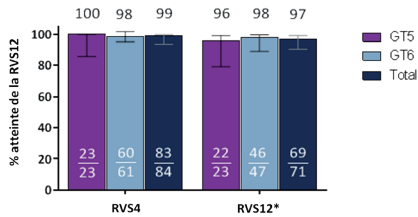
Conclusion : Dans cette étude, les patients infectés par un G5 ou un G6, sans ou avec cirrhose compensée traités par Glécaprévir/Pibrentasvir pendant respectivement 8 ou 12 semaines ont atteint des taux élevés de RVS. Le traitement a été bien toléré. Des données de RVS12 complètes seront présentées.

Remerciements : Les auteurs aimeraient exprimer leur gratitude aux patients et à leurs familles, aux investigateurs et aux coordinateurs qui ont rendu ces études possibles, et au Dr Roger Trinh, d'AbbVie, pour sa contribution à l'étude.

La conception, la conduite de l'étude, l'analyse et le soutien financier de l'étude (NCT02966795) ont été fournis par AbbVie. AbbVie a participé à l'interprétation des données, à

la révision et à l'approbation du contenu. Tous les auteurs ont eu accès à toutes les données pertinentes et ont participé à la rédaction, à la révision et à l'approbation de ce résumé. Zoë Hunter, PhD, d'AbbVie, a apporté son soutien à la rédaction médicale.

Figure 1. RV54 (ITT) et RV512 (chez les patients avec des données disponibles)



*13 patients ont fini leur traitement et sont en attente de RV512.

Pour consulter ce résumé en ligne :
<https://www.snfge.org/resumes-2019/000056>

CO.133

Impact du déficit combiné en antithrombine-prothrombine dans l'hypercoagulabilité du patient cirrhotique

T. Sinegre⁽¹⁾, T. Lecompte⁽²⁾, B. Buchard⁽¹⁾, G. Lamblin⁽¹⁾, S. Massoulier⁽¹⁾, L. Muti⁽¹⁾, A. Lebreton⁽¹⁾, A. Abergel⁽¹⁾

(1) Clermont-Ferrand ; (2) Genève, SUISSE.

Introduction : La cirrhose est associée à une diminution des concentrations plasmatiques de facteurs procoagulants comme anticoagulants, incluant la protéine C (PC) et l'antithrombine à l'exception du facteur VIII (FVIII) qui est augmenté. La coagulation est rééquilibrée mais peut basculer du côté de la thrombose ou de l'hémorragie. La plus fréquente de manifestations hémorragiques est la rupture des varices œsophagiennes, qui serait la conséquence de l'hypertension portale plutôt que d'un dysfonctionnement hémostatique. Les études épidémiologiques ont montré que la cirrhose constitue un facteur de risque de thrombose. Un phénotype hypercoagulable, croissant avec la gravité de la maladie, a été mis en évidence avec des tests intégratifs d'évaluation de la coagulation comme le test de génération de thrombine réalisé en présence de thrombomoduline (TM) (qui permet la mise en jeu du système de la PC). Cette hypercoagulabilité peut être expliquée par le déficit en PC et l'élévation du FVIII. Le système de l'antithrombine (AT) – prothrombine (FII) est lui aussi impacté par la cirrhose. Bien que l'impact du déficit isolé en AT sur le test de génération de thrombine soit bien établi, son rôle chez les patients atteints de cirrhose doit être évalué, en tenant compte du fait que le facteur II (prothrombine) est diminué aussi.

Nous avons étudié l'impact des déficits en AT et FII sur l'augmentation de la génération de thrombine réalisée avec TM.

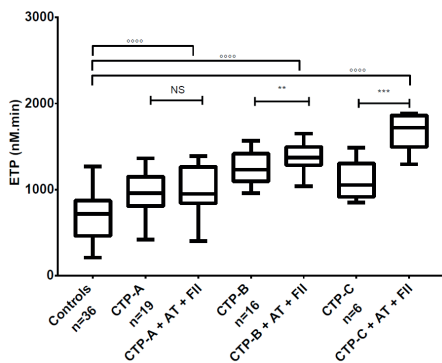
Patients et Méthodes : 36 témoins sains et 41 patients cirrhotiques présentant des concentrations d'AT et de FII <80% ont été inclus dans l'étude de façon prospective. Le diagnostic de cirrhose a été confirmé par biopsie hépatique ou examens non invasifs. La gravité de l'insuffisance hépatique a été évaluée par le score de Child-Pugh (CP). L'AT et le FII ont été normalisés en ajoutant la molécule purifiée correspondante dans le plasma. Les concentrations ont été mesurées avec l'appareil STAR max (Stago). Le test de génération de thrombine a été réalisé selon la méthode CAT avec les réactifs PPP reagent (Stago ; 5pM facteur tissulaire), thrombomoduline (poumon de lapin, Sekisui, 4nM) avant et après la normalisation de l'AT et du FII (ramenés à la normale : 80-120%). Le principal paramètre d'intérêt est l'ETP (nM. min) (endogenous thrombin potential) correspondant à l'aire sous la courbe.

Résultats : Nous avons confirmé chez les patients cirrhotiques que l'ETP + TM (ETP en présence de thrombomoduline) (médiane) était supérieur à celui des témoins : 958 (CP-A, n = 19), 1231 (CP-B, n = 16), 1053 (CP-C, n = 6), contre 717 pour les témoins (p <0,001). Les concentrations d'AT et de FII diminuent progressivement avec la gravité de la cirrhose, avec respectivement 66 et 74% (CP-A), 56 et 60% (CP-B) et 33 et 31% (CP-C).

La normalisation concomitante de l'AT et du FII montre un ETP + TM inchangé chez les patients CP-A (951), mais une augmentation significative (p <0,01) chez les patients CP-B et CP-C : 1374 et 1719 respectivement, toutes ces valeurs restant supérieures à l'ETP + TM des témoins (Figure 1). Mais quand l'AT seulement est corrigée, l'ETP + TM est normalisé pour les patients CP-A et CP-B et même une diminution de l'ETP + TM est observée chez les patients CP-C.

Discussion : Chez les patients atteints de cirrhose, les déficits simultanés en AT et FII se compensent. La normalisation de l'AT et du FII a même majoré cette hypercoagulabilité chez les patients ayant une insuffisance hépatique sévère. La baisse plus importante du FII chez les patients cirrhotiques pourrait donc avoir un rôle protecteur car sa baisse serait plus importante que la baisse de l'AT. Cependant, normaliser l'AT seule par son administration thérapeutique, comme cela a été le cas dans les études cliniques, réinitialiserait le système (en compensant la faible sensibilité à la PC activée) ou pourrait même favoriser un saignement.

Conclusion : Chez les patients ayant une cirrhose il existe une baisse de la thrombine et de l'antithrombine. La normalisation des deux entraîne une hypercoagulabilité plus importante que celle qui existe à l'état basal suggérant un rôle protecteur de la baisse de la thrombine en particulier chez les patients ayant une insuffisance hépatique sévère. Une meilleure compréhension des mécanismes qui aboutissent à ces modifications est nécessaire avant de proposer des solutions thérapeutiques au risque d'observer des effets secondaires inattendus et graves.



Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000704>

CO.134

Efficacité et tolérance de glécaprévir/pibrentasvir chez les patients ayant une infection chronique par le virus de l'hépatite C et souffrant d'une insuffisance rénale modérée à sévère : analyse poolée

S. Pol ⁽¹⁾, E. Lawitz ⁽²⁾, E. Gane ⁽³⁾, N. Zadeikis ⁽⁴⁾, M. Sise ⁽⁵⁾, P. Zamor ⁽⁶⁾, M. Persico ⁽⁷⁾, E. Yoshida ⁽⁸⁾, M. Abunimeh ⁽⁴⁾, D. Pugatch ⁽⁴⁾, Y. Yu ⁽⁴⁾, P. Krishnan ⁽⁴⁾, F. Mensa ⁽⁴⁾

(1) Paris ; (2) San Antonio, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (3) Auckland, NOUVELLE-ZÉLANDE ; (4) Chicago, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (5) Boston, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (6) Charlotte, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (7) Salerne, ITALIE ; (8) Vancouver, CANADA.

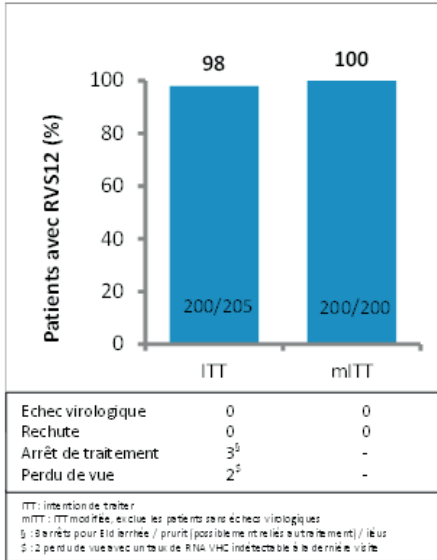
Introduction : L'association pangénotypique des deux antiviraux à action direct Glécaprévir (développé par AbbVie et Enanta) et Pibrentasvir (G/P), est approuvée dans le traitement de l'infection chronique par le VHC. G/P a atteint des taux de RVS12 élevés dans les études de phase 2 et 3, et est le seul traitement pangénotypique recommandé pour les patients souffrant d'une maladie rénale avancée, y compris ceux en dialyse, sans avoir besoin d'ajustement de la dose. Cette analyse poolée présente l'efficacité et la tolérance de G/P chez des patients souffrant d'une infection par les génotypes du VHC G1 – 6 et d'une insuffisance rénale sévère, y compris celles qui sont sous dialyse.

Patients et Méthodes : Les données sont issues des études EXPEDITION-4 et EXPEDITION-5; l'analyse comprenait des patients atteints d'une infection chronique du VHC G1 – 6 et d'une insuffisance rénale chronique (IRC) de grade 3b, 4 ou 5. Les patients adultes atteints d'une maladie hépatique compensée (avec et sans cirrhose) et d'un taux de filtration glomérulaire < 30 mL/min/1,73 m² (Expedition-4) ou < 45 mL/min/1,73 m² (Expedition-5) à l'inclusion étaient éligibles. G/P (300 mg/120 mg) a été administré oralement une fois par jour avec de la nourriture pendant 8, 12 ou 16 semaines. Le principal critère d'efficacité était SVR12. Les paramètres secondaires ont été l'échec virologique et la rechute du traitement. La sécurité a été surveillée chez tous les patients. G/P (300 mg/120 mg) a été administré par voie orale, une fois par jour, avec de la nourriture, pendant 8, 12 ou 16 semaines. Le critère principal d'efficacité était la RVS12. Les critères secondaires ont été l'échec virologique sous traitement et la rechute. La tolérance a été observée chez tous les patients.

Résultats : Deux cent cinq patients ont été analysés ; 84 (41%), 117 (57%) et 4 (2%) des patients ont reçu G/P pendant 8, 12 et 16 semaines respectivement. La majorité des patients était des hommes (68%), naifs de traitement (69%), de G1 (54%) et sous dialyse (79%); 4/162 patients étaient en dialyse péritonéale, tous les autres étaient en hémodialyse. Globalement, 67% des patients étaient blancs et 19% étaient noirs; 16% avaient une cirrhose. Parmi les patients ayant des données disponibles, 64% n'avaient pas de polymorphismes à l'inclusion pour NS3 ou NS5A; 35% avaient des polymorphismes NS5A. La comorbidité la plus fréquente était cardiovasculaire (89%). La RVS12 était de 98% (ITT) sans échec virologique, donnant 100% de RVS12 en population ITT modifiée (figure 1). Le seul événement indésirable (EI) observé chez ≥ 10% des patients était le prurit (18%). Six patients (3%) ont arrêté G/P en raison d'EI. Trente-sept patients (18%) ont eu un EI grave dont aucun considéré comme lié à G/P. Il n'y avait pas d'élévations des transaminases de grade 2 ou plus.

Conclusion : Cette analyse poolée a démontré que G/P atteignait 100% de RVS12 (ITTm), quelle que soit la durée du traitement chez les patients souffrant d'une infection VHC chronique et d'une insuffisance rénale sévère. G/P présentait un profil de tolérance favorable dans cette population, conformément au profil de tolérance connu, décrit dans les caractéristiques produits, et aux comorbidités liées à l'insuffisance rénale.

Remerciements : Abbvie a apporté son support pour la conception, le suivi, l'analyse des données et le financement des études. Abbvie a contribué à l'interprétation des données et a participé à l'examen et à l'approbation de l'abstract.



Pour consulter ce résumé en ligne :
<https://www.snfge.org/resumes-2019/000230>

CO.135

Evaluation à 1 an de l'efficacité de la pylorotomie endoscopique (G-POEM) dans la gastroparésie réfractaire : étude multicentrique française

O. Ragi ⁽¹⁾, J. Jacques ⁽¹⁾, J. Branche ⁽²⁾, S. Leblanc ⁽³⁾, G. Vanbiervliet ⁽⁴⁾, R. Legros ⁽¹⁾, M. Pioche ⁽⁵⁾, J. Rivory ⁽⁶⁾, S. Chaussade ⁽³⁾, V. Vitton ⁽⁶⁾, M. Barthet ⁽⁶⁾, J.M. Gonzalez ⁽⁶⁾

(1) Limoges ; (2) Lille ; (3) Paris ; (4) Nice ; (5) Lyon ; (6) Marseille.

Introduction : L'intérêt scientifique autour du G-POEM comme traitement de la gastroparésie réfractaire est grandissant vu la faible disponibilité et efficacité des alternatives thérapeutiques dans cette situation clinique difficile. Peu de facteurs de risque d'efficacité ou d'échec ont été individualisés concernant cette nouvelle procédure, les études restant monocentriques et de faible effectif pour la plupart. Nous rapportons ici les résultats de la plus large série multicentrique rétrospective de patients traités par G-POEM pour gastroparésie réfractaire, avec un suivi d'un an.

Patients et Méthodes : Etude rétrospective multicentrique de l'ensemble des cas de G-POEM réalisés dans 5 centres experts français pour des gastroparésies réfractaires avec au moins un an de suivi. Une gastroparésie était définie comme réfractaire en cas d'échec ou d'intolérance à un traitement médical bien conduit d'au moins 6 mois. Les G-POEM étaient réalisés par la technique du tunnel sous muqueux par voie antérieure ou le long de la grande courbure selon le choix des opérateurs. Les patients étaient évalués cliniquement par le score GCSI moyen, et sur le plan paraclinique par scintigraphie de vidange gastrique.

L'objectif principal était l'évaluation du succès clinique à un an après la procédure définie par une amélioration du score GCSI d'au moins 1 point un an après la procédure. Les objectifs secondaires étaient la documentation des complications et la recherche de facteurs pré-geste prédictifs d'échecs du G-POEM dans cette situation clinique.

Résultats : 117 patients ont été inclus, traités dans 5 centres experts français. 62% étaient des femmes, l'âge moyen était de 50 ans. Concernant l'étiologie de la gastroparésie : 31,7% étaient secondaires à un diabète, 25% post-chirurgie thoracique, 34% considérés comme idiopathique et 8,5% secondaire à une maladie systémique (sclérodermie, SGS). La durée moyenne d'évolution des symptômes était de 69 mois. La moyenne du pourcentage de rétention à 4h de la scintigraphie pré-geste était de 43,8% et le temps de demi vidange gastrique moyen de 217 minutes. 43% des patients présentaient un amaigrissement de plus de 10% du poids corporel malgré un suivi spécialisé. La moyenne du GCSI était de 3,6 avec une moyenne du sous score nausées à 3,08 ; du sous score satiété à 3,7 et du sous score ballonnement à 3,6. Le succès technique était de 98,3% (deux échecs). 18,7% des patients ont présenté des douleurs post-geste contrôlées par IPP et paracétamol. Seuls 4,1% des patients ont présenté une complication post geste d'évolution satisfaisante après traitement médical. Le délai moyen avant réalimentation était de 1,4 jours (écart type moyen : 0,58) et la durée moyenne d'hospitalisation était de 3,4 jours (écart type moyen : 1,48). Objectif principal : Le succès clinique à un an était de 58,1% à un an avec une baisse moyenne du GCSI de 1,6 points. Objectif secondaire : En régression logistique univariée la valeur du %H4 (OR 0,98; IC [0,96-0,99]; p=0,021), l'étiologie post chirurgie (OR 0,39; IC [0,14-1,09]; p=0,07), un sous score nausées élevé (OR 1,6; IC [1,27-2,12]; p=0,008), un sous score satiété élevé (OR 2,06; IC [1,3-3,3]; p=0,0022) et un GCSI élevé (OR 2,3; IC [1,4-3,7]; p=0,0008) étaient des facteurs prédictifs d'une efficacité du GPOEM à un an. Les autres données testées (Amaigrissement > 10%, TFI, sous score ballonnements, fibromyalgie, durée d'évolution, étiologie, sexe, présence d'une dépression) n'étaient pas associées à un succès ou échec.

En régression logistique multivariée, seul le sous score satiété élevé était significativement associé à l'efficacité clinique du GPOEM à un an (OR = 2,3 ; IC [1,35-3,88] ; p=0,002).

Conclusion : Cette étude multicentrique française est la plus large de la littérature et confirme l'efficacité et la sécurité du G-POEM dans le traitement de la gastroparésie. L'efficacité clinique du G-POEM à 1 an est présente dans 60% des cas, avec pour seul facteur prédictif un sous score satiété élevé du GCSI. De plus, étant donné l'absence d'autre alternative thérapeutique sérieuse, le G-POEM peut être proposé en première intention pour le traitement de la gastroparésie sévère réfractaire. Des outils physiologiques d'évaluation de la motricité gastrique pourraient permettre de bien sélectionner les patients.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000402>

CO.136

Évaluation de la procédure endoscopique TORE dans les échecs du gastrique bypass. Protocole Apollo, résultats intermédiaires à 1 an

J.C. Valats ⁽¹⁾, S. Perretta ⁽²⁾, J. Dargent ⁽³⁾, J. Branche ⁽⁴⁾, G. Pineton de Chambrun ⁽¹⁾, P. Blanc ⁽¹⁾, D. Nocca ⁽¹⁾

(1) Montpellier ; (2) Strasbourg ; (3) Rillieux-la-Pape ; (4) Lille.

Introduction : Le court-circuit gastrique ou Gastric Bypass (GBP) est une chirurgie bariatrique restrictive et malabsorptive consensuelle. La dilatation de la poche gastrique et de l'anastomose gastro-jéjunale, qui peut survenir à distance de l'intervention, diminue l'effet restrictif et peut entraîner une reprise pondérale à moyen ou long terme. La suture endoscopique avec le système Apollo Overstitch de l'anastomose gastro-jéjunale par endoscopie digestive appelée procédure TORE (Trans oral Outlet Revision) est une alternative mini-invasive à une reprise chirurgicale potentiellement morbide. Les travaux de Thompson et al ont montré une efficacité du TORE, ils doivent être confirmés par d'autres équipes.

BUT : Comparer l'efficacité de la procédure TORE à la stratégie conventionnelle non interventionnelle chez des patients ayant une reprise pondérale après GBP, l'objectif secondaire était l'évaluation de la morbi-mortalité.

Patients et Méthodes : Chez des patients en échec après GBP, une étude multicentrique, prospective, randomisée a été réalisée dans 4 centres français pour comparer une prise en charge médicale conventionnelle et une endoscopie thérapeutique avec TORE (bras A interventionnel) à une prise en charge médicale conventionnelle et une endoscopie diagnostique (bras B contrôle). Après l'endoscopie, les sujets étaient « aveugles » et ignoraient s'ils avaient eu la procédure TORE. Les sujets ont été suivis pendant deux ans, l'aveugle a été levé un an après l'inclusion, les sujets contrôles pouvaient alors avoir la procédure TORE.

Résultats : Entre janvier 2014 et novembre 2016, 69 patients ont été inclus et randomisés: 34 dans le bras A et 35 dans le bras B. Trente-deux patients sont sortis de l'étude, deux pour événement indésirable grave (perforation), un pour raison oncologique, un pour levé involontaire de l'aveugle, 28 pour retrait du consentement ou perdu de vue. Les deux groupes étaient comparables en âge, en IMC et en ancienneté du GBP. Cinquante-trois TORE ont été réalisés, 51 (96%) avec succès, 36 dans le bras A à l'inclusion, 17 dans le bras B lors de la levée de l'aveugle au terme de la 1^{ère} année de suivi. La durée médiane pour réaliser le TORE était de 81.5 minutes. L'analyse à un an a porté sur 39 patients (18 bras A, 21 bras B). En terme de taux de perte d'excès de poids (%PEP), il n'y avait pas de différence significative entre le bras interventionnel et le bras contrôle (A = 15%PEP B= 6.98%PEP, p=0.1227). La mortalité était nulle. Des événements indésirables ont été rapportés dans les deux groupes sans différence significative (13 dans chacun des 2 bras, p = 0.928). Sept événements indésirables graves ont été rapportés (4 dans le bras A, 3 dans le bras B) dont deux perforations de l'anastomose survenue lors de la TORE procédure.

Discussion : Cette étude prospective multicentrique ne montre pas d'efficacité à 1 an de la procédure TORE dans la reprise de poids après une GBP, contrairement à la publication initiale. Les résultats définitifs à 2 ans de suivi seront disponibles en 2019 mais semblent, selon l'analyse partielle, le confirmer. Il faut cependant signaler un biais potentiel : le possible effet « courbe d'apprentissage » ; en effet, 3 des 4 opérateurs ont réalisé leurs premières procédures au cours de cette étude.

Conclusion : Chez les sujets en échec de GBP par dilatation de l'anastomose gastro-jéjunale, la procédure TORE n'est pas plus efficace qu'une prise en charge médicale conventionnelle.

Références Bibliographiques : Endoscopic suturing for transoral outlet reduction increases weight loss after Roux-en-Y gastric bypass surgery. Thompson CC et al Gastroenterology 2013

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000593>

A l'aube de l'anastomose gastro-jéjunale endoscopique, les résultats des prothèses duodénales dans les sténoses malignes gastroduodénales sont-ils si décevants ? Expérience d'un centre français d'endoscopie interventionnelle à propos de 220 cas

J.P. Ratone ⁽¹⁾, F. Caillol ⁽¹⁾, C. Zemmour ⁽¹⁾, E. Bories ⁽¹⁾, C. Pesenti ⁽¹⁾, V. Lestelle ⁽¹⁾, S. Godat ⁽¹⁾, S. Hoibian ⁽¹⁾, A. Proux ⁽¹⁾, G. Capodano ⁽¹⁾, M. Giovannini ⁽¹⁾

(1) Marseille.

Introduction : Le développement d'une sténose maligne gastroduodénale peut compliquer l'évolution naturelle de plusieurs cancers en particulier l'adénocarcinome (ADK) du pancréas. Bien que l'utilisation des prothèses duodénales auto-expansibles (PDAE) ait amélioré la qualité de vie des patients, cette efficacité nous semblait imparfaite et nous avons voulu rapporter nos résultats dans cette indication quel que soit le cancer primitif. Le but principal était d'évaluer le niveau d'ingestion orale avant et après la pose de la PDAE à l'aide du « Gastric Outlet Obstruction Scoring System » (GOOSS: 0, aucun aliment ou boisson, 1, alimentation liquide; 2, alimentation mixée; 3, alimentation en morceaux ou normal). Les objectifs secondaires étaient le temps médian de perméabilité de la prothèse, le pourcentage de ré-interventions, l'incidence cumulée de perméabilité (évaluant le risque d'avoir une nouvelle procédure duodénale au cours du temps), le taux de complications, la médiane de survie et l'identification de sous-groupes dans lesquels l'efficacité était meilleure ou plus prolongée.

Matériels et méthodes : Nous avons inclus rétrospectivement tous les patients ayant bénéficié d'une tentative de PDAE dans notre centre (Institut Paoli-Calmettes, Marseille, France) entre Janvier 2011 et Décembre 2016. Toutes les données ont été recueillies à l'aide du dossier médical informatisé comprenant les observations médicales et les fiches diététiques de chaque patient.

Résultats : Nous avons inclus 220 patients (123 hommes) d'âge moyen de 67,2 ans. 109 patients (49,5%) avaient un cancer du pancréas et 111 (50,5 %) un autre type de cancer. Le score OMS des patients était ≤ 2 chez 122/220 patients (56%) et ≥ 3 chez 96/220 patients (44%). Les trois localisations les plus fréquentes de sténose gastroduodénales étaient le deuxième duodénum (91/220=41,4%), le genu superius (46/220=20,9%) et le pylore (33/220=15%). Le temps médian d'hospitalisation était de 7 jours et un drainage biliaire concomitant a été réalisé chez 41/220 patients (19%). Le score GOOSS a augmenté significativement ($p<0,001$) après la pose de la prothèse avec une variation médiane de 2 points [0-3]. Cette amélioration du GOOSS était significativement meilleure dans le groupe de patients au statut OMS<3 ($p=0,0001$). Le temps médian de perméabilité était de 9 mois [6,5-29,1] et cette perméabilité était significativement plus longue dans le groupe ADK du pancréas ($p=0,02$). La médiane de survie était de 4 mois avec un suivi médian de 16,2 mois. Le taux de complication a été de 2 % (3 perforations, une pneumopathie d'inhalation). A 3 mois, les taux de reprise duodénale et biliaire étaient respectivement de 28 % (23/81) et 16 % (14/81). La probabilité après la pose initiale d'avoir une seconde procédure duodénale était de 13 % [9%-19%] (incidence cumulée de perméabilité). Le recours à une gastroentéroanastomose chirurgicale a concerné 7 patients (3%).

Discussion : Notre étude, troisième étude en termes d'effectif à notre connaissance et réalisée dans un centre dédié à l'oncologie, démontre qu'il s'agit d'un traitement efficace avec une perméabilité dans le temps supérieure aux précédentes études publiées (9 mois) pour une médiane de survie restant mauvaise (4mois) malgré l'amélioration des traitements oncologiques. Une donnée nouvelle concerne la probabilité, suite à la première PDAE, d'avoir besoin d'une seconde procédure duodénale (endoscopique ou chirurgicale) à 4 mois qui est seulement de 13 %. Ceci s'explique notamment par le haut taux de mortalité de ces pathologies tumorales. La durée de perméabilité significativement supérieure dans les cancers du pancréas est également une donnée nouvelle en contradiction avec la littérature.

Conclusion : En présence d'une sténose gastroduodénale maligne, il nous semble, qu'un sous-groupe bien déterminé pourrait être candidat à une gastroentéroanastomose endoscopique (score <OMS3, première ligne chimiothérapie, échec fonctionnel de PDAE) ; dans les autres cas la pose d'une PDAE nous semble efficace, peu morbide et adaptée à une population de patients souvent en fin de vie.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000122>

CO.138

Efficacité de la dissection sous-muqueuse pour les tumeurs superficielles du rectum atteignant la ligne pectinée

D. Roland ⁽¹⁾, G. Rahmi ⁽¹⁾, G. Perrod ⁽¹⁾, S. Leblanc ⁽¹⁾, J. Jacques ⁽²⁾, J. Albouys ⁽²⁾, S. Chaussade ⁽¹⁾, C. Cellier ⁽¹⁾

(1) Paris ; (2) Limoges.

Introduction : La résection endoscopique est un traitement mini-invasif, conservateur d'organe, recommandé pour les tumeurs superficielles colorectales. En France, la dissection sous-muqueuse (DSM) est réservée aux polypes colorectaux de plus de 40 mm ou en cas de suspicion d'envahissement superficiel de la sous-muqueuse. L'atteinte de la ligne pectinée est une indication de DSM mais cette zone est techniquement difficile à réséquer. L'objectif de l'étude était d'évaluer pour la première fois en France, l'efficacité de la DSM pour les tumeurs superficielles du rectum atteignant la ligne pectinée.

Patients et Méthodes : Cette étude française rétrospective multicentrique comparait l'efficacité de la DSM pour des tumeurs superficielles du rectum atteignant la ligne pectinée versus le reste du rectum, entre octobre 2013 et juillet 2017. Le critère de jugement principal était le taux de résection monobloc. Les critères de jugement secondaires étaient les taux de résection R0, de résection curative, de récidives, les complications, et la description des procédures.

Résultats : Un total de 232 DSM du rectum était inclus : 66 pour des lésions atteignant la ligne pectinée (groupe LP+) et 166 pour des lésions épargnant la ligne pectinée (groupe LP-). Le diamètre maximal moyen des lésions était de 60,5 mm et de 52,3 mm respectivement ($p = 0,024$). La durée moyenne de procédure était plus élevée dans le groupe LP+ (194 min versus 149 min), mais la vitesse moyenne de dissection n'était pas statistiquement différente (15,5 mm2/min). La durée d'hospitalisation moyenne était de 3,6 jours. Le taux de complication (7,4%) n'était pas statistiquement différent entre les deux groupes : 0,9% de perforation, 3,5% d'hémorragie retardée, 4,1% de sténose. Il y avait 62,2% d'adénomes, 22,6% d'adénocarcinomes intramucosaux, 4,8% d'adénocarcinomes T1sm1, et 7,8% de T1sm2-3 ou T2. Le taux de résection monobloc était de 89,4% dans le groupe LP+ et de 91% dans le groupe LP- ($p = 0,713$). En analyse multivariée, aucun critère n'était prédictif de la résection monobloc. Les taux de résection R0 (68,1%) et curative (65,5%) n'étaient pas statistiquement différents entre les deux groupes, mais tendaient à diminuer dans le groupe LP+. Parmi les critères de résection curative, seul l'envahissement des marges latérales était statistiquement différent entre les groupes : 22,9% dans le groupe LP- versus 35,4% dans le groupe LP+ ($p = 0,033$). Le taux de récidive locale (3,2%) n'était pas statistiquement différent entre les groupes, mais tendait à être plus élevé dans le groupe LP+. La durée de suivi médiane était de 10 mois. Environ 4% des patients étaient opérés secondairement, le plus souvent pour critères histologiques défavorables après analyse de la pièce de résection endoscopique. Dans le groupe LP+, une douleur anale après DSM était présente chez 26,4% des patients.

Discussion : Cette étude est la première étude non japonaise confirmant la faisabilité et l'efficacité de la DSM pour les tumeurs superficielles du rectum atteignant la ligne pectinée avec un taux de résection monobloc élevé, comparable aux résultats rapportés par les japonais. En cas de résection non R0, toutes les récidives locales précoces (3/27) étaient traitées endoscopiquement. Cette étude confirme également la sécurité de la DSM pour la localisation pectinéale. Pour la prévention des douleurs anales, nous proposons l'utilisation d'anti-inflammatoires non stéroïdiens par voie orale associés à des laxatifs (diminution des douleurs au passage des selles) et à des traitements topiques (crème lidocaïne sur vecteur, suppositoire anti-inflammatoire).

Conclusion : La DSM est une méthode sûre et efficace pour la résection des tumeurs superficielles du rectum atteignant la ligne pectinée. Elle apparaît comme la technique de choix dans cette localisation car la mucosectomie semble plus complexe et la résection chirurgicale transanale impossible. Nous proposons un protocole standardisé pour réaliser une DSM au niveau de la ligne pectinée.

Pour consulter ce résumé en ligne :
<https://www.snfge.org/resumes-2019/000653>

CO.139

Dissection sous-muqueuse avec traction par clip élastique : efficacité et sécurité pour la résection des lésions coliques avec fibrose

J. Faller ⁽¹⁾, J. Jacques ⁽²⁾, R. Legros ⁽²⁾, J. Rivory ⁽¹⁾, T. Ponchon ⁽¹⁾, M. Pioche ⁽¹⁾

(1) Lyon ; (2) Limoges.

Introduction : La résection endoscopique de lésions colorectales avec fibrose sous muqueuse par la technique de dissection sous muqueuse (DSM) est difficile. Il a été montré que la présence de fibrose est associée à une diminution de résection complète et une augmentation du nombre de complications. Plusieurs méthodes de traction ont été décrites afin de faciliter la dissection. Récemment, la technique française de contre traction par deux clips et un élastique a été étudiée et s'avère utile pour la résection des lésions coliques. Aucune de ces méthodes n'ont été évaluées pour la résection de lésions avec fibrose.

L'objectif de cette étude est d'évaluer la qualité de résection et les taux de complications pour la DSM colique avec fibrose en utilisant la traction par clip-élastique.

Patients et Méthodes : Étude rétrospective, bi centrique, qui analysait les cas de DSM colique avec fibrose répertoriés dans deux centres experts français en DSM, entre août 2017 et août 2018.

Nous avons considéré comme lésion avec fibrose sous muqueuse : les récidives sur cicatrice de résection, les résections incomplètes préalables et les lésions développées sur rectocolite hémorragique. La technique de traction par clip-élastique était utilisée systématiquement.

La qualité de la résection était évaluée par le caractère monobloc et complet microscopiquement avec marges de sécurité (R0). Ont également été analysés : le taux de succès techniques, le recours complémentaire à la chirurgie, la taille de la lésion, la durée de procédure, la vitesse de résection et le taux de complication immédiate et retardée.

Résultats : Nous avons inclus 25 DSM coliques avec fibrose chez 25 patients (âge moyen de 71 ans).

Il s'agissait d'une récidive sur cicatrice de résection dans 52 % des cas ($n = 13$), d'une résection incomplète préalable dans 36 % des cas ($n=9$) et d'une lésion sur rectocolite hémorragique dans 12 % des cas ($n = 3$). Les lésions étaient plus fréquemment localisées à droite avec : 12 % cæcum ($n = 3$), 4 % valvule ($n = 1$), 32 % côlon ascendant ($n = 8$), 16 % angle droit ($n = 4$), 24 % côlon transverse ($n = 6$), 8 % côlon descendant ($n = 2$), 4 % sigmoïde ($n = 1$).

La résection était un succès technique dans 88% des cas (3 conversions en mucosectomie pièce-meal devant l'impossibilité de passer sous la lésion), avec une résection monobloc et complète dans 80 % (20/25) des cas mais R0 dans seulement 64 % des cas (16/25), le plus souvent à cause de lésions endommagées en cours de résection. Un seul patient (4 %) a été opéré secondairement du fait d'une résection incomplète et la pièce opératoire ne retrouvait pas de tissu carcinomateux.

La taille moyenne des pièces était de 42mm (25-70 mm), la durée moyenne de la dissection de 62 min (20-120 min) et la vitesse moyenne de résection de 22 mm2/min (6-56mm2/min).

Deux perforations (8 %) ont été observées en per procédure et traitées avec succès endoscopiquement. Aucune perforation ni hémorragie n'a été observée secondairement.

Conclusion : Dans cette étude, la DSM de lésion colique avec fibrose sévère est efficace et sûre en utilisant la technique de traction par clip-élastique. Cette technique, lorsqu'elle est réalisée en centre expert, semble être une alternative crédible à la résection transanale endoscopique, et devrait dans tous les cas être utilisée en première intention avant le recours systématique à la chirurgie.

Références Bibliographiques : Iacopini F, Saito Y, Bella A, Gotoda T, Rigato P, Elisei W, et al. Colorectal endoscopic submucosal dissection: predictors and neoplasm-related gradients of difficulty. Endosc Int Open. sept 2017;5(9):E839-46.
 Hori K, Uraoka T, Harada K, Higashi R, Kawahara Y, Okada H, et al. Predictive factors for technically difficult endoscopic submucosal dissection in the colorectum. Endoscopy. oct 2014;46(10):862-70.

Matsumoto A, Tanaka S, Oba S, Kanao H, Oka S, Yoshihara M, et al. Outcome of endoscopic submucosal dissection for colorectal tumors accompanied by fibrosis. *Scand J Gastroenterol.* nov 2010;45(11):1329-37.

Oyama T. Counter Traction Makes Endoscopic Submucosal Dissection Easier. *Clin Endosc.* nov 2012;45(4):375-8.

Imaeda H, Hosoe N, Kashiwagi K, Ohmori T, Yahagi N, Kanai T, et al. Advanced endoscopic submucosal dissection with traction. *World J Gastrointest Endosc.* 16 juill 2014;6(7):286-95.

Yamasaki Y, Takeuchi Y, Uedo N, Kanesaka T, Kato M, Hamada K, et al. Efficacy of traction-assisted colorectal endoscopic submucosal dissection using a clip-and-thread technique: A prospective randomized study. *Dig Endosc Off J Jpn Gastroenterol Endosc Soc.* juill 2018;30(4):467-76.

Jacques J, Charissoux A, Legros R, Tailleux A, Rivory J, Albouis J, et al. Double-clip counter-traction using a rubber band is a useful and adaptive tool for colonic endoscopic submucosal dissection. *Endoscopy.* févr 2018;50(02):179-81.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfgc.org/resumes-2019/000082>

CO.140

Dissection sous-muqueuse en centre expert : analyse de la courbe d'apprentissage dans un centre expert français avec 6 ans d'expérience

J. Albouys ⁽¹⁾, R. Legros ⁽¹⁾, M. Dahan ⁽¹⁾, V. Valguebasse ⁽¹⁾, P. Carrier ⁽¹⁾, M. Debette-Gracien ⁽¹⁾, A. Le Sidaner ⁽¹⁾, H. Lepetit ⁽¹⁾, P. Maurel ⁽¹⁾, L. Pagnon ⁽¹⁾, D. Sautereau ⁽¹⁾, J. Jacques ⁽¹⁾

(1) Limoges.

Introduction : La dissection sous muqueuse est le traitement de référence des lésions pré cancéreuse et cancéreuses superficielles de grande taille au Japon depuis plusieurs années. L'ESD a été introduit en France au début des années 2010 et s'est développée au sein de centres experts. Les données sur la courbe d'apprentissage nécessaire pour arriver à une efficacité clinique viennent essentiellement d'études japonaises dont l'extrapolation est difficile dans les pays occidentaux. Nous rapportons ici les résultats d'une étude prospective évaluant la courbe d'apprentissage de la dissection sous-muqueuse sur 6 ans d'expérience en centre expert français.

Patients et Méthodes : Etude prospective incluant tous les cas d'ESD pour lésions précancéreuses ou cancéreuses superficielles réalisés dans un centre expert français entre 01/2013 (début de la technique dans le centre) et 09/2018.

Objectif principal : évaluer les facteurs influençant le succès technique, critère composite défini par l'association d'une résection monobloc, de l'absence de perforation et d'une vitesse de résection supérieure à 15 mm2/min.

Objectifs secondaires : Evaluer les facteurs de risque de perforation, comparer l'évolution du recrutement de façon quantitative et qualitative durant cette période, évaluer la courbe d'apprentissage de cette technique en comparant des blocs de 30 ESD à travers le temps, évaluer l'évolution des stratégies de résection durant la période, analyser les facteurs de risque de perforation.

Résultats : Analyse descriptive : 312 procédures d'ESD ont été réalisées sur cette période : 35 ESD œsophagiennes (11,2%), 19 ESD gastriques (6,1%), 147 ESD rectales (47,1%), 111 ESD coliques (35,6%). La taille moyenne des lésions était de 56 mm.

Les taux de résection monobloc, R0 et curatives sont respectivement de 98,07%, 77,70% et 71,47%. 24 procédures (7,69%) se sont compliquées d'une perforation. Seuls 2 patients (0,6%) ont été opérés pour une perforation secondaire à une ESD. Sur l'ensemble des procédures, 59,61% (186/312) remplissent les critères de succès technique, défini comme l'association d'une résection monobloc, sans perforation avec une vitesse supérieure à 15mm2/min.

Objectif principal : En analyse multivariée, l'expérience des opérateurs de plus de 150 cas (OR = 20,92 ; IC : 7,1-61,3, p<0,0001) était le seul facteur prédictif de succès technique alors que la localisation colique est le seul facteur de risque significatif d'échec technique avec un OR : 0,27 (IC : 0,09-0,79, p=0,001).

Objectifs secondaires En analyse multivariée, le sexe féminin (OR = 7,2669 ; IC : 1,75-30,3, p=0,0064) et la taille (OR 1,04 ; IC : 1,02-1,07, p= 0,003) étaient les seuls facteurs de risque significatifs de perforation.

La durée moyenne de procédure était de 125,7 minutes avec une diminution significative avec l'expérience : 180 mn pour les 60 premières procédures vs 91 mn pour les 60 dernières (p<0,001).

La vitesse de dissection moyenne était de 21,53 mm2/min avec une accélération significative entre les 60 premières procédures (11,7 mm2/min) et les 60 dernières (34 mm2/min) (p<0,001).

Une méthode de traction (par clip + élastique) a été utilisée dans 55,12% des cas, mais avec une grande différence entre la première moitié des cas (22,04%) et les suivants (83,3%) (p<0,001).

Le temps moyen pour réaliser 30 ESD consécutives était de 188 jours avec une baisse significative de ce délai entre les 90 premières dissections (418 jours) et les 90 dernières dissections (75 jours) (p=0,00025)

Conclusion : La dissection sous muqueuse en France, lorsqu'elle est pratiquée en centre expert offre des résultats proche des études japonaises. La courbe d'apprentissage semble se situer à 150 cas, supérieur aux 50 cas rapportés par les études japonaises. La majorité de cas de lésions colorectales (85%), plus difficile techniquement que les lésions gastriques peuvent expliquer cette différence de résultats. La taille est confirmée comme facteur de risque de complication alors que le sexe féminin semble être un nouveau facteur de risque de perforation sans explication scientifique. L'explosion du recrutement confirmée dans notre étude permet désormais de plus facilement former des nouveaux opérateurs chez l'homme après une pratique animale initiale indispensable.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000590>

CO.141

Prise en charge endoscopique de 345 tumeurs neuroendocrines du rectum

C. Fine ⁽¹⁾, M. Pioche ⁽¹⁾, V. Hervieu ⁽¹⁾, G. Roquin ⁽²⁾, E. Terrebonne ⁽³⁾, T. Lecomte ⁽⁴⁾, R. Coriat ⁽⁵⁾, C. Docao ⁽⁶⁾, L. de Mestier ⁽⁷⁾, E. Coffin ⁽⁵⁾, G. Cadiot ⁽⁸⁾, P. Niccoli ⁽⁹⁾, V. Lepilliez ⁽¹⁾, V. Hautefeuille ⁽¹⁰⁾, P. Girot ⁽¹¹⁾, F.L. Vélayoudom-Céphise ⁽¹²⁾, J. Forestier ⁽¹⁾, T. Walter ⁽¹⁾

(1) Lyon ; (2) Angers ; (3) Pessac ; (4) Tours ; (5) Paris ; (6) Lille ; (7) Clichy-la-Garenne ; (8) Reims ; (9) Marseille ; (10) Amiens ; (11) La Roche-sur-Yon ; (12) Pointe-à-Pitre, FRANCE (GUADELOUPE).

Introduction : Les petites tumeurs neuroendocrines (TNE) du rectum sont de bons candidats à la résection endoscopique, à condition que celle-ci soit carcinologiquement complète (R0) et que le risque d'évolution métastatique soit faible. Cependant les résections endoscopiques doivent encore faire la preuve de leur efficacité. Nous avons donc mené une étude nationale multicentrique pour évaluer les résultats de la prise en charge endoscopique des TNE rectales initialement non métastatiques ≤ 2 cm.

Patients et Méthodes : Les données cliniques, les résultats endoscopiques et anatomopathologiques de tous les patients atteints d'au moins une TNE rectale ≤ 2 cm non métastatique au moment du diagnostic, provenant de 16 hôpitaux français, depuis janvier 2000 ont été analysés rétrospectivement.

Résultats : 329 patients (345 TNE rectales) ont été inclus, 330 TNE (96%) ont été prises en charge par des traitements locaux : 287 par endoscopie seule et 43 par endoscopie suivie d'une microchirurgie transanale (TEM). Le caractère neuroendocrine de la tumeur était suspecté sur l'aspect endoscopique dans seulement 18% des cas. Le taux final de R0 endoscopique était de 39% (134/345). Ce taux était de 24% (54/225) à l'issue de la première endoscopie mais s'améliorait après résections endoscopiques de sauvetage, atteignant respectivement 60% (60/100) et 77% (20/26) après la deuxième et la troisième endoscopie. Le taux de R0 était significativement associé à la technique endoscopique (90% pour les techniques avancées avec aspiration, ligature ou dissection sous muqueuse, 40% pour la mucosectomie et 17% pour la polypectomie), et non aux caractéristiques intrinsèques de la tumeur et du patient. Vingt patients ont présenté une évolution métastatique (ganglions lymphatiques et/ou métastases à distance), avec un risque accru en cas de taille tumorale ≥ 10 mm, de grade G2-3, de présence d'une invasion lymphovasculaire et d'un envahissement de la musculuse.

Conclusion : Les TNE rectales ne sont pas encore assez reconnues par les gastroentérologues et de ce fait, une résection de qualité (R0) n'est que rarement proposée en première intention. Les taux de résections R0 sont améliorés par l'utilisation des techniques de mucosectomie avancées ou de la dissection sous muqueuse.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000146>

Fréquence des mutations des gènes de la voie leptine/mélanocortines dans l'obésité sévère

B. Dubern⁽¹⁾, J. Le Beyec-Le Bihan⁽¹⁾, A. Karsenty⁽¹⁾, V. Pelloux⁽¹⁾, J.M. Lacorte⁽¹⁾, P. Tounian⁽¹⁾, J.M. Oppert⁽¹⁾, K. Clement⁽¹⁾, C. Poitou Bernert⁽¹⁾

(1) Paris.

Introduction : La voie leptine/mélanocortines joue un rôle critique dans le contrôle hypothalamique de la prise alimentaire. Plusieurs mutations sur les gènes de cette voie, comme celui de la leptine (LEP) et son récepteur (LEPR), de proopiomélanocortine (POMC) et proconvertase 1 (PCSK1) sont associées à une obésité précoce et sévère avec anomalies endocriniennes notamment en cas d'homozygote. Les mutations du récepteur de type 4 aux mélanocortines (MC4R) hétérozygotes sont associées à une augmentation du risque d'obésité sévère. L'objectif est de décrire la fréquence des mutations homozygotes et hétérozygotes dans les gènes de la voie leptine/mélanocortine chez des enfants et adultes obèses consultant dans un centre spécialisé.

Patients et Méthodes : Les exons codants des gènes LEP, LEPR, POMC, PCSK1 et MC4R ont été séquencés par la méthode SANGER. Les 6100 patients inclus avaient une obésité sévère (IMC > 35 kg/m² pour les adultes et Zscore de l'IMC > + 2.5 DS pour les enfants). MC4Ra été séquencé chez 5815 sujets, LEPR chez 1180 patients, LEP chez 800 patients, POMC chez 556 patients et PCSK1 chez 288 patients.

Résultats : La fréquence des variants homozygotes était $\pm 1\%$ avec 13 (1.02%) variants LEPR (p.C604G, p.L786P, p.H800 N831del, p.Y422H, p.T711N, p.S35-1G>A, p.P166CfsX7, p.Met1X), 3 (0.4%) variants LEP (p.Q55X, p.R105W, p.V94M), 1 variant (0.4%) PCSK1 (c.286-2A>G), 3 variants (0.6%) POMC (p.R75Profs*44; p.E214G; p.D53G) et 7 variants (0.12%) MC4R (p.R165Q, p.S127L; p.C277X, p.V166I, p.C271R, p.I170V). Les patients homozygotes avaient une obésité précoce débutée avant 3 ans, une hyperphagie majeure dans la petite enfance et d'autres phénotypes notamment endocriniens associés. La fréquence des variants hétérozygotes était de 2-3% pour POMC, MC4R et LEPR alors qu'elle était inférieure à 2% pour PCSK1 (1.4%) et LEP (0.5%). La présence d'un variant hétérozygote avec conséquence fonctionnelle dans ces gènes était toujours associée à une obésité débutée avant 10 ans sans anomalie endocrine. Quatre patients étaient porteurs de variants combinés hétérozygotes sur au moins deux gènes de la voie (POMC p.D53G et LEP p.V94M (n=1); LEPR p.W699M et LEP p.V94M (n=1); MC4Rp.S58C et LEPR p.W699M (n=2)) avec possible effet cumulatif.

Conclusion : Ce travail confirme l'implication des variants des gènes de la voie leptine/mélanocortines dans l'obésité précoce et sévère (2 à 3% des patients avec obésité sévère) et est actuellement étendu à d'autres gènes modulant cette voie. Ce dépistage est capital car aujourd'hui des options thérapeutiques efficaces par agoniste MC4R (setmelanotide) existent et permettent de restaurer l'activité de cette voie. Le développement d'outils cliniques aidant au diagnostic et de nouveaux tests moléculaires par NGS étendue aux autres gènes de la voie permettra de diagnostiquer les patients candidats à cette nouvelle thérapeutique.

Références Bibliographiques : Clément et al, Nature Med, 2018

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000429>

L'activité physique est associée à une meilleure santé osseuse chez l'enfant présentant une maladie inflammatoire chronique de l'intestin

J. Vanhelst⁽¹⁾, F. Vidal⁽¹⁾, D. Ley⁽¹⁾, E. Drumez⁽¹⁾, D. Djeddi⁽²⁾, E. Devouge⁽³⁾, L. Michaud⁽¹⁾, L. Beghin⁽¹⁾, F. Gottrand⁽¹⁾, S. Coopman⁽¹⁾, D. Turk⁽¹⁾

(1) Lille ; (2) Amiens ; (3) Arras.

Introduction : Les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI) réduisent la densité minérale osseuse (DMO) chez l'enfant, avec un risque accru de fractures (1). L'activité physique (AP) est bénéfique pour la santé osseuse chez l'enfant en bonne santé et en pratique, l'OMS recommande 60 minutes d'AP quotidienne d'intensité modérée à vigoureuse. Il n'existe aucune étude évaluant l'association entre AP et DMO chez des enfants atteints de MICI. L'objectif principal de ce travail était de montrer une relation entre l'AP et la DMO chez des enfants atteints de MICI. L'objectif secondaire était d'évaluer la relation entre AP et qualité de vie.

Patients et Méthodes : Quarante-et-une enfants atteints de MICI (garçons : n = 45 ; maladie de Crohn : n = 58 ; rectocolite hémorragique : n = 16 ; colite inclassee : n = 10), âgés en moyenne de 14,3 $\pm$ 2,7 ans, ont été inclus dans cette étude multicentrique. L'activité de la maladie était évaluée par le Pediatric Crohn Disease Activity Index (PCDAI) et le Pediatric Ulcerative Colitis Activity Index (PUCAI). Le développement pubertaire était évalué par le stade de Tanner. L'hématocrite, la CRP, l'albuminémie, la vitesse de sédimentation, et le taux de 25(OH)-vitamine D étaient mesurés. La DMO était mesurée par absorptiométrie biphotonique, et exprimée en Z-score par rapport à l'âge et au sexe. La qualité de vie était évaluée par le questionnaire PedsQLTM. Les patients et parents remplissaient un recueil alimentaire sur trois jours consécutifs (incluant un jour de week-end). Les enfants portaient un accéléromètre autour de la taille durant 7 jours consécutifs afin de mesurer leur AP quotidienne.

Résultats : Au moment de l'étude, 62 enfants (77%) étaient en rémission. Le Z-score moyen ($\pm$ DS) de la DMO du corps entier était de -0,96 $\pm$ 1,11 [extrême : -3,1 ; +1,7]. Le pourcentage de patients présentant une ostéopénie (-1z Z-score DMO > -2,5) ou une ostéoporose (Z-score DMO $\leq$ -2,5) était respectivement de 51% et 4%. Le temps moyen passé en activité sédentaire et en AP modérée à vigoureuse était respectivement de 553,8 $\pm$ 144,4 minutes/jour [313,0 ; 1147,2] et de 44,5 $\pm$ 29,8 minutes/jour [5,5 ; 173,8]. Six pourcents des enfants avaient une AP modérée à vigoureuse d'au moins 60 minutes par jour. Les analyses univariées montraient une association entre la DMO et le sexe, l'âge au diagnostic, l'âge chronologique, le stade pubertaire, l'activité et la durée d'évolution de la MICI depuis le diagnostic, l'âge osseux, et la composition corporelle. Aucune association n'était retrouvée entre la DMO et les apports en calcium, la concentration en 25(OH)-vitamine D et les paramètres de l'inflammation. Les analyses multivariées, avec ajustement sur le sexe, le stade pubertaire, l'activité et la durée d'évolution de la MICI, l'âge osseux, la composition corporelle et l'utilisation de corticoïdes montraient une corrélation positive entre le niveau d'AP et la DMO ($\beta=0,37$; r = 0,08 ; p < 0,01) et entre la durée d'AP d'intensité modérée à vigoureuse les jours de semaine et la DMO ($\beta=0,39$; r = 0,1 ; p < 0,01). Il n'y avait pas d'association entre l'AP et la qualité de vie.

Conclusion : La DMO des enfants présentant une MICI est basse. Elle n'est pas associée aux apports en calcium, au statut en vitamine D, ni au syndrome inflammatoire. La DMO est corrélée à l'AP des enfants. Des études d'intervention sont nécessaires pour déterminer si les programmes de promotion de l'AP améliorent la santé osseuse chez les enfants atteints d'une MICI.

Remerciements : Cette étude a reçu un financement dans le cadre des « Fonds hospitalier d'aide à l'urgence et à la structuration des activités et équipes de recherche ».

Références Bibliographiques : Laakso S, Vaita H, Verkasalo M, Toivainen-Salo S, Viljakainen H, Mäkitie O. Impaired bone health in inflammatory bowel disease: a case-control study in 80 pediatric patients. Calcif Tissue Int 2012; 91: 121-30.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000473>

CO.144

Chirurgie bariatrique de l'adolescent obèse : première série française incluant les 3 techniques chirurgicalesS. Mayer Lacrosnière ⁽¹⁾, B. Dubern ⁽¹⁾, A. Karsenty ⁽¹⁾, H. Chantereau ⁽¹⁾, J.L. Bouillot ⁽²⁾, P. Tounian ⁽¹⁾

(1) Paris ; (2) Boulogne-Billancourt.

Introduction : Chaque année en France une centaine d'adolescents obèses bénéficient d'une chirurgie bariatrique. Jusqu'à ce jour, les seules séries publiées concernaient l'anneau gastrique ajustable (AGA) ou la sleeve gastrectomie (SG). Notre objectif était de rapporter la première série française d'adolescents obèses ayant bénéficié de l'une des 3 techniques disponibles : bypass gastrique (BPG), SG et AGA.

Patients et Méthodes : Tous les adolescents obèses âgés de 13 à 19 ans et ayant bénéficié d'une chirurgie bariatrique dans notre service depuis septembre 2008 avec un recul post-opératoire d'au moins 2 ans ont été inclus. L'évolution des données anthropométriques et des comorbidités, ainsi que la survenue de complications ont été analysées.

Résultats : Depuis septembre 2008, 78 adolescents obèses se sont présentés pour une demande de chirurgie bariatrique. Parmi eux, seuls 27 (35%) ont bénéficié d'une chirurgie bariatrique : 21 BPG, 4 SG, 2 AGA, dont 20 (15 BPG, 4 SG, 1 AGA) avec un recul d'au moins 2 ans. Au moment de l'intervention, ces 20 adolescents obèses étaient âgés de $16,6 \pm 1,6$ ans et avaient un IMC de $53,1 \pm 8,9$ kg/m². Deux ans après l'intervention, l'IMC moyen était de $36,3 \pm 10,4$ kg/m², soit une diminution de -31,5%. Tous les patients sauf 2 (1 SG, 1 BPG) avaient diminué leur IMC. Les comorbidités sévères suivantes ont disparu : hypertension artérielle (2/2), diabète (1/2), syndrome d'apnées du sommeil nécessitant une ventilation non invasive (1/3) et hypertension intracrânienne idiopathique (1/1). Se sont également normalisées : l'hypertriglycéridémie (3/3), l'hyper-LDL-cholestérolémie (3/3), l'insulinorésistance (8/13) et la stéatose hépatique (6/7). Les complications suivantes sont survenues : anémie (n=3), hypoalbuminémie (n=4) et carence martiale (n=4). 3 patients ont nécessité une coelioscopie pour exploration de douleurs abdominales, sans cause retrouvée dans les 3 cas.

Conclusion : Seul un tiers des adolescents obèses demandant une chirurgie bariatrique sont finalement opérés. Notre série principalement constituée d'adolescents obèses ayant bénéficié d'un BPG montre une efficacité de cette technique sur la réduction pondérale et des comorbidités. Les complications nutritionnelles ou mécaniques restent rares. Ces résultats sont tout à fait comparables à ceux obtenus chez l'adulte.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000362>

CO.145

Relation de l'acide urique avec les marqueurs métaboliques chez l'enfant tunisien obèseL. Jmal ⁽¹⁾, S. Lahiani ⁽¹⁾, R. Guidara ⁽¹⁾, A. Dhieb ⁽¹⁾, M. Feki ⁽²⁾, M. Abdennebi ⁽¹⁾, A. Jmal ⁽¹⁾, S. Boukthir ⁽²⁾

(1) Ariana, TUNISIE ; (2) Tunis, TUNISIE.

Introduction : L'obésité est associée à plusieurs désordres métaboliques qui pourraient jouer un rôle important dans le syndrome métabolique (SM) et les complications cardiovasculaires. Parmi ces désordres, l'élévation plasmatique de l'acide urique est associée à la prévalence des événements cardiovasculaires chez les obèses. **Le but de notre travail** est d'étudier la relation entre le taux sérique de l'acide urique et différents marqueurs métaboliques et inflammatoires chez une population d'enfants en surpoids et obèses.

Matériels et méthodes : L'étude a porté sur une population de 607 enfants âgés de 6 à 12,7 ans répartis en 75 obèses, 184 en surpoids et 348 témoins de poids normal recrutés entre le 02 Avril et le 31 Mai 2007 dans le cadre d'une enquête épidémiologique portant sur l'étude de l'obésité infantile dans le grand Tunis. L'obésité était définie selon les critères de l'IOTF. Chaque enfant a bénéficié d'une mesure des paramètres anthropométriques (poids, taille, tour de taille), du calcul de l'indice de masse corporelle (IMC, poids/taille²) et d'une mesure de la pression artérielle systolique et diastolique. Un prélèvement sanguin a été pratiqué après 12 heures de jeûne pour le dosage des paramètres biochimiques (glycémie, cholestérol total, HDL cholestérol, triglycérides, acide urique, insuline et CRP). Le LDL cholestérol a été calculé en utilisant la formule de Friedewald. L'insulinorésistance était appréciée par le « Homeostasis Model Assessment of Insulin Resistance (HOMA-IR) ». Le SM était défini par la définition de la fédération internationale du diabète chez l'enfant et l'adolescent. L'étude statistique était réalisée par le logiciel SPSS.

Résultats : La concentration moyenne de l'acide urique augmentait significativement avec le degré de l'obésité ($p < 0,001$). Elle était de $38,81 \pm 7,56$ mg/l chez les témoins, $43,61 \pm 8,71$ mg/l chez les enfants en surpoids et de $47,06 \pm 10,82$ mg/l chez les obèses. Dans les groupes des enfants en surpoids et obèses, une association positive et significative a été trouvée entre le taux circulant de l'acide urique et l'insulinorésistance (HOMA) ($r=0,191$; $p=0,02$), l'insulinémie ($r=0,191$; $p=0,02$), et certains composants du SM (le tour de taille ($r=0,398$; $p<0,001$), la glycémie ($r=0,155$; $p=0,013$), les triglycérides ($r=0,315$; $p<0,001$), le HDL cholestérol ($r=0,138$; $p=0,027$) et la pression artérielle systolique ($r=0,223$; $p<0,001$), ainsi que avec le LDL cholestérol ($r=0,167$; $p=0,08$). Par ailleurs nous n'avons pas trouvé de corrélations entre le taux sanguin de l'acide urique et les marqueurs de l'inflammation. Une hyperuricémie (acide urique > 40 mg/l) a été notée chez 62,5% des enfants obèses et surpoids.

Conclusion : Il ressort de cette étude que l'hyperuricémie n'est pas associée seulement aux lithiases rénales chez l'enfant mais aussi à l'obésité, l'insulinorésistance et le syndrome métabolique. Un dépistage systématique doit être envisagé chez les enfants en surpoids et obèses.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000176>

Création d'un séjour d'aide au sevrage de la nutrition entérale

S. Dubedout ⁽¹⁾, A. Genevois ⁽²⁾, M. Millon ⁽²⁾, A. Breton ⁽¹⁾, J.P. Olives ⁽¹⁾, V. Lambert ⁽³⁾, P. Fichaux-Bourin ⁽¹⁾, E. Mas ⁽¹⁾

(1) Toulouse ; (2) Villeneuve-Tolosane ; (3) .

Introduction : Le jeune enfant porteur d'une pathologie chronique peut nécessiter un soutien nutritionnel par voie entérale. Lorsque le sevrage de cette nutrition devient médicalement possible, il peut être complexe à prendre en charge en ambulatoire. Malgré une prise en charge pluridisciplinaire les progrès sont souvent lents. La création de séjour de sevrage dans le Sud de la France, déjà en place dans d'autres pays européens et dans le Nord, semblait nécessaire. Nous avons proposé une approche multidisciplinaire et intensive pour redonner aux enfants le plaisir de manger.

Patients et Méthodes : 5 patients et leurs familles, adressés par leur gastro-entérologue référent, sont accueillis en SSR pédiatrique. Un logement est disponible à proximité du centre pour les patients vivant trop loin. Le séjour consiste en 10 journées d'hôpital de jour, réparties sur deux semaines consécutives, avec week-end libre. Il est précédé d'une journée de préadmission durant laquelle enfants et familles rencontrent l'équipe médicale et paramédicale, et participent de façon individuelle à des entretiens pluri-professionnels (médecins/cadre de santé/psychologue) afin de préparer le projet personnalisé. Celui-ci est ensuite finalisé en réunion de synthèse pluridisciplinaire (médecins, kinésithérapeutes, psychomotricien, orthophoniste, ergothérapeute, puéricultrice et auxiliaire de puériculture, assistante sociale, psychologue, diététicienne, éducatrice de jeunes enfants). La nutrition entérale est réduite une semaine avant le séjour. Les objectifs du séjour sont établis en collaboration avec la famille et les prises en charge proposées s'articulent selon quatre axes : diététique, psychoéducatif, sensoriel et médical. La journée type comprend un point médical en début de journée avec la puéricultrice, et/ou le médecin, trois repas sous forme d'ateliers « amuse-bouche », et deux ateliers de groupe animés par les rééducateurs et les soignants. Une consultation avec la gastro-pédiatrie est réalisée en fin de première et de deuxième semaine. Les ateliers, en groupe ou individuels, s'organisent autour de la gestion du comportement lors des repas, de l'intégration sensorielle, d'un travail gnoso-praxique et cognitif. Des témoignages de familles expertes et des groupes de paroles sont animés par la psychologue. Le retour à domicile est préparé en coordination avec le médecin adresseur, le médecin traitant, les diététiciennes du prestataire et du CHU. Un suivi diététique hebdomadaire est mis en place à la sortie, jusqu'à la consultation de gastro-pédiatrie prévue à un mois. Les rééducations habituelles sont maintenues à la sortie et adaptées si besoin.

Résultats : La première session a eu lieu au mois d'avril 2018, 4 enfants âgés de 3 à 6 ans et leurs familles ont été accueillis simultanément. Tous étaient porteurs d'une gastrostomie depuis leur 1ère année de vie pour des pathologies diverses : atésie de l'œsophage (2), mucoviscidose avec prise en charge digestive chirurgicale néonatale (1), grande prématurité avec troubles de l'oralité et reflux gastro-œsophagien (1). À l'issue du séjour, trois enfants sur quatre ont totalement arrêté leur nutrition entérale, un enfant a diminué ses apports entéraux de 80%. Aucun n'a perdu plus de 5% du poids du corps. Le principal effet indésirable a été un ralentissement du transit qui a nécessité une reprise de l'hydratation par voie entérale pour l'un des enfants. L'ensemble des familles ont rapporté un vécu positif du séjour et une évolution nettement favorable de leur enfant sur les objectifs définis. À un mois du séjour l'ensemble des enfants ont effectué de nets progrès sur l'alimentation orale à la fois qualitativement et quantitativement. Un seul nécessite encore l'utilisation nutritionnelle de sa gastrostomie mais de façon nettement moins importante. Aucun n'a perdu plus de 10% du poids du corps.

Conclusion : Cette prise en charge intensive et pluridisciplinaire permet des progrès accélérés et une prise de confiance indispensable pour le sevrage. Ce programme devra préciser son efficacité et sa pertinence à l'issue puis à distance du premier séjour et se confirmer lors des sessions

programmées ultérieurement. La totalité de l'équipe est engagé dans la formation en éducation thérapeutique. Elle s'implique dans le groupe de travail de la filière FIMATHO (Filière des Malformations Abdomino-THORaciques) en vue d'une coordination de la prise en charge des troubles de l'oralité sur le plan national.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000567>

Résection complète et R0 par dissection sous-muqueuse hybride et FTRD d'une lésion adénomateuse infiltrant profondément l'orifice appendiculaire

M. Pioche ⁽¹⁾, A. Lupu ⁽¹⁾, J. Rivory ⁽¹⁾, F. Rostain ⁽¹⁾, J. Jacques ⁽²⁾, T. Ponchon ⁽¹⁾

(1) Lyon ; (2) Limoges.

Introduction : La prise en charge des lésions appendiculaires envahissant profondément l'appendice (type 3 de Toyonaga) est classiquement une contre indication aux résections endoscopiques. Cependant, dans les cas particuliers des appendices opérés il est généralement possible de disséquer la lésion ou lorsque la fibrose est trop importante de faire une résection par FTRD.

Matériels et méthodes : Nous rapportons le cas vidéo d'un patient de 62 ans opéré depuis plus de 10 ans d'une appendicectomie, ayant bénéficié d'une coloscopie de dépistage avec découverte d'une LST granulaire du caecum centrée sur l'orifice appendiculaire avec invasion de l'orifice résiduel. La lésion était trop large pour entrer facilement dans le capuchon FTRD en vue d'une résection R0 et une technique hybride associant dissection initiale puis FTRD de la collerette disséquée a été utilisée.

Résultats : La résection s'est déroulée sans difficulté avec dans un premier temps une dissection de la lésion périorificelle avec la technique de traction par clip et élastique. Une fois cette collerette disséquée, sa surface était diminuée et une technique FTRD classique a été utilisée en tractant l'ensemble de la collerette dans le capuchon FTRD. La résection était ainsi complète avec marges de sécurité histologique. Le patient a eu des suites simples et est sorti le lendemain.

Conclusion : Les lésions appendiculaires envahissant l'orifice sont accessibles à des traitements endoscopiques combinés et ne devraient plus faire l'objet d'une chirurgie systématique lorsque la caractérisation de la lésion ne retrouve pas d'arguments pour une lésion invasive. La dissection avec traction permet souvent d'atteindre la résection complète avec marges mais lorsque la fibrose centrale est trop intense, le système FTRD peut permettre une résection de qualité sur le plan carcinologique (R0)

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000015>

Myotomie et septotomie per-orales endoscopiques (POEM-S) des diverticules oesophagiens : une alternative mini-invasive à la chirurgie

P. Basile ⁽¹⁾, J.P. Le Mouel ⁽²⁾, J.M. Gonzalez ⁽³⁾, M. Barthet ⁽³⁾

(1) Rouen ; (2) Amiens ; (3) Marseille.

Introduction : Les diverticules de l'œsophage distal sont rares et fréquemment associés à des troubles de la motricité œsophagienne. Leur traitement est habituellement chirurgical, avec une morbidité proche de 20%, dominée par la survenue de fistules. Le développement de la myotomie par endoscopie sous-muqueuse (POEM) est une nouvelle voie d'abord. Nous rapportons ici une série de 6 patients traités par myotomie et septotomie per-orale endoscopique (POEM-S).

Patients et Méthodes : 6 patients nous ont été adressés pour symptômes en lien avec un diverticule œsophagien situé aux tiers moyens ou inférieurs de l'œsophage. Les symptômes principaux étaient la dysphagie ou le syndrome de rétention alimentaire. La réalisation d'un tunnel sous-muqueux a permis de réaliser dans le même temps opératoire une septotomie du diverticule et une myotomie de l'œsophage d'aval.

Après la réalisation d'une incision muqueuse de 2cm au niveau du bord supérieur du diverticule, un tunnel était réalisé par dissection sous muqueuse sur le bord latéral du diverticule puis poursuivi jusqu'à 3cm sous le cardia. La septotomie diverticulaire était réalisée, prolongée par une myotomie œsophagienne antérograde jusqu'à 2cm sous le cardia. Les patients étaient laissés à jeun 24h puis l'alimentation liquide était reprise à J2 et un régime mixé les jours suivants.

Résultats : 3 hommes et 3 femmes âgés de 62 à 83 ans ont été traités. Leurs symptômes évoluaient depuis 1 à 15 ans. Ils décrivaient tous une dysphagie, 2 avaient déjà bénéficié d'une myotomie par POEM mais restaient symptomatiques. 2 patients avaient des douleurs rétro sternaes, 4 avaient des régurgitations et 1 décrivait une bloquée pendant les repas. Au total 3 patients avaient une alimentation avec texture adaptée (mixée ou liquide) et 4 patients avaient maigri (4-24Kg).

Tous les patients ont bénéficié d'une manométrie haute résolution et d'un TOGD avant le traitement : 5 avaient un trouble moteur œsophagien avec apéristaltisme. Une pressurisation était associée pour 2 d'entre eux. 1 patient avait un œsophage marteau-piqueur. La pression du SIO n'a pu être mesurée pour 4 patient à cause d'un enroulement de la sonde dans le diverticule.

Les procédures ont été réalisées entre octobre 2017 et Juin 2018. Le succès technique était de 100%. Aucune complication per opératoire n'est survenue. La durée d'hospitalisation était de 2 à 8 jours. 3 mois après le traitement, 5 patients rapportaient une amélioration clinique : 4 avec une disparition complète de la dysphagie et 1 régression partielle (reprise alimentaire normale). Un patient avec antécédent de POEM non efficace n'a pas été amélioré par la technique POEM-S. Tous les patients ont stabilisé ou repris du poids après traitement. Les TOGD de contrôle montraient tous une amélioration de la clairance œsophagienne.

Conclusion : La technique de POEM-S est une adaptation du POEM permettant de réaliser dans le même temps la septotomie diverticulaire et la myotomie œsophagienne d'aval avec un seul accès muqueux. Nos résultats suggèrent que cette approche mini-invasive et sûre pourrait permettre de traiter les symptômes liés au diverticule et au trouble moteur œsophagien. Elle pourrait avoir été une alternative à la chirurgie avec une moindre morbidité.

Références Bibliographiques : (6)Wu C, Zhang Q, Liu W et al. Successful treatment of giant esophageal diverticulum by per-oral endoscopic myotomy. *Endoscopy* 2018 May;50(5):E107-E108.
(5)Conrado AC, Miranda LEC, Miranda AC et al. Submucosal tunneling endoscopic myotomy of esophageal epiphrenic diverticulum. *Endoscopy* 2018 Feb;50(2):E44-E45
(4)Putignano A, Barthet M, Rio-Tinto R et al. Peroral endoscopic myotomy as a versatile approach to treating complex esophageal disorders. *Endoscopy* 2018 Jul;50(7):E172-E174

(3) Brandeis AE, Singhal S, Lee TH et al. Surgical management of epiphrenic diverticulum: A single-center experience and brief review of literature. *Am J Surg* 2018 Aug;216(2):280-285
 (2) Inoue H, Minami H, Kobayashi Y et al. Peroral endoscopic myotomy (POEM) for esophageal achalasia. *Endoscopy* 2010; 42: 265 – 271
 (1) Chan DSY, Folliak A, Lewis WG et al. Systematic Review and Meta-analysis of Surgical Treatment of Non-Zenker's esophageal Diverticula. *Journal of Gastrointestinal Surgery*. 2017;21(6):1067-1075.

V.03

Gastro-gastrostomie guidée par échoendoscopie sur bypass : à propos de 2 cas

P. Ah-Soune ⁽¹⁾, J.M. Gonzalez ⁽²⁾, G. Dinescu ⁽¹⁾, A.D. Le Goffic ⁽¹⁾, M. Barthet ⁽²⁾

(1) Toulon ; (2) Marseille.

Introduction : L'obésité est un phénomène de santé publique mondial. Le gastric-bypass reste une technique de prédiabète dans la prise en charge de l'obésité. La perte de poids rapide est un facteur de risque de développement des calculs biliaires. Une étude récente a comparé de manière rétrospective la réalisation d'une CPRE sur bypass soit par entéroscopie soit par création d'une gastro-gastrostomie sous échoendoscopie à l'aide d'une prothèse d'apposition. Le taux de succès clinique était significativement plus élevé dans le groupe EUS-GG-ERCP (100% vs 60% $p < 0,001$) avec un temps de procédure plus court (50 vs 90 mins) et un taux de complications similaire (10 vs 6,7%) [1]. Nous présentons 2 cas vidéo d'une anastomose gastro-gastrique par prothèse d'apposition sous échoendoscopie permettant d'accéder à l'estomac exclu.

Patients et Méthodes : Nous avons traité 2 patients d'août 2017 à septembre 2018 sur 2 centres. Le premier cas est un homme opéré d'un bypass il y a 15 ans qui s'est présenté dans un tableau d'angiocholite avec confirmation des calculs choledociens à la bili-IRM. Le deuxième patient opéré d'un bypass il y a 8 ans présentait une hémorragie digestive récidivante avec taux d'hémoglobine à 3g/dl et extériorisation de type hématemèse et mélaena. L'origine de l'hémorragie était inexpliquée par les différentes explorations endoscopiques répétées, vidéocapsules et scanner injecté. Il a été décidé d'explorer l'estomac exclu par réalisation d'une anastomose gastro-gastrique. La procédure était réalisée en deux temps. La première étape consistait en la création d'une anastomose gastro-gastrique à l'aide d'un échoendoscope thérapeutique Pentax EG-3870UTK. La poche gastrique était ponctionnée à l'aide d'une aiguille Cook de 19 G (Cook Medical®, USA), opacification pour confirmation du bon positionnement puis distension de l'estomac exclus par injection de 300 cc d'eau pour permettre un meilleur déploiement de la prothèse. Puis mise en place d'un fil guide JagWire long de 0.035 (Boston Scientific®, USA) et enfin déploiement d'une prothèse d'apposition de type Axios de 15 mm de diamètre (Boston Scientific®, USA) en courant de type section pure 120W (ERBE® VIO 3). La CPRE ou la gastroscopie était réalisée 6 jours après la création de l'anastomose, afin de permettre un bon accolement des 2 cavités et d'éviter les complications liées à la mobilisation de la prothèse. Pour la CPRE nous avons réalisé une dilatation hydrolique de la prothèse à 18 mm permettant le franchissement du duodénoscope Pentax® ED34-110T. L'ensemble de la procédure était réalisé sous insufflateur à CO₂.

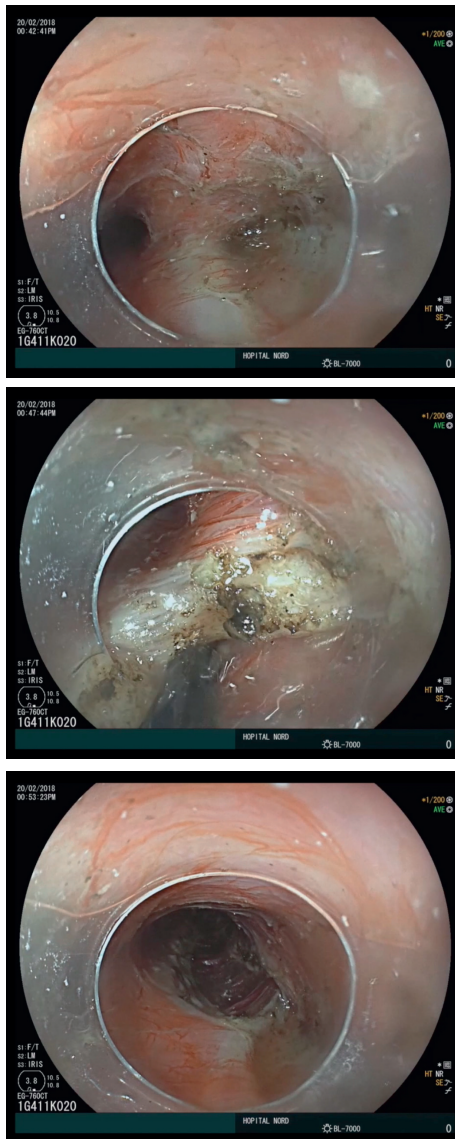
Résultats : Dans le premier cas la CPRE a permis l'extraction des calculs avec ablation de la prothèse dans le même temps de la procédure et réalimentation le jour même. Il n'y a pas eu de migration de la prothèse liée à l'endoscope au cours du geste. Dans le deuxième cas l'accès à l'estomac exclu a mis en évidence la présence d'un ulcère gastrique non tumoral Forest Ib traité par bi thérapie endoscopique (adrénaline + clip) sans récidive au décours. Dans les 2 cas le contrôle de la gastroscopie respectivement à J5 et J7 montrait une fermeture complète spontanée de la gastro-gastrostomie. Les suites ont été simples pour les 2 cas

Conclusion : La gastro-gastrostomie sous échoendoscopie sur gastric bypass est une technique sûre et efficace permettant l'accès à l'estomac exclu et donc un accès simplifié à la papille. Nous préconisons une procédure en deux temps afin d'éviter toutes complications liées au risque de mobilisation de la prothèse. Le principal inconvénient de cette procédure reste le coût.

Références Bibliographiques : Bukhari M, Kowalski T, Nieto J et al. An international, multicenter, comparative trial of EUS-guided gastrogastrostomy-assisted ERCP versus enteroscopy-assisted ERCP in patients with Roux-en-Y gastric bypass anatomy. *Gastrointest Endosc*. 2018 Sep;88(3):486-494.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000153>



Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000331>

Utilisation d'un drain nasobiliaire branché sur une pompe à lavage : une astuce simple pour simplifier les anastomoses gastro-jéjunales endoscopiques par voie directe

J. Jacques ⁽¹⁾, H. Lepetit ⁽¹⁾, R. Legros ⁽¹⁾, A. Taïbi ⁽¹⁾, S. Durand-Fontanier ⁽¹⁾, D. Sautereau ⁽¹⁾, M. Pioche ⁽²⁾

(1) Limoges ; (2) Lyon.

Introduction : Les obstructions digestives hautes peuvent être traitées par des moyens endoscopiques (dilatation, prothèses) ou chirurgicaux (gastro-entéro-anastomose).

En cas de sténose bénignes notamment d'origine pancréatique (PCC, DKPA), les dilatations ont une efficacité très limitée et les prothèses couvertes sont associées à un haut taux de migration. La gastro-entéro-anastomose chirurgicale est invasive, associée à un haut taux de morbidité, un coût important et une durée d'hospitalisation longue. Récemment le développement des prothèses d'apposition endoluminales a permis d'envisager la réalisation d'anastomose gastro-jéjunale sous échoendoscopie. 3 techniques ont été décrites : la technique du simple ballon (Ponction sur un ballon biliaire occluant l'anse jéjunale), la technique du double ballon (EPASS : ponction du jéjunum entre deux ballons occluant le jéjunum rempli d'eau) et la technique directe (ponction directe du jéjunum au niveau de l'angle de Treitz).

Même si elle est la plus attractive et la plus rapide, la technique directe reste difficile à réaliser et potentiellement dangereuse en raison du risque de déplacement de l'anse jéjunale non ancrée et non dilatée.

Nous décrivons ce dessous une modification de la technique directe en utilisant un drain nasobiliaire branchée sur une pompe à lavage facilitant la réalisation de l'anastomose gastro-jéjunale endoscopique par technique directe.

Matériels et méthodes : NA

Résultats : Cas : M. P., 52 ans, suivi pour une Pancréatite chronique calcifiante (PCC) ethylo-tabagique sévère avec Dystrophie kystique sur pancréas aberrans (DKPA) est hospitalisé pour un syndrome occlusif haut avec sur le TDM une obstruction duodénale complète en lien avec la DKPA.

La fibroscopie réalisée après vidange gastrique par une sonde naso-gastrique en aspiration objective une sténose du deuxième duodénum d'allure inflammatoire non franchissable. La présence de voies de dérivations porto-caves nombreuses en lien avec une thrombose portale secondaire à la PCC entraîne une contre-indication chirurgicale. Il est alors décidé en réunion de concertation pluridisciplinaire la réalisation d'une anastomose gastro-jéjunale par voie endoscopique.

La première étape consiste en une dilatation de la sténose au ballonnet CRE à l'aide d'un coloscope pour passer en aval de la sténose. Une fois en aval de la sténose le duodénum est rempli d'eau colorée avec de l'indigo-carmin et un drain nasobiliaire est mise en place sous contrôle endoscopique et radiologique au niveau du troisième duodénum. Ce drain nasobiliaire est branchée sur une pompe à lavage alimentée par du NaCl 0,9% colorée par de l'indigocarmin et une petite quantité de contraste. Un écho-endoscope linéaire thérapeutique est alors positionnée dans l'estomac en parallèle du drain naso-biliaire. Le repérage d'une anse jéjunale dilatée proche de l'estomac est facilitée par le flux intra-duodéno-jéjunale résultant de l'activation de la pompe à lavage. Lorsque l'anse est choisie grâce à ce système, une ponction de l'anse est réalisée à l'aide d'une aiguille à ponction 19G, l'aspiration de liquide bleue confirme le bon positionnement de l'aiguille et un fil guide 0,025 french est mise en place au sein de l'anse jéjunale. L'aiguille à ponction est retirée et une prothèse Hot Axios de 20 mm est montée sur le fil guide. La fistulotomie est ensuite réalisée en utilisant un courant de section pure. La collerette distale est ensuite larguée sous contrôle échographique après avoir poussée le porteur loin dans l'anse jéjunale sur le fil guide. La prothèse est tractée sous contrôle échographique avant un largage de la collerette proximale sous contrôle échographique pur. Une fois la prothèse larguée, celle-ci est immédiatement dilatée sur fil guide avec un ballonnet CRE afin d'obtenir une efficacité immédiate. Une fibroscopie réalisée dans le même temps anesthésique confirme la bonne perméabilité de cette anastomose gastro-jéjunale.

L'alimentation a pu être reprise dès J1 et un retour à domicile dès J2.

2 mois après le patient n'a pas présenté de récurrence de syndrome occlusif et réussit à s'alimenter normalement.

Conclusion : L'utilisation d'un drain nasobiliaire branché sur une pompe à lavage permet de faciliter la réalisation des anastomoses gastro-jéjunales endoscopiques par technique directe. Des études prospectives sont nécessaires pour définir la place de l'anastomose gastro-jéjunale endoscopique dans l'arsenal thérapeutique disponible.

Pour consulter ce résumé en ligne :
<https://www.snfge.org/resumes-2019/000435>

Utilisation d'un clip et d'un élastique pour le cathétérisme difficile d'une papille intra-diverticulaire

M. Schaefer ⁽¹⁾, A. Belle ⁽¹⁾, B. Dirrenberger ⁽¹⁾, A. Lamoureux ⁽¹⁾, J. Jacques ⁽²⁾, J.B. Chevaux ⁽¹⁾
(1) Nancy ; (2) Limoges.

Introduction : La prévalence des pathologies biliaires lithiasiques est élevée chez les patients porteurs d'un diverticule péri-ampillaire. Nous rapportons le cas d'une patiente prise en charge pour des calculs intra-cholédociens, confirmés en écho-endoscopie. Le positionnement du duodénolescope dans le deuxième duodénum a mis en évidence une papille majeure en position intra-diverticulaire.

Matériels et méthodes : Afin de faciliter l'exposition de l'orifice papillaire, nous avons réalisé une contre-traction par clip et élastique. Un premier clip Boston Résolution 360, sur lequel était accroché un élastique dentaire (Ormco Autruche 19,1mm) a été mis en place en position para-papillaire par le canal opérateur du duodénolescope (Olympus). Un second clip a été introduit dans le canal opérateur afin de mettre en tension l'élastique sur le bord externe du duodénum, en aval de la papille.

Résultats : L'exposition papillaire était améliorée et nous avons pu cathétériser la voie biliaire principale en 3 minutes et 10 secondes avec un fil guide Jagwire Boston monté sur sphinctérotomie 4.4 Boston. Après réalisation d'une sphinctérotomie, les calculs étaient extraits avec un ballon d'extraction puis une compression hémostatique au ballonnet était effectuée en raison d'un saignement post-sphinctérotomie. L'hémostase a été complétée par la mise en place d'une prothèse métallique couverte Cook Evolution de 40x10mm, puis par l'injection de sérum adrénalinisé 1/1000.

Discussion : L'utilisation d'une pince à biopsie pédiatrique dans le même canal opérateur que le sphinctérotomie a été décrite pour tracter la papille et faciliter son cathétérisme. Cette technique est peu aisée et les mouvements de l'érecteur et du sphinctérotomie sont limités par la présence de la pince pédiatrique durant toute la phase de cathétérisme. L'utilisation d'une contre-traction permet de faciliter l'exposition d'une papille intra-diverticulaire, et la cannulation de la voie biliaire principal tout en maintenant la liberté de mouvement de l'érecteur et du sphinctérotomie.

Conclusion : L'utilisation d'une contre-traction par deux clips et un élastique peut être utile pour la CPRE en cas de papille intra-diverticulaire.

Références Bibliographiques : 1 Fujita N, Noda Y, Kobayashi G, et al. ERCP for intradiverticular papilla: two-devices-in-one-channel method. Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography. Gastrointest Endosc 1998;48:517-20.



Pour consulter ce résumé en ligne :
<https://www.snfge.org/resumes-2019/000248>

Fermeture endoscopique d'une fistule rectale sur maladie de Crohn par dissection sous-muqueuse du trajet fistuleux combinée à l'apposition d'un clip Ovesco®

T. Wallenhorst ⁽¹⁾, M. Pioche ⁽²⁾, J. Jacques ⁽³⁾, M. Pagenault ⁽¹⁾, P.N. Dhalluin ⁽¹⁾, G. Bouguen ⁽¹⁾
(1) Rennes ; (2) Lyon ; (3) Limoges.

Introduction : Les fistules lumenales de la maladie de Crohn représentent un défi thérapeutique, avec un recours fréquent à la chirurgie malgré l'avènement des biothérapies. Il n'y a pas de cas rapporté de traitement endoscopique efficace de ce type de fistule dans la littérature. La dissection sous-muqueuse d'orifice fistuleux combinée à la fermeture par clip a été décrite comme efficace pour deux cas de fistules oesotrachéales chroniques [1] et un cas de fistule sur anastomose colo-rectale [2].

Nous rapportons ici le premier succès de cette technique, avec illustration vidéo, pour traiter une fistule rectale complexe sur maladie de Crohn.

Patients et Méthodes : Une femme de 35 ans a été hospitalisée en urgence pour sciatgie avec douleur abdominale fébrile conduisant au diagnostic de Maladie de Crohn iléale compliquée d'une fistule iléale complexe avec abcès pré-sacré, glutéal gauche et ostéite sacrée. La prise en charge initiale a consisté en une résection iléo-caecale avec iléo-colostomie en canon de fusil, une antibiothérapie prolongée et drainage radiologique percutané. Après 4 mois d'évolution, l'évaluation endoscopique retrouvait la présence d'un orifice fistuleux de 6 mm de diamètre à la jonction entre le moyen et le haut rectum. L'opacification montrait un trajet fistuleux de 25 mm de long confirmé en IRM, responsable de la persistance d'une infiltration pré-sacrée. La muqueuse rectale était par ailleurs non inflammatoire. La persistance de cette fistule contre-indiquait le rétablissement de la continuité digestive avec peu de solution chirurgicale en raison de la localisation de la fistule.

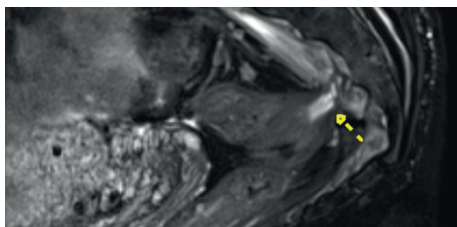
La procédure de dissection sous-muqueuse, d'un patch muqueux d'environ 10 mm de diamètre centré sur la fistule, a été réalisée avec l'Hybrid Knife T® et l'injection sous muqueuse avec un soluté de Glycérol+Fructose. Pour permettre une dissection en profondeur de la totalité du trajet fistuleux nous avons utilisé un système de contre-traction par clip + fil. Avant la fermeture par clip Ovesco®, la musculature a été avivée à la pince froide pour provoquer une réaction cicatricielle plus marquée. La bi antibiothérapie ciprofloxacine – métronidazole a été poursuivie 21 jours.

Résultats : Le scanner avec opacification rectale deux mois plus tard montrait une régression complète de la suppuration rétro-rectale et la disparition du trajet fistuleux, autorisant le rétablissement de continuité.

Conclusion : La dissection du pourtour fistuleux associée à l'apposition sous-muqueuse par clip semble efficace pour les petites fistules chroniques et pourrait peut-être également être utilisée dans la maladie de Crohn fistulisante. Des études prospectives sont nécessaires pour valider cette stratégie.

Références Bibliographiques : 2. Barsic Neven et al. Successful closure of a refractory rectal anastomotic fistula using endoscopic submucosal dissection combined with an over-the-scope clip. Endoscopy 2018; 50: E99-E101.

1. Bertrand Gaspard et al. Deep endoscopic submucosal dissection of a refractory tracheoesophageal fistula using clip-and-line traction: a successful closure. Endoscopy 2017; 49: 1278-1280.



Pour consulter ce résumé en ligne :
<https://www.snfge.org/resumes-2019/000572>

Description pas à pas de la caractérisation et de la résection d'une tumeur rectale superficielle atteignant la ligne pectinée

G. Rahmi ⁽¹⁾, E. Coron ⁽²⁾, T. Toyonaga ⁽³⁾, C. Cellier ⁽¹⁾

(1) Paris ; (2) Nantes ; (3) Kobe, JAPON.

Introduction : L'amélioration technologique récente des endoscopes nous permet de mieux analyser l'architecture glandulaire et la micro vascularisation (chromoendoscopie virtuelle et fort zoom optique). Cette étape de caractérisation permet de prédire l'histologie et de diagnostiquer un éventuel envahissement tumoral. Il s'agit donc d'une étape clé dans le choix de la stratégie thérapeutique. Pour une lésion de plus de 40 mm ou s'il existe une suspicion de lésion invasive, la technique optimale est la dissection sous muqueuse (DSM) (recommandations de l'ESGE). Notre objectif est de décrire les différentes étapes de la caractérisation et de la résection par DSM d'une tumeur rectale superficielle atteignant la ligne pectinée et suspecte de néoplasie.

Patients et Méthodes : Il s'agit du cas d'un homme de 50 ans exploré par une coloscopie pour des rectorragies sans altération de l'état général et sans antécédents familiaux particuliers. Nous présentons le film du traitement endoscopique d'une tumeur rectale superficielle de type LST G, classée Paris 0-Is+Ic et atteignant la ligne pectinée mesurant 30 mm. Cette lésion était classée uT1N0 en échoendoscopie. Le geste est réalisé par le Pr Takashi Toyonaga (Hôpital Universitaire de Kobe, Japon) à l'occasion d'une démonstration organisée dans l'unité d'endoscopie de l'hôpital Européen Georges Pompidou. L'endoscope utilisé était un gastroscope EG-760Z (Fujifilm). La caractérisation de la tumeur était faite avec le système de chromoendoscopie virtuelle Eluxeo : Blue Light Imaging (BLI) et Linked Color Imaging (LCI) (Fujifilm). La dissection sous muqueuse était faite avec un insufflateur à CO2 (Fujifilm), un Flushknife 1.5 BTs (Fujifilm), un capuchon transparent (Olympus) et un bistouri VIO 200D (Erbe). L'hémostase était réalisée tout au long de la procédure avec une pince de type Coagrapser (Olympus).

Résultats : Etape 1: marquage, coagulation douce

Etape 2: incision du sillon distale (vision directe), endocoupe

Etape 3: incision du sillon latéral (rétrovision), endocoupe

Etape 4: incision du sillon proximal et controlatéral (rétrovision), endocoupe

Etape 5: dissection sous muqueuse (rétrovision), coagulation forcée

Etape 6: récupération de la pièce (technique du sachet)

Conclusion : Cette séquence vidéo constitue un outil pédagogique décrivant précisément les étapes de la caractérisation et de la résection par dissection sous muqueuse d'une tumeur rectale superficielle atteignant la ligne pectinée.

Remerciements : Remerciements à Mme Flore Tesiorowski (Fujifilm) pour son aide précieuse pour le montage de la vidéo

Références Bibliographiques : Ferlitsch M. Colorectal polypectomy and endoscopic mucosal resection (EMR): European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Clinical Guideline. Endoscopy. 2017;49:270-97.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000661>

L'enseignement de la proctologie au sein du DES d'HGE : carences de maîtres de stage

S. Sidali ⁽¹⁾, G. Bouguen ⁽²⁾, C. Silvain ⁽³⁾, M. Robaszkiewicz ⁽⁴⁾, L. Spiroudhis ⁽²⁾

(1) Rouen ; (2) Rennes ; (3) Poitiers ; (4) Brest.

Introduction : La proctologie est un exercice médical un peu particulier au sein de l'Hépatogastroentérologie (HGE) parce que l'activité est assez spécifique, médico instrumentale et chirurgicale. Elle est principalement exercée en soins externes et en ambulatoire. Elle n'est habituellement pas intégrée dans les secteurs d'hospitalisation ce qui la rend moins accessible aux internes en formation. L'approche d'enseignement nécessite, comme en endoscopie, un accompagnement. Dans sa forme actuelle, il existe un parcours de formation théorique qui est accessible en e-learning et qui correspond à la première année de formation du diplôme inter-universitaire de proctologie. Il existe également une composante de formation pratique auprès de maîtres de stage. Cette organisation est stable depuis plus de 5 ans au sein de la région HUGO mais elle se déploie aujourd'hui dans tout l'hexagone. Cette formation a été pensée a priori pour répondre à des objectifs de formation mais les usagers n'ont pas été sollicités de façon systématique. L'objectif de ce travail était de faire préciser l'impact que cet enseignement a eu auprès des DES d'HGE.

Patients et Méthodes : Un questionnaire auto administré de huit questions fermées a été adressé aux internes DES (en cours de formation ou ayant terminé leur formation depuis 2013). Les questions étaient centrées sur l'adéquation entre le volume d'enseignement théorique ; les modalités de formation pratique et l'attente des internes en formation.

Résultats : Le questionnaire a été adressé à 984 internes DES d'HGE par voie électronique le 04 octobre 2018 : 129 réponses aux questionnaires étaient exploitables le 05 octobre. Plus de la moitié des internes répondants termineront leur formation en 2019 ou après. Le volume de formation théorique de l'enseignement accessible en e-learning n'est jugé trop important que par un quart des répondants. Par rapport à ce que doit connaître un interne en Gastroentérologie, 79% estiment que la formation n'est pas trop spécialisée : 61% soulignent qu'il n'est pas nécessaire que la formation soit délivrée de façon complète en une seule fois mais plus de la moitié des répondants pensent qu'il est préférable de la délivrer en début d'internat. Les trois quarts des répondants estiment qu'il est difficile de trouver un maître de stage et 43% trouvent que celui-ci manque de disponibilité ou d'accompagnement. Ainsi 36% des personnes répondants souhaitent poursuivre une spécialisation médico chirurgicale et acquérir des compétences supplémentaires en proctologie après la formation offerte pendant le DES.

Conclusion : Le volume de formation théorique proposé convient à la majorité des internes DES répondants qui suivent ou ont suivi cette formation. En revanche, l'offre de formation pratique ou de compagnonnage est défailante. Elle doit être renforcée.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000813>

P.159

Ulcère solitaire du rectum : à propos de 25 cas

M. Saidi Idrissi ⁽¹⁾, N. Benjelloun ⁽²⁾, N. Benzoubeir ⁽¹⁾, I. Errabih ⁽¹⁾, F. Soudine ⁽¹⁾, L. Chahed Ouazzani ⁽¹⁾
 (1) Rabat, MAROC ; (2) RABAT, MAROC.

Introduction : l'ulcère solitaire du rectum (USR) est une lésion ulcérée de la muqueuse rectale qui associe des anomalies cliniques, endoscopiques, et histologiques, et s'intègre dans le cadre des troubles de la statique rectale. C'est une entité pathologique peu fréquente, apanage de l'adulte jeune.

L'objectif de notre étude est de décrire les aspects endoscopiques de l'USR et ses difficultés diagnostiques.

Matériels et méthodes : Etude rétrospective descriptive de 25 cas d'USR colligés sur une période allant de Janvier 2000 à Janvier 2018.

Tous les patients ont bénéficié d'une endoscopie digestive basse avec biopsies et un examen anatomopathologique.

Résultats : L'âge moyen de nos patients était de 45 ans, le sex ratio était de 16/9 avec une prédominance féminine. les rectorragies constituaient la symptomatologie la plus fréquente (100% des cas), la constipation chronique a été notée chez 40% des cas.

L'examen clinique trouvait le plus souvent un état général conservé (96% des cas).

L'examen proctologique objectivait un prolapsus rectal (32% des cas) et des marisques hémorroïdaires (32% des cas).

La recto-sigmoidoscopie est l'examen clé du diagnostic positif, elle avait détecté principalement une ulcération unique à fond propre dans 52% des cas, des ulcérations multiples dans 20% des cas et un aspect pseudo-polypoïde dans 16% des cas, et avait permis de confirmer le diagnostic par l'examen histologique des biopsies, faites au niveau de l'ulcération et en périphérie (100% des cas).

Les explorations étaient complétées par la coloscopie totale et la manométrie ano-rectale qui a objectivé une dyssynergie ano-rectale et des anomalies de la tonicité sphinctérienne (dans 80% des cas).

La prise en charge thérapeutique reposait sur le traitement médical (100% des cas), la rééducation de l'exonération « biofeedback » et l'approche chirurgicale dans 20% des cas.

Conclusion : Le syndrome de l'USR est une entité définie par son aspect endoscopique et histologique, se manifestant principalement par des rectorragies. La recto-sigmoidoscopie et l'histologie constituent la clé du diagnostic. Le traitement est d'abord médical. Le traitement chirurgical, est indiqué en cas d'échec du traitement médical ou en cas de survenue de complications.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/001076>

P.160

Enquête de pratique : la prise en charge thérapeutique du syndrome de l'ulcère solitaire du rectum en France

C. Gouriou ⁽¹⁾, M. Chambaz ⁽¹⁾, G. Bouguen ⁽¹⁾, A. Ropert ⁽¹⁾, V. Desfourneaux ⁽¹⁾, A. Merlini-L'héritier ⁽¹⁾, L. Siproudhis ⁽¹⁾, V. de Parades ⁽²⁾, F. Pigot ⁽³⁾, L. Abramowitz ⁽²⁾, D. Bouchard ⁽³⁾, T. Higuero ⁽⁴⁾, L. Maggiori ⁽⁵⁾, G. Meurette ⁽⁶⁾, G. Staumont ⁽⁷⁾, A. Venara ⁽⁸⁾, C. Visee ⁽⁹⁾, V. Vitton ⁽⁹⁾, C. Brochard ⁽¹⁾

(1) Rennes ; (2) Paris ; (3) Bordeaux ; (4) Beausoleil ;

(5) Clichy-la-Garenne ; (6) Nantes ; (7) Toulouse ;

(8) Angers ; (9) Marseille.

Introduction : Le syndrome de l'ulcère solitaire du rectum (SUSR) est une affection rare et chronique dont la prise en charge ne fait pas l'objet de recommandations consensuelles. Une revue de littérature récente ayant recensé les stratégies thérapeutiques et leur efficacité souligne la qualité hétérogène et le faible nombre de données scientifiques disponibles. Dans ces conditions, il apparaît légitime de se tourner vers une analyse des pratiques médicochirurgicales pour en faciliter les orientations de prise en charge.

Patients et Méthodes : Un questionnaire a été envoyé à tous les membres de la Société Nationale Française de ColoProctologie (SNFCP). La définition stricte du SUSR excluait les lésions rectales induites par un prolapsus rectal extériorisé. Dix-huit affirmations portant sur les critères de prise en charge thérapeutique et de guérison étaient proposées avec une évaluation semiquantitative par échelle de Likert en 5 points. Les items « pas d'accord, pas du tout d'accord » et « tout à fait d'accord, d'accord » étaient cependant regroupés pour valider ou non la proposition thérapeutique proposée.

Résultats : Parmi les 499 membres de la SNFCP, 91 (18,2%) ont répondu à l'ensemble des items du questionnaire. L'âge médian des répondants était de 52 [42-59] ans, 28/91 (30,8%) étaient chirurgiens viscéraux et 63/91 étaient gastroentérologues (69,9%). Seuls 15 membres (16,5%) suivaient plus de 5 malades avec SUSR par an. Les objectifs thérapeutiques évoqués étaient d'améliorer les symptômes pour 100% et d'obtenir la cicatrisation pour 53,9% et d'améliorer la qualité de vie pour 98,9% des praticiens. Le traitement par laxatifs et la rééducation en première ligne faisaient l'objet d'un consensus global puisqu'approuvés respectivement par 83,5% et 73% des praticiens interrogés. La nécessité d'une prise en charge psychologique était en revanche controversée entre les gastroentérologues (31,8%) qui la pensaient inutile et les chirurgiens (60,7%) qui la trouvaient nécessaire. Près de la moitié (45,1%) des praticiens ne se prononçaient pas sur l'utilisation du plasma argon dans les formes hémorragiques. La chirurgie était proposée en cas d'échec du traitement médical chez 81,1% des praticiens, en particulier en cas de procidence rectale interne de haut grade associée (69,2%) et de préférence par une rectopexie (79,1%). Plus de la moitié des répondants (74,7%) jugeait un suivi annuel nécessaire. Enfin, près d'un quart (24,2%) des répondants ne voyait pas la nécessité d'une prise en charge combinée médicochirurgicale.

Conclusion : Dans cette enquête de pratique, la cicatrisation du SUSR est une cible thérapeutique jugée trop difficile à atteindre : un traitement associant laxatifs et rééducation par biofeedback doit être proposé en première intention et un geste chirurgical en seconde ligne. Le traitement par plasma argon n'est pas souvent utilisé alors qu'il s'agit du seul traitement ayant fait l'objet d'études randomisées dans le traitement des formes hémorragiques.

Remerciements : Merci à tous les membres de la SNFCP ayant participé, merci à JB et Jerry pour leur aide

Références Bibliographiques : Claire Gouriou, Marion Chambaz, Alain Ropert, Guillaume Bouguen, Véronique Desfourneaux, Laurent Siproudhis, Charlene Brochard. A systematic literature review on solitary rectal ulcer syndrome: Is there a therapeutic consensus in 2018? Int J Colorectal disease 2018, review, in press

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/001050>

Aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des ano-rectites bactériennes sexuellement transmises dans un centre spécialisé

A. El Mituialy ⁽¹⁾, L. Mine ⁽¹⁾, L. Spindler ⁽²⁾, M. Aubert ⁽¹⁾, D. Soudan ⁽¹⁾, N. Fathallah ⁽¹⁾, A. Portal ⁽¹⁾, E. Pommaret ⁽¹⁾, E. Safa Far ⁽³⁾, L. Abbès ⁽¹⁾, H. Pillant-Le Moutil ⁽¹⁾, P. Benfredi ⁽¹⁾, D. Soudan ⁽¹⁾, B. Mory ⁽¹⁾, J. Lourtet ⁽¹⁾, A. Lemonnier ⁽¹⁾, V. de Parades ⁽¹⁾

(1) Paris ; (2) Strasbourg ; (3) Saint-Maur-des-Fossés.

Introduction : L'incidence des infections sexuellement transmises (IST) en France est croissante. Cela concerne notamment les IST ano-rectales à *Neisseria gonorrhoeae* et *Chlamydia trachomatis* mais elles ont été peu étudiées en Île-de-France.

L'objectif de cette étude était de préciser les formes cliniques des IST bactériennes ano-rectales au sein d'un centre de proctologie parisien.

Patients et Méthodes : L'étude était prospective observationnelle monocentrique. Tous les patients vus en consultation, en hospitalisation ou au bloc opératoire, et chez qui a été réalisé un prélèvement ano-rectal et des PCR à la recherche de *Neisseria gonorrhoeae* et *Chlamydia trachomatis*, ont été inclus entre le 1^{er} février 2018 et le 31 mai 2018.

Résultats : Il s'agissait de 110 hommes (90,9% des patients) et 11 femmes, d'âge médian de 32,5 ans (âge minimum : 18 ans ; âge maximum : 66 ans). Parmi les hommes, 94 (84,7%) avaient des rapports sexuels avec des hommes. Douze patients (9,9 %), tous de sexe masculin, utilisaient la prophylaxie pré-exposition. Trente et un patients (25,6 %) avaient un antécédent d'ano-rectite à *Neisseria gonorrhoeae* ou *Chlamydia trachomatis*.

Sur les 121 prélèvements ano-rectaux, il y a eu 2 échecs techniques de réalisation de PCR et 53 patients (44,5%) ont été positifs à *Chlamydia trachomatis* et/ou *Neisseria gonorrhoeae* : 22 patients (18,5%) pour *Chlamydia trachomatis*, 18 patients (15,1%) pour *Neisseria gonorrhoeae* et 13 patients (10,9%) pour les deux.

Soixante-sept patients déclarent au moins un rapport sexuel à risque dans les 6 derniers mois. Parmi eux, 36 (54 %) avaient des prélèvements positifs pour *Neisseria gonorrhoeae* et/ou *Chlamydia trachomatis*.

La majorité des symptômes (faux besoins, rectorragies, douleur anale, ulcération endo-canalair, rectite érythémateuse ou fissuration vraie) étaient similaires pour les deux infections. Seules les fistules anales avec abcès étaient plus fréquentes en cas d'infection à *Neisseria gonorrhoeae* qu'à *Chlamydia trachomatis* (p=0,03).

Un complément de sérologie (VIH, VHB, VHC, TPHA-VDRL) a été réalisé chez 47 patients (38,8%) dont 15 (32 %) avaient un profil sérologique en faveur d'une syphilis active et un patient avait une sérologie VIH positive.

Conclusion : Cette étude a confirmé les données cliniques déjà connues concernant les IST ano-rectales à *Neisseria gonorrhoeae* et *Chlamydia trachomatis*. Elle a également soulevé l'hypothèse d'une nouvelle forme clinique de l'infection à *Neisseria gonorrhoeae*, à savoir la fistule anale avec abcès. Cette donnée est importante car elle pourrait justifier la réalisation systématique de prélèvements ano-rectaux en cas de facteurs de risque d'IST et modifier la prise en charge thérapeutique de ces fistules spécifiques (antibiothérapie préopératoire, voire exclusive en cas de guérison).

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000370>

Proposition d'un score de saignement hémorroïdaire

N. Fathallah ⁽¹⁾, J. Meyer ⁽¹⁾, H. Beaussier ⁽¹⁾, V. de Parades ⁽¹⁾, G. Chatellier ⁽¹⁾

(1) Paris.

Introduction : L'évaluation de la sévérité de la maladie hémorroïdaire repose sur le score de Goligher qui n'apprécie cependant que le degré de prolapsus. Le but de cette étude était de proposer un score, inexistant à notre connaissance à ce jour, visant à évaluer spécifiquement les saignements hémorroïdaires.

Patients et Méthodes : Ce score de saignement était basé sur 4 items supposés les plus pertinents en pratique clinique par deux proctologues exerçant dans un centre de référence tertiaire. Une valeur de 0 à 2 était associée à chaque item, sauf pour l'item « anémie » dont les valeurs varient de 0 à 3 lui conférant un poids plus important. Les valeurs du score vont de 0 (=absence de saignement) à 9 (=saignement le plus sévère).

Cette étude prospective monocentrique, approuvée par le comité d'éthique du groupe hospitalier, a inclus tous les patients consécutifs, âgés de plus de 18 ans, ayant consulté pour des saignements hémorroïdaires entre le 1^{er} mai 2016 et le 30 juin 2017. Les critères de non inclusion étaient l'absence de couverture sociale, l'incompréhension de la langue française, le refus de suivi, les femmes enceintes, les patients sous anticoagulants ou antiagrégants, les patients ayant des troubles innés de la coagulation ou l'hémostasie, les patients ayant une incontinence anale, une fissure et/ou une maladie inflammatoire chronique de l'intestin non équilibrée. Pour les patients éligibles, une fiche d'information était remise et la non opposition notée dans le dossier. Une fiche de recueil de données était remplie en consultation au moment de l'inclusion et un traitement médical, instrumental ou chirurgical était proposé. La même fiche de recueil était complétée lors de la consultation de suivi post-thérapeutique permettant ainsi de calculer le score de saignement avant et après traitement. La reproductibilité inter-observateurs du score a été ensuite étudiée chez 30 patients consécutifs supplémentaires inclus durant le mois d'octobre 2017. En pratique, le score était calculé après un interrogatoire du patient le même jour par les deux proctologues référents de l'étude.

Résultats : Cent patients consécutifs ont été inclus. Onze patients n'ont pas été inclus. Une indication chirurgicale a été posée chez 36 patients. Aucune chirurgie n'a été proposée pour un score ≤ 3 (0/11), elle a été proposée pour 25,4 % (16/63) des patients pour un score entre 4 et 6 et pour 77 % (20/26) pour un score ≥ 7 . Il y avait une corrélation positive significative entre le score de saignement et l'indication chirurgicale (p<0,001). Le calcul de la sensibilité, de la spécificité et de l'indice de Youden pour chaque valeur du score de saignement a permis de définir une valeur cut-off « 5 » pour prédire l'indication chirurgicale avec une sensibilité de 75 % et une spécificité de 81,25 %. En analyse multivariée, parmi l'âge, le sexe, le score de prolapsus et le score de saignement, seul ce dernier était significativement associé à l'indication opératoire (OR: 12,27, 95% CI: 3,24 à 46,52). Chez les 100 patients inclus, 8 ont été perdus de vue. Quinze patients sur 36 ont accepté la chirurgie proposée. Tous les autres ont eu un traitement médical et/ou instrumental. Le suivi moyen après traitement était de 7 mois (± 4). Le score de saignement diminuait significativement : 5,33 ($\pm 1,78$) avant vs 2,38 ($\pm 1,99$) après traitement (p<0,0001). La reproductibilité inter-observateurs du score était excellente (kappa pondéré = 0,983).

	Jamais	0
Fréquence	< 1 / jour ou à chaque selle	1
	≥ 1 / jour ou à chaque selle	2
Type	Jamais	0
	Ressuage +/- sous-vêtements	1
	Cuvette	2
Anémie	Jamais	0
	Carence en fer sans anémie	1
	Sans transfusion	2
	Avec transfusion	3
	Peu ou pas de gêne	0
Sévérité	Gêne modérée	1
	Gêne franche	2
Score global		

Conclusion : Cette étude a permis de proposer un premier score de saignement hémorroïdaire simple, sensible, reproductible et pertinent cliniquement.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000081>

Préférences des patients pour le sexe du médecin lors de l'examen proctologique : à propos de 130 cas

M.A. Lkousse ⁽¹⁾, A. El Farouki ⁽¹⁾, Y. Ismail ⁽¹⁾, J. El Atmani ⁽¹⁾, K. Gharbi ⁽¹⁾, S. Oubaha ⁽¹⁾, Z. Samlani ⁽¹⁾, K. Krati ⁽¹⁾

(1) Marrakech, MAROC.

Introduction : L'examen clinique en proctologie reste plus que dans toute autre spécialité l'examen de référence. Néanmoins, l'exploration de cette région est souvent très mal vécue par le patient parce qu'il s'agit d'un examen inconfortable, s'attachant à l'examen d'une zone sensible pour la majorité, tabou pour beaucoup et érogène pour certains. Le sexe du médecin effectuant cet examen est l'un des paramètres influençant le confort et la satisfaction des patients. **L'objectif de notre étude** est d'évaluer les préférences pour le sexe du médecin traitant, chez les patients se présentant en consultation de proctologie.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude prospective menée à l'unité d'explorations fonctionnelles en se basant sur un questionnaire rempli avant la réalisation de l'examen proctologique. Nous avons inclus 130 patients ayant bénéficié d'un examen proctologique pour la première fois durant la période allant de juin à Aout 2018. Nous avons ainsi exclus les malades qui ont déjà bénéficié d'un examen proctologique.

Résultats : Parmi les 130 patients inclus dans l'étude, il s'agissait de 60 hommes et 70 femmes. L'âge moyen des hommes était de 47 ans (extrêmes de 22 et 71 ans) et celui des femmes était des femmes 44 ans (extrêmes de 23 à 62 ans). Soixante trois pour cent des femmes (44 sur 70) ont exprimé une préférence de sexe, 42 pour un médecin femme et 2 pour un médecin homme. Seulement 10% (6 sur 60) des hommes ont exprimé une préférence de sexe ($p < 0,001$). Parmi les 6 hommes ayant indiqué une préférence de sexe, 5 préféraient un médecin homme et un seul un médecin femme. Aucun des 43 patients qui préféraient un médecin femme et les 7 patients qui préféraient un médecin homme n'étaient prêts à attendre plus longtemps pour être examiné par un médecin du sexe préféré.

Conclusion : Comparait aux hommes, les femmes sont plus susceptibles d'avoir des préférences de sexe pour le médecin effectuant l'examen proctologique.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfgc.org/resumes-2019/000960>

Pathologies anales non traumatiques chez les conducteurs de taxi-moto dans une grande ville d'Afrique subsaharienne : aspects cliniques et facteurs associés

C.N.M. Sokpon ⁽¹⁾, A.R. Kpessou ⁽¹⁾, K.R. Vignon ⁽¹⁾, A.K.A. Dine ⁽¹⁾, J. Sehonou ⁽¹⁾

(1) Cotonou, BÉNIN.

Introduction : Les troubles les plus fréquemment associés aux conducteurs professionnels de taxi-motos sont les maladies cardiovasculaires et musculo-squelettiques. Cependant certaines pathologies anales non traumatiques pourraient fréquemment se rencontrer chez ce type de population, à cause de l'appui prolongé de la zone ano-périnéale sur les selles de leurs motos avec des frottements. **Le but de ce travail** était de décrire les aspects cliniques des pathologies anales non traumatiques chez les conducteurs de taxi-moto (CTM) à Cotonou et d'étudier les facteurs associés à leur survenue.

Matériels et méthodes : Il s'agissait d'une étude transversale descriptive et analytique, à recueil prospectif qui s'était déroulée sur une période de 4 mois (juin à septembre 2018). Etaient inclus 770 CTM âgés de 18 ans ou plus, tous de sexe masculin, exerçant leur activité dans la ville choisie, et ayant donné leur consentement pour l'étude. N'étaient pas inclus les sujets âgés de moins de 18 ans, les femmes, et ceux incapables de parler ou ceux souffrant d'un handicap mental. L'enquête s'était déroulée à l'aide d'une interview directe basé sur un questionnaire standardisé, suivi d'un examen proctologique associant une anoscopie suivant le cas. L'analyse était effectuée avec les logiciels statistiques SPSS 25. La comparaison des proportions (variables qualitatives) était faite par le test statistique de Chi2 de Pearson, avec comme seuil de significativité $p < 0,05$.

Résultats : L'âge moyen des sujets était de $35,47 \pm 9,71$ avec des extrêmes de 18 et 67 ans. Un antécédent médical personnel d'hypertension artérielle était présent chez 6,4% des CTM, aussi un antécédent familial de maladie hémorroïdaire avait été noté chez 257 CTM, soit 33,4%. Les manifestations cliniques étaient dominées par des rectorragies (40,4%), la défécation douloureuse (26,9%), le prurit anal (17,3%), le prolapsus hémorroïdaire (7,7%) et une tuméfaction anale (3,8%). En analyse univariée, l'étude des facteurs associés aux symptômes proctologiques montrait que : l'abus de viande était associé à la survenue des rectorragies ($p < 0,001$) ; les repas gras étaient associés au prurit anal ($p < 0,001$) et à l'incontinence anale ($p = 0,002$) ; les repas épicés étaient associés à la tuméfaction anale ($p < 0,001$). Le prolapsus hémorroïdaire survenait au décours de la défécation ($p < 0,001$). La majorité des CTM présentait un trouble de léger de l'érection (43,1%). Il avait aussi un lien entre les troubles de l'érection et les symptômes proctologiques ($p < 0,001$).

Conclusion : Les symptômes proctologiques étaient dominés par les rectorragies. Les facteurs associés aux symptômes étaient : l'abus de viande, les repas gras, ou épicés et les troubles de l'érection.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfgc.org/resumes-2019/000519>

P.165

Perception de l'examen proctologique chez une population marocaine généraleH. Omari ⁽¹⁾, M. Nachit ⁽¹⁾, M. Tahiri Joutei Hassani ⁽¹⁾, F. Haddad ⁽¹⁾, W. Hliwa ⁽¹⁾, A. Bellabah ⁽¹⁾, W. Badre ⁽¹⁾

(1) Casablanca, MAROC.

Introduction :

L'examen proctologique est une étape fondamentale et de référence devant toute pathologie de la région ano-rectale. Néanmoins, l'examen relatif aux problèmes ano-rectaux revêt des difficultés, parfois difficile à surmonter vue l'intimité et la sensibilité de la zone examinée. Ainsi, cette situation exige que non seulement un climat de confiance doive s'instaurer entre le médecin et son patient, mais aussi, et surtout, être en connaissance de cause de différents points de vue des gens sur cet examen pour pouvoir franchir les barrières psychologiques.

Le but de notre travail est la mise en relief de ces points de vue sur l'examen proctologique chez un échantillon de la population marocaine.

Patients et Méthodes : Etude transversale à visée descriptive s'étalant sur une période de 3 mois du 24/06/18 au 24/09/18 et basée sur un questionnaire anonyme destiné à une population marocaine générale.

Résultats : 212 personnes sont incluses, l'âge moyen est de 38,92 ans [16ans-82ans], avec une prédominance féminine (sex-ratio à 1.16). 52.4 % sont des ruraux (n=111). 57.5% sont mariés (n=122). 65.2% ont un niveau d'étude bas (n=138) et 56.1% sont actifs (n=119). 15.1% ont un antécédent d'un examen proctologique dont le vécu est décrit comme étant gênant chez 8% (n=17) et traumatique chez 3.3% (n=7).

L'examen proctologique pose problème chez 89.6% (n=190) de cette population, exprimé par la honte ou la peur.

La part de la honte est de 59.43% (n=126). Chez 53.17% (n=67/126) l'examen est décrit comme une sensation de viol d'intimité. Chez 31% (n=39/126) le problème est le sexe du médecin, masculin ou féminin, et chez 15.9% (n=20/126) le problème demeure celui de la pudeur.

Par ailleurs, la peur est exprimée chez 30.18% des gens interrogés (n=64) ; peur de la douleur chez 57.8%(n= 37), des complications chez 12.2% (n=8) et peur des résultats de l'examen chez 29.7 (n=19).

34% des personnes interrogées refusent catégoriquement de faire l'examen (n=72), même s'il est impératif, et 66.1% ont accepté d'en être soumis (n=140).

Conclusion : Notre étude, fondée sur l'interrogation d'une population marocaine témoin, a montré que l'examen proctologique pose problème chez 89.6% des gens, par honte chez 59,43% et par peur chez 30,18%. Par ailleurs, 34% refusent complètement d'être soumis à cet examen.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000161>

P.166

Stimulation médullaire pour le traitement de douleurs sacro-coccygiennes chroniques consécutives à une chirurgie de kyste pilonidal (étude de cas)M. Khalfallah ⁽¹⁾, L. Savalli ⁽²⁾, M. Begué ⁽²⁾, A. Forest ⁽³⁾, P. Lafont ⁽³⁾

(1) Paris ; (2) Cambo-les-Bains ; (3) Périgueux.

Introduction : Nous présentons ici un cas d'utilisation de la stimulation médullaire pour le traitement de douleurs sacro-coccygiennes persistantes à distance d'une exérèse de kyste pilonidal et résistantes au traitement antalgique médicamenteux.

Patients et Méthodes : Une patiente de 59 ans présente des douleurs périnéales complexes dans les suites d'une chirurgie d'un kyste pilonidal avec complication infectieuse locale. Le territoire douloureux est localisé dans la région coccygienne avec diffusion à la région sacrée, au muscle fessier et à la région lombaire inférieure. Les douleurs sont présentes en position debout et lors de la marche mais principalement mal tolérées en position assise avec une douleur évaluée à 7/10 sur l'EVA après 30 minutes en station assise sur un coussin. Cette patiente présente un historique de 2 ans de douleur chronique rebelle au traitement médical avant la prise en charge par stimulation médullaire.

Cette patiente a bénéficié de l'implantation d'une électrode chirurgicale en regard du cône médullaire (niveau L1). La stimulation était délivrée par un dispositif multi-source, doté d'un algorithme de navigation permettant un contrôle précis du site de stimulation. Les évaluations cliniques ont porté sur le recouvrement de la zone douloureuse par la stimulation médullaire, l'amélioration de la douleur ainsi que le gain fonctionnel (capacité à maintenir la station assise).

Résultats : Après 1 an, la symptomatologie douloureuse coccygienne s'est nettement améliorée. L'amélioration estimée par la patiente est de plus de 80%. Les traitements antalgiques médicamenteux ont été totalement stoppés. La stimulation médullaire a permis une couverture complète du territoire douloureux par les paresthésies, avec un soulagement complet des douleurs périnéales et fessières en position debout et lors de la marche. La patiente peut rester en position assise durant plus de quatre heures, alors que la durée de la station assise n'excédait pas 30 minutes, avec coussin, avant l'implantation. On note une diffusion épisodique des paresthésies dans le membre inférieur droit liée à la flexion des jambes (maximum 30min/jour) ainsi que des douleurs transitoires au niveau de l'implant (10min/jour).

Discussion : La stimulation basse fréquence générant une couverture paresthésique a montré une réduction sensible des douleurs chez cette patiente. Des modalités de stimulation imperceptibles (Burst et haute fréquence) offrent des options supplémentaires dans la prise en charge de la douleur et ont démontré leur efficacité dans d'autres indications. Ce mode de stimulation imperceptible pourrait être envisagé de manière non invasive chez cette patiente par simple reprogrammation de l'implant.

Conclusion : Cette étude de cas présente la stimulation médullaire comme pouvant être une solution efficace pour soulager les douleurs périnéales complexes consécutives à une chirurgie de kyste pilonidal. Ce constat devra être confirmé par l'évaluation à long-terme d'un plus grand nombre de patients.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000294>

P.167

Profil épidémiologique des manifestations ano-périnéales au cours de la maladie de Crohn

H. Gdoura ⁽¹⁾, A. Siala ⁽¹⁾, M. Boudabbous ⁽¹⁾, L. Chtourou ⁽¹⁾, A. Amouri ⁽¹⁾, L. Mnif ⁽¹⁾, N. Tahri ⁽¹⁾
(1) Sfax, TUNISIE.

Introduction : La maladie de Crohn est une inflammation chronique panariétale. Les lésions ano-périnéales (LAP) sont des manifestations fréquentes, observées chez plus de 50% des patients atteints de maladie de Crohn (MC). Elles peuvent précéder, accompagner ou survenir secondairement par rapport aux lésions intestinales. Elle représente un défi thérapeutique pour le praticien.

Le but de ce travail était de préciser le profil épidémiologique et les facteurs de risque de développement des LAP chez nos patients atteints de MC.

Matériels et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective réalisée au service de gastro-entérologie du CHU Hédi Chaker de Sfax colligeant les patients atteints de maladie de Crohn hospitalisés entre le 31 décembre 2015 et le premier janvier 2017.

Résultats : Nous avons inclus 119 patients atteints de maladie de Crohn au cours de la période de l'étude. Notre série comptait 60 sujets masculins soit 50,4%. L'âge moyen était de 35,5 ans (14 – 87 ans). Parmi eux, 37 (31,1%) se présentaient avec des manifestations anopérinéales. Les manifestations anopérinéales étaient inaugurales chez 19 patients (51,35%) et d'apparition secondaire chez les 18 autres. Il s'agissait de fistules et de fissures chez 17 patients pour chacune et de l'association des deux chez 3 patients. Les manifestations anopérinéales étaient classées complexes chez 17 patients (46 %). Un seul patient (2,7%) se présentait avec des manifestations anopérinéales isolées. L'étude analytique ne notait pas de différence entre les deux groupes selon le sexe, l'âge, le tabagisme, les antécédents familiaux de MICI et l'état général. Dans le groupe des sujets ayant développé des manifestations anopérinéales, l'atteinte colique était présente chez 28 patients (75,7%), isolée chez 12 patients et associée à une atteinte iléale chez 16 patients. En cas d'atteinte colique, le rectum était concerné par la maladie chez 26 patients (92,8%). L'atteinte iléale isolée était la moins représentée en cas d'atteinte anopérinéale : 8 sujets soit 21,6%. Dans l'analyse comparative, la différence était significative pour l'atteinte iléale (21,6% Vs 48,8%, p=0,005) et l'atteinte colique (75,7% Vs 24,3%, p=0,012). Aucun des patients avec des manifestations hautes ne présentait des manifestations anopérinéales. Concernant le phénotype de la maladie, la différence était significative seulement en cas de profil inflammatoire (18,9% Vs 81,1%, p=0,004). L'analyse comparative selon le profil évolutif ne retrouvait pas de différence au niveau du nombre d'hospitalisations, du nombre de poussées luminales et du recours à la corticothérapie.

Conclusion : L'atteinte anopérinéale au cours de la maladie de Crohn est fréquemment rencontrée chez nos patients et est complexe dans la moitié des cas. Elle s'associe souvent aux localisations distales et à des phénotypes sévères de la maladie mais semble évoluer indépendamment de l'atteinte luminale.

Pour consulter ce résumé en ligne :
<https://www.snfge.org/resumes-2019/000079>

P.168

Prise en charge des fistules anales tuberculeuses : expérience d'une unité hospitalière

M. Eloujoubi ⁽¹⁾, N. Benzoubeir ⁽¹⁾, I. Errabih ⁽¹⁾, F. Souidine ⁽¹⁾, L. Chahed Ouazzani ⁽¹⁾, H. Chahed Ouazzani ⁽¹⁾

(1) Rabat, MAROC.

Introduction : Les fistules anales tuberculeuses sont rares et posent un problème diagnostique et thérapeutique. L'objectif de notre travail est de rappeler les aspects épidémiologiques et anatomocliniques de cette pathologie et de mettre en évidence les particularités de la prise en charge diagnostic et thérapeutique des fistules anales tuberculeuses dans un pays d'endémie tuberculeuse.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective et descriptive étalée sur 34 ans, portant sur 116 cas de fistules anales tuberculeuses colligés dans notre service.

Résultats : Sur 8751 fistules anales recrutées de janvier 1984 à décembre 2017, 116 fistules anales tuberculeuses ont été diagnostiquées. L'âge moyen de nos patients est de 39,4 ans avec une nette prédominance masculine (81%). Aucun antécédent de tuberculose pulmonaire ou extrapulmonaire n'est retrouvé. La symptomatologie clinique n'est pas spécifique et dominée par l'abcès inaugural de la marge anale (77,6%). Une tuberculose pulmonaire associée a été retrouvée dans 19,8% des cas. Le diagnostic a été confirmé par l'étude anatomopathologique du trajet fistuleux et/ou des biopsies des berges de l'orifice fistuleux externe qui objective des éléments caséo-folliculaires (52,6%) et sur l'étude bactériologique qui montre la présence des BK dans le pus fistuleux (1,7%). Le traitement des fistules anales tuberculeuses est médico-chirurgical associant une thérapie anti-tuberculeuse et une fistulotomie dont les modalités varient selon la hauteur et la complexité du trajet fistuleux. L'évolution est favorable chez tous nos patients.

Conclusion : La fistule anale tuberculeuse est une entité rarissime et souvent méconnues vu sa ressemblance avec la maladie de Crohn ano-périnéale. Le diagnostic positif est essentiellement histologique. La prise en charge est médico-chirurgicale. La guérison complète et définitive est la règle sous traitement spécifique.

Pour consulter ce résumé en ligne :
<https://www.snfge.org/resumes-2019/000799>

Traitement de la fissure anale par injection de toxine botulique : résultats préliminaires d'une étude prospective

A. Soualmia ⁽¹⁾, C. Helis ⁽¹⁾, I. Ararem ⁽²⁾, H. Boussena ⁽¹⁾, K. Hifi ⁽¹⁾, F. Soualmia ⁽¹⁾, A. Matari ⁽¹⁾, M.A. Aouni ⁽²⁾

(1) Bida, ALGÉRIE ; (2) Alger, ALGÉRIE.

Introduction : La fissure anale est une affection fréquente en proctologie caractérisée par des manifestations douloureuses. La chirurgie occupe une place importante dans son traitement mais peut se compliquer de troubles définitifs de la continence anale, raison pour laquelle une alternative pharmacologique aux léiomyotomies chirurgicales suscite beaucoup d'intérêt. **Le but de notre travail** était d'évaluer l'effet de la toxine botulique sur la symptomatologie et la cicatrisation de la fissure anale.

Patients et Méthodes : Cette étude monocentrique, prospective et descriptive a été débutée en mars 2018 dans le service de gastroentérologie du centre régional médico-chirurgical de Bida; une première analyse des données a été réalisée en septembre 2018 afin d'obtenir les résultats préliminaires. Ont été inclus 37 patients successifs présentant une fissure anale n'ayant pas cicatrisée après 6 semaines de traitement par application locale de trinitrate de glycérole à 0,2%. Ont été exclus de l'étude les patients déjà opérés pour fissure anale avec récurrence, et ceux qui présentaient une fissure anale infectée. Tous les patients ont été traités par injection dans le sphincter anal interne de 100 unités de toxine botulique A type Dysport® (deux injections de 40U de part et d'autre la fissure et une injection de 20U à la base de la fissure). Le critère principal de jugement était la cicatrisation de la fissure au dixième jour, à un mois et à deux mois après l'injection et le critère secondaire était l'évolution de la symptomatologie. Le recueil des données a été fait sur logiciel EpiData 3.0 et l'analyse des données a été faite sur EpiData Analysis.

Résultats : L'âge moyen était de 33,65 ans (30,23 - 37,07) avec une prédominance masculine (83,4%) et un sexe ratio homme/femme de 5,16. La symptomatologie douloureuse était présente chez tous les patients et 35 patients (94,6%) avaient des rectorragies associées. Un patient avait une maladie hémorroïdaire externe et la maladie hémorroïdaire interne a pu être recherchée par anoscopie chez 26 patients (70,3%) et elle était associée à la fissure anale chez 23 d'entre eux (85,2%). Au cours de l'évaluation, 2 patients ont été perdus de vue, un après l'injection et l'autre deux mois après. Au dixième jour, l'injection de toxine botulique s'est compliquée d'une incontinence transitoire aux gaz chez 2 patients (5,6%) et d'une thrombose hémorroïdaire chez 5 patients (13,5%). La douleur avait diminuée chez 23 patients (63,9%) et totalement disparue chez 6 patients (16,7%), les rectorragies avaient diminuées chez 14 patients (41,2%) et disparues chez 15 patients (44,1%). La fissure anale avait totalement cicatrisée chez 5 patients (13,9%) et partiellement chez 10 patients (27,8%). Deux mois après l'injection, la symptomatologie douloureuse avait totalement disparue dans 26 cas (74,3%), les rectorragies n'étaient plus présentes dans 28 cas (84,8%). La fissure anale avait cicatrisée partiellement dans 6 cas (17,1%) et totalement dans 16 cas (45,7%). Même si 2 mois après l'injection de toxine botulique, la fissure anale n'avait pas cicatrisée chez 13 patients, une diminution voir une disparition de la douleur ont été observées dans 77% des cas ($p=0,004$) avec diminution voir arrêt des rectorragies dans 91,6% des cas ($p=0,03$).

Conclusion : Dans notre étude, le traitement de la fissure anale par injection de toxine botulique a permis à court terme une nette amélioration de la symptomatologie et une cicatrisation dans la majorité des cas. Néanmoins une évaluation au long terme reste à déterminer et d'autres études sont indispensables afin de définir et d'optimiser les modalités de son utilisation surtout chez les malades à risque d'incontinence après léiomyotomie chirurgicale.

Pour consulter ce résumé en ligne :
<https://www.snfge.org/resumes-2019/000869>

Traitement des fistules anales par radiofréquence

A. Merlini-L'héritier ⁽¹⁾, L. Siproudhis ⁽¹⁾, G. Bessi ⁽¹⁾, E. Le Balc'h ⁽¹⁾, J. Delahaye ⁽²⁾, T. Wallenhorst ⁽¹⁾, G. Bouguen ⁽¹⁾, C. Brochard ⁽¹⁾

(1) Rennes ; (2) Angers.

Introduction : Le but de l'étude était de déterminer le taux d'échec d'une technique innovante, consistant à coaguler le trajet des fistules anales par une sonde souple de radiofréquence, en comparaison avec le lambeau rectal d'avancement dans une étude cas-témoin.

Patients et Méthodes : Les patients traités par radiofréquence étaient appariés en âge, sexe et selon la présence d'une maladie de Crohn à des patients traités par lambeau rectal. Les caractéristiques de la fistule, les caractéristiques cliniques et les effets indésirables ont été enregistrés dans une base de donnée prospective. L'échec était défini par au moins un des items suivants : abcès, écoulement purulent, orifice externe ouvert et visible ou bien nécessité d'un nouveau geste chirurgical de drainage.

Résultats : Au total 62 patients (âge moyen: 45 [36,8-57,5] ans, 22 femmes et 40 hommes, maladie de Crohn : 22) ont été analysés. L'échec était plus élevé dans le groupe radiofréquence que dans le groupe lambeau (74,2% vs 32,2%; $p=0,004$). La probabilité cumulée d'échec de la radiofréquence était de 70,1% [56,1-81,7], 86,0% [73,9-93,6] et 94,8% [86,5-98,5] à 3,6 et 9 mois.

Les fistules anovaginales étaient significativement associées à l'échec dans le groupe radiofréquence en analyse univariée ($HR=7,1$ [2,1-22,5], $p=0,0001$): toutes les patientes du groupe radiofréquence ont récidivé.

Dans le groupe radiofréquence, 3 patients ont présenté un abcès nécessitant un drainage et une a présenté une ulcération thermique qui a nécessité la mise en place d'une stomie. Dans le groupe lambeau rectal, 2 patients ont présenté un abcès.

Conclusion : Dans notre expérience, la radiofréquence n'apparaît pas être une option satisfaisante dans le traitement des fistules anales et plus particulièrement des fistules anovaginales.

Pour consulter ce résumé en ligne :
<https://www.snfge.org/resumes-2019/001028>

Posologies et taux résiduels d'infliximab dans les lésions ano-périnéales de Crohn

N. Fathallah ⁽¹⁾, C. Cristea ⁽¹⁾, E. Chanteloup ⁽¹⁾, E. Pommaré ⁽¹⁾, H. Pillant-Le Mout ⁽¹⁾, O. Marty ⁽¹⁾, V. de Parades ⁽¹⁾
(1) Paris.

Introduction : Des données récentes de la littérature ont suggéré que la posologie et le taux résiduel d'infliximab nécessaires pour la mise en rémission des lésions ano-périnéales de la maladie de Crohn étaient supérieurs à ceux de l'atteinte luminale seule. Le but de notre étude était donc d'évaluer ces données chez nos patients traités pour une maladie de Crohn.

Patients et Méthodes : Cette étude monocentrique, non interventionnelle, avec recueil prospectif des données, a obtenu l'accord du comité d'éthique du Groupe Hospitalier. Tous les patients traités pour une maladie de Crohn par infliximab, instauré depuis au moins 6 mois avec une bonne observance thérapeutique, ont été inclus avec leur accord entre janvier 2018 et mars 2018 inclus. Les critères de non inclusion étaient la mauvaise observance thérapeutique et le refus de participation du patient.

Résultats : Durant ces 3 mois, 52 patients (53 % d'hommes), d'âge moyen de 38 ans (+/- 14) ont été inclus. Un patient a refusé de participer à l'étude. Dix-huit patients avaient une atteinte luminale seule, 30 patients une atteinte mixte luminale et ano-périnéale et 4 patients une atteinte ano-périnéale seule. Quinze patients (28 %) étaient en combothérapie, majoritairement sous azathioprine (n=13). Quinze patients (29 %) n'étaient pas en rémission complète sur des critères cliniques, biologiques, radiologiques et/ou endoscopiques, dont 6 (40 %) avaient une atteinte luminale seule, 6 (40 %) une atteinte mixte et 3 (20 %) une atteinte ano-périnéale seule. Sept patients (13 %) avaient des anticorps anti-infliximab. La posologie moyenne d'infliximab était de 6,88 mg/kg (+/- 2,32) et l'intervalle moyen entre chaque perfusion était de 7,8 semaines (+/- 1,13). La dose avait été optimisée chez 21 patients (40 %). Le taux résiduel moyen d'infliximab était de 6,32 µg/ml (+/- 5,65). Les principaux résultats sont résumés dans les tableaux 1 et 2. Enfin, aucune corrélation n'a été retrouvée entre la présence d'une combothérapie et des anticorps anti-infliximab (ns).

Tableau 1 : Posologies et taux d'infliximab selon le type d'atteinte

	Posologies (mg/kg)	d'infliximab	Taux résiduels d'infliximab (µg/ml)
Atteinte luminale seule	6,11 (+/- 1,76)		6,28 (+/- 5,14)
Atteinte luminale et ano-périnéale	7,17 (+/- 2,46)		6,34 (+/- 5,64)
Atteinte ano-périnéale seule	8,33 (+/- 2,5)		9,08 (+/- 8,02)
p	0,05		ns

Tableau 2 : Posologies et taux d'infliximab selon l'activité de la maladie, la présence d'anticorps anti-infliximab et d'une combothérapie

		Posologies d'infliximab (mg/kg)	Taux résiduels d'infliximab (µg/ml)
Maladie active	(+)	6,36 (+/- 2,09)	4,48 (+/- 4,45)
	(-)	8,16 (+/- 2,4)	7,06 (+/- 5,89)
	p	ns	ns
Anticorps anti-infliximab	(+)	5,36 (+/- 0,95)	0,8 (+/- 0,24)
	(-)	7,11 (+/- 2,38)	7,18 (+/- 5,53)
	p	ns	0,004
Combothérapie	(+)	7,16 (+/- 2,47)	6,66 (+/- 5,54)
	(-)	6,75 (+/- 2,27)	6,18 (+/- 5,69)
	p	ns	ns

Conclusion : Cette étude a conforté les données récentes de la littérature qui suggèrent la nécessité d'une posologie plus élevée d'infliximab en cas d'atteinte ano-périnéale de la maladie de Crohn par rapport à l'atteinte luminale seule. L'étude a également confirmé le rôle délétère des anticorps anti-infliximab sur les taux résiduels. De surcroît, ces derniers étaient plus importants en cas d'atteinte ano-périnéale versus luminale seule et chez les patients en rémission complète versus avec maladie active mais de façon non significative. Enfin, cette étude n'a pu définir une valeur seuil de posologie et de taux résiduel d'infliximab nécessaire pour obtenir une rémission ano-périnéale complète, probablement en raison de l'effectif insuffisant. Nous avons donc décidé de poursuivre ce travail afin d'étoffer la série.

Pour consulter ce résumé en ligne :
<https://www.snfge.org/resumes-2019/000021>

Fistulotomie et reconstruction sphinctérienne immédiate : une alternative au lambeau rectal d'avancement ?

E. Le Balc'h ⁽¹⁾, G. Bessi ⁽¹⁾, A. Merlini-L'héritier ⁽¹⁾, J. Delahaye ⁽¹⁾, T. Wallenhorst ⁽¹⁾, G. Bouguen ⁽¹⁾, C. Brochard ⁽¹⁾, L. Siproudhis ⁽¹⁾
(1) Rennes.

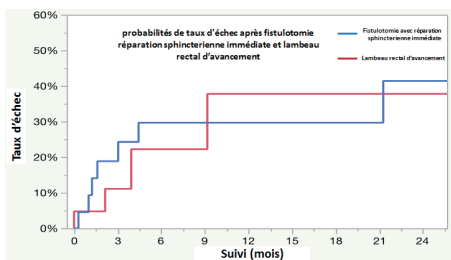
Introduction : La fistulotomie simple est un traitement efficace de la fistule anale mais elle comporte un risque d'incontinence postopératoire. Le lambeau rectal d'avancement ainsi que la fistulotomie avec réparation sphinctérienne immédiate peuvent offrir une meilleure chance de préservation de la continence, mais également un risque plus élevé de récurrence. Cette dernière procédure reste peu rapportée dans la littérature.

L'objectif de notre étude était de comparer les taux d'échec de ces deux procédures visant à préserver la fonction anale.

Patients et Méthodes : Les données d'une base prospective ont pu être extraites rétrospectivement et comparées à celle du lambeau rectal d'avancement auprès de patients appariés en âge et en sexe. Les critères d'inclusion étaient : un âge supérieur à 18 ans et une fistule transsphinctérienne haute drainée. Le critère d'exclusion était : une fistule simple. L'échec était défini par au moins un des éléments suivants: abcès, écoulement purulent, ouverture externe visible ou procédure de drainage supplémentaire.

Résultats : Les données de 44 patients (âge médian: 40,5 [32,6-53,5] ans, sexe F / M: 14/30, maladie de Crohn: 11) ont été évaluées. Les groupes étaient comparables pour le tabagisme actif, l'obésité, la maladie de Crohn et les antécédents de chirurgie anale. Les probabilités de taux d'échec après fistulotomie réparation sphinctérienne immédiate étaient respectivement de 36,6% [21,3-54,7] et 55,9% [38, 2-72,3] à 3 et 6 mois. Ces taux étaient plus élevés que ceux du lambeau rectal d'avancement (28,3% [15,5-45,8] et 41,0% [25,6-58,3] à 3 et 6 mois respectivement; p = 0,07). La récurrence post opératoire était cependant plus simple quand elle s'adressait à des fistules basses intersphinctériennes. Un seul patient a signalé une incontinence post opératoire précoce aux gaz.

Conclusion : Par rapport au lambeau rectal d'avancement, la réparation sphinctérienne immédiate après la fistulotomie mérite une évaluation prospective à la fois pour l'analyse du taux d'échec, de la gestion des récurrences et des troubles de la continence à long terme.



Pour consulter ce résumé en ligne :
<https://www.snfge.org/resumes-2019/000808>

Maladie de Crohn et maladie de Verneuil ano-périnéale : une association rare et handicapante

O. Kharmach ⁽¹⁾, I. Benelbarhdadi ⁽¹⁾, F.Z. Ajana ⁽¹⁾

(1) Rabat, MAROC.

Introduction : La maladie de Crohn (MC) et la maladie de Verneuil (MV) présentent de nombreuses similitudes : maladies chroniques, récidivantes, destructrices, évoluant par poussée-rémission. La localisation ano-périnéale est fréquente dans les deux affections et a un impact majeur sur le pronostic et la qualité de vie des patients. Les objectifs de notre travail visent à mettre en évidence la rareté de cette association méconnue et pourtant préoccupante, et de souligner l'importance de la chirurgie pour un traitement efficace de la MV afin d'éviter les récidives.

Matériels et méthodes : Etude rétrospective sur une période de 17ans (2001-2018), colligeant les cas hospitalisés dans notre formation pour prise en charge d'une maladie de Crohn associée à une maladie de Verneuil. Les données ont été recueillies à partir des registres de Crohn du service.

Résultats : Sur 831 patients suivis pour maladie de Crohn, nous avons pu recueillir l'association de maladie de Crohn et maladie de Verneuil chez un seul malade. Il s'agit d'un homme de 27 ans, tabagique, sans antécédents familiaux de MC ni MV. Le diagnostic de MC a précédé celui de MV. L'atteinte ano-périnéale de MC était associée à une atteinte iléo-caecale, celle de MV était isolée. Le patient a bénéficié d'hémi-colectomie droite et drainage de fistules anales pour sa MC, puis drainage de fistules périméales de sa MV avec colostomie de décharge (à titre externe) puis perdu de vue. L'évolution est marquée par la récurrence des lésions périméales de MV. Au bilan morphologique : MC en rémission, IRM pelvienne : Fistules périméales ne communiquant pas avec canal anal. Le malade a bénéficié d'une large exérèse des parties molles malades pour un traitement efficace de sa MV avec rétablissement de continuité digestive.

Discussion : Cette association concerne surtout les femmes, de 30 à 40 ans. Le diagnostic de la MC précède le plus souvent celui de MV. La MC atteint quasiment toujours la région ano-périnéale, côlon et rectum. La MV a une localisation préférentielle au niveau axillaire chez la femme, ano-périnéale chez l'homme. Elles ont des morbidités communes : SPA, EN... Le diagnostic de MV est clinique. Le diagnostic différentiel est difficile dans le cas de localisations péri anales isolées, et ce même sur l'histologie, la colonoscopie est indispensable quand la question se pose, même en l'absence d'autre symptomatologie digestive. La chirurgie est le seul traitement efficace de la MV, le simple drainage n'est pas efficace, la récurrence dans le même territoire étant inéluctable, le traitement repose sur l'ablation complète des tissus malades. La cancérisation est exceptionnelle.

Conclusion : Cette association n'est peut-être pas fortuite. La MC survient en général avant la MV, affectant surtout la région ano-périnéale, rectum et côlon. Son évolution est sévère et probablement de même pour la MV. La prise en charge thérapeutique dans l'atteinte ano-périnéale est difficile, son caractère récidivant nécessitant des interventions chirurgicales itératives constitue un réel handicap.

Références Bibliographiques : Cohen L, et al. L'association maladie de Crohn et maladie de Verneuil : une crise annoncée ? Presse Med. 2017.
De Parades V, Nassif A, Cohen L, Cosnes J. La maladie de Crohn et la maladie de Verneuil, un ménage à deux qui peut tourner à l'embrouille.... Hépatogastro 2016 ; 23 : 295-299.
Agnès S. La maladie de Verneuil ano-périnéale. POST'U (2014) > 1-4

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/001092>

La maladie de Verneuil : expérience d'une unité de proctologie

B. Bouibaouen ⁽¹⁾, S. Belmaqrout ⁽¹⁾, I. Errabih ⁽¹⁾, F. Soudine ⁽¹⁾, L. Chahed Ouazzani ⁽¹⁾, N. Benzzoubair ⁽¹⁾

(1) Rabat, MAROC.

Introduction : La Maladie de Verneuil est une pathologie inflammatoire chronique, suppurative, fistulisante et sclérosante des follicules pilosébacés. Elle représente moins de 5% des suppurations ano-périnéales chirurgicales

L'objectif de notre étude est de décrire les aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques de cette affection.

Matériels et méthodes : il s'agit d'une étude rétrospective sur une période de 42 ans, de Janvier 1976 à Janvier 2018, portant sur les cas de maladie de Verneuil, opérés au sein de notre service.

Résultats : 120 patients ont été traités dans notre service pour maladie de Verneuil périnéale. L'âge moyen était de 39 ans (extrêmes de 21 et 78 ans). 117 hommes et 3 femmes avec un sex-ratio H/F de 39. Sur le plan clinique, les lésions étaient caractéristiques, sous forme de nodules se regroupant en placards infiltrés et indurés de la peau et du tissu sous cutané associés à des trajets fistuleux pluri officiels. L'atteinte était bilatérale dans 82 cas, unilatérale dans 38 cas. A distance, l'atteinte était axillaire dans 10 cas, scrotale dans 16 cas et mamelonnaire dans deux cas. L'association lésionnelle avec une fistule anale a été constatée dans 21 cas. Le traitement a été chirurgical dans tous les cas : excision à ciel ouvert en un ou plusieurs temps avec une cicatrice de bonne qualité. Aucune récurrence et aucune dégénérescence n'a été notée.

Conclusion : La maladie de Verneuil est une cause classique de suppuration ano-périnéale. Il ne s'agit pas d'une maladie rare mais d'une affection souvent méconnue, diagnostiquée tardivement. Son diagnostic est clinique. Les examens complémentaires sont moins utiles pour faire le diagnostic que pour dépister une éventuelle dégénérescence.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000930>

P.175

Faut-il alléger les stratégies de suivi des personnes à risque de cancer de l'anus si l'examen proctologique et la cytologie anale sont normaux au début de la prise en charge ?

J. Moreau ⁽¹⁾, L. Siproudhis ⁽¹⁾, A. Lion ⁽¹⁾, C. Brochard ⁽¹⁾, E. Le Baic'h ⁽¹⁾, A. Merlini-L'héritier ⁽¹⁾, G. Bessi ⁽¹⁾, T. Wallenhorst ⁽¹⁾, G. Bouguen ⁽¹⁾, A. Lièvre ⁽¹⁾

(1) Rennes.

Introduction : L'augmentation de l'incidence des néoplasies anales intra-épithéliales et du carcinome épidermoïde de l'anus dans certaines populations à risque (VIH, néoplasie du col utérus et du canal anal) justifie la mise en place d'un dépistage individuel. Cependant, on est confronté en pratique courante à la réalisation d'examen nombreux et source d'anxiété pour les personnes suivies. Le but du travail était d'analyser l'histoire naturelle des malades ayant, en dépit du terrain, un premier examen proctologique normal, à la fois sur le plan macroscopique et cytologique.

Patients et Méthodes : L'analyse a porté sur les données recueillies prospectivement au sein d'une cohorte monocentrique de malades à risque de cancers de l'anus comportant au moins deux examens cliniques avec frottis pour analyse cytologique (phase liquide Thinprep) et de génotypage virologique (PCR Multiplex pour détection des HPV à haut risque de dysplasie). Les lésions macroscopiques d'intérêt et/ou la présence d'une cytologie en faveur de lésions de dysplasie de haut grade (HSIL) faisaient l'objet d'une anuscopie haute résolution et de biopsies pour confirmation histologique. Le suivi était semestriel ou annuel en fonction de la nature des lésions dysplasiques observées. La normalité de l'exploration était définie par l'absence d'anomalie macroscopique visible et la normalité de l'examen cytologique. La clairance virale était définie par la disparition durable des génotypes viraux tout au long du suivi.

Résultats : 131 personnes avaient une première exploration proctologique et cytologique normale (M/F : 114/17 ; âge : 48 [43-58] ans ; HPV à haut risque : 61 (48%)) : elles ont fait l'objet d'un suivi médian de 133 [72-220] semaines et 3 examens [2-4] par patient . Au cours du suivi, il a été observé des HSIL, des lésions de bas grade (LSIL) et des lésions indéterminées (ASCUS) chez 5 (4%), 20 (15%) et 12 (9%) malades respectivement. Aucune lésion infiltrante n'a été notée. En analyse actuarielle, ces lésions survenaient plus précocement et avec une incidence plus élevée chez les fumeurs mais le statut VIH, la présence d'HPV à haut risque, le genre et la sexualité anale n'étaient pas associés à l'apparition de ces anomalies. La clairance virale des HPV à haut risque n'était observée que chez 5 personnes (18%). Chez les 88 malades qui avaient, en revanche deux explorations consécutives normales (N=88 ; 67%), aucune lésion de dysplasie n'a été observée au cours du suivi.

Conclusion : Lorsque l'examen proctologique et la cytologie anale sont normales à deux reprises au cours du suivi, et a fortiori chez les non-fumeurs, un espacement des surveillances pourrait être envisagé (3 à 5 ans). L'analyse de la composante virologique HPV ne semble pas déterminante dans cette situation. Ces hypothèses méritent d'être validées dans le cadre d'une étude prospective de stratégie.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000802>

P.176

La voie immunomodulatrice PD1/PDL1 dans les lésions malpighiennes intra-épithéliales de l'anus

M. Bucau ⁽¹⁾, N. Sritharan ⁽¹⁾, F. Walker ⁽¹⁾, A. Couvelard ⁽¹⁾, N. Gault ⁽¹⁾, L. Abramowitz ⁽¹⁾

(1) Paris.

Introduction : L'histoire naturelle du carcinome épidermoïde anal est mal connue. Le degré de dysplasie et la persistance du Papillomavirus Humain (HPV) jouent un rôle majeur. Des études ont montré que la voie immunomodulatrice PD-1/PD-L1 ralentirait l'immunité anti tumorale en diminuant la réponse des lymphocytes T, en favorisant la persistance de l'HPV et ainsi la dysplasie de haut grade. Mieux caractériser le lien entre dysplasie anale et l'expression des marqueurs PD-1/PD-L1 permettrait de cibler sur cette voie immunomodulatrice les nouvelles thérapeutiques, actuellement utilisées dans le cancer, et ralentir l'incidence du carcinome épidermoïde anal. La description de l'expression de ces molécules n'a jamais été réalisée dans les dysplasies anales.

Patients et Méthodes : Les patients suivis dans la cohorte AIN3 (NCT01877135) ont été régulièrement prélevés lors des récidives de lésions HPV macroscopiques. Nous avons sélectionné pour chaque patient un prélèvement biopsique AIN3 et un AIN1 et/ou AIN2, stockés dans notre centre, lorsque la quantité de matériel le permettait. Pour chaque prélèvement, une étude immunohistochimique a été réalisée avec les anticorps anti-CD8, PD-1, PD-L1. La présence et la répartition (en bande sous-épithéliale ou intra-épithéliales) de lymphocytes exprimant CD8, et la présence de lymphocytes exprimant PD-1 ou PD-L1, et de cellules épithéliales exprimant PD-L1 ont été évaluées. La comparaison de ces caractéristiques immunohistochimiques a été réalisée entre le groupe des prélèvements AIN2/AIN3 et celui des prélèvements AIN1.

Résultats : 33 patients ont été inclus et 78 prélèvements sélectionnés (60 AIN2/AIN3 et 18 AIN1). Les lymphocytes exprimant CD8 en bande sous-épithéliale ou intra-épithéliales étaient observés plus fréquemment dans les lésions AIN2/AIN3 versus AIN1 (respectivement 90% vs 60%, p=0.01 ; et 62% vs 33%, p=0.04). Les lymphocytes exprimant PD-1 étaient observés plus fréquemment dans les lésions AIN2/AIN3 versus AIN1 (41% vs 11%, p=0.03). Le marquage épithélial PD-L1 était présent dans 12% des AIN2/AIN3 et 6% des AIN1 (p=0.46). Pour les autres paramètres aucune différence significative n'était observée.

Discussion : les lésions dysplasiques anales s'accompagnent d'un infiltrat inflammatoire lymphocytaire exprimant PD-1, plus fréquent dans les lésions de haut grade. La disposition en bande des CD8 pourrait refléter une ébauche de réponse immunitaire anti-tumorale, plus marquée dans les lésions plus sévères.

Conclusion : Nos résultats confirment l'implication de la voie PD-1/PD-L1 dans l'histoire naturelle de la dysplasie anale, et suggèrent la réalisation d'essais cliniques pour évaluer l'intérêt de thérapies locales ciblant cette voie de l'immunité anti-tumorale.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000032>

P.177

Aspects cliniques et thérapeutiques du sinus pilonidal dans une population marocaine : étude rétrospective de 234 cas

S. Jamal ⁽¹⁾, F. Rouibaa ⁽¹⁾, Y. Touibi ⁽²⁾, S. Berrag ⁽¹⁾, S. Morabit ⁽¹⁾, F. Bouhamou ⁽¹⁾, T. Addajou ⁽¹⁾, S. Ouahid ⁽¹⁾, F. Nejari ⁽¹⁾, M. Tamzaourte ⁽¹⁾, A. Aourarh ⁽¹⁾

(1) Rabat, MAROC ; (2) Meknès, MAROC.

Introduction : La maladie pilonidale est une affection fréquente, survenant essentiellement chez l'adolescent et l'adulte jeune. C'est une cavité pseudo kystique contenant des poils, siègeant souvent dans la région sacro- coccygienne. Son traitement est chirurgical.

Matériels et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective d'une série de 234 patients opérés pour sinus pilonidal s'étalant sur une période de 9 ans de Janvier 2009 et Janvier 2018.

Résultats : La fréquence du sinus pilonidal est estimée à 5,8% en 4 place des affections proctologiques . L'âge moyen était de 23 ans (16-30 ans) avec une prédominance masculine 91,6%. L'écoulement purulent ou séro-sanguant chronique est le motif de consultation le plus fréquent, 90% présentent un suintement continu ou intermittent. La douleur mentionnée dans 26% des cas. La notion de prurit du sillon- inter fessier retrouvée chez 8%. Le diagnostic du sinus pilonidal a été aisé et strictement clinique. 174 patients ont bénéficiés d'une excision laissée en cicatrice dirigée ; ils forment le groupe A. le groupe B comprend 38 cas ayant bénéficié d'une excision suture primaire médiane ; enfin, le groupe C comprend 20 cas chez qui il a été réalisé une excision et une fermeture avec des procédés de plasties ainsi que deux malades ayant bénéficiés de la méthode de Karydakis. La durée d'hospitalisation était supérieure en cas de technique fermée. Les complications post-opératoires étaient plus fréquentes dans les groupes B et C. Les récidives sont moins importantes pour le groupe C (4,5%) et le groupe A (8,6%) que le groupe B (13,6%).

Conclusion : Le sinus pilonidal est une affection fréquente ; méconnue par les gastroentérologues , et dont le diagnostic est purement clinique . Le traitement est chirurgical ; et la technique la plus adéquate considérant la durée de cicatrisation et le taux de récurrence ; semble être l'excision avec plastie.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/001095>

P.178

Prise en charge des condylomes anaux : expérience d'une unité de proctologie

B. Bouibaouen ⁽¹⁾, S. Belmaqrout ⁽¹⁾, I. Errabih ⁽¹⁾, F. Soudine ⁽¹⁾, L. Chahed Ouazzani ⁽¹⁾, N. Benzoubeir ⁽¹⁾

(1) Rabat, MAROC.

Introduction : Les condylomes sont en rapport avec une infection sexuellement transmissible par le Human Papilloma Virus dont certains génotypes prédisposent à un risque de développement de carcinome épidermoïde de l'anus.

Le but de cette étude est de décrire les aspects épidémiologiques, cliniques, biologiques et thérapeutiques des condylomes anaux

Matériels et méthodes : c'est une étude rétrospective descriptive portant sur les malades pris en charge pour des condylomes anaux, sur une période de 10 ans, de Décembre 2007 à Décembre 2017. Ces patients ont bénéficié d'un interrogatoire, un examen proctologique, un examen gynécologique chez les femmes, un bilan d'IST puis d'un traitement médical ou chirurgical et d'une étude anatomopathologique des condylomes chez les malades opérés.

Résultats : Ont été colligés 340 malades. L'âge moyen était de 26 ans. 153 hommes et 187 femmes avec un sex-ratio F/H de 1,22.

290 ont rapporté une notion de rapports sexuels non protégés et 26 patients étaient suivis pour infection à VIH. Tous les patients rapportaient une excroissance périnéale prurigineuse. Il s'agissait de lésions en crêtes de coq périanales. On a objectivé une atteinte intra-canaulaire dans 238 cas. Les lésions génitales ont été retrouvées chez 12 femmes et 38 hommes, l'atteinte abdominale trouvée dans 1 cas

45 cas ont été mis sous Podophylotoxine, pour des lésions localisées sans atteinte intra-canaulaire, dont 12 cas ont été repris par électrocoagulation suite à un échec. 295 cas ont été traités d'emblée par électrocoagulation. Une dysplasie de faible grade a été retrouvée dans 2 cas. 4 patients (1,35%) ont présenté une récurrence des lésions.

Conclusion : Les condylomes anaux constituent l'infection sexuellement transmissible la plus fréquente au monde. Le traitement est souvent par électrocoagulation. Le risque de dégénérescence maligne de ces lésions impose une surveillance des malades.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000934>

Les sténoses anales post-hémorroïdectomies : à propos de 8 cas

M. Eloujoubi ⁽¹⁾, N. Benzoubeir ⁽¹⁾, I. Errabih ⁽¹⁾, F. Soudine ⁽¹⁾, L. Chahed Ouazzani ⁽¹⁾, H. Chahed Ouazzani ⁽¹⁾

(1) Rabat, MAROC.

Introduction : Les sténoses cicatricielles du canal anal sont des complications rares de la chirurgie ano-rectale. Celles post-hémorroïdectomies sont les plus fréquentes et constituent un handicap fonctionnel. **Le but de notre travail** est de rapporter notre expérience en matière de prise en charge des sténoses anales post-hémorroïdectomie.

Matériels et méthodes : Etude rétrospective menée sur 16 ans (janvier 2001 à décembre 2017). Ont été inclus tous les patients présentant une sténose anale compliquant une hémorroïdectomie type Milligan et Morgan. Les données étudiées : âge, sexe, manifestations cliniques et données thérapeutiques.

Résultats : Durant la période d'étude, un traitement chirurgical de la maladie hémorroïdaire a été prescrit chez 820 patients. L'hémorroïdectomie était pédiculaire ouverte de Milligan et Morgan dans tous les cas. 8 patients se sont compliqués par une sténose anale soit 0,98% des cas opérés. Il s'agit de 5 hommes et 3 femmes dont l'âge variait entre 28 et 65 ans. Tous ces patients ne faisaient pas correctement les soins post-opératoires notamment le toucher rectal. Le délai de survenue de la sténose variait de 3 à 16 mois. Les signes fonctionnels sont représentés essentiellement par la douleur anale avec difficulté à la défécation signalée par tous nos malades. L'examen proctologique a objectivé un cal fibreux avec une sténose anale circonférentielle superficielle chez cinq malades et profonde dans trois cas. 2 patients ont été dilatés au doigt alors que 6 malades ont nécessité une anoplastie. Tous les patients ont retrouvé un diamètre anal correct avec amélioration de la sensibilité discriminatoire.

Conclusion : La sténose anale post-hémorroïdectomie est une complication rare. Elle aggrave la réputation de cette pathologie déjà connue très douloureuse. Les anoplasties procurent de bons résultats. Le meilleur traitement est la prophylaxie par le choix d'une technique sécurisante et le respect des règles de l'hémorroïdectomie et des soins post-opératoires notamment le toucher rectal.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000796>

Apport de l'auriculothérapie comme méthode antalgique complémentaire dans la gestion des douleurs post-hémorroïdectomie en ambulatoire

D. Soudan ⁽¹⁾, M. D'ussel ⁽¹⁾, N. Lemarchand ⁽¹⁾, H. Pillant-Le Moutt ⁽¹⁾, M. Aubert ⁽¹⁾, A. Portal ⁽¹⁾, N. Fathallah ⁽¹⁾, G. Rejasse ⁽¹⁾, V. de Parades ⁽¹⁾

(1) Paris.

Introduction : L'hémorroïdectomie tripédiculaire ouverte est l'intervention chirurgicale hémorroïdaire la plus pratiquée en France. En 2014, elle était encore pratiquée en hospitalisation conventionnelle dans 82% des cas principalement en raison d'importantes douleurs post-opératoires. Sous l'impulsion d'un programme national soutenu par l'HAS, elle se réalise de plus en plus dans le cadre d'un parcours de soin ambulatoire [1]. Cependant, les douleurs postopératoires nécessitent la prise d'antalgiques de palier II (codéine, tramadol) souvent imparfaitement efficaces, et source d'effets indésirables imposant leur arrêt.

L'auriculothérapie consiste à stimuler par « puncture » des points déterminés du pavillon de l'oreille. Un récent rapport de l'INSERM ainsi que des méta-analyses ont montré un effet adjuvant efficace de l'auriculothérapie sur la gestion de douleurs postopératoires aussi bien en terme de douleur moyenne qu'en terme de consommation d'antalgiques [2,3,4]. L'objectif de cette étude était d'évaluer la faisabilité et l'efficacité de l'auriculothérapie dans la prise en charge des douleurs après hémorroïdectomie tripédiculaire en parcours ambulatoire.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude pilote monocentrique prospective observationnelle. Les patients volontaires bénéficiaient d'une séance d'auriculothérapie selon un protocole prédéfini en salle de réveil. La méthode était évaluée par auto-questionnaire sur les 4 premiers jours postopératoires mesurant la douleur moyenne quotidienne, la consommation d'antalgiques et la survenue d'éventuelles complications. Ce questionnaire était rendu par le patient au chirurgien à la première consultation à J15 postopératoire.

Résultats : Entre novembre 2017 et juillet 2018 inclus, 437 patients ont eu une hémorroïdectomie, dont 281 (64%) en ambulatoire. 24 (8.5%) ont bénéficié d'une séance d'auriculothérapie. En postopératoire, 17 questionnaires ont été rendus aux praticiens. Les intensités douloureuses mesurées par échelle numérique (EN) moyennes étaient de $2,9 \pm 1,8$ à J1, $3,3 \pm 2$ à J2, $2,4 \pm 1,5$ à J3 et $3 \pm 1,7$ à J4. Au quatrième jour, 7 patients (41%) ne prenaient plus d'antalgique. Seize patients (94%) ont eu leur première selle dans les quatre premiers jours. L'EN moyenne liée à la pose des aiguilles était de $1,6 \pm 1,3$. Aucune complication liée au geste d'auriculothérapie n'a été observée. Un patient a présenté un saignement précoce ayant nécessité une reprise chirurgicale et une nuit d'hospitalisation. La satisfaction moyenne concernant cette prise en charge était de $8,3/10 \pm 1,5$. Seize (94%) patients conseilleraient l'auriculothérapie si cela était à refaire.

Conclusion : L'auriculothérapie est une technique acceptable, bien tolérée et en apparence efficace dans la prise en charge des douleurs après hémorroïdectomie tripédiculaire en ambulatoire.

Références Bibliographiques : 4 Asher GN, et al. Auriculotherapy for pain management: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. J Altern Complement Med 2010.

3 Yeh CH, et al. Efficacy of auricular therapy for pain management: a systematic review and meta-Analysis. Evid Based Complement Alternat Med 2014.

2 Gueguen J, et al. Evaluation de l'efficacité de la pratique de l'auriculothérapie. INSERM U 669, 2013.

1 HAS, ANAP Ensemble pour le développement de la chirurgie Ambulatoire Socle de Connaissance Avril 2015. Saint Denis. HAS, 2015.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000200>

P.181

Traitement chirurgical des hémorroïdes par la technique HAL-RAR (série de 400 cas)H. Chergui ⁽¹⁾, H. Laraqui ⁽¹⁾, M. Tajedine ⁽¹⁾

(1) Rabat, MAROC.

Introduction : La nouvelle technique chirurgicale HAL-RAR, basée sur la ligature guidée par Doppler des branches terminales des artères rectales supérieures associée à la mucopexie trans-anales du rectum, peut offrir un confort postopératoire avec une douleur minimale et un faible risque de complication.

Patients et Méthodes : L'objectif de notre travail est d'évaluer à moyen terme cette technique chirurgicale sur une étude prospective de 400 cas atteints de la maladie hémorroïdaire, suivis au service de proctologie de l'Hôpital militaire Mohamed V de Rabat du 2 Octobre 2009 au 6 Juin 2016 traités par la technique chirurgicale Hal-Doppler. Cette évaluation a porté sur les données démographiques, les antécédents des traitements antérieurs, la symptomatologie clinique, les données relatives à l'intervention chirurgicale, l'évaluation postopératoire immédiate et l'évaluation à court et à moyen terme.

Résultats : Dans notre série, on a (80%) hommes. L'âge moyen de nos patients est de 50 ans, les symptômes de la maladie sont essentiellement représentés par les rectorragies (301 cas), douleur anale (294 cas) et prolapsus muco-hémorroïdaire (272 cas). Tous les stades sont concernés avec une prédominance des stades III (150 cas) et IV (170cas). La durée opératoire est de 28 min en moyenne. La durée d'hospitalisation est d'une journée chez 361 patients, 2 jours chez 32 patients et 3 jours chez 7 patients. Les complications postopératoires immédiates et tardives sont représentées essentiellement par la douleur (1,5%), les rectorragies (1%), et le prolapsus résiduel (1%)

Conclusion : A partir des résultats de notre série, nous pouvons conclure que la technique HAL-RAR est une alternative importante de l'hémorroïdectomie et de l'hémorroïdopexie grâce à son efficacité certaine, sans inconvénients notables et l'absence de complications postopératoires classiques représentées par le saignement et la sténose anale

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000329>

P.182

Enquête de pratique sur la prise en charge de la douleur post-opératoire après hémorroïdectomie pédiculaireA. Merlini-L'héritier ⁽¹⁾, A. D'Alessandro ⁽²⁾, C. Brochard ⁽¹⁾, E. Le Bal'h ⁽¹⁾, G. Bessi ⁽¹⁾, T. Wallenhorst ⁽¹⁾, G. Bouguen ⁽¹⁾, L. Siproudhis ⁽¹⁾, B. Vinson-Bonnet ⁽²⁾

(1) Rennes ; (2) Poissy.

Introduction : La Société Française d'Anesthésie-Réanimation (SFAR) a classé l'hémorroïdectomie pédiculaire parmi les interventions les plus douloureuses. La prise en charge de la douleur post-opératoire (DPO) fait appel à des techniques d'analgésie multimodale dont la mise en application est mal documentée. L'objectif de cette enquête est de préciser les modes de prise en charge de la DPO par les chirurgiens et proctologues aux vues des recommandations éditées par la SFAR et la Société Nationale Française de Colo-Proctologie (SNFCP.org) (1).

Matériels et méthodes : L'enquête concerne les hémorroïdectomies pédiculaires avec résection d'au moins deux paquets. Des questions à choix multiples ainsi que des questions ouvertes portent sur la technique opératoire, les modalités d'infiltration anesthésique périoropératoire et la prescription d'antalgiques per et post-opératoire. La cible interrogée était les membres de la SNFCP sollicités par auto questionnaire.

Résultats : Parmi les 499 membres de la SNFCP ayant reçu le questionnaire, 72 (14,4%) ont répondu aux items du questionnaire. L'âge médian des répondants (49 hommes et 23 femmes) est de 50 [38-62] ans. La proportion de chirurgiens viscéraux et de proctologues est respectivement de 65,3% et 31,9% (2,8% autre) : 63,9% des opérateurs exercent en structure privée, 20,8% en CHU, 12,6% en CHG et 13,9% en ESPIC.

Seuls 56,9% des opérateurs proposaient des laxatifs en préopératoire.

La dissection chirurgicale est réalisée au ciseau ou à la lame froide par 69,4% des opérateurs, 44,4 % utilisent le bistouri électrique et seulement 4,2% la thermofusion. L'hémostase pédiculaire est la plupart du temps réalisée avec une ligature au fil résorbable (87,5%), 6,9% utilisent une pince bipolaire et seulement 5,6% la thermofusion.

Un bloc anesthésique périnéal à visée analgésique est réalisé par 84,7% des opérateurs, mais seulement 32,8% utilisent un neurostimulateur de détection du nerf pudendal. Les opérateurs infiltrent préférentiellement de la Ropivacaine diluée à 7,5% (68,9%), seule ou en association avec la Lidocaïne. La plupart n'utilisent aucun adjuvant : 13,1% la Dexaméthasone en IV (1,6% en infiltration), 11,5% l'adrénaline.

En périoropératoire, les AINS et le paracétamol (respectivement 72,2 et 66,7%) sont plus souvent utilisés que les opiacés (23,6%).

Après l'intervention, les AINS sont la plupart du temps utilisés (94,4%) ainsi que le Paracétamol (83,3%) en première intention et à un moindre degré le métronidazole à visée antalgique (37,5%). Parmi les antalgiques de palier II, le Tramadol est le plus utilisé (56,9%) devant le Nefopam (25%), la Codéine (20,8%) ou l'Opium (16,7%). L'utilisation de morphiniques reste faible (16,7%). Les laxatifs sont prescrits de façon systématique par 84,7% des opérateurs et 9,7% recourent à une préparation colique type PEG.

Les trois quarts des opérateurs pensent que leur prise en charge de la douleur post-opératoire précoce est adaptée, mais la moitié seulement estime la douleur bien contrôlée lors de la première selle : 84,7% pensent qu'il est possible d'optimiser la prise en charge de la DPO et sont prêts à participer à une étude visant à évaluer et améliorer la DPO y compris en utilisant des applications pour smartphone (65%).

Conclusion : Cette enquête de pratique montre qu'il existe une hétérogénéité de prise en charge de la DPO après hémorroïdectomie pédiculaire malgré la publication des recommandations notamment dans la réalisation du bloc anesthésique. De plus, la DPO n'est pas suffisamment contrôlée lors des premières selles. Il serait intéressant d'évaluer de façon multi-centrique et nationale la prise en charge de la DPO après hémorroïdectomie pour l'optimiser et en particulier dans le cadre d'une prise en charge ambulatoire.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/001021>

Efficacité à plus de 5 ans de la ligature des artères hémorroïdales associées à une mucopexie

C. Ferrandis ⁽¹⁾, J.M. Fabreguette ⁽¹⁾, D. de Faucau ⁽¹⁾, F. Borie ⁽¹⁾

(1) Nîmes.

Introduction : But: Evaluer l'efficacité de la ligature des artères hémorroïdales associée à une mucopexie systématique (THDm), sur le long terme (> 5ans) dans le traitement de la maladie hémorroïdaire.

Patients et Méthodes : Du 22 avril 2009 au 29 avril 2013, 150 patients ont été opérés par la technique de THDm, présentant des hémorroïdes symptomatiques quelque soit le grade, ayant ou non bénéficiés d'un traitement médical ou instrumental avant l'intervention.

Les symptômes (prolapsus hémorroïdaire, saignement, gêne locale, incontinence) et l'indice de satisfaction recueillies en pré-opératoire, à la sortie, à un mois post opératoire, et à distance (> 5ans) étaient analysées. 101 patients ont eu une évaluation à plus de 5 ans.

Résultats : L'âge moyen était de 50 ans (+/-12). La durée moyenne de séjour était de 2,2 jours (Médiane = 2). La durée moyenne de suivi était de 65mois (+/- 33). La mortalité post opératoire et la morbidité étaient nulles. Le taux de récurrence après 5ans était de 35.6% (42% d'hémorragie, 36% de prolapsus, 22% de douleur). Le taux de ré intervention pour récurrence était de 19.8% avec un délai moyen de ré-intervention de 36mois (+/-28 mois). La douleur pré-opératoire était un facteur de risque de récurrence avec ré intervention (p=0.02 RR(1.2-12). Le taux de patient satisfait ou très satisfait après THDm était de 61.4%.

Conclusion : Malgré le caractère peu invasif et peu morbide du THDm et des résultats fonctionnels satisfaisants, le taux de récurrence à long terme était élevé même si seulement la moitié des patients avec récurrence étaient réopérés.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000024>

Fréquence et facteurs de risque d'hémorragie post-opératoire après chirurgie proctologique : une étude cas-témoin, monocentrique, rétrospective

S. Taieb ⁽¹⁾, P. Atienza ⁽¹⁾, J.D. Zeitoun ⁽¹⁾, M. Taouk ⁽¹⁾, J. Bourguignon ⁽¹⁾, C. Thomas ⁽¹⁾, N. Rabahi-Louanchi ⁽¹⁾, S. Ysmail-Dahlouk ⁽¹⁾, A.C. Lesage ⁽¹⁾, I. Etienne ⁽¹⁾

(1) Paris.

Introduction : Le risque de saignement post-opératoire a été peu évalué en chirurgie proctologique et aucunes données ne sont disponibles depuis l'introduction des anticoagulants oraux directs (AOD) et les nouvelles recommandations de l'HAS en 2012 modifiant les recommandations de gestion des antiagrégants plaquettaires (AAP). Le but de cette étude était d'évaluer la fréquence et les facteurs de risque d'hémorragie post-opératoire sévères, nécessitant un geste d'hémostase au bloc opératoire dans les 30 jours suivants la chirurgie

Patients et Méthodes : Parmi les 8990 opérés dans un seul centre d'une chirurgie proctologique (hémorroïdes, fissures, fistules et condylomes) de janvier 2012 à mars 2017, tous les cas de saignement post-opératoire nécessitant une reprise au bloc opératoire pour hémorragie dans les 30 jours suivants la chirurgie étaient identifiés rétrospectivement à partir des données du PMSI. Chaque cas était apparié sur deux témoins ajustés sur l'opérateur et le type d'intervention. Le sexe, l'âge, l'opérateur, l'indice de masse corporelle, la prise d'AOD ou d'AAP, ont été colligés. L'analyse des données a été faite en analyse uni puis multivariée. Pour les cas de saignement, ont été également étudiés le type de chirurgie, l'opérateur, le délai de saignement le nombre de culots globulaires transfusés.

Résultats : Soixante-cinq patients ont nécessité une reprise au bloc opératoire pour hémorragie post-opératoire sévère. La prévalence des hémorragies post-opératoires sévères, était de 0,7% toutes interventions confondues avec une fréquence de 2,5% pour l'hémorroidectomie tripédiculaire selon Miligan et Morgan. Le délai médian de saignement était de 6,2 jours et aucun patient n'a saigné après le 15^{ème} jour post-opératoire. Une transfusion a été nécessaire pour 9 patients soit un taux de transfusion, toutes interventions confondues, de 0,1%, et de 0,5% pour les hémorroidectomies tripédiculaires selon Miligan et Morgan. Parmi les cas, comme parmi les témoins, les antiagrégants plaquettaires avaient été maintenus pendant la chirurgie et les anticoagulants oraux avaient été relayés par une héparine de bas poids moléculaire ; il n'apparaissait pas de surrisque de saignement en cas de prise d'anticoagulants ou antiagrégants plaquettaires. En analyse multivariée, le sexe masculin représentait un facteur de risque d'hémorragie (p=0,01, OR 2,44 IC95[1,25-4,96]), et le tabagisme actif semblait lié à une diminution du risque d'hémorragie post-opératoire p=0,003, OR 3,13, IC95[1,47-7,09]. Le BMI et l'âge ne semblaient pas liés à un surrisque hémorragique p=0,08.

Conclusion : Le taux d'hémorragie post-opératoire sévère nécessitant une reprise au bloc opératoire dans les 30 jours est de 0,7 %, toutes interventions confondues, et de 2,5 % pour l'hémorroidectomie tripédiculaire selon Miligan et Morgan avec respectivement un taux de transfusion de 0,1% et de 0,5 %. Les anticoagulants oraux relayés par héparine et les antiagrégants plaquettaires maintenus pendant la chirurgie et en post-opératoire n'augmentent pas le risque de saignement. Le tabagisme actif semble être un facteur protecteur d'hémorragie et le sexe masculin un facteur de risque.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000037>

P.185

La gravité des symptômes est insuffisante pour prédire une altération majeure de la qualité de vie chez les patients atteints d'incontinence anale ou de constipation chronique

D.J. Ouizeman⁽¹⁾, E. Mariné-Barjoan⁽¹⁾, A. Hastier⁽¹⁾, M.L. Montoya⁽¹⁾, T. Piche⁽¹⁾

(1) Nice.

Introduction : L'incontinence anale fonctionnelle et la constipation chronique sont associées à une altération de la qualité de vie. Peu d'investigations concernant la corrélation entre les scores de symptômes et la qualité de vie ont été réalisées. Les objectifs de notre étude sont d'évaluer l'impact de l'incontinence anale et de la constipation chronique sur la qualité de vie dans un large effectif, et de tenter de déterminer un seuil de sévérité des symptômes permettant de préjuger d'une altération significative de la qualité de vie.

Patients et Méthodes : 422 patients adressés pour réalisation d'une manométrie anorectale dans le cadre de l'exploration d'une incontinence anale ou d'une constipation chronique ont été inclus de manière prospective. Les patients remplissaient des auto-questionnaires permettant d'évaluer la sévérité de l'incontinence anale par le score de Jorge et Wexner, de la constipation chronique par le score KESS, la qualité de vie par le score GIQLI, la consistance des selles par l'échelle de Bristol et la présence de troubles associés (retentissement sexuel, incontinence urinaire, dyschésie, pathologie hémorroïdaire).

Résultats : La population de l'étude était majoritairement féminine : 345 femmes (81,8%) pour 77 hommes (18,2%). La population constipée était significativement plus jeune que la population incontinente (âge moyen : 56 ± 17 ans contre 61 ± 15 ans respectivement, $p < 0,001$). Sur 213 patients atteints d'incontinence anale le score de Jorge et Wexner moyen était de 11 ± 4 (écart : 0-20). Sur 209 patients atteints de constipation chronique le score KESS moyen était de 21 ± 7 (écart 4-38). La qualité de vie était également altérée en cas d'incontinence anale et de constipation chronique (score de GIQLI : 87 ± 26 vs 89 ± 24 respectivement, $p = 0,46$). Les scores de symptôme et le score GIQLI étaient significativement corrélés ($r = 0,454$ pour l'incontinence et $r = 0,483$ pour la constipation; $p < 0,001$). Cependant, en raison de la dispersion des données, il n'a pas été possible d'établir un seuil de sévérité des symptômes attestant d'une altération significative de la qualité de vie. Une corrélation fortement significative était mise en évidence entre la qualité de vie et le retentissement sexuel ($r = 0,529$ pour l'incontinence et $r = 0,317$ pour la constipation; $p < 0,001$).

Conclusion : La qualité de vie est altérée dans l'incontinence anale et la constipation chronique de façon identique. L'utilisation du score de Jorge et Wexner pour l'incontinence anale et du score KESS pour la constipation chronique n'est pas suffisante pour prédire une altération significative de la qualité de vie du patient.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000359>

P.186

Obésité et cancer : l'exemple du carcinome hépatocellulaire

Y. Chikhi⁽¹⁾, R. Ouldgougam⁽¹⁾, S. Cheraitia⁽¹⁾, F. Lounes⁽¹⁾, S. Zemmouchi⁽¹⁾, W. Kouihail⁽¹⁾, M. Lahcene⁽¹⁾

(1) Alger, ALGÉRIE.

Introduction : Le carcinome hépatocellulaire (CHC) survient le plus souvent (80-85 %) sur un foie de cirrhose. En Algérie, les facteurs étiologiques sont principalement les virus des hépatites B et C, cependant d'autres causes sont associées à un risque accru de CHC, notamment les stéatopathies métaboliques qui sont en constante augmentation dans la population générale en raison de l'amplification de l'épidémie de diabète et d'obésité.

En Algérie, l'incidence de l'obésité a considérablement augmenté au cours des dernières années, elle atteint environ 21 % de la population adulte (selon les données de l'étude Tahina).

De nombreux travaux suggèrent que l'obésité augmente le risque de certains cancers digestifs notamment du CHC, le RR serait de 1,89.

Le but de l'étude a été de préciser la prévalence des sujets obèses au cours du CHC et de décrire les aspects anatomocliniques et évolutifs de ce groupe de patients.

Patients et Méthodes : 338 patients ont été hospitalisés dans notre service de janvier 2008 à Décembre 2016 pour prise en charge d'un CHC répondant aux critères diagnostiques histologiques ou radiologiques de BCLC (Barcelone Clinic Liver Cancer).

Résultats : L'étiologie virale a été retrouvée dans 68% des cas (45% d'origine virale C et 23% virale B) et la stéatopathie non alcoolique (NASH) a été incriminée chez 24 patients (6,8%).

Parmi 338 patients, 134 (39,6%) étaient obèses ou en surcharge pondérale avec un BMI moyen de 30 Kg/m^2 (26-43), l'âge moyen était de 64 ans (40-84 ans) avec une prédominance masculine discrète (sex ratio 1,23). Les antécédents de diabète et d'hypertension artérielle sont retrouvés respectivement dans 32% ($n=43$) et 41,8% des cas ($n=56$) et 9 % ($n=12$) des patients présentaient une dyslipidémie.

Au moment du diagnostic, 87% des patients étaient au stade de cirrhose. La tumeur était souvent de grande taille en moyenne de 61 mm de diamètre (13-240mm), elle était unique dans 44% des cas, l'AFP sérique était élevé ($>100 \text{ ng/ml}$) dans 41% des cas.

Selon la classification BCLC, les CHC étaient dans 55 % des cas à un stade avancé C ou D, cette situation explique que peu de patients aient bénéficié d'un traitement curatif (16% (résection chirurgicale $n=8$, radiofréquence $n=14$) ou palliatif (27% (chimioembolisation $n=15$, thérapie ciblée $n=21$)).

La survie à 12 et 24 mois comparée avec le groupe non obèse était respectivement de 19,2% et 14,7% pour le groupe obèse, 25,4% et 16,3% pour le groupe non obèse.

Discussion : Notre étude a confirmé cette augmentation de l'incidence de l'obésité ou du surpoids dans le CHC. Cependant, il ne semble pas exister de différence dans la présentation anatomo-clinique des CHC en comparaison avec le groupe non obèse, mais il existe une différence dans le profil évolutif avec une meilleure survie pour le groupe non obèse.

Conclusion : Le CHC demeure une complication fréquente de la cirrhose virale, néanmoins l'émergence de nouveaux facteurs, liés au syndrome métabolique (SM) et à ses composantes (diabète, obésité) associés à un traitement plus efficace des hépatites virales chroniques, va entraîner une modification de l'épidémiologie du CHC dans les prochaines années. Ces données suggèrent qu'on devrait en tenir compte dans l'avenir du surpoids et des facteurs métaboliques dans l'évaluation du risque de cancer.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000788>

P.187

Absence d'impact des anti-viraux directs sur la croissance tumorale du carcinome hépatocellulaire dans la cohorte Hepather ANRS CO22

A. Vallet-Pichard ⁽¹⁾, J.M. Correas ⁽¹⁾, C. Dorival ⁽¹⁾, F. Zoulim ⁽²⁾, A. Tran ⁽³⁾, M. Bourlière ⁽⁴⁾, P. Calès ⁽⁵⁾, D. Guyader ⁽⁶⁾, J.P. Bronowicki ⁽⁷⁾, D. Larrey ⁽⁸⁾, V. Leroy ⁽⁹⁾, C. Hézode ⁽¹⁰⁾, V. Loustaud-Ratti ⁽¹¹⁾, J. Gournay ⁽¹²⁾, V. de Ledinghen ⁽¹³⁾, T. Asselah ⁽¹⁴⁾, N. Ganne-Carrié ⁽¹⁵⁾, S. Metivier ⁽¹⁶⁾, O. Chazouillères ⁽¹⁾, I. Rosa ⁽¹⁰⁾, D. Samuel ⁽¹⁷⁾, P. Mathurin ⁽¹⁸⁾, H. Fontaine ⁽¹⁾, F. Carrat ⁽¹⁾, S. Pol ⁽¹⁾

(1) Paris ; (2) Lyon ; (3) Nice ; (4) Marseille ; (5) Angers ; (6) Rennes ; (7) Vandœuvre-lès-Nancy ; (8) Montpellier ; (9) Grenoble ; (10) Créteil ; (11) Limoges ; (12) Nantes ; (13) Bordeaux ; (14) Clichy-la-Garenne ; (15) Bondy ; (16) Toulouse ; (17) Villejuif ; (18) Lille.

Introduction : Si un risque significatif de carcinome hépato-cellulaire (CHC) associé aux antiviraux directs (AVDs) chez les patients infectés par le virus de l'hépatite C (VHC) est maintenant exclu, un effet potentiel des AVDs sur la croissance tumorale reste débattu. Nous avons réalisé une comparaison en aveugle de la cinétique de récurrence du CHC chez les patients traités (AVD+) ou non (AVD-) par AVDs.

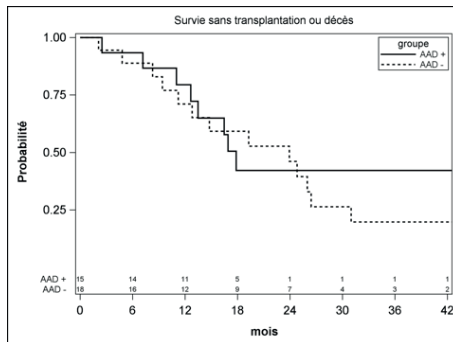
Patients et Méthodes : Une relecture radiologique (tomodensitométrie et/ou imagerie par résonance magnétique), en aveugle, a été réalisée par un binôme radiologue/hépatologue chez 40 patients infectés par le VHC ayant une récurrence de CHC (J Hepatol 2016), 6 mois avant la récurrence, au moment de la récurrence et dans le suivi. Sept patients (17,5%) ont été exclus car le traitement initial n'était pas confirmé comme curatif (réponse incomplète chez 6 et localisation extra-hépatique pariétale chez le 7^{ème} patient). Trente des 33 patients avaient déjà été traités par interféron antérieurement.

Quinze patients AVD+ (3 en association avec de l'interféron pégylé) avant la récurrence du CHC (survenant 9 (0-33) mois après le traitement) ont été comparés aux 18 patients AVD-, dont 4 ont commencé un traitement par AVD après la récurrence du CHC. Le suivi médian (IQR) était de 17 (13-23) mois chez les AVD+ et 28 (11-51) mois chez les AVD- ($p = 0,11$).

Résultats : Il y avait 24 hommes, dont l'âge médian était de 62 (57-71) ans ; 31 (94%) avaient une cirrhose. Les patients AVD+ avaient un score de MELD plus bas que les patients AVD- (7,5 vs 10,1, $p = 0,03$). Le délai médian de la récurrence de CHC (temps entre la date du traitement curatif du CHC et le diagnostic de récurrence) n'était pas statistiquement différent (21 vs 17 mois) ($p = 0,28$) entre les AVD+ et les AVD-. Il n'y avait pas de différence dans les taux de récurrence unifocale (vs multifocale) (47 vs 33%, $p = 0,85$), les taux de forme nodulaire (vs infiltrante) (93 vs 100%, $p = 0,45$), dans le diamètre médian du plus gros nodule (14 vs 19 mm, $p = 0,40$), dans les taux d'invasion portale (6,7 vs 5,6%, $p = 0,99$). Sept patients sont décédés dans chaque groupe ; 1 patient a été transplanté dans le groupe AVD+ et 7 dans le groupe AVD-, sans différence sur la survie globale et/ou sur la survie sans transplantation (médiane 17,8 vs 23,9 mois, respectivement, $p = 0,98$) (Figure). Il n'y avait pas de différence entre les 2 groupes sur l'apparition de nouveaux nodules dans le suivi ($p = 0,78$), ou sur le temps RECIST jusqu'à progression ($p = 0,81$).

Conclusion : Cette analyse en aveugle de la récurrence de CHC, après un traitement jugé comme curatif, ne met pas en évidence d'impact significatif du traitement par AVDs sur le délai de récurrence, la sévérité ou la progression du CHC. Même si cela n'impacte pas la survie globale, ces résultats suggèrent que le traitement par AVDs pourrait être débuté chez tous les patients cirrhotiques, y compris chez ceux ayant un antécédent de CHC.

Références Bibliographiques : Lack of evidence of an effect of direct-acting antivirals on the recurrence of hepatocellular carcinoma: Data from three ANRS cohorts. ANRS collaborative study group on hepatocellular carcinoma (ANRS CO22 HEPATHER, CO12 CirVir and CO23 CUPILT cohorts). J Hepatol. 2016 Oct;65(4):734-740.



Pour consulter ce résumé en ligne :
<https://www.snfge.org/resumes-2019/000131>

L'épidémiologie du carcinome hépatocellulaire en Polynésie française : forte incidence et rôles prépondérants de l'hépatite B, de l'obésité et du diabète

B. Condat ⁽¹⁾, A.A. Lascols ⁽¹⁾, D. Lutringer-Magnin ⁽¹⁾, A. Loria ⁽¹⁾, E. Beaugendre ⁽¹⁾, J.A. Bronstein ⁽¹⁾, F. Chakhtoura ⁽¹⁾, W. A Lo ⁽¹⁾, I. Rosa ⁽²⁾, S. Lastère ⁽¹⁾, F. Bost-Bezeaud ⁽¹⁾, J.M. Segalin ⁽¹⁾, C. Duvoux ⁽²⁾

(1) Papeete, FRANCE (POLYNÉSIE FRANÇAISE) ;
(2) Crétail.

Introduction : L'épidémiologie du carcinome hépatocellulaire (CHC) en Polynésie française (Pf), zone de forte endémie du virus de l'hépatite B (VHB), est mal connue.

Patients et Méthodes : Inclusion rétrospective des cas de CHC diagnostiqués de 2008 à 2017 en Pf à partir des données d'activité médicale de l'hôpital et des cliniques de Pf, du service d'anatomo-pathologie et des fiches de RCP. Description au moment du diagnostic et analyse des registres communaux de décès (point au 31/07/18).

Résultats : Au total, 139 cas de CHC ont été inclus selon les critères suivants : preuve histologique (52%), critères de Barcelone actuels (21%), autres arguments associés à un taux d'alpha-fœtoprotéine > 400 ng/mL (27%). Le taux brut d'incidence annuel a augmenté au cours de la période étudiée : 2,7 en 2008, 4,4 en 2013 et 9,1/100000 habitants en 2017 (H : 14,9, F : 3,0). Le taux pour les patients nés aux Australes (un archipel de 7000 habitants dont les îles sont distantes de 700 à 1300 kilomètres de Tahiti) étaient de 15,9 en 2008, 29,2 en 2013 et 43,1/100000 habitants en 2017. L'âge médian au diagnostic était de 61 ans [extrêmes : 34-83], 114 patients (82%) étaient des hommes.

Tableau : Prévalences des facteurs de risque de CHC.

	Pf (n=139)	Métropole*, cohorte CHANGH, (n=782)
VHB	50%	9%
Obésité (IMC>30)	55%	18% de syndrome métabolique
Diabète	33%	
Alcool	50%	72%
VHC	4%	15%

Parmi les 24 patients nés aux Australes, 20 (83%) étaient porteurs du VHB.

Parmi les 69 patients porteurs du VHB, aucun ne répondait à l'ensemble des critères de portage asymptomatique. L'AgHBe était positif dans 6 cas (9%). La virémie moyenne du VHB était de 4,7 log (SD : 1,8). Le VHB n'était pas connu avant le diagnostic de CHC dans 35 cas (51%), était connu mais non suivi dans 17 cas (25%) et connu et suivi dans 17 cas (25%). Un CHC précoce (critères de Milan) n'était diagnostiqué que dans 26 cas (19%). Trente quatre patients (32%) n'avaient pas de cirrhose.

La survie médiane était de 4,5 mois [0-108]. Les survies à 1 et 3 an étaient respectivement de 31% et 15%. En cas de diagnostic dans le cadre d'un dépistage échographique systématique (n=24) et de diagnostic hors dépistage (n=111) la survie médiane était de 19 mois [1-107] et de 2,6 mois [0-108], respectivement.

En cas de traitement à visée curative [greffe (n=4), résection (n=24), radiofréquence (n=2)], de traitement palliatif [Sorafénib (n=57), chimio-embolisation (n=2)] et de soins de support, la survie médiane était de 31 mois [1-108], 3,9 mois [0-58] et 1,3 mois [1-37], respectivement. Une survie > 3 ans était constatée chez tous les greffés.

Discussion : La centralisation de la prise en charge du CHC en Pf a permis une inclusion presque exhaustive. La comparaison avec la cohorte CHANGH est en cours.

Conclusion : La Pf est une zone de forte incidence du CHC en particulier pour l'archipel des Australes où l'incidence est l'une des plus élevée au monde. Le CHC est beaucoup plus fréquemment associé au VHB qu'en métropole. L'augmentation de l'espérance de vie et l'émergence de co-facteurs métaboliques sont probablement responsables de l'augmentation de l'incidence du CHC. En effet, l'obésité est devenu la première cause de CHC en Pf.

L'infection par le VHB est rarement diagnostiquée et suivie avant le diagnostic de CHC. Le dépistage échographique du CHC améliore le pronostic mais il s'agit d'une modalité de diagnostic peu fréquente. En conséquence, la découverte d'un CHC précoce est rare et peu de patients bénéficient d'un traitement curatif. La greffe est associée à une survie prolongée mais elle nécessite un transfert vers la métropole à 20 000 km. La radiofréquence et la chimio-embolisation sont peu prescrites car ces traitements ne sont pas disponibles en Pf. Toutes ces raisons pourraient expliquer le pronostic défavorable du CHC en Pf.

Ces observations devront servir de base pour améliorer la prévention et la prise en charge du CHC en Pf.

Remerciements : Remerciements au groupe CHANGH

Références Bibliographiques : *Rosa I et al. J Hepatol 2010;52:S231

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000652>

P.189

Etude descriptive et comparative des caractéristiques et de la prise en charge du carcinome hépatocellulaire sur hépatite B dans les populations de Guadeloupe et de Lyon

B. Julie ⁽¹⁾, M. Gelu-Simeon ⁽¹⁾, F. Zoulim ⁽²⁾, M.J. Lafrance ⁽¹⁾, L. Amaral ⁽¹⁾, G. Saint-Georges ⁽¹⁾, M. Alexis-Rosnel ⁽¹⁾, E. Saillard ⁽¹⁾, M. Levvero ⁽²⁾
 (1) Pointe-à-Pitre ; (2) Lyon.

Introduction : La prévalence du virus de l'hépatite B (VHB) aux Antilles, bien qu'en baisse reste 3 fois supérieure à celle de la France Métropolitaine et le VHB est la première cause de carcinome hépatocellulaire (CHC) aux Antilles. Cette étude a pour objectif de décrire et caractériser les facteurs de risque de survenue et la prise en charge du CHC sur VHB dans les CHU de Guadeloupe et de Lyon.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude observationnelle, rétrospective, ayant inclus tous les patients de plus de 18 ans ayant fait un CHC sur VHB aux CHU de Lyon du 22/06/2004 au 22/12/2016 et de Guadeloupe du 01/11/2004 au 01/04/2018. Étaient exclus les patients co-infectés (VIH, VHC et VHD) et AgHBs négatif.

Résultats : Ont été inclus 80 patients à Lyon et 25 en Guadeloupe, majoritairement des hommes (respectivement 88,5% vs. 88%, NS), d'âge médian 59 ans [18- 89] vs. 60 ans [27-89], NS. Le CHC se développait sur foie cirrhotique, respectivement dans 52,5% et 58% des cas, NS et au moins un facteur de co-morbidité était retrouvé dans 97,5% et 80% des cas, NS. La charge virale médiane du VHB était significativement plus élevée en Guadeloupe (4,33 log UI/ml) qu'à Lyon (3,4 log UI/ml) ; $p = 0,00018$.

Au moment du diagnostic de CHC, une cirrhose était présente dans 58% des cas en Guadeloupe vs. 52,2% à Lyon, NS et 82% des patients étaient sous traitement antiviral à Lyon contre seulement 36% en Guadeloupe ($p = 0,00024$).

Le CHC était plus avancé au diagnostic en Guadeloupe qu'à Lyon, avec une prévalence de thrombose porte respectivement de 71% et 45% ($p = 0,02$) et un taux d'AFP supérieur à 1000 respectivement dans 44% et 14% des cas ($p = 0,004$). En conséquence, l'accès aux traitements curatifs était moindre en Guadeloupe qu'à Lyon (20% contre 69%, $p < 0,001$).

Conclusion : Cette étude souligne l'importance des comorbidités sur la survenue du CHC sur VHB aussi bien dans les cohortes de Lyon et de Guadeloupe et confirme l'importance du dépistage du CHC au cours des hépatites chroniques B actives, même sous traitement. Le mauvais pronostic du CHC en Guadeloupe incite à promouvoir le dépistage du VHB et du CHC.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfgc.org/resumes-2019/000066>

P.190

Le score PAGE-B et risque de carcinome hépatocellulaire au cours des hépatopathies chroniques C traitées : quel lien ?

S. Hamdi ⁽¹⁾, N. Elleuch ⁽¹⁾, A. Hammami ⁽¹⁾, A. Ben Slama ⁽¹⁾, H. Jaziri ⁽¹⁾, A. Braham ⁽¹⁾, S. Ajmi ⁽¹⁾, M. Ksiaa ⁽¹⁾, A. Jmaa ⁽¹⁾
 (1) Soussse, TUNISIE.

Introduction : Le PAGE-B est un score prédictif de carcinome hépatocellulaire (CHC). C'est un score simple basé sur l'âge, le sexe et le taux de plaquettes. Il est validé pour les infections B chroniques traitées pas entécavir ou ténofovir. Sa place dans les hépatopathies chroniques C traitées reste à définir. L'objectif de notre étude était d'évaluer la corrélation entre le score PAGE-B et le risque de CHC au cours de l'hépatopathie chronique C traitée.

Patients et Méthodes : Des patients ayant une hépatopathie chronique C traitée ont été rétrospectivement colligés sur une période de 5 ans. Les malades ayant développé un CHC ont été identifiés notamment à 5 ans de suivi. Le diagnostic de petit CHC a été retenu selon les critères de Milan. Le score PAGE-B a été calculé chez tous les malades au moment du diagnostic. On a exclu de notre étude les malades qui ont une co-infection B ou HIV.

Résultats : Notre étude a inclus 50 malades d'âge moyen 54,9 ± 13,05 ans (16-86 ans). Il y avait 26 (52%) femmes et 24 (48%) hommes. L'infection virale C a été diagnostiquée au stade de cirrhose chez 32 (64%) patients. Trente-sept (74%) patients ont été traités par interféron pegylé associé à la ribavirine. Le ledipasvir avec sofosbuvir étaient prescrits chez 23 (46%) patients. Un (2%) patient a été traité par sofosbuvir et ribavirine. Une réponse virale soutenue a été obtenue chez 26 (52%) patients. Le suivi moyen était 7,2 ± 2,6 ans (5-15 ans). A 5 ans, 5 (10%) patients ont développé un CHC. Au cours du suivi, l'incidence de CHC était 14% (7 patients). Il s'agissait d'un petit CHC dans 57,1% des cas. Le score PAGE-B était significativement associé au risque de CHC à 5 ans (17 ± 1,2 vs. 8,8 ± 5,8 $p = 0,003$) et durant tout le suivi (14,7 ± 4,1 vs. 8,8 ± 5,9 $p = 0,016$). L'incidence de CHC à 5 ans chez 3 groupes de patients ayant un score PAGE-B inférieur à 4, entre 4 et 9 et supérieur ou égal à 10 était respectivement de 0%, 12,5% et 18,5%. Une étude du sous-groupe des malades diagnostiqués au stade de cirrhose montrait que le score PAGE-B n'était pas corrélé à l'apparition de CHC à 5 ans (17 ± 1,2 vs. 15,2 ± 3,5 $p = 0,26$).

Conclusion : Dans notre étude, le score PAGE-B semble être prédictif de survenue du CHC au cours de l'hépatopathie chronique C traitée. Ces résultats nécessitent d'être validés par une étude multicentrique à plus large échelle.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfgc.org/resumes-2019/001058>

Carcinome hépatocellulaire de novo après traitement par les agents anti-viraux directs : quelle incidence ?

A. Ben Mohamed ⁽¹⁾, M. Medhioub ⁽²⁾, L. Hamzaoui ⁽¹⁾, A. Khsiba ⁽²⁾, M. Mahmoudi ⁽²⁾, M.M. Azouz ⁽²⁾

(1) Tunis, TUNISIE ; (2) Nabeul, TUNISIE.

Introduction : L'impact de la réponse virologique sur l'évolution des patients cirrhotiques post virale C traités par des agents antiviraux à action directe (AAD) n'est pas encore bien établi. Quelques études ont récemment rapporté une augmentation de la récurrence du carcinome hépatocellulaire (CHC) ainsi que l'incidence du CHC de novo pendant la première année après le traitement.

But : Le but de notre étude était d'évaluer l'incidence du carcinome hépatocellulaire chez les cirrhotiques post virale C traités par les AAD.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude prospective incluant les cirrhotiques traités par des AAD entre Novembre 2016 et Septembre 2018 et ayant eu un dépistage du CHC par échographie abdominale chaque 6 mois.

Les schémas thérapeutiques utilisés étaient :

- sofosbuvir+ledipasvir ± ribavirine pour le génotype 1
- sofosbuvir+ribavirine pour le génotype 2.

Résultats : : Soixante-dix cirrhotiques âgés en moyenne de 68,24 ± 8,35 ans [36-85] étaient inclus. Ils étaient répartis en 54 femmes et 12 hommes (sex-ratio = 0,22). Quarante pour cent des patients étaient prétraités par bithérapie pégylée. La majorité des patients (95,7%) était infectés par un virus de génotype 1b. La cirrhose était décompensée chez 15 patients (21,4%), elle était classée Child B chez 16 patients (22,85%) et Child C chez un seul patient (1,42%) avec un MELD moyen à 10,25 ± 4,48 [8-35]. Une hypertension portale était présente dans 71,4% des cas. Deux patients avaient un CHC classé BCLC A ayant bien répondu à un traitement locorégional. La réponse virologique soutenue (RVS) à 12 semaines après la fin de traitement était de 100%. Pendant 22 mois de suivi, nous avons noté 2 cas de CHC de novo avec une incidence de 2,85 % et un délai moyen de survenue de 6 mois [4-8]. Les deux CHC étaient associés à un envahissement de la veine porte et classés BCLC C.

Le Child B de la cirrhose et la survenue antérieure d'une encéphalopathie hépatique, d'hémorragie digestive active et de décompensation oedémato-ascitique étaient statistiquement associés à la survenue de CHC avec des p respectivement de 0,031, <0,001, <0,001 et <0,001. En outre le taux moyen de plaquettes était significativement plus bas dans le groupe de CHC (74500 ± 2121,32 VS 119963,36 ± 49757,32 ; p=0,02).

Conclusion : Le traitement par les AAD avec RVS ne protège pas de la survenue de CHC en cas de cirrhose avancée avec une incidence de 2,85%.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfgc.org/resumes-2019/000487>

Risque de développer le carcinome hépatocellulaire (CHC) chez les patients suivis pour cirrhose d'étiologie virale au Cameroun

S.A. Eloumou Bagnaka ⁽¹⁾, H.N. Luma ⁽¹⁾, W. Bekolo ⁽¹⁾, T. Ebessa ⁽¹⁾, A. Malongue ⁽¹⁾, T.S. Taku ⁽¹⁾, M. Fodjo ⁽¹⁾, B.I. Dang ⁽²⁾, M.P. Kowo ⁽²⁾, P. Talla ⁽²⁾, M. Tagni-Sartre ⁽²⁾, F. Ankouane ⁽²⁾, N.D. Noah ⁽¹⁾

(1) Douala, CAMEROUN ; (2) Yaoundé, CAMEROUN.

Introduction : Le Carcinome Hépatocellulaire (CHC) reste l'ultime complication de la cirrhose. Les étiologies sont dominées par les virus des hépatites B et C. Le CHC est responsable de près de 50 à 70% de décès dans la population de cirrhotiques en Europe. L'incidence cumulée du CHC est de 11,4 % pour le VHC et de 7,4% pour le VHB en 4 ans. Le but était de déterminer le risque de développement du CHC chez les patients cirrhotiques au Cameroun.

Patients et Méthodes : Il s'agissait d'une étude de cohorte rétrospective. Elle s'est déroulée dans la période allant du 1^{er} janvier 2007 au 31 décembre 2017. Etaient inclus tout patient cirrhotique d'étiologie virale suivi par un gastroentérologue dans les hôpitaux de Douala et Yaoundé. Le diagnostic de CHC était retenu sur la base des arguments biologiques par le dosage de l'alphafoetoprotéine > 200 ng/mL et/ou de l'imagerie selon les recommandations. L'incidence était recherchée sur la base de la période de suivi allant de la date du diagnostic de la cirrhose à la date du diagnostic du CHC. Le test de log rank a permis de comparer les groupes. L'incidence était présentée sous forme de courbe de Kaplan Meier et la régression de Cox a permis de ressortir le risque relatif. La saisie et l'analyse des données ont été faites grâce au logiciel SPSS version 23. Le seuil de significativité était fixé à 0,05.

Résultats : Nous avons inclus 402 patients suivis globalement sur une période de 4033 mois parmi lesquels nous avons eu 52 cas de CHC. La durée moyenne de suivi était de 10 mois. L'âge moyen des patients était de 53,4 ± 17,0. On notait une prédominance masculine avec 56,5 % pour un sex ratio de 1,3. L'incidence globale du CHC était de 12,4 % à 1 an. Les taux d'incidence du CHC étaient de 11,5 % et 5,3% respectivement pour les virus B et C mais aucune association significative n'avait été retrouvée pour la survenue du CHC. Les facteurs prédictifs indépendants pour le développement du CHC après analyse multivariée étaient le sexe masculin (RRa= 2,40 ; IC95% [1,28-4,50], p=0,006), le diabète (RRa=1,95 ; IC95% [1,25-1,96], p= 0,03) et la cirrhose décompensée (RRa=3,57 ; IC95% [3,25-3,96], p=0,002).

Conclusion : Il ressort que le risque de développer un CHC au Cameroun est plus élevé que celui observé dans les autres pays. Les facteurs prédictifs indépendants pour la survenue du CHC sont le sexe masculin, la coïnfection VHB-VHD, le diabète et la cirrhose décompensée. Dès lors, il nous incombe de promouvoir la prévention des hépatites virales et d'améliorer la qualité du suivi des patients cirrhotiques afin de parer à une éventuelle progression vers le CHC.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfgc.org/resumes-2019/000909>

P.193

Impact de la surcharge pondérale sur le pronostic et la survie au cours du carcinome hépatocellulaire sur foie de cirrhose

M. Sabbah ⁽¹⁾, H. Yacoub ⁽¹⁾, D. Trad ⁽¹⁾, N. Bibani ⁽¹⁾, H. Eloumi ⁽¹⁾, A. Ouakaa Kchaou ⁽¹⁾, D. Gargouri ⁽¹⁾
(1) Tunis, TUNISIE.

Introduction : L'effet du syndrome métabolique au cours du carcinome hépatocellulaire (CHC) sur foie de cirrhose a été étudié. L'obésité semble en effet être un facteur de risque démontré et avoir un impact péjoratif sur la survie. Le but de notre étude était d'évaluer l'impact de l'obésité sur le pronostic du CHC sur foie de cirrhose dans notre expérience.

Patients et Méthodes : Une étude rétrospective a été réalisée, colligeant tous les patients ayant un CHC sur foie de cirrhose sur une période de 14 ans (Janvier 2002- Décembre 2016). Les patients ont été divisés en deux groupes : sujets obèses (BMI $\geq$ 25 Kg/m²) (groupe1) et sujets non obèses (BMI < 25 Kg/m²) (groupe2). Chez tous les patients, le diagnostic de CHC a été posé sur les données de l'imagerie hépatique (angio-TDM ou IRM). La stadification était réalisée selon BCLC. Les données épidémiologiques, les caractéristiques radiologiques, thérapeutiques et évolutives ont été comparées entre les deux groupes.

Résultats : Quatre vingt dix-neuf patients ayant un CHC ont été colligés, d'âge moyen égal à 66 ans avec un sex ratio de 0,67. Vingt-huit patients avaient un BMI $\geq$ 25 Kg/m². Dans le 1^{er} groupe, un diabète était retrouvé chez 7 patients (25%) sans différence significative entre les 2 groupes (p=0.8). Les étiologies de la cirrhose étaient réparties dans le 1^{er} groupe comme suit : hépatite C (50%), hépatite B (28.6%), indéterminée (17.9%) et CBP (3.6%) sans différence significative entre les 2 groupes. Le score de Child était plus avancé dans le groupe 1 (p=0,037). Au terme du bilan d'extension, le CHC chez le sujet âgé était classé selon BCLC comme suit : stade A (n=5), stade B (n=6), stade C (n=6) et stade D (n=9). L'obésité n'était pas corrélée à un stade plus avancé (stades C et D) (p=0.8) dans notre série. Par ailleurs, il n'y avait pas de différence dans la prise en charge thérapeutique entre les deux groupes. La survie à 6 et à 12 mois était meilleure dans le groupe 2 avec une différence significative (p=0.009 et 0,037).

Conclusion : Dans notre série, l'obésité est un facteur pronostic important au cours du CHC sur foie de cirrhose. La réduction de la surcharge pondérale pourrait sans doute améliorer la survie des patients en améliorant leur fonction hépatique et ainsi, les possibilités thérapeutiques.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000625>

P.194

Caractéristiques épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques du carcinome hépatocellulaire sur foie de cirrhose chez la femme

K. Chabbouh ⁽¹⁾, D. Issaoui ⁽¹⁾, C. Baccouche ⁽¹⁾, H. Kchir ⁽¹⁾, H. Chaabouni ⁽¹⁾, N. Maamouri ⁽¹⁾
(1) Tunis, TUNISIE.

Introduction : Le carcinome hépatocellulaire (CHC) est la tumeur primitive la plus fréquente du foie. La liaison entre cirrhose et CHC est indéniable. Le sexe masculin représente un facteur de risque indépendant de survenue de CHC sur foie de cirrhose. Le but de ce travail est de révéler les caractéristiques du CHC chez les femmes et de les comparer avec celles de l'homme.

Patients et Méthodes : Nous avons mené une étude rétrospective sur une période de 5 ans (2013-2018) colligeant tous les patients ayant un CHC sur foie de cirrhose. Nous avons réparti les patients en 2 groupes selon le sexe. Les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques du CHC ont été comparées entre les 2 groupes.

Résultats : Nous avons colligé 37 patients répartis en 21 patients de sexe féminin (groupe 1) et 16 de sexe masculin (groupe 2).

Les étiologies de la cirrhose chez les femmes étaient déterminées dans 91% des cas répartis comme suit : virale C (81%), virale B (5%) et virale B+C (5%). Chez les hommes, les étiologies de cirrhose étaient réparties comme suit : virale C (43.8%), virale B (31.3%), alcoolique (12.5%), virale B+C+alcoolique (6.2%) et post-sd de Budd Chiari (6.2%). Aucune différence significative n'a été notée entre les 2 groupes (p=NS). La cirrhose était classée Child A (42.8%), B (52.4%) et C (4.8%) pour le groupe 1 et classée Child A (56.25%), B (37.5%) et C (6.25%) pour le groupe 2 (p=NS). Les signes endoscopiques d'hypertension portale étaient retrouvés chez 76% des femmes et 87.5% des hommes (p=NS). Le taux de l'AFP était élevé chez respectivement 80.9% et 68.75% des patients du groupe 1 et 2 (p=NS). Le CHC était classé selon le score de BCLC, respectivement chez les groupes 1 et 2 en stade A (38.1% vs. 25%), B (28.6% vs. 43.75%), C (23.8% vs. 25%) et D (9.5% vs. 6.25%) avec une différence statistiquement non significative entre les 2 groupes (p= NS). Le traitement était curatif chez 38% des femmes et 25% des hommes (p=NS). Il consistait en une thermoablation par radiofréquence chez 6 femmes et 2 hommes et en une alcoolisation chez 2 femmes et 1 homme. Une résection chirurgicale était indiquée chez un seul homme. Le traitement palliatif avait consisté en une chimioembolisation chez 6 femmes et 5 hommes. Chez 7 femmes (33.3%) et 7 hommes (43.75%) l'abstention thérapeutique était adoptée (p=NS). La survie à 1 an était notée chez 57.1% des femmes et 50% des hommes. Deux femmes ont été perdues de vue (9.5%) contre 5 (31.25%) chez les hommes (p=NS).

Conclusion : D'après notre étude, il n'y a pas de différence significative concernant les caractéristiques cliniques et thérapeutiques du CHC sur foie de cirrhose entre les hommes et les femmes. Ceci est probablement dû au fait que le CHC est découvert à un stade avancé rendant un traitement curatif non envisageable et le pronostic réservé.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/001098>

P.195

Impact du diabète sur la survenue de CHC chez les patients cirrhotiques

F. Torjmen ⁽¹⁾, S. Ben Hamida ⁽¹⁾, S. Bradai ⁽¹⁾, F. Ichrak ⁽¹⁾, B. Saber ⁽¹⁾, E. Hanen ⁽¹⁾, B. Awatef ⁽¹⁾, M. Ben Hmida ⁽¹⁾, C. Imed ⁽¹⁾

(1) Bizerte, TUNISIE.

Introduction : Le carcinome hépatocellulaire correspond à une prolifération néoplasique d'origine hépatocytaire. C'est le plus fréquent des cancers primitifs du foie. Il survient dans 90% des cas sur une maladie hépatique, presque toujours une cirrhose.

Le but de ce travail était d'étudier l'impact du diabète sur la survenue d'un CHC chez les cirrhotiques

Patients et Méthodes : Etude descriptive rétrospective ayant colligé les patients cirrhotiques qui ont été suivis dans notre service pendant 5 ans. Ces patients étaient répartis en deux groupes selon la présence ou non du diabète.

Résultats : Nous avons colligé 208 patients cirrhotiques : 78 hommes et 130 femmes avec un sex ratio de 0,6. L'âge moyen des patients était 64 ans allant de 17 à 89 ans. La durée moyenne de suivi était de 3 ans. L'étiologie prédominante était virale dans 65,4 % (33,7 % virale C et 31,7 % virale B), suivie de la cause auto-immune (26,4 %) et de la CBP (3,4 %) et la cause de la cirrhose est restée indéterminée dans 4,8 % des cas. Quatre vingt huit patients étaient diabétiques soit 42,3 %. Le diabète était antérieur au diagnostic de cirrhose dans 64,4 %. Pour les patients diabétiques 55 patients (62,3 %) ont été atteints de CHC alors que pour les non diabétiques 15 patients (12,4 %) ont développé un CHC. La prévalence de CHC était plus élevée chez les cirrhotiques diabétiques (62,3 % versus 12,4 %) avec une différence significative ($p < 0,001$).

Conclusion : La présence d'un diabète est un facteur de mauvais pronostics chez les cirrhotiques. Il est associé à des complications plus fréquentes plus particulièrement le carcinome hépatocellulaire.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000116>

P.196

Quel serait l'impact du dépistage systématique du carcinome hépatocellulaire dans notre contexte ?

R. Benjira ⁽¹⁾, O. Laalij ⁽¹⁾, M. Lahlali ⁽¹⁾, A. Lamine ⁽¹⁾, N. Lahmidani ⁽¹⁾, M. Elyoussfi ⁽¹⁾, N. Aqodad ⁽¹⁾, D.A. Benajah ⁽¹⁾, M. Elabkari ⁽¹⁾, S.A. Ibrahim ⁽¹⁾, H. Abid ⁽¹⁾

(1) Fès, MAROC.

Introduction : Le carcinome hépatocellulaire (CHC) est la tumeur primitive du foie la plus fréquente, occupant le deuxième rang mondial en terme de décès spécifique par cancer. Les patients souffrant d'une hépatopathie chronique ou d'une cirrhose ont un risque accru de CHC.

Le but de notre travail est d'évaluer le bénéfice du programme de dépistage systématique du CHC sur la survie et l'accès au traitement.

Patients et Méthodes : c'est une étude rétrospective descriptive de 102 cas de CHC colligés au sein de notre service entre Janvier 2009 et Juillet 2018. Les patients dont le CHC avait été diagnostiqué dans le cadre d'un dépistage semestriel constituaient le groupe dépisté. Les autres constituaient le groupe non dépisté.

Résultats : L'âge moyen des patients de notre série est de : 62 ans [21;82] avec un sexe ratio H/F à 0,92. Quarante trois patients (42,1%) étaient sous protocole de dépistage et 59 (57,8%) non dépistés dont 54 symptomatiques.

La taille moyenne de la tumeur au moment du diagnostic était dans le groupe dépisté 2,4cm Vs 5,9 cm dans le groupe non dépisté. Les patients étaient classés Child A chez 48 % des cas du groupe dépisté vs 25,4%. Les CHC dépistés étaient classés stade A selon la classification de BCLC chez 41% Vs chez 30,5% des patients non dépistés et ont bénéficié plus fréquemment d'un traitement à visée curative (39,5% Vs 25,4%) dans le groupe dépisté.

Conclusion : En dépit des recommandations, le dépistage systématique ne concernait que 42,1 % des patients vus pour CHC. L'impact bénéfique du dépistage sur la survie a été observé dans cette population. Néanmoins, seuls 39,5 % des patients dépistés ont eu accès à un traitement curatif.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000495>

Performance des scores pronostiques au cours du carcinome hépatocellulaire dans une série tunisienne

A. Nakhli ⁽¹⁾, R. Ennaifer ⁽¹⁾, N. Hemdani ⁽¹⁾, B. Bouchabou ⁽¹⁾, H. Ben Romdhane ⁽¹⁾, H. Ben Nejma ⁽¹⁾

(1) Marsa, TUNISIE.

Introduction : Plusieurs scores pronostiques du carcinome hépatocellulaire (CHC) ont été proposés dans le but d'orienter le traitement mais aucun n'est à ce jour universellement reconnu. En effet, les études comparant ces scores ont donné des résultats discordants. **L'objectif de notre étude** était d'évaluer la performance de 4 scores pronostiques du CHC chez des patients tunisiens.

Patients et Méthodes : Etude rétrospective ayant colligé entre janvier 2011 et Septembre 2018 les cas de CHC sur cirrhose hospitalisés dans un centre Tunisien. Les scores BCLC, JIS, OKUDA et CLIP ont été calculés chez tous les patients. La performance des différents scores a été évaluée par les courbes ROC.

Résultats : Nous avons colligé 101 patients dont l'âge moyen était de 61 ans [17-88 ans] avec un sex ratio H/F=1,73. L'étiologie de la cirrhose la plus fréquente était virale : C (47,4%) et B (34%). Les circonstances de découverte étaient : un dépistage (47%), des douleurs abdominales (20%), une ascite (17%). Les stades de Child-Pugh étaient : A (43,6%), B (37,2%), C (19,2%). La moitié des patients était à un stade curatif selon les critères de Milan (n=49). La survie à 1an, 3 ans et 5 ans était respectivement de 63%, 25% et 10%. L'analyse des courbes ROC a montré que le score BCLC avait la meilleure spécificité et la meilleure sensibilité dans la prédiction de la mortalité (AUC=0,865 [0.774-0.957]) suivi par le score JIS (AUC=0,829 [0.728-0.931]), le score CLIP (AUC=0,797 [0.685-0.908]) et le score OKUDA (AUC=0,711 [0.580-0.841]).

Conclusion : Comparé au score JIS, OKUDA et CLIP, les résultats de notre étude suggèrent que le score BCLC constitue le score pronostique le plus performant.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000782>

Les facteurs prédictifs de dégénérescence au cours des cirrheses virales compensées

O. Gharbi ⁽¹⁾, M. Medhioub ⁽¹⁾, M. Yakoubi ⁽¹⁾, L. Hamzaoui ⁽¹⁾, A. Khsiba ⁽¹⁾, M. Mahmoudi ⁽¹⁾, M.M. Azouz ⁽¹⁾

(1) Nabeul, TUNISIE.

Introduction : Le carcinome hépatocellulaire (CHC) est une complication fréquente et grave de la cirrhose virale. Sa prise en charge commence par un dépistage précoce au stade asymptomatique chez des sujets à risque. De ce fait, l'identification des facteurs prédictifs de survenue de CHC sur cirrhose virale est primordiale afin d'optimiser ce dépistage.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive ayant colligé des patients suivis pour cirrhose virale B et/ou C compensée dans notre service de gastroentérologie entre Janvier 2010 et Décembre 2017. Les patients ont été répartis en deux groupes selon l'apparition d'un CHC :

-Groupe 1 (G1): Les patients qui ont développé un CHC.

-Groupe2(G2) : Les patients qui n'ont pas développé de CHC. Les paramètres épidémiologiques, cliniques, biologiques et virologiques ont été comparés entre les deux groupes.

Résultats : Cinquante patients ayant une cirrhose virale compensée ont été inclus dans notre étude. Ces patients ont été répartis en 2 groupes : 27 patients dans G1 et 23 patients dans G2.

L'âge moyen était de 63,2 ans [35-84], le sexe ratio de 1.08 [H/F=26/24]. Parmi les patients, 36% étaient tabagiques et 20% étaient éthyliques. Des antécédents médicaux d'HTA ou de diabète étaient respectivement notés chez 44% et 26% des malades.

La cirrhose était d'origine virale B dans 16 cas (32%), virale C dans 33 cas (66%) et due à une coïnfection B et C chez un seul malade. Elle était classée Child A dans 40 cas (80%) et B dans 10 cas (20%). Le score moyen de MELD était de 10,9 [6-24].

La période moyenne de suivi des patients était de 29,7 mois [3-60 mois], le délai moyen d'apparition du CHC était estimé à 5,1 mois [0-30 mois], il était de découverte inaugurale chez 19 malades (70%).

Les facteurs prédictifs de survenue d'un CHC dans notre série étaient : l'âge > 50 ans (p=0.001), le tabac (p=0.011), le diabète (p=0.05), le taux abaissé de l'alanine aminotransférase (p=0.008) et le taux d'albuminémie < 28 g/l (p=0.005) et l'absence de traitement antiviral (p=0.002).

En cas de cirrhose virale B, le score de Child supérieur à 6 était aussi significativement associé à la survenue d'un CHC (p=0.019).

Aucune différence significative n'a été retrouvée entre les 2 groupes concernant les autres paramètres épidémiologiques, cliniques, et virologiques analysés.

En analyse multivariée, l'âge élevé (p=0.001), le tabac (0.005), le taux bas d'alanine aminotransférase (p=0.008), et le taux bas d'albuminémie < 28 g/l (p=0.005) étaient prédictifs de survenue de CHC.

Conclusion : Le CHC est une complication assez fréquente des cirrheses post virales. Le risque de survenue de CHC en cas de cirrhose compensée était corrélé dans notre étude à l'âge avancé du patient et au degrés d'insuffisance hépatocellulaire.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/001069>

Dégradation de la fonction hépatique après chemoembolisation, évaluée par le score de MELD : impact des volumes du foie et du carcinome hépatocellulaire

A. Prost ⁽¹⁾, J. Delicque ⁽²⁾, S. Ortmans ⁽²⁾, B. Guio ⁽²⁾

(1) Nîmes ; (2) Montpellier.

Introduction : La chemo-embolisation intra-artérielle (CEIA) est proposée en première intention chez les patients présentant un carcinome hépatocellulaire (CHC) volumineux ou multifocal, selon la classification du groupe « Barcelona Clinic Liver Cancer » (BCLC). Il est actuellement nécessaire d'identifier des facteurs prédisant la survenue d'une décompensation hépatique après une chemo embolisation. Le but de cette étude était d'évaluer l'impact des volumes de foie et de CHC embolisés pendant la chemo-embolisation, sur la décompensation hépatique évaluée par le Delta MELD (Model for End Stage Liver disease).

Matériels et méthodes : Tous les patients traités par CEIA pour CHC ont été inclus rétrospectivement. Seuls les patients traités par une CEIA à l'idarubicine et lipiodol ont été inclus. Pour chaque patient, les volumes hépatiques et tumeurs (embolisés et non embolisés) ont été évalués via le logiciel semi-automatique Vitrea. Les données biologiques ont été recueillies avant l'admission et un mois après la CEIA.

Résultats : De 2015 à 2017, 80 séances de CEIA réalisées chez 66 patients ont été incluses. Les hommes représentaient 94 % de l'effectif et il existait une cirrhose sous-jacente dans 85 % des cas. Une CEIA préalable avait été réalisée dans 37,5 % des cas. Le score MELD moyen avant le traitement étaient de 8,63. L'analyse univariée montrait une association avec Delta MELD pour les variables suivantes : albuminémie ($p=0,028$), volume de CHC embolisé ($p=0,014$) et rapport volume tumoral embolisé/volume total embolisé (CHC + foie) ($p=0,012$). Aucune association n'a été retrouvée avec les volumes hépatiques non tumoraux (embolisés ou non). En analyse multivariée, le volume de CHC embolisé ($p=0,034$; $R=0,178[-0,051 ; 0,291]$) et l'albuminémie ($p=0,012$, $R=-0,112[-0,251 ; -0,033]$) étaient significativement associés au Delta MELD.

Conclusion : Cette étude montre le rôle prédictif du volume tumoral embolisé sur la décompensation hépatique post-CEIA ($R=0,178$ pour 100ml de CHC) évaluée par le Delta MELD et l'absence d'impact du volume non tumoral. Elle confirme également le rôle de l'albumine comme facteur prédictif. Des études prospectives sont nécessaires pour confirmer ces données, y compris avec d'autres traitements, afin d'adapter les stratégies thérapeutiques à chaque patient.

Références Bibliographiques :

Guio B, Chevallier P, Rodé A, Bouvier A, Valette P-J, Cassinotto C, et al. Idarubicin-loaded beads for chemoembolisation of HCC: interim analysis of IDASPHERE II (FFCD 1307) multicentre single-arm phase II trial. *Sci. Sess. CIRSE*. 2018; Boulin M, Guio S, Chaffert B, Aho S, Cercueil J-P, Ghiringhelli F, et al. Screening of anticancer drugs for chemoembolization of hepatocellular carcinoma. *Anticancer. Drugs*. 2011;22:741-748. Braat MNGJA, de Jong HW, Seinstra BA, Scholten MV, van den Bosch MAAJ, Lam MGEH. Hepatobiliary scintigraphy may improve radioembolization treatment planning in HCC patients. *EJNMMI Res*. 2017;7:2. Guio B, Quenet F, Escal L, Bibeau F, Piron L, Rouanet P, et al. Extended liver venous deprivation before major hepatectomy induces marked and very rapid increase in future liver remnant function. *Eur. Radiol*. 2017;27:3343-3352. Olthoff PB, Schadde E, van Lienden KP, Heger M, de Bruin K, Verheij J, et al. Hepatic parenchymal transection increases liver volume but not function after portal vein embolization in rabbits. *Surgery*. 2017;162:732-741. Salem R, Gordon AC, Mouli S, Hickey R, Kallini J, Gabr A, et al. Y90 Radioembolization Significantly Prolongs Time to Progression Compared With Chemoembolization in Patients With Hepatocellular Carcinoma. *Gastroenterology*. 2016;151:1155-1163.e2. Delicque J, Allimant C, Cassinotto C, Piron L, Escal L, Ilonca A-D, et al. Treatment of non resectable HCC: SIRT vs TACE liver toxicity comparison with MELD score. *Sci. Sess. CIRSE*. 2018; de Baere T, Arai Y, Lencioni R, Geschwind J-F, Rilling W, Salem R, et al. Treatment of Liver Tumors with Lipiodol TACE:

Technical Recommendations from Experts Opinion. *Cardiovasc. Intervent. Radiol*. 2016;39:334-343.

Kim JH, Sinn DH, Lee J-H, Hyun D, Cho SK, Shin SW, et al. Novel Albumin-Bilirubin Grade-Based Risk Prediction Model for Patients with Hepatocellular Carcinoma Undergoing Chemoembolization. *Dig. Dis. Sci*. 2018;63:1062-1071. Pinato DJ, Sharma R, Allaire E, Yen C, Arizumi T, Kubota K, et al. The ALBI grade provides objective hepatic reserve estimation across each BCLC stage of hepatocellular carcinoma. *J. Hepatol*. 2017;66:338-346. Garwood ER, Fidelman N, Hoch SE, Kerlan RK, Yao FY. Morbidity and mortality following transarterial liver chemoembolization in patients with hepatocellular carcinoma and synthetic hepatic dysfunction. *Liver Transplant. Off. Publ. Am. Assoc. Study Liver Dis. Int. Liver Transplant. Soc*. 2013;19:164-173. Cieslak KP, Bennink RJ, de Graaf W, van Lienden KP, Besselink MG, Busch ORC, et al. Measurement of liver function using hepatobiliary scintigraphy improves risk assessment in patients undergoing major liver resection. *HPB*. 2016;18:773-780. Chapelle T, Op de Beeck B, Driessen A, Roeyen G, Bracke B, Hartman V, et al. Estimation of the future remnant liver function is a better tool to predict post-hepatectomy liver failure than platelet-based liver scores. *Eur. J. Surg. Oncol. J. Eur. Soc. Surg. Oncol. Br. Assoc. Surg. Oncol*. 2017;43:2277-2284. Kneuert PJ, Demirjian A, Firoozmand A, Corona-Villalobos C, Bhagat N, Herman J, et al. Diffuse infiltrative hepatocellular carcinoma: assessment of presentation, treatment, and outcomes. *Ann. Surg. Oncol*. 2012;19:2897-2907. El Fouly A, Ertle J, El Dorry A, Shaker MK, Dechène A, Abdella H, et al. In intermediate stage hepatocellular carcinoma: radioembolization with yttrium 90 or chemoembolization? *Liver Int. Off. J. Int. Assoc. Study Liver*. 2015;35:627-635. Siriwardana RC, Niriella MA, Dassanayake AS, Liyanage CAH, Upasena A, Sirigampala C, et al. Factors affecting post-embolization fever and liver failure after trans-arterial chemoembolization in a cohort without background infective hepatitis: a prospective analysis. *BMC Gastroenterol*. 2015;15:96. Boulin M, Adam H, Guio B, Aho LS, Cercueil J-P, Di Martino C, et al. Predictive factors of transarterial chemoembolization toxicity in unresectable hepatocellular carcinoma. *Dig. Liver Dis. Off. J. Ital. Soc. Gastroenterol. Ital. Assoc. Study Liver*. 2014;46:358-362. Kohla MAS, Abu Zeid MI, Al-Warraky M, Taha H, Gish RG. Predictors of hepatic decompensation after TACE for hepatocellular carcinoma. *BMJ Open Gastroenterol*. 2015;2:e000032. Huo T-L, Wu J-C, Lin H-C, Lee F-Y, Hou M-C, Lee P-C, et al. Evaluation of the increase in model for end-stage liver disease (DeltaMELD) score over time as a prognostic predictor in patients with advanced cirrhosis: risk factor analysis and comparison with initial MELD and Child-Turcotte-Pugh score. *J. Hepatol*. 2005;42:826-832. Merion RM, Wolfe RA, Dykstra DM, Leichtman AB, Gillespie B, Held PJ. Longitudinal assessment of mortality risk among candidates for liver transplantation. *Liver Transplant. Off. Publ. Am. Assoc. Study Liver Dis. Int. Liver Transplant. Soc*. 2003;9:12-18. Durand F, Valla D. Assessment of the prognosis of cirrhosis: Child-Pugh versus MELD. *J. Hepatol*. 2005;42 Suppl:S100-107. Wiesner R, Edwards E, Freeman R, Harper A, Kim R, Kamath P, et al. Model for end-stage liver disease (MELD) and allocation of donor livers. *Gastroenterology*. 2003;124:91-96. Kamath PS, Wiesner RH, Malinchoc M, Kremers W, Therneau TM, Kosberg CL, et al. A model to predict survival in patients with end-stage liver disease. *Hepatal. Baltim. Md*. 2001;33:464-470. Child CG, Turcotte JG. Surgery and portal hypertension. *Major Probl. Clin. Surg*. 1964;1:1-85. Lencioni R, de Baere T, Soulen MC, Rilling WS, Geschwind J-FH. Lipiodol transarterial chemoembolization for hepatocellular carcinoma: A systematic review of efficacy and safety data. *Hepatal. Baltim. Md*. 2016;64:106-116. Bruix J, Sala M, Llovet JM. Chemoembolization for hepatocellular carcinoma. *Gastroenterology*. 2004;127:S179-188. European Association for Study of Liver, European Organisation for Research and Treatment of Cancer. EASL-EORTC clinical practice guidelines: management of hepatocellular carcinoma. *Eur. J. Cancer Oxf. Engl*. 1990. 2012;48:599-641. Schütte K, Borschein J, Malfertheiner P. Hepatocellular carcinoma—epidemiological trends and risk factors. *Dig. Dis. Basel Switz*. 2009;27:80-92.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000836>

P.200

Comparaison de l'idarubicine à la doxorubicine dans la chimioembolisation du carcinome hépatocellulaire intermédiaire

G. Roth ⁽¹⁾, Y. Teyssier ⁽¹⁾, M. Abousalihac ⁽²⁾, L. Varennes ⁽¹⁾, A. Seigneurin ⁽¹⁾, J. Ghelfi ⁽¹⁾, C. Sengel ⁽¹⁾, T. Decaens ⁽¹⁾

(1) Grenoble ; (2) Annecy.

Introduction : La chimioembolisation (CE) artérielle hépatique est le traitement de choix des CHC intermédiaires utilisant comme principale drogue, la doxorubicine sans véritable preuve de sa supériorité. Une récente étude de phase 1 a suggéré l'intérêt de l'idarubicine dans cette technique (Guiu, 2014). Notre objectif est de comparer l'efficacité de l'idarubicine à la doxorubicine au cours de la chimioembolisation dans le traitement du CHC.

Patients et Méthodes : Tous les patients ayant bénéficié d'une chimioembolisation hépatique entre janvier 2012 et décembre 2014 sur le CHU Grenoble-Alpes ont été inclus. La doxorubicine et idarubicine étaient administrées soit par chimioembolisation lipiodolée (CEL) soit par l'utilisation de billes chargées, puis systématiquement suivies d'une embolisation. Chaque patient traité par idarubicine a été apparié à 2 patients traités par doxorubicine sur les critères suivants : nombre de tumeurs, la taille tumorale, score de Child-Pugh, taux de plaquettes et statut de performance OMS. Cet appariement a été effectué en aveugle des données d'efficacité anti tumorale. Toute chimioembolisation était évaluée radiologiquement en aveugle à 1 et 3 mois post chimioembolisation par TDM ou IRM hépatique selon les critères mRECIST.

Résultats : Respectivement 60 et 30 patients traités par doxorubicine et idarubicine ont été inclus. Les groupes doxorubicine et idarubicine étaient comparables avec respectivement 23,3 et 28,3% de nodules tumoraux uniques, une taille tumorale moyenne de 49,5 et 40,5 mm et un score de Child-Pugh A dans 86,7 et 70,0% des cas. Le taux de réponse tumorale objective était 76,7 et 73,3% (p=0,95), et le contrôle tumoral était de 90 et 86,7% dans les groupes doxorubicine et idarubicine.

Le suivi médian était de 30,6 et 35,1 mois dans les groupes doxorubicine et idarubicine, avec une survie sans progression de 7,7 mois dans les 2 groupes (p = 0,5864). Les taux globaux de complication après CE à la doxorubicine et à l'idarubicine étaient respectivement de 38,3 et 36,7%.

Conclusion : Cette étude retrospective suggère que la chimioembolisation à base d'idarubicine pourrait représenter une alternative à la chimioembolisation à base de doxorubicine dans le traitement du CHC intermédiaire.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000919>

P.201

ALBI grade et score NLR : quelle place dans la prise en charge du carcinome hépatocellulaire ?

N. Hemdani ⁽¹⁾, A. Nakhli ⁽¹⁾, R. Ennaifer ⁽²⁾, N. Bellil ⁽¹⁾, B. Bouchabou ⁽³⁾, H. Ben Romdhane ⁽²⁾, H. Ben Nejma ⁽²⁾

(1) Tunis, TUNISIE ; (2) Marsa, TUNISIE ; (3) Ariana, TUNISIE.

Introduction : Récemment, des scores composés de marqueurs biologiques usuels ont été proposés comme facteurs pronostiques au cours du carcinome hépatocellulaire (CHC). Ces marqueurs pourraient être une alternative au score de Child-Pugh pour guider le traitement d'autant qu'ils sont facilement accessibles et objectifs.

Le but de notre travail était d'évaluer la performance pronostique des scores ALBI grade (score albumine-bilirubine) et NLR (neutrophil-lymphocyte ratio) chez des patients cirrhotiques ayant un CHC.

Matériels et méthodes : Etude retrospective colligeant tous les cirrhotiques ayant un CHC suivis dans le service de Janvier 2011 à Aout 2018. Les données épidémiologiques, biologiques, morphologiques et évolutives ont été recueillies. L'ALBI grade a été calculé par la formule suivante : $(\log 10 \text{bilirubine } (\mu\text{mol/L}) * 0,66) + (\text{Albumine } (\text{g/L}) * -0,085)$ et le NLR par le rapport du taux des neutrophiles sanguins par les lymphocytes circulants. La performance de ces scores a été comparée à celle du Child-Pugh à l'aide du test du Chi2 et des courbes ROC. Les données de survie ont été étudiées par la méthode de Kaplan Meier et en utilisant le Log-rank.

Résultats : Nous avons inclus 101 patients, 37 femmes et 64 hommes d'âge moyen 61 ans [17-88].

La cirrhose était classée Child-Pugh A dans 43,6%, Child-Pugh B dans 37,2%, et Child-Pugh C dans 19,2% des cas. Les patients étaient au stade de BCLC A dans 35,8%, BCLC B dans 25,3%, BCLC C dans 17,9% et BCLC D dans 21%. Les patients qui avaient un ALBI grade 1 représentaient 5,4% des patients (A1 <= -2,6), 46,4% avaient un ALBI grade 2 (A2 entre -2,6 et -1,39) et 48,2% avaient un ALBI grade 3 (A3 > -1,39). Tous les patients ALBI grade 1 avaient un Child-Pugh A, et 53,3% des patients ALBI grade 3 étaient Child-Pugh C (p=0,016). La survie à 3 ans était de 50% dans le groupe A1, 26% chez le groupe A2 et 19% chez le groupe A3 (p=0,343). Il y avait une corrélation entre le score de Child et l'ALBI grade (p=10<3). Pour le score NLR, il n'y avait pas de différence en termes de survie entre les patients ayant un NLR<2,75 et ceux ayant un NLR>2,75 : la survie à 3 ans était estimée à 26% vs 19% (p=0,53). Selon le score de Child-Pugh, la survie à 3 ans pour les patients Child A était de 48%, pour les patients Child B de 13%, et pour les patients Child C de 7% (p=0,005).

L'aire sous la courbe ROC (AUC) était de 0,746 pour le score de Child-Pugh, 0,569 pour l'ALBI grade et 0,502 pour le NLR.

Conclusion : Dans notre série, bien que l'ALBI grade soit statistiquement corrélé au score de Child-Pugh, il n'était pas significativement associé à la survie de même que le NLR. Le score de Child-Pugh reste donc plus performant bien qu'il inclut des paramètres subjectifs comme l'encéphalopathie et l'ascite. Le PALBI grade qui inclut le taux des plaquettes dans le score ALBI-grade pourrait être une alternative objective.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000833>

P.202

Implantation intra-hépatique de grains fiduciaires par voie transjugulaire pour le traitement par CyberKnife® des hépatocarcinomes et des métastases hépatiques

H. des Grottes ⁽¹⁾, D. Regnault ⁽²⁾, A. Jaillais ⁽¹⁾, S. Chapet ⁽¹⁾, A.G. Le Bayon Bréard ⁽¹⁾, C. Nicolas ⁽³⁾, J.M. Pernau ⁽³⁾, L. d'Alterroche ⁽³⁾

(1) Chambray-lès-Tours ; (2) Villejuif ; (3) Tours.

Introduction : La radiothérapie stéréotaxique, efficace dans le traitement des hépatocarcinomes et des métastases hépatiques, nécessite l'implantation de grains fiduciaires pour suivre en temps réel la cible à traiter. Nous rapportons ici notre expérience de l'implantation de grains fiduciaires au niveau hépatique par voie transjugulaire.

Matériels et méthodes : Après un examen attentif du scanner hépatique, on procédait au cathétérisme de la veine cave inférieure puis de la veine hépatique droite ou médiane pour ponctionner le parenchyme hépatique en 3 points distincts. Un fiduciaire pré chargé était engagé dans l'aiguille puis implanté dans le parenchyme dans un mouvement coordonnant le retrait de l'aiguille et une légère poussée du fil guide.

Résultats : Entre avril 2015 et mai 2016, 10 malades, tous cirrhotiques, ont été successivement implantés. Tous étaient traités pour un hépatocarcinome exceptés un pour une métastase d'adénocarcinome colique. Les raisons de l'implantation par voie transjugulaire associaient à divers degrés des difficultés d'abord transpariétal et des troubles de l'hémostase. 3 grains étaient implantés chez 8 malades, seulement 2 chez un malade et 4 chez un autre. Tous les patients ont pu sortir d'hospitalisation le soir même sauf 2 patients.

Conclusion : L'accès transjugulaire pour l'implantation hépatique de grains fiduciaires est une option technique qui permet de réduire les contre-indications de l'irradiation stéréotaxique par Cyberknife.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000578>

P.203

Traitement du carcinome hépatocellulaire par sorafénib : résultats dans la vraie vie de 100 patients algériens

Y. Chikhi ⁽¹⁾, S. Cheraitia ⁽¹⁾, R. Ouldgougam ⁽¹⁾, F. Lounes ⁽¹⁾, S. Zemmouchi ⁽¹⁾, W. Kouihal ⁽¹⁾, M. Lahcene ⁽¹⁾

(1) Alger, ALGÉRIE.

Introduction : Depuis 2007, le Sorafenib, un inhibiteur multiple de protéine-kinases, inhibant à la fois la prolifération tumorale et l'angiogénèse reste à ce jour le seul traitement de référence chez les patients ayant un CHC à un stade avancé, néanmoins malgré de nombreuses études (Sharp et Asia), ses indications et ses résultats sont très limitées et les contraintes sont nombreuses, nous vous rapportons notre expérience sur le terrain.

Patients et Méthodes : Etude prospective incluant tous les patients atteints de CHC, hospitalisés dans le service entre janvier 2008 et février 2018, le diagnostic de CHC était établi sur les critères diagnostiques histologiques ou radiologiques de BCLC.

388 patients ont été retenus, 100 patients (25,7%) étaient éligibles à un traitement par thérapie ciblée, d'emblée au moment du diagnostic ou complémentaire après un traitement chirurgical ou locorégional (Radiofréquence, Chémioembolisation).

Résultats : Nous avons colligés 64 Hommes et 36 Femmes avec un sex ratio de 1,7 d'âge moyen de 64 ans (20-87ans), parmi eux 85 % patients étaient au stade d'hépatopathie chronique (n=13) ou de cirrhose (n=72) dont 71% au stade A et 29% au stade B de Child Pugh. L'étiologie virale C était prédominante dans 55,4 % et virale B dans 16,8% des cas.

63 patients étaient naïfs de tout traitement préalable, 6 cas ont reçu le traitement après chirurgie, 15 cas après radiofréquence et 14 cas après chimioembolisation.

La majorité des malades (70%) étaient classés stade B ou C de BCLC, 41 patients avaient une thrombose porte et 7 avec métastase aux organes de voisinage.

Le taux d'effets indésirables graves de classe 3 ou 4 survenus pendant le traitement, les plus courants étaient, la diarrhée (4 %), le syndrome palmo-plantaire (6,1%), la fatigue (8 %) et les saignements (3 %), nous obligeant l'arrêt du traitement (n= 6) ou de diminuer la posologie (demi-dose) du sorafénib (n= 5).

L'évaluation de la réponse au traitement du Sorafenib, réalisé par TDM ou IRM 3 à 4 mois après la prise du médicament révèle : n= 11 patients ont répondu partiellement au traitement, n= 24 stabilisation des lésions et les autres ont eu une progression tumorale.

La survie moyenne était de 16 mois, les patients ayant reçu un traitement curatif ou locorégional au préalable avaient une meilleure survie (elle est avec la chirurgie de 36 mois, la RF de 32 mois et avec la CEL de 29 mois) que les patients traités par thérapie ciblée seuls sans traitement antérieur avaient une survie moyenne de 11,9 mois.

Conclusion : Le sorafenib est un traitement validé dans le CHC avancé, il est essentiel de bien sélectionner les patients candidats, et d'exercer une surveillance rapprochée afin de dépister et de gérer les effets secondaires.

la survie globale des patients présentant un CHC sur cirrhose décompensée (Child-Pugh B ou C) reste médiocre et est inférieure aux patients Child-Pugh A.

Cependant, d'autres molécules (regorafenib, lenvatinib, carbo,...) ou d'essais de traitement de première ligne ou de seconde ligne après échec du sorafenib représentent une avancée significative.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000752>

Evaluation de la survenue d'encéphalopathie hépatique après mise en place d'un TIPS contraint en comparaison avec un TIPS non contraint

H. des Grottes ⁽¹⁾, L. d'Alteroche ⁽²⁾, C. Nicolas ⁽²⁾, D. Regnault ⁽³⁾, J. Pucheux ⁽¹⁾, E. Salamé ⁽²⁾, J. Ayoub ⁽¹⁾, C. Silvain ⁽⁴⁾, J.M. Perarnau ⁽²⁾

(1) Chambray-lès-Tours ; (2) Tours ; (3) Villejui ; (4) Poitiers.

Introduction : La principale limite à l'utilisation du TIPS est la survenue d'encéphalopathie hépatique (EH). L'utilisation de prothèses couvertes contraintes par un stent nu permet de calibrer le diamètre du shunt en empêchant sa dilatation passive et ainsi serait susceptible de diminuer l'EH post TIPS. L'objectif principal de notre étude était de comparer le taux d'EH chez les patients traités par stent contraint par rapport à ceux traités par stent non contraint pour le traitement des complications de l'hypertension portale.

Matériels et méthodes : 75 patients traités par TIPS avec un stent non contraint entre janvier 2014 et août 2015 ont été comparés à 67 patients traités par stent contraint entre septembre 2015 et avril 2017. Le critère de jugement principal était la survie à 1 an sans EH. Les critères de jugement secondaires étaient la mortalité à 1 an, la récurrence clinique, la perméabilité, la chute du gradient, le nombre, la gravité, la spontanéité de l'EH, et le nombre de jours d'hospitalisation dus à l'EH.

Résultats : Les 2 groupes étaient comparables sur l'âge, le sexe, le taux d'EH pré TIPS et le score de CHILD. A 1 an, la survie sans EH n'était pas significativement différente entre les 2 groupes ($p=0,679$). La mortalité et la récurrence clinique n'étaient pas significativement différentes entre les 2 groupes ($p=0,518$ et $p=0,196$). La perméabilité et la chute du gradient étaient significativement supérieures dans le groupe stent non contraint ($p=0,016$ et $p=0,011$) par rapport au groupe stent contraint. Le nombre, la gravité, la spontanéité de l'EH n'étaient significativement pas différents entre les 2 groupes ($p=0,701$, $p=0,686$, $p=0,466$). Le nombre de jours d'hospitalisation dus à l'EH était de 10 jours dans le groupe contraint par rapport à 13 jours dans le groupe non contraint mais cette différence n'était pas significative ($p=0,533$).

Conclusion : L'utilisation de stent contraint ne permet pas d'améliorer la survie à 1 an sans EH. Malgré une légère diminution du nombre de jours d'hospitalisation, l'absence de significativité ne permet pas de conclure à un avantage à utiliser cette technique plus couteuse.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000574>

Etat de connaissance des patients cirrhotiques vis-à-vis de leur maladie

Y. Ismail ⁽¹⁾, J. El Atmani ⁽¹⁾, M.A. Lkousse ⁽¹⁾, A. El Farouki ⁽¹⁾, S. Oubaha ⁽¹⁾, Z. Samlani ⁽¹⁾, K. Krati ⁽¹⁾

(1) Marrakech, MAROC.

Introduction : L'état de connaissance des patients par rapport à leur maladie joue un rôle essentiel dans la prise en charge thérapeutique, en leur permettant une meilleure acceptation de leur maladie et une meilleure observance thérapeutique. Le but de cette étude est d'évaluer l'état de connaissance des patients suivis pour la cirrhose hépatique ainsi que de déceler les déficits de leur connaissance par rapport à leur maladie.

Patients et Méthodes : Une étude prospective a été menée dans notre service incluant 100 patients suivis pour cirrhose hépatique toute étiologie confondue, diagnostiquées au moins 1 an avant la date de début d'étude. Un questionnaire a été établi et proposé aux patients.

Résultats : cent patients cirrhotiques ont été inclus dont l'étiologie était une HVC dans 48 % des cas, HVB dans 28 % des cas, l'origine Auto-immune 10 % des cas, l'origine éthylique présentait 7 % des cas et dans 7 % des cas l'étiologie n'était pas encore déterminée. L'âge moyen des patients était de 42.11 ans (29-70 ans) avec un sex-ratio H/F à 1,5. L'origine rurale a été notée chez 52 % des cas, et urbaine chez 48 % des cas. 54 % des patients sont non scolarisés alors que seulement 13 % de nos patients ont un niveau scolaire universitaire. La durée moyenne de suivi est estimée de 41 mois (1 an – 7ans). Parmi nos patients, 47 % ne connaissaient pas le nom de leur maladie. Seulement 33 % des cas connaissent l'étiologie de leur maladie. 65 % savaient qu'il s'agissait d'une affection chronique nécessitant une prise en charge à long terme. L'hémorragie digestive était la complication la plus redoutée 56% suivie du CHC 40 %. Concernant le volet thérapeutique, 55 % des cas ne savaient pas le nom des médicaments qu'ils prenaient, différents facteurs influençant cette connaissance ont été mis en évidence comme l'âge, le niveau scolaire, le nombre total de médicaments pris par un patient. Seulement 41 % des patients étaient observants, la cause principale de la non observance du traitement était le manque de moyen. Le médecin traitant constitue la source d'informations pour 88% des patients et la relation médecin-malade est estimée excellente ou bonne pour 96 % des cas.

Conclusion : Notre étude a montré un véritable manque de connaissance de nos patients à propos de leur maladie, expliqué probablement par leur niveau scolaire et socioéconomique bas. Ce résultat préliminaire montre la nécessité d'une meilleure sensibilisation des patients vis-à-vis de leur maladie via des programmes bien adaptés aux besoins et au niveau scolaire des patients.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000979>

Mesure de l'élasticité hépatique par FibroScan® dans la cirrhose alcoolique compensée

A. Landrieux ⁽¹⁾, L. Legros ⁽¹⁾, E. Bardou-Jacquet ⁽¹⁾, P. Houssel-Debry ⁽¹⁾, C. Jézéquel ⁽¹⁾, C. Le Lan ⁽¹⁾, T. Uguen ⁽¹⁾, D. Guyader ⁽¹⁾, R. Moirand ⁽¹⁾

(1) Rennes.

Introduction : La mesure de l'élasticité hépatique par FibroScan® est une méthode non invasive de diagnostic de la fibrose hépatique, bien validée dans l'hépatite C. Dans la maladie alcoolique du foie, la performance diagnostique du FibroScan® a été étudiée par plusieurs équipes, avec notamment pour objectif la validation de valeurs seuils permettant le diagnostic de fibrose F3 et de cirrhose. Les seuils publiés sont variables car de nombreux facteurs influencent la valeur de l'élastométrie, tels que la consommation d'alcool, la présence d'une hépatite alcoolique aigue et une élévation des transaminases. Une méta-analyse sur données individuelles récente* a retrouvé un seuil de 12.1kPa pour la fibrose sévère (≥F3) et de 18.6kPa pour la cirrhose (F4). Les populations décrites étaient hétérogènes, et pour la plupart non abstinentes. La performance du FibroScan® n'a jamais été évaluée dans la maladie alcoolique du foie après un sevrage en alcool prolongé. L'objectif de ce travail était de mesurer l'élasticité hépatique chez des patients suivis pour une cirrhose alcoolique compensée, d'étudier la validité des seuils proposés dans cette méta-analyse et l'influence de l'abstinence sur les valeurs d'élastométrie.

Patients et Méthodes : Les patients suivis pour une cirrhose alcoolique compensée (Child-Pugh ≤A6, absence d'ascite, d'ictère ou d'encéphalopathie hépatique) et ayant eu une élastométrie entre Novembre 2017 et Avril 2018 ont été inclus dans cette étude rétrospective. Le diagnostic de cirrhose reposait sur une biopsie hépatique, un antécédent de décompensation, la découverte fortuite d'un carcinome hépatocellulaire sur foie de cirrhose ou sur un ensemble d'arguments cliniques, biologiques et morphologiques. Les données usuelles de suivi, cliniques, biologiques et endoscopiques ont été recueillies.

Résultats : 78 patients ont été inclus, majoritairement des hommes (70.5%) avec un âge médian de 60 ans (55-65) ; 55 patients (70.5%) étaient abstinents depuis plus de 3 mois. La bilirubine totale médiane était à 11.9 mmol/l (7.7-17) et les plaquettes à 171 G/l (104-235). Les valeurs médiane d'ASAT et de GGT étaient respectivement de 20 UI/l (24-45) et 105 UI/l (49-197). L'élastométrie hépatique médiane était de 21.8kPa (12.6 - 46.8). Elle était plus élevée chez les patients avec des varices œsophagiennes à risque (32.9 kPa vs 11.2, $p = 0.0001$), avec des plaquettes < 150 G/l (38.5 kPa vs 13.9, $p = 0.0001$), et avec un BMI >25 (26.3kPa vs 14.8, $p = 0.009$). L'élastométrie était corrélée aux valeurs d'ASAT ($r = 0.42$, $p = 0.0002$), de bilirubine ($r = 0.49$, $p = 0.0001$) et de GGT ($r = 0.34$, $p = 0.004$). L'élastométrie n'était pas significativement différente entre les abstinents et les buveurs. Parmi les patients abstinents, l'élastométrie était plus basse chez ceux qui étaient abstinents depuis plus de 18 mois (14.3kPa vs 33, $p = 0.02$). L'élastométrie était plus basse chez les patients dont le mode de diagnostic de cirrhose était une biopsie hépatique (14.6kPa vs 25.1, $p = 0.01$). Vingt-et-un patients (27%) avaient une élastométrie inférieure à 12.1kPa et 35 (45%) une élastométrie inférieure à 18.6kPa. La durée d'abstinence était significativement plus élevée chez ces patients « mal classés » (41 mois vs 14, $p = 0.002$ et 32 mois vs 23, $p = NS$ respectivement). Ces patients avaient un score de Meld plus bas, moins d'antécédents de décompensation, de varices œsophagiennes et de carcinome hépatocellulaire.

Conclusion : L'élastométrie hépatique est inférieure aux seuils publiés pour un certain nombre de patients suivis pour une cirrhose alcoolique compensée. Elle doit être interprétée avec prudence chez des patients suivis pour une maladie alcoolique du foie avec une abstinence prolongée. Ces résultats pourraient également suggérer la possibilité d'une régression de la fibrose après abstinence prolongée et nécessiteraient des études complémentaires longitudinales.

Références Bibliographiques : Nguyen-Khac E, Thiele M, Voican C, Nahon P, Moreno C, Boursier J, et al. Non-invasive diagnosis of liver fibrosis in patients with alcohol-related liver disease by transient elastography: an individual patient data meta-analysis. *Lancet Gastroenterol Hepatol*. 2018 Sep;3(9):614-25.

Prévalence de la cirrhose dans une cohorte de patients opérés de dérivation cavo-pulmonaire totale pour ventricule unique

A. Jaillais ⁽¹⁾, H. des Grottes ⁽¹⁾, M. Tallegas ⁽¹⁾, A. de Muret ⁽¹⁾, L. d'Alterroche ⁽²⁾, A. Chantepie ⁽²⁾, B. Lefort ⁽²⁾

(1) Chambray-lès-Tours ; (2) Tours.

Introduction : L'intervention de Fontan ou dérivation cavo-pulmonaire totale (DCPT) est depuis 1970 proposée dans le traitement des cardiopathies congénitales à ventricule unique. Si elle a permis d'améliorer grandement le pronostic de ces patients, il est néanmoins décrit depuis une quinzaine d'années une hépatopathie secondaire à cette chirurgie, appelée FALD pour Fontan Associated Liver Disease. En raison de la forte augmentation de la pression veineuse centrale (PVC) induite par le montage chirurgical, on observe des lésions de dilatation et de fibrose péricardiales plus ou moins marquées, pouvant diffuser vers l'espace porte et évoluer vers une authentique cirrhose « cardiaque ». Il existe probablement d'autres mécanismes physiopathologiques qui ne sont pas totalement élucidés. Plusieurs cas de CHC survenant une quinzaine d'années après l'opération ont également été rapportés. Il n'existe à ce jour aucun moyen non invasif permettant d'évaluer précisément le degré de fibrose hépatique de ces patients, ni de critères diagnostics. **L'objectif de notre étude** était de mesurer prospectivement la prévalence de la cirrhose histologiquement prouvée dans une cohorte de patients suivis après Fontan et de rechercher des facteurs associés.

Matériels et méthodes : Une évaluation hépatologique prédéfinie comportant examen clinique, bilan biologique, imagerie et biopsie hépatique transjugulaire, a été proposée à tous les patients âgés de plus de 15 ans ayant eu un Fontan et suivis régulièrement en consultation de cardiopathies congénitales de notre centre. Nous avons également recueilli les données du cathétérisme cardiaque réalisé précoement après la chirurgie. Les patients ont signé un consentement pour l'utilisation des données, l'étude a obtenu un avis favorable de la part du comité d'éthique. La fibrose était évaluée selon le score CHFS (Congestive Hepatic Fibrosis Score) et METAVIR en considérant qu'il existait une fibrose extensive pour les stades F3-F4 et une cirrhose constituée pour les stades F4. Différents paramètres issus des données épidémiologiques et hémodynamiques étaient comparés entre les groupes avec et sans cirrhose.

Résultats : Entre mai 2016 et janvier 2018, 24 patients ont été inclus. Le Fontan était réalisée en moyenne à l'âge de 10,7 ans et le bilan hépatologique 16,4 ans plus tard. Les patients étaient peu symptomatiques (hépatomégalie chez 5 patients et ascite chez 2) et la biologie se résumait à une cholestase très modérée. Nous n'avons pas observé d'insuffisance hépatocellulaire et très peu de thrombopénies. Sur des biopsies de petite taille, souvent fragmentées (7 mm, 5 espaces portes en moyenne), on observait une dilatation et une fibrose sinusoidale d'intensité variable chez tous les patients. Une fibrose extensive était présente chez 15 patients (65%) et une cirrhose chez 9 patients (39%). Deux patients (9%) présentaient des nodules évocateurs d'adénomes à l'IRM, non vus en échographie, et une patiente un CHC (à l'âge de 23 ans, traitée par cyberknife). Les critères cliniques, radiologiques ou biologiques habituels de diagnostic de fibrose n'étaient pas discriminants. La PVC évaluée dans les premières années après la DCPT était légèrement plus élevée dans le groupe cirrhose (11 vs 10 mmHg, $p=0.04$), sans corrélation linéaire. En revanche aucune différence significative n'était retrouvée concernant le type de ventricule fonctionnel, l'ancienneté du Fontan, l'âge au moment de l'intervention, ou la PVC mesurée plus tardivement, au moment de la biopsie. Les scores METAVIR et CHFS étaient bien corrélés entre eux.

Conclusion : L'évaluation du degré de fibrose chez ces patients est imparfaite, y compris par des méthodes invasives. Sous réserve de l'effet d'échantillonnage, plus d'un tiers des patients avaient une cirrhose et deux tiers une fibrose extensive. Du fait de la forte prévalence de ces lésions de fibrose survenant chez des patients jeunes, il est indispensable de proposer un suivi hépatologique régulier. Des stratégies d'évaluation invasive avec suivi à la carte ou au contraire de dépistage systématique du CHC (par exemple 10 ans après le Fontan) restent à évaluer. Par ailleurs, l'apport des médicaments de l'hypertension pulmonaire sur la limitation de la fibrose serait une option intéressante à évaluer.

P.208

Maîtrise des conditions pré-analytiques du prélèvement de sang pour une meilleure interprétation du dosage de l'ammonniémie

F. Imbert-Bismut ⁽¹⁾, P. Payet ⁽¹⁾, M. Rudler ⁽¹⁾,
M. Munteanu ⁽¹⁾, F. Mestari ⁽¹⁾, S. Dever ⁽¹⁾,
T. Poynard ⁽¹⁾, D. Bonnefont-Rousselot ⁽¹⁾,
D. Thabut ⁽¹⁾

(1) Paris.

Introduction : L'effet neurotoxique de l'ammoniac sur le cerveau joue un rôle clé dans la pathogénie de l'encéphalopathie hépatique et son dosage trouve donc son intérêt dans le diagnostic et la surveillance de cette dernière. Il s'agit d'un paramètre dosé sur sang veineux, très instable, impliquant un respect strict de conditions de prélèvement, transport et conservation toutefois difficilement réalisable dans la vraie vie.

L'objectif de l'étude a été d'étudier l'effet du mode de transport du prélèvement (pneumatique versus coursier), le délai de sa prise en charge et de traitement dans le laboratoire d'un groupe d'hôpitaux parisiens. Pour cela les résultats des dosages d'ammonniémie obtenus dans la pratique habituelle ont été comparés à ceux obtenus sur les prélèvements traités selon les règles définies par le fournisseur des réactifs utilisés pour le dosage (référence). L'impact du transport pneumatique du prélèvement sur les résultats d'ammonniémie a été étudié.

Patients et Méthodes : - Impact du mode de transport et du délai de prise en charge au laboratoire : 20 patients, hospitalisés dans l'unité de soins intensifs du service d'hépatologie du groupe des Hôpitaux Universitaires Pitié-Salpêtrière- Charles Foix. 3 tubes de sang veineux sont prélevés sur anticoagulant. Le tube A (référence) est traité selon les précautions strictement définies par le fournisseur, sur un délai de 30 minutes dosage compris, et maintient des prélèvements à +4°C. Le tube B est apporté au laboratoire en même temps que le tube A, et est mis en attente jusqu'à l'arrivée du tube C, sans être centrifugé. Le tube C est le témoin des pratiques habituelles – transport par pneumatique, attente à l'enregistrement avant traitement-. Il est associé au tube B pour la centrifugation et le dosage. - Etude de la stabilité de l'ammonniémie sur prélèvement centrifugé. Chez 41 patients ayant fait l'objet d'une prescription de dosage d'ammonniémie. Les ammonniémies déjà dosées une première fois, ont été redosées après 1H puis après 4H d'attente du prélèvement centrifugé à température ambiante. Un volume de surnageant a aussi été séparé après 1 heure d'attente en 2 aliquotes : l'un a été conservé une semaine à -20°C et l'autre à -80°C afin d'étudier la stabilité de l'ammonniémie après congélation.

Résultats : Comparaison des résultats en $\mu\text{mol/L}$ de l'ammonniémie entre les prélèvements A, B, C. Les comparaisons de résultats ont été faites à l'aide du logiciel Valtec en utilisant la méthode de régression selon Passing-Bablok. B (y) vs. A(x): $n=20$, moyenne (y/x) 53,2/50,9, écart-type (y/x) 29,90/27,44, $y=1,04x-0,93$, $r=0,98$. C (y) vs. A (x): $n=20$, moyenne 56,5/50,9, écart-type 29,50/27,44, $y=1,06x+3,12$, $r=0,97$. C(y) vs. B (x) : $n=20$, moyenne 56,50/53,20, écart-type 29,50/29,90, $y=1,00x + 3,50$, $r=0,98$. Selon le protocole Valtec l'inexactitude observée est satisfaisante quels que soient les résultats de B ou C par rapport à A. Le logiciel NCSS met en évidence une variation significative entre A et C. Stabilité de l'ammonniémie : Selon Valtec la comparaison des résultats d'ammonniémie obtenus après 1 H d'attente (TP1) du prélèvement centrifugé aux résultats initiaux (TP0) est satisfaisante : TP0 (x), TP1 (y), $n=41$, moyennes $\bar{x}$ 51,63/56,32, écart-type $\bar{s}$ 41,87/42,34, $y=1,03x + 2,74$ $r=0,99$. Ceci n'est pas le cas pour les résultats obtenus après 4 heures d'attente (TP3) comparés aux premiers résultats : TP0(x), TP3 (y), $n=41$, moyenne 51,63/77,80, écart-type 41,87/45,01, $y=1,08x+19,90$, $r=0,97$. Les tests t et de Wilcoxon indiquent des différences significatives pour TP1 vs. TP0 et TP3 vs. TP0. Stockage à -20°C et -80°C après 1 heure d'attente TP1 : L'inexactitude observée est satisfaisante à 3 niveaux de concentration de l'ammonniémie après congélation à -80°C ; elle est refusée pour les niveaux bas d'ammonniémie à -20°C.

Conclusion : Le transport par pneumatique des prélèvements et le délai d'attente avant enregistrement n'affectent pas de façon significative l'ammonniémie.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/001082>

P.209

Concordance entre l'évaluation échocardiographique effectuée à la phase initiale de la décompensation œdémato-ascitique de la cirrhose par un médecin réanimateur expert et un gastro-entérologue non expert. L'étude EchoCirrho

A. Prost ⁽¹⁾, C. Roger ⁽¹⁾, L. Muller ⁽¹⁾, B. Louart ⁽¹⁾,
L. Caillo ⁽¹⁾, B. Brunaud-Gagniard ⁽¹⁾, C. Bories ⁽¹⁾,
V. Phouthasang ⁽¹⁾, P. Poudroux ⁽¹⁾, J.F. Bourgaux ⁽¹⁾

(1) Nîmes.

Introduction : L'ascite est une complication fréquente de la cirrhose et un facteur de mauvais pronostic. Il n'existe aucune recommandation pour une évaluation systématique de l'état hémodynamique des patients par échographie cardiaque, à la phase initiale d'une décompensation de la maladie. Le but de notre étude est d'évaluer la concordance de l'évaluation échocardiographique faite lors de la phase initiale de la décompensation œdémato-ascitique par des médecins réanimateurs considérés comme experts et des gastro-entérologues non experts, après une courte formation.

Matériels et méthodes : Tous les patients admis dans notre service de gastroentérologie pour une décompensation œdémato-ascitique de cirrhose ont été inclus de façon prospective. Les patients admis pour une autre complication de la cirrhose pouvant affecter l'état hémodynamique n'ont pas été inclus. Nous avons effectué 2 examens échographiques pour chaque patient, un par un gastro-entérologue et un par un médecin réanimateur. Les gastro-entérologues participant à l'étude ont tous été formés de la même façon : 2 heures de cours théorique et 2 journées de mise en pratique en service de réanimation. Le critère de jugement principal est la concordance entre les gastro-entérologues et les médecins réanimateurs pour 3 paramètres échographiques : la FEVG visuelle (Fraction d'éjection ventriculaire gauche (%)), l'ITV sub-aortique (intégrale temps- vitesse, (cm)) et la vitesse de l'onde E (m.s-1).

Résultats : De mars à août 2018, 27 patients ont été inclus. L'âge médian était de 62 ans, 81,5 % étaient des hommes. L'alcool était la principale étiologie de la cirrhose (21 patients, 78 %). La maladie hépatique était le plus souvent avancée avec 40,7 % CHILD C et 55,6 % CHILD B. Le score de MELD médian était de 13,3. Tous les patients présentaient une FEVG > 40 %, estimée à la fois par les réanimateurs et les gastro-entérologues (concordance parfaite). L'ITV médian mesuré par les réanimateurs était de 18,8 contre 17 cm par les gastro-entérologues (CCI (Coefficient de corrélation intraclass) = 0,89, bonne concordance). La vitesse médiane mesurée de l'onde E était de 0,68 par les réanimateurs contre 0,8 m/s par les gastro-entérologues (CCI = 0,30, faible concordance).

Conclusion : Cette étude préliminaire montre qu'après une courte formation, l'échographie cardiaque peut être réalisée par des gastro-entérologues afin d'évaluer la FEVG et le débit cardiaque chez des patients avec une cirrhose décompensée. L'évaluation de la pression de remplissage du ventricule gauche semble plus difficile. D'autres études sont nécessaires pour préciser la place de l'échographie cardiaque afin améliorer le pronostic de ces patients.

Références Bibliographiques : D'Amico G, Garcia-Tsao G, Pagliaro L. Natural history and prognostic indicators of survival in cirrhosis: a systematic review of 118 studies. J. Hepatol. 2006;44:217–231.

Tandon P, Garcia-Tsao G. Bacterial infections, sepsis, and multiorgan failure in cirrhosis. Semin. Liver Dis. 2008;28:26–42.

Møller S, Henriksen JH, Bendtsen F. Extrahepatic complications to cirrhosis and portal hypertension: haemodynamic and homeostatic aspects. World J. Gastroenterol. 2014;20:15499–15517.

Cecconi M, De Backer D, Antonelli M, Beale R, Bakker J, Hofer C, et al. Consensus on circulatory shock and hemodynamic monitoring. Task force of the European Society of Intensive Care Medicine. Intensive Care Med. 2014;40:1795–1815.

Moore CL, Copel JA. Point-of-care ultrasonography. N. Engl. J. Med. 2011;364:749–757.

Perez-Avraham G, Kobal SL, Etzion O, Novack V, Wolak T,

Liel-Cohen N, et al. Left ventricular geometric abnormality screening in hypertensive patients using a hand-carried ultrasound device. *J. Clin. Hypertens.* Greenwich Conn. 2010;12:181-186.

Mjølstad OC, Andersen GN, Dalen H, Graven T, Skjetne K, Kleinau JO, et al. Feasibility and reliability of point-of-care pocket-size echocardiography performed by medical residents. *Eur. Heart J. Cardiovasc. Imaging.* 2013;14:1195-1202.

Vignon P, Dugard A, Abraham J, Belcour D, Gondran G, Pepino F, et al. Focused training for goal-oriented hand-held echocardiography performed by noncardiologist residents in the intensive care unit. *Intensive Care Med.* 2007;33:1795-1799.

Nguyen VTQ, Ho JE, Ho CY, Givertz MM, Stevenson LW. Handheld echocardiography offers rapid assessment of clinical volume status. *Am. Heart J.* 2008;156:537-542.

Child CG, Turcotte JG. Surgery and portal hypertension. *Major Probl. Clin. Surg.* 1964;1:1-85.

Balik M, Plasil P, Waldauf P, Pazout J, Fric M, Otahal M, et al. Ultrasound estimation of volume of pleural fluid in mechanically ventilated patients. *Intensive Care Med.* 2006;32:318.

Bland JM, Altman DG. Statistical methods for assessing agreement between two methods of clinical measurement. *Lancet Lond. Engl.* 1986;1:307-310.

Cohen J. A Coefficient of Agreement for Nominal Scales. *Educ. Psychol. Meas.* 1960;20:37-46.

Koo TK, Li MY. A Guideline of Selecting and Reporting Intraclass Correlation Coefficients for Reliability Research. *J. Chiropr. Med.* 2016;15:155-163.

DiCiccio TJ, Efron B. Bootstrap confidence intervals. *Stat. Sci.* 1996;11:189-228.

Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics.* 1977;33:159-174.

R Core Team. A language and environment for statistical computing. *R Found. Stat. Comput. Vienna Austria [Internet].* 2016; Available from: <https://www.R-project.org/>

European Association for the Study of the Liver. Electronic address: [easloffice@easloffice.eu](mailto: easloffice@easloffice.eu), European Association for the Study of the Liver. EASL Clinical Practice Guidelines for the management of patients with decompensated cirrhosis. *J. Hepatol.* 2018;69:406-460.

Frankel HL, Kirkpatrick AW, Elbarbary M, Blaivas M, Desai H, Evans D, et al. Guidelines for the Appropriate Use of Bedside General and Cardiac Ultrasonography in the Evaluation of Critically Ill Patients-Part I: General Ultrasonography. *Crit. Care Med.* 2015;43:2479-2502.

Levitov A, Frankel HL, Blaivas M, Kirkpatrick AW, Su E, Evans D, et al. Guidelines for the Appropriate Use of Bedside General and Cardiac Ultrasonography in the Evaluation of Critically Ill Patients-Part II: Cardiac Ultrasonography. *Crit. Care Med.* 2016;44:1206-1227.

Schrier RW, Arroyo V, Bernardi M, Epstein M, Henriksen JH, Rodes J. Peripheral arterial vasodilation hypothesis: a proposal for the initiation of renal sodium and water retention in cirrhosis. *Hepatology.* Baltimore, Md. 1988;8:1151-1157.

Huggins JT, Doelken P, Walters C, Rockey DC. Point-of-Care Echocardiography Improves Assessment of Volume Status in Cirrhosis and Hepatorenal Syndrome. *Am. J. Med. Sci.* 2016;351:550-553.

Ruiz-del-Arbol L, Serradilla R. Cirrhotic cardiomyopathy. *World J. Gastroenterol.* 2015;21:11502-11521.

Karagiannakis DS, Papatheodoridis G, Vlachogiannakos J. Recent advances in cirrhotic cardiomyopathy. *Dig. Dis. Sci.* 2015;60:1141-1151.

Dadhich S, Goswami A, Jain VK, Gahlot A, Kulamarva G, Bhargava N. Cardiac dysfunction in cirrhotic portal hypertension with or without ascites. *Ann. Gastroenterol.* 2014;27:244-249.

Møller S, Henriksen JH. Cardiovascular complications of cirrhosis. *Gut.* 2008;57:268-278.

Kamath PS, Wiesner RH, Malinchoc M, Kremers W, Therneau TM, Kosberg CL, et al. A model to predict survival in patients with end-stage liver disease. *Hepatology.* Baltimore, Md. 2001;33:464-470.

Ginés P, Quintero E, Arroyo V, Terés J, Bruguera M, Rimola A, et al. Compensated cirrhosis: natural history and prognostic factors. *Hepatology.* Baltimore, Md. 1987;7:122-128.

Mayo PH, Beaulieu Y, Doelken P, Feller-Kopman D, Harrod C, Kaplan A, et al. American College of Chest Physicians/ La Société de Réanimation de Langue Française statement on competence in critical care ultrasonography. *Chest.* 2009;135:1050-1060.

Pour consulter ce résumé en ligne :
<https://www.snfge.org/resumes-2019/000839>

P.210

La dysfonction érectile chez les patients cirrhotiques

M. Nachit ⁽¹⁾, H. Omari ⁽¹⁾, F. Haddad ⁽¹⁾, M. Tahiri Joutei Hassani ⁽¹⁾, W. Hliwa ⁽¹⁾, A. Bellabah ⁽¹⁾, W. Badre ⁽¹⁾

(1) Casablanca, MAROC.

Introduction : La dysfonction érectile est l'incapacité persistante ou récurrente pour un homme à obtenir ou à maintenir une érection suffisante du pénis pour permettre une activité sexuelle. C'est un problème fréquent chez les patients souffrant de maladie chronique notamment chez les cirrhotiques et peut avoir un retentissement important sur la qualité de vie. Elle est sous diagnostiquée vu son caractère tabou, surtout dans notre contexte. Bien que plusieurs facteurs de risque de dysfonction érectile puissent être présents chez les patients atteints de cirrhose, les données sur la prévalence réelle et la cause de la dysfonction érectile sont limitées. L'indice international de la fonction érectile-5 (IIEF-5) est une enquête bien validée visant à déterminer la présence et la gravité de la dysfonction érectile chez l'homme.

Le but de notre étude était d'évaluer la prévalence et la gravité de la dysfonction érectile et les facteurs de risque de dysfonction érectile chez les patients atteints de cirrhose.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude prospective réalisée entre mai 2018 et septembre 2018 colligeant 62 patients suivis pour cirrhose en ambulatoire ou hospitalisés. Les critères d'exclusion étaient l'existence d'un abus d'alcool actif, d'une encéphalopathie hépatique patente ou de troubles cognitifs limitant la fiabilité de l'interrogatoire. Les facteurs de risque de dysfonction érectile connus tels que le tabac, le diabète, les médicaments, le syndrome métabolique et les antécédents cardio-vasculaires étaient recueillis. L'évaluation de la fonction érectile était réalisée en utilisant l'index international de la fonction érectile (IIEF-5).

Résultats : L'âge moyen de nos patients était de 53ans. Nos patients étaient tabagiques dans 26% des cas, alcooliques sévères dans 17.5% des cas, diabétiques dans 16.3% des cas, hypertendus dans 31% des cas. 86% des patients étaient traités par bêtabloquants. Les étiologies de la cirrhose étaient dominées par l'hépatite virale C (41.6%). Le Child A était retrouvé chez 20 patients (32.25%), le Child B chez 27 patients (43.5%) et le Child C chez 5 patients (8%). Les troubles érectiles étaient mis en évidence chez 44 patients (70.96%) : 23 avaient un trouble léger, 14 un trouble modéré et 7 un trouble sévère. Les patients classés Child C avaient tous un trouble érectile.

Conclusion : La dysfonction érectile était diagnostiquée chez plus de 70% des patients atteints de cirrhose. Elle devrait être systématiquement dépistée. La sévérité de la dysfonction hépatique, l'hypertension portale, l'hypertension artérielle et le diabète ont été identifiés comme facteurs de risque de dysfonction érectile.

Pour consulter ce résumé en ligne :
<https://www.snfge.org/resumes-2019/000754>

P.211

Intérêt du gradient sérum-ascite en albumine (GASA) dans l'étiologie des ascites chez l'Africain noirA.J.B. Okon ⁽¹⁾, M. Diakité ⁽²⁾, A. Koné ⁽²⁾, F. Aké ⁽²⁾

(1) Abidjan, CÔTE D'IVOIRE ;

(2) Bouaké, CÔTE D'IVOIRE.

Introduction : Traditionnellement, l'ascite est classée en fonction de la concentration de protéines dans le liquide d'ascite en transsudat (Protides < 30g/l) et en exsudat (Protides ≥ 30g/l). Toutefois, plusieurs auteurs ont démontré la supériorité de la concentration sérum-ascite en albumine (GASA) à distinguer les causes d'ascite liée à l'hypertension portale lorsqu'il est ≥ 1.1 g/dl et les causes d'ascite non liée à l'hypertension portale pour un GASA < 1.1 g/dl. On est amené à se demander si le GASA a la même valeur diagnostique dans la recherche étiologique de l'ascite chez les Africains comme chez les Caucasiens.

Objectif : Préciser l'intérêt du gradient sérum ascite en albumine (GASA) dans le diagnostic étiologique des ascites en évaluer sa valeur seuil dans le diagnostic de la cirrhose et la tuberculose péritonéale chez l'Africain Noir

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude observationnelle et analytique monocentrique réalisée chez des patients de plus de 15 ans et hospitalisés dans le service d'Hépatogastro-Entérologie de Cocody, Abidjan (Côte d'Ivoire) du 1^{er} janvier 2010 au 31 mars 2017 pour ascite. L'ascite a été confirmée à l'échographie abdomino-pelvienne et/ou à l'examen tomodensitométrique et objectivée par la ponction d'ascite. Pour chaque patient à l'admission, la cytologie et la chimie du liquide d'ascite ainsi que le protidogramme ont été réalisés. Le principal critère de jugement était la prédiction des causes d'ascite liées ou non à l'hypertension portale par le calcul du GASA dont la formule est la suivante : $GASA = [Concentration \text{ d'albumine du sérum}] - [Concentration \text{ d'albumine du liquide d'ascite}]$. Les critères de jugements secondaires ont permis de déterminer la corrélation entre le niveau du GASA et les étiologies de l'ascite.

L'analyse de l'aire sous la courbe ROC (AUC) nous a permis de déterminer la spécificité (Sp), la sensibilité (Se) et l'efficacité diagnostique (ED) du GASA dans le diagnostic étiologique des ascites. Le seuil de signification des tests a été fixé à 5%.

Résultats : Sur les 10282 patients hospitalisés durant la période d'étude. La prévalence de l'ascite à l'hôpital était de 11%. Le sex-ratio (M / F) était de 1,1. Le GASA était faible dans 68,6% des cas et élevé dans 31,4% des cas. Les étiologies les plus courantes étaient la cirrhose post-virale (74%), le CHC (16,60%) et la tuberculose péritonéale (13,7%). En analyse multivariée, tous les patients ayant une tuberculose péritonéale avait un bas GASA inférieur à 1,1g/dl ($p = 0,002$). Le GASA avait une performance diagnostique de 89% dans la tuberculose péritonéale à la valeur seuil de -1,24 g / dl (AUROC = 0,91, Se = 96%, Sp = 86%). En cas de cirrhose post-hépatique le cut off du GASA était de 0,58 g / dl avec une performance diagnostique de 60% (AUROC = 0,69, Se = 53%, Sp = 79%).

Les protéines de l'ascite avait une efficacité diagnostique de 89% dans la tuberculose péritonéale pour une valeur seuil de 43g/l. (AUROC= 0,92, Se= 92%, Sp= 89%), $p < 0,0001$. En cas de cirrhose, les protéines dans le liquide d'ascite prédisaient le diagnostic avec une exactitude de 74,4% pour une valeur seuil de 32g/l (AUROC= 0,70, Se= 81%, Sp= 57%, $p < 0,0001$).

Les lymphocytes du liquide d'ascite dans la tuberculose péritonéale. L'aire sous la courbe ROC (AUC) est 0,706. Pour la valeur-seuil de 770 elts/mm³, la sensibilité et la spécificité sont respectivement de 71% et 70% avec une efficacité diagnostique de 70%. $p = 0,00001$.

Dans la cirrhose post-hépatique, les lymphocytes prédisaient le diagnostic avec précision dans 62% pour un seuil de 672 éléments/mm³ (AUROC = 0,57. Seuil = 672, Se = 66%, Sp = 53%, $p = 1,46$).

Conclusion : Chez les sujets africains noirs, les valeurs seuils du GASA considérée comme efficaces pour le diagnostic étiologique des ascites étaient nettement inférieures en raison des facteurs nutritionnels et infectieux.

Le GASA, technique simple peut être utilisée comme une méthode de diagnostic des étiologies de l'ascite surtout dans la tuberculose péritonéale dans les pays à faible revenu.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000420>

P.212

Impact pronostique de la fonction rénale évaluée par le Royal Free Hospital Cirrhosis Glomerular Filtration rate (RFHCGFR) chez les patients ayant une cirrhose sévèreA.L. Lebellet ⁽¹⁾, F. Prevost ⁽¹⁾, R. Elfadel ⁽¹⁾, C. Lefèvre ⁽¹⁾, C. Gisclard ⁽¹⁾, D. Tougeron ⁽¹⁾, C. Silvain ⁽¹⁾

(1) Poitiers.

Introduction : L'apparition d'une insuffisance rénale chez le patient cirrhotique est associée à un pronostic sévère. L'estimation du débit de filtration glomérulaire (DFG) chez ces patients cirrhotiques graves est souvent imprécise du fait de l'inclusion de la créatininémie dans la plupart des formules d'estimation ainsi, il a été proposé une nouvelle équation, la RFHCGFR pour en évaluer plus spécifiquement la fonction rénale. L'intérêt pronostique de cette équation n'a pas encore été testé. Notre étude rétrospective propose d'évaluer l'impact pronostic de l'insuffisance rénale évaluée la RFHCGFR

Patients et Méthodes : Dans cette étude monocentrique rétrospective, tous les patients cirrhotiques CHILD C ont été évalués. Le DFG était estimé par MDRD et RFHCGFR. La survie associée au DFG était estimée par la méthode de Kaplan Meier. Les analyses univariées et multivariées ont utilisé le modèle de Cox avec un $p < 0,05$.

Résultats : de janvier 2014 à décembre 2017, sur les 579 patients hospitalisés, 73 patients child C ont été inclus. Il s'agissait de 59 hommes, d'âge moyen 56,6 ans (32-85 ans), 68 (93,2%) avaient un MELD > 14 . Le GFR médian était de 104,6ml/min évalué par MDRD et de 70,2ml/min par RFHCGFR. Seule, l'insuffisance rénale estimée par RFHCGFR était un facteur indépendant de survie ($p = 0,0293$, hazard ratio [HR] 0,980, intervalle de confiance [CI] 0,962-0,998), (MDRD ($p = 0,0365$, [HR] 1,073, 95% [CI] 1,004-1,146). Les DFG estimés par RFHCGFR et MDRD étaient fortement corrélés $p < 0,001$. En analyse univariée, l'âge, un antécédent d'HTA, l'IMC, un traitement par bêta-bloquants, et le MELD étaient associés à la survie. En multivariée, l'IMC était un facteur indépendant de survie avec MDRD $p = 0,0351$ [HR] 1,070 [CI] (1,005-1,139) et RFHCGFR $p = 0,0365$ [HR] 1,073 [CI] (1,004-1,146)

Conclusion : L'insuffisance rénale estimée par RFHCGFR dans cette population de patients cirrhotiques graves était un facteur indépendant de survie. Ceci nécessite d'être confirmé sur des études pronostiques de plus grande puissance. Néanmoins, en pratique courante, cette équation pourrait être utile pour l'évaluation de la fonction rénale du patient cirrhotique grav

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/001060>

P.213

Facteurs prédictifs de réadmission précoce après résolution d'une première infection du liquide d'ascite chez le cirrhotiqueH. Jlassi ⁽¹⁾, D. Trad ⁽¹⁾, N. Bibani ⁽¹⁾, M. Sabbah ⁽¹⁾, A. Ouakaa Kchaou ⁽¹⁾, H. Elloumi ⁽¹⁾, D. Gargouri ⁽¹⁾

(1) Tunis, TUNISIE.

Introduction : L'infection spontanée du liquide d'ascite (ISLA) est à la fois la complication la plus fréquente, la mieux étudiée et la plus spécifique de la cirrhose. Elle entraîne des complications et augmente la fréquence des hospitalisations.

Le but de cette étude est d'identifier les facteurs prédictifs de réadmission dans les 30 jours toutes causes confondues chez des patients cirrhotiques traités pour ISLA.

Matériels et méthodes : Nous avons mené une étude rétrospective sur une période de 14 ans (Janvier 2003-Décembre 2017) colligeant tous les patients cirrhotiques hospitalisés pour une ISLA. Une analyse uni- et multivariées a été réalisée pour déterminer s'il existe des facteurs prédictifs de réadmission précoce. Un $p < 0,05$ était jugé significatif.

Résultats : Nous avons inclus 90 patients ; 56 femmes et 34 hommes, soit un sexe ratio de 0,6. L'âge moyen était de 62 ans [22-90ans]. L'étiologie de la cirrhose était dominée par l'origine virale dans 58,8% des cas. Les patients présentaient à l'admission une dysfonction hépatique sévère avec un score MELD moyen de 21 [10-41].

Soixante dix-sept patients (85,5%) avaient une infection communautaire et treize (14,5%) une infection nosocomiale. Les cultures du liquide d'ascite étaient positives dans 11% des cas. Deux patients uniquement (2%) ont eu une infection due à une bactérie résistante aux antibiotiques principalement BLSE. Le séjour hospitalier médian était de 16 jours [5-62]. Neuf patients (10%) sont décédés au cours de l'hospitalisation. Durant le suivi, 22 patients (27%) ont été réadmis dans les 30 jours qui suivent la sortie. Les facteurs prédictifs de réadmission précoce en étude univariée étaient : l'étiologie virale C de la cirrhose ($p = 0,006$; OR=1), un antécédent d'hémorragie digestive haute par rupture variqueuse ($p = 0,037$; OR=0,9) et la survenue d'une hémorragie digestive au cours de l'hospitalisation ($p = 0,037$; OR=0,8). Aucun facteur indépendant n'a été retrouvé en analyse multivariée.

Conclusion : Les réhospitalisations précoces après ISLA sont relativement élevées et difficiles à anticiper car peu d'éléments sont prédictifs. Le facteur le plus influent semble la survenue d'une hémorragie digestive.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000096>

P.214

Évaluation des critères de Baveno VI dans la prédiction de varices œsophagiennes

N. Trad ⁽¹⁾, Y. Said ⁽¹⁾, S. Soua ⁽¹⁾, S. Laabidi ⁽¹⁾, A. Mensi ⁽¹⁾, K. El Jeri ⁽¹⁾, S. Ayadi ⁽¹⁾, Y. Zaimi ⁽¹⁾, L. Mouelhi ⁽¹⁾, R. Debbeche ⁽¹⁾

(1) Tunis, TUNISIE.

Introduction : L'endoscopie digestive haute est l'examen de référence pour le dépistage des varices œsophagiennes (VO) au cours des hépatopathies chroniques. Actuellement, les recommandations de Baveno VI permettent de surseoir à l'endoscopie de dépistage chez les patients ayant une élasticité hépatique < 20kpa et un taux de plaquettes > 150000/mm3. Notre objectif était d'évaluer l'apport des critères de Baveno VI sus cités dans la prédiction de VO grade 2 ou 3.

Patients et Méthodes : Nous avons mené une étude rétrospective incluant entre Janvier 2015 et Aout 2018, les patients consécutifs atteints d'une hépatopathie chronique et ayant bénéficié à la fois, dans un délai de 3 mois, d'une endoscopie digestive haute et d'une évaluation de la l'élasticité hépatique par un Fibroscan de qualité optimale (IQR/M $\leq 30\%$ et taux de succès $\geq 60\%$). Nous avons évalué la sensibilité (se), la spécificité (sp), la valeur prédictive positive (VPP) et la valeur prédictive négative (VPN) des critères de Baveno VI dans la prédiction de VO grade 2 ou 3.

Résultats : Nous avons inclus 138 patients, d'âge moyen de 54 ans [21-87] avec prédominance féminine (57.2%) et un sex-ratio H/F de 0.74. La principale étiologie était l'infection virale C (68.1%) suivie de l'infection virale B (26.1%). Des VO étaient retrouvées chez 27 patients (19.6%) : grade 1 chez 13 patients, grade 2 chez 7 patients et grade 3 chez 7 patients. La valeur moyenne de l'élasticité hépatique était significativement plus élevée chez les patients avec VO (20.91kpa) par rapport aux patients sans VO (8.41kpa). Une élasticité hépatique < 20kpa avait une se, sp, VPP et VPN dans la prédiction de VO de 58.3%, 89.9%, 35% et 95.5% respectivement avec une aire sous la courbe ROC de 0.73 [IC à 95% : 0.56-0.91].

Un taux de plaquettes > 150000/mm3 avait une se, sp, VPP et VPN valeur de 50%, 66.9%, 14.63% et 92% avec une aire sous la courbe ROC de 0.59 [IC à 95% : 0.41-0.75].

La combinaison de ces 2 critères avait une se, sp, VPP et VPN de 41.6%, 90%, 27.7% et 94% avec une aire sous la courbe ROC de 0.65 [IC à 95% : 0.47-83.5].

Conclusion : Dans notre étude, les critères de Baveno VI étaient spécifiques (90%) et avaient une bonne valeur prédictive négative (94%).

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000635>

P.215

Prévalence, impact et facteurs prédictifs de l'insuffisance hépatique aiguë sur chronique chez les cirrhotiques hospitalisés pour hémorragie digestive

M. Ayari ⁽¹⁾, S. Ayadi ⁽¹⁾, E. Bel Hadj Mabrouk ⁽¹⁾, Y. Zaimi ⁽¹⁾, K. El Jeri ⁽¹⁾, Y. Said ⁽¹⁾, L. Mouelhi ⁽¹⁾, R. Debbeche ⁽¹⁾

(1) Tunis, TUNISIE.

Introduction : L'insuffisance hépatique aiguë sur chronique (ACLF) est définie par une décompensation hépatique aigue associé au moins à une défaillance d'organe d'origine extra-hépatique. Cette situation est fréquente au cours des hospitalisations pour cirrhose compliquée notamment d'hémorragie digestive haute par rupture de varices œsophagiennes (RVO). Notre objectif est de déterminer les facteurs prédictifs de développement de l'ACLF chez ces patients et d'évaluer son impact.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective colligeant les patient cirrhotiques hospitalisés pour RVO sur une période de 2 ans. Nous avons exclu les patients ayant un carcinome hépatocellulaire. Le diagnostic de l'ACLF ainsi que ses grades ont été défini selon les critères de l'étude CANONIC; Grade 1 : Défaillance rénale isolée ou défaillance d'organe isolée associée à une dysfonction rénale (créatinine $\geq 15\text{mg}$ et <20mg) et/ou à une encéphalopathie hépatique grade 1 ou 2, ou bien défaillance cérébrale associée à une dysfonction rénale (créatinine $\geq 15\text{mg}$ et <20mg); Grade 2: deux défaillances d'organes; Grade 3: Trois défaillances d'organe ou plus.

Résultats : Soixante-neuf patients hospitalisés pour RVO ont été inclus, avec un sex-ratio (H/F= 1.2). L'âge moyen était de 59 ans. La durée d'hospitalisation était en moyenne de 15 jours (5 jours-36 jours). Les étiologies de la cirrhose étaient: post-hépatite C (43%), post-hépatite B (23%), stéatohépatite non alcoolique (15%), cholangite biliaire primitive (13%). La cirrhose évoluait en moyenne pendant 4 ans (extrêmes 6 mois-10 ans). 44% des patients admis pour hémorragie variqueuse ont développé un ACLF. Il n'y avait pas de différence des données démographiques entre les patients ayant ou pas un ACLF. Le grade 1 était le plus fréquent (52.8%) suivie du grade 2 (40.6%) et du grade 3 (2%). Le score moyen MELD était 20.5. Une infection évolutive était retrouvée chez 65% des patients présentant un ACLF : infection urinaire (33%), infection d'ascite (26%), Infection pulmonaire (23%). Les ACLF de grades 2 et 3 étaient associés à une mortalité intra-hospitalière de 50.5%. Les facteurs prédictifs de la survenue de l'ACLF était un MELD élevé à l'admission ($p=0.04$), la présence d'une infection ($p<0.001$) et la récidence hémorragique ($p=0.06$).

Conclusion : Dans notre étude l'insuffisance hépatocellulaire aigue sur chronique touche presque la moitié des patients hospitalisés pour une hémorragie variqueuse et dénote d'un pronostic plus péjoratif. Un MELD élevé à l'admission, une infection bactérienne et la récidence hémorragique sont des facteurs prédictifs de sa survenue.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000911>

P.216

Comparaison de la performance des tests non invasifs FibroScan®, APRI, FIB4 dans la prédiction de varices œsophagiennes

N. Trad ⁽¹⁾, Y. Said ⁽¹⁾, S. Soua ⁽¹⁾, S. Laabidi ⁽¹⁾, K. El Jeri ⁽¹⁾, Y. Zaimi ⁽¹⁾, S. Ayadi ⁽¹⁾, L. Mouelhi ⁽¹⁾, R. Debbèche ⁽¹⁾

(1) Tunis, TUNISIE.

Introduction : Des méthodes non invasives validées pour le diagnostic de la fibrose hépatique pourraient être utiles dans la prédiction de varices œsophagiennes (VO), permettant ainsi de surseoir à la réalisation de l'endoscopie digestive haute.

Notre objectif était de Comparer la performance des tests non invasifs Fibroscan, APRI, FIB4 dans la prédiction de la présence de varices œsophagiennes

Patients et Méthodes : Nous avons mené une étude rétrospective incluant des patients consécutifs atteints d'une hépatopathie chronique et ayant bénéficié à la fois d'une évaluation de la fibrose par fibroscan, le score APRI, le score FIB4 et d'une endoscopie digestive haute entre Janvier 2015 et Aout 2018.

Résultats : 133 patients d'âge moyen de 52.9 ans [21-90] avec prédominance féminine (58.6%) et un sex-ratio H/F de 0.7 ont été inclus. La principale étiologie des hépatopathies chroniques était l'infection virale C (69.2%) suivie par l'infection virale B (28.9%). La valeur moyenne de l'élasticité hépatique était de 10.8Kpa [2.7-66.4]. Des VO étaient retrouvées chez 27 patients (20.3%). A un seuil de 9.5Kpa, la sensibilité et la spécificité du Fibroscan dans la détection des VO étaient respectivement de 84.9% et de 76.9% avec une aire sous la courbe ROC de 0.87 (IC à 95% : 0.80-0.94). A un seuil de 0.52, la sensibilité et la spécificité du score APRI dans la détection des VO étaient respectivement de 79.2% et de 74% avec une aire sous la courbe ROC de 0.76 (IC à 95% : 0.64-0.88). Concernant le score FIB4, à un seuil de 2.1, la sensibilité et la spécificité étaient respectivement de 78.3% et 73% avec une aire sous la courbe ROC de 0.79 (IC à 95% : 0.67-0.91).

Conclusion : La performance du Fibroscan est meilleure que celle des scores APRI et FIB4 dans la prédiction de varices œsophagiennes.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000641>

P.217

Evaluation de la fibrose hépatique par des marqueurs non invasifs au cours des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin

H. Omari ⁽¹⁾, E.H. Ould Mahfoud ⁽¹⁾, M. Tahiri Joutei Hassani ⁽¹⁾, F. Haddad ⁽¹⁾, W. Hliwa ⁽¹⁾, A. Bellabah ⁽¹⁾, W. Badre ⁽¹⁾

(1) Casablanca, MAROC.

Introduction : Les anomalies hépatobiliaires associées aux maladies inflammatoires chroniques de l'intestin sont diverses, ainsi la fibrose hépatique est le principal facteur pronostique de la plupart des hépatopathies chroniques. **Le but de notre travail** est d'évaluer la fibrose hépatique et sa prévalence au cours des MICI par des marqueurs non invasifs et d'étudier ses facteurs prédictifs.

Patients et Méthodes : Etude rétrospective colligeant sur une période de 28 mois (Avril 2016 - Août 2018) tous les patients suivis dans notre service pour une MICI. La fibrose hépatique a été évaluée par les marqueurs non invasifs: FIB-4 et APRI.

Résultats : 218 patients ont été inclus, l'âge moyen était de 34,74 ans [14ans-82ans], avec une prédominance masculine (sex-ratio à 1,02). 56.4% avaient une maladie de crohn (n= 123) et 43.6% avaient une RCH (n=95). 9.2% étaient diabétiques (n=20), 4.1% étaient hypertendus (n=9), 12.4% étaient tabagiques (n=27) et 2.8% étaient alcooliques (n=6). 8.3% avaient des manifestations hépatobiliaires (n=18). L'IMC moyen était de 20.57 kg /m2 (11.67-38). 63.8% des patients avaient bénéficié d'une corticothérapie à long terme (n= 139), 78% étaient sous immunosuppresseurs (n= 170) et 8.3% étaient sous anti-TNF (n=18).

L'évaluation de la fibrose hépatique par les marqueurs non invasifs était F2-F3 chez 15.1% (33) par le FIB-4 et chez 11.5% (n=25) par l'APRI et elle était F4 chez 1.8% (4) par le FIB-4 et chez 2.3% (n=5) par l'APRI. Les facteurs prédictifs de la fibrose avancée étaient l'âge, le diabète, l'HTA, l'IMC et les taux des ASAT, des ALAT et des Triglycérides dans 78.37% des cas (n=29).

Conclusion : Dans notre série et chez les malades porteurs de MICI, une fibrose hépatique F2-F3 a été trouvée chez 15.1% par le FIB-4 et chez 11.5% par l'APRI et une fibrose hépatique F4 a été retrouvée chez 1.8% par le FIB-4 et chez 2.3% par l'APRI et elle était liée surtout à l'âge et aux facteurs métaboliques.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000551>

P.218

Concordance inter-opérateurs dans la mesure de l'élasticité hépatique par FibroScan®A. Hssine ⁽¹⁾, M. Ben Cheikh ⁽¹⁾, I. Doghri ⁽²⁾, O. Bousnina ⁽¹⁾, L. Kallel ⁽¹⁾

(1) Ariana, TUNISIE ; (2) Tunis, TUNISIE.

Introduction : L'évaluation de l'élasticité hépatique par l'élastographie ultrasonore représente un outil important dans la prise en charge des maladies chroniques du foie. **Le but de ce travail** était d'évaluer la concordance des mesures de l'élasticité hépatique obtenues par un opérateur entraîné et un opérateur en cours d'apprentissage, ainsi que de déterminer la concordance dans la classification du stade de la fibrose à l'aide de valeurs seuils pré-établies.

Matériels et méthodes : Dans une étude transversale prospective, des acquisitions élastographiques ont été effectuées par deux opérateurs indépendants utilisant la sonde M puis, systématiquement, la sonde XL. La concordance inter-opérateurs entre les mesures de l'élasticité hépatique a été étudiée en utilisant le coefficient de corrélation intra-classe, et la concordance du stade de la fibrose a été caractérisée à l'aide de l'index Kappa. Le seuil permettant d'écarter la présence d'une fibrose était de 6 kPa [1]. Les seuils permettant d'exclure une fibrose sévère étaient de 9.5 kPa pour l'hépatite chronique C [2], de 9 kPa pour l'hépatite chronique B [3], de 7.9 kPa pour la stéatose hépatique non alcoolique [4] et de 9.8 kPa pour une maladie hépatique cholestatique [5].

Résultats : Un total de 47 patients ont été inclus. Les femmes représentaient 52,1%. Vingt-cinq (53,2%) patients étaient mono-infectés par l'hépatite C, 11 (23,4%) par le virus de l'hépatite B, 4 (8,5%) avaient une stéatose hépatique non alcoolique et 3 (6,4%) étaient co-infectés par le VIH / VHC.

En utilisant la sonde M, le coefficient de corrélation intra-classe global pour les mesures individuelles était de 0,9 (intervalle de confiance à 95%: 0,825-0,943). Les index κ pour la concordance dans la classification du stade de fibrose, étaient 0,724 pour l'absence de fibrose, et 0,945 pour l'absence de fibrose sévère. Pour l'opérateur entraîné, l'échec de la mesure de l'élastométrie (aucune mesure valide) n'a pas eu lieu. Hormis les échecs de mesures, des mesures peu fiables (pourcentage des mesures valides < 60%, IQR/median > 30%) ont été observées chez 8,5% (n=4) des patients. Pour l'opérateur en cours d'apprentissage, l'échec de mesure s'est produit dans 4,2% (n=2) des cas et des mesures peu fiables chez 12,8% (n=6) des patients.

En utilisant la sonde XL, le coefficient de corrélation intra-classe global pour les mesures individuelles était de 0,847 (intervalle de confiance à 95%: 0,738-0,913). Les index κ pour la concordance dans la classification du stade de fibrose, étaient de 0,687 pour l'absence de fibrose et de 1 pour l'absence de fibrose sévère. Pour l'opérateur entraîné, l'échec de mesure est survenu chez 2,1% des patients (n=1). Des mesures peu fiables ont été observées chez 4,2% (n=2) des patients. Pour l'opérateur en cours d'apprentissage, l'échec de mesure s'est produit chez 4,2% (n=2) et des mesures peu fiables ont été observées chez 6,4% (n=3) des patients.

Conclusion : La détermination de l'élasticité hépatique par Fibroscan, représente une méthode d'apprentissage facile et indépendante de l'opérateur. La concordance inter-opérateurs est excellente en particulier pour exclure une fibrose sévère.

Références Bibliographiques : [5] Corpechot C, El Naggar A, Poujol-Robert A, Ziol M, Wendum D, Chazouillères O, et al. Assessment of biliary fibrosis by transient elastography in patients with PBC and PSC. *Hepatology*. 2006;43:1118-24.

[4] Wong VW, Vergniol J, Wong GL, Foucher J, Chan HL, Le Bail B, et al. Diagnosis of fibrosis and cirrhosis using liver stiffness measurement in nonalcoholic fatty liver disease. *Hepatology*. 2010;51:454-62.

[3] EASL-ALEH Clinical Practice Guidelines: Non-invasive tests for evaluation of liver disease severity and prognosis. *J Hepatol*. 2015;63:237-64.

[2] Castera L, Vergniol J, Foucher J, Le Bail B, Chanteloup E, Haaser M, et al. Prospective comparison of transient elastography, Fibrotest, APRI, and liver biopsy for the

assessment of fibrosis in chronic hepatitis C. *Gastroenterology*. 2005;128:343-50.

[1] Wang JH, Changchien CS, Hung CH, Eng HL, Tung WC, Kee KM, et al. FibroScan and ultrasonography in the prediction of hepatic fibrosis in patients with chronic viral hepatitis. *J Gastroenterol*. 2009;44:439-46.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000538>

P.219

Profil étiologique des hypertensionns portales : y a-t-il un changement au cours des années ?

Z. Bouhnoun ⁽¹⁾, M. Figuigui ⁽¹⁾, H. Abid ⁽¹⁾, N. Lahmidani ⁽¹⁾, M. Elyoussfi ⁽¹⁾, D.A. Benajah ⁽¹⁾, M. Elabkari ⁽¹⁾, A. Ibrahimi ⁽¹⁾, N. Aqodad ⁽¹⁾

(1) Fès, MAROC.

Introduction : L'hypertension portale (HTP) est une affection fréquente et grave du fait de ses complications. Ses étiologies sont nombreuses dominées par le bloc intra hépatique d'origine virale (hépatite B et C) et alcoolique. Le but de notre étude est d'analyser les changements du profil étiologique de l'HTP survenus entre 2001 et 2015.

Patients et Méthodes : Notre travail consiste en une analyse rétrospective de 1332 cas d'HTP, colligés sur une période de 15 ans (Janvier 2001- Décembre 2015). Les incidences de chaque étiologie ont été comparées selon 4 périodes : 1^{re} période : 2001-2004, 2^{ème} période : 2005-2008, 3^{ème} période : 2009-2012 et la 4^{ème} période : 2013-2015

Résultats : Nous avons inclus 1332 cas d'HTP. La majorité des nos malades (71%) ont été colligés entre 2001 et 2008.

L'obstacle était intra hépatique chez la majorité nos patients (87-94%). Un bloc infra hépatique a été retrouvé chez 5,2 à 11% de nos malades. Le bloc supra hépatique n'a été objectif que chez 0,6-3,96% des patients.

L'incidence de l'hépatopathie post virale B et ou C augmentait progressivement durant les trois premières périodes de l'étude (de 19 à 28,6% pour l'hépatite C, de 5,4 à 15,2% pour hépatite B et de 1,1à 2,64% pour la co-infection B et C). Cependant, cette tendance s'est inversée au cours de la 4^{ème} période durant laquelle nous avons remarqué une baisse de l'incidence de ces pathologies qui était plus marqué pour l'hépatopathie post virale C. L'incidence de l'hépatopathie d'origine alcoolique, sur cirrhose biliaire primitive (CBP) et sur maladie de wilson n'ont pas connu un changement significatif au cours des 4 périodes.

L'incidence de l'hépatite auto immune a augmenté au cours des 4 périodes (0,2-4,5%).

Conclusion : Les étiologies de l'HTP étaient dominées par les hépatopathies post virales dont l'incidence au cours des années a été marqué par un déclin de l'hépatopathie post viral C au cours de la période 2013-2015.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000693>

P.220

Intérêt de la laparoscopie dans le diagnostic étiologique de l'ascite exsudative en zone d'endémie tuberculeuse

M. Ben Abbes ⁽¹⁾, S. Bizid ⁽¹⁾, M. Ghanem ⁽¹⁾, M.K. Temani ⁽¹⁾, K. Boughoula ⁽¹⁾, B. Ben Slimane ⁽¹⁾, H. Ben Abdallah ⁽¹⁾, M.R. Bouali ⁽¹⁾, N. Abdelli ⁽¹⁾

(1) Tunis, TUNISIE.

Introduction : La tuberculose et la carcinose péritonéales sont les étiologies les plus fréquentes de l'ascite exsudative et nécessitent un diagnostic précoce et une prise en charge rapide. La laparoscopie en tant que technique mini-invasive a longtemps joué un rôle important dans l'évaluation de l'ascite lorsque sa cause ne peut pas être clarifié cliniquement ou à l'imagerie. Le but de notre étude est de montrer les difficultés de diagnostic de l'ascite exsudative en zone d'endémie tuberculeuse et l'intérêt de la laparoscopie pour la confirmation du diagnostic étiologique.

Patients et Méthodes : Etude rétrospective colligeant tous les cas d'ascite exsudative avec un bilan étiologique exhaustif négatif (une tomodensitométrie thoraco-abdomino-pelvienne ainsi qu'une endoscopie digestive haute et basse), admis dans notre service sur une période de 18 ans (Janvier 2000 à Septembre 2018). Tous les patients ont eu une laparoscopie diagnostic avec biopsie péritonéale.

Résultats : Soixante-douze patients (sexe ratio : 0,86) d'âge moyen 56,19 ans [18- 94 ans] ont été inclus. Le délai moyen entre le début des symptômes cliniques et la première consultation était de 1,78 mois (extrêmes : 15 jours et 6 mois). Les principales manifestations cliniques étaient la distension abdominale (62,5%) et l'altération de l'état général (55,6 %). Les sueurs nocturnes étaient observées dans 16,7 % des cas. Le liquide de ponction était d'aspect jaune citrin dans 88,6 % des cas avec un taux moyen de protéines de 44,96 g/L (extrêmes : 25-65 g/L). L'étude cytologique avait révélé une cellularité moyenne à 757, 39 éléments/mm3 avec une prédominance lymphocytaire dans 89% des cas. La laparoscopie était normale dans 4 cas. Elle était pathologique dans 68 cas montrant des nodules péritonéaux dans 64 cas (56,1%) associés à des adhérences entre les deux feuillets péritonéaux dans 13 cas, des fausses membranes dans 11 cas, une agglutination des anses digestives dans 11 cas et une congestion péritonéale dans 9 cas. Le diagnostic histologique final était une tuberculose péritonéale dans 41 cas (56,9%), une carcinose péritonéale dans 23 cas (31,9%), une ascite à éosinophile dans 3 cas (4,16%), un remaniement inflammatoire non spécifique dans 1 cas (1,38%) et un syndrome de Budd Chiari dans un cas (1,38%).

En analyse univariée, l'altération de l'état général était significativement en faveur d'une carcinose péritonéale ($p = 0,02$). Les sueurs nocturnes ($p = 0,01$), une cellularité moyenne du liquide d'ascite plus élevée ($p=0,01$) et la présence d'adhérence entre les deux feuillets péritonéaux au moment de l'exploration laparoscopique ($p=0,04$) étaient, par contre, statistiquement associés au diagnostic de tuberculose péritonéale.

Conclusion : Le diagnostic étiologique de l'ascite exsudative reste difficile à établir. La laparoscopie diagnostique est actuellement le gold standard dans le diagnostic étiologique d'une ascite exsudative.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000776>

P.221

Biopsie hépatique transjugulaire : que faire en cas d'angle cavo-sus-hépatique non favorable ?M. Kaci ⁽¹⁾, T. Bassaid ⁽¹⁾, M. Baghdadi ⁽¹⁾

(1) Oran, ALGÉRIE.

Introduction : Le défaut de cathétérisme de la veine sus-hépatique constitue la première cause d'échec de la biopsie hépatique par voie transjugulaire. En effet, à l'état normal, l'angle formé entre la veine sus-hépatique et la veine cave inférieure mesure moins de 60°. Dans certaines situations, suite à des modifications anatomiques, cet angle devient trop élevé, non favorable à l'accès de l'aiguille, rendant la biopsie difficile voire impossible.

Plusieurs techniques ont été décrites pour pallier à cette difficulté, le but de cette présentation est de montrer l'intérêt de la modification manuelle de la courbure distale de la canule métallique et son adaptation à l'angle cavo-sus-hépatique du patient.

Patients et Méthodes : Chez 38 patients atteints d'une hépatopathie chronique, candidats à une biopsie hépatique par voie transjugulaire, l'angle cavo-sus-hépatique a été mesuré systématiquement. Une aiguille semi-automatique (set Quick-core de 18 gauge) comportant une canule rigide avec une extrémité distale préformée de 30° a été utilisée.

L'angle cavo-sus-hépatique a été estimé en traçant, sur un cliché numérisé, une tangente au rachis dorsal, et celle du cathéter en position sus-hépatique.

Lorsque cet angle était élevé, non favorable au passage de la canule métallique et après échec de deux tentatives de sa mise en place dans la veine sus-hépatique par l'utilisation d'un guide plus rigide, l'extrémité distale de la canule métallique a été modifiée manuellement et adapté à l'angle cavo-sus-hépatique du patient.

Nous avons analysé les valeurs, les situations pouvant modifier l'angle cavo-sus-hépatique et les méthodes utilisés pour faciliter le passage dans la veine sus-hépatique.

Résultats : L'angle cavo-sus-hépatique mesurait en moyenne 48,2° (30° - 72°). Chez 32 patients (84,2%), il était inférieur à 60° laissant passer la canule métallique dans la veine sus-hépatique droite sans difficulté. Chez 6 patients (15,8%), cet angle était élevé, estimé en moyenne à 68,1° (62° - 72°) non favorable, il constituait un obstacle anatomique à l'accès de la canule métallique dans la veine sus-hépatique droite. Il s'agissait d'une cirrhose hypotrophique dans 4 cas et d'une ascite refoulant le diaphragme vers le haut dans 2 cas.

Après échecs de deux tentatives de sa mise en place au niveau sus-hépatique, la canule a été modifiée manuellement, en accentuant sa courbure pour former un nouvel angle mesurant en moyenne 50°. La biopsie a été réalisée avec succès dans 5 cas (83,3 %).

Un échec était dû à l'impossibilité d'accéder à la veine sus-hépatique droite malgré la modification technique, chez un patient cirrhotique avec atrophie hépatique importante ayant un angle cavo-sus-hépatique à 72°.

Les prélèvements tissulaires hépatiques ont été obtenus avec 2 passages. La longueur moyenne des fragments était de 13,5 mm (5-20mm). L'étude histologique était possible dans 5 cas (83%), en faveur d'une cirrhose dans 3 cas, une hépatite auto-immune dans un cas et d'un foie cardiaque dans un cas. Une complication mineure est intervenue lors du passage du guide métallique dans l'oreillette droite à type de tachycardie supraventriculaire, spontanément résolutive.

Conclusion : La modification manuelle de la courbure distale des aiguilles semi-automatiques et son adaptation à l'angle cavo-sus-hépatique du patient permet d'accéder au foie avec plus de facilité et de sécurité, et de diminuer les échecs de la biopsie hépatique par voie transjugulaire.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfige.org/resumes-2019/000612>

P.222

La première décompensation ascitique chez le patient cirrhotique : survie et facteurs prédictifs de mortalitéS. Laabidi ⁽¹⁾, D. Trad ⁽¹⁾, N. Bibani ⁽¹⁾, M. Sabbah ⁽¹⁾, A. Ouakaa Kchaou ⁽¹⁾, H. Elloumi ⁽¹⁾, D. Gargouri ⁽¹⁾

(1) Tunis, TUNISIE.

Introduction : La survenue d'une première décompensation ascitique au cours de la cirrhose constitue un tournant évolutif et réduit considérablement la survie.

L'objectif de ce travail est d'évaluer la survie chez les patients cirrhotiques après une première décompensation ascitique et de rechercher les facteurs prédictifs de mortalité.

Patients et Méthodes : Nous avons mené une étude rétrospective sur une période de 4 ans (2014-2017) colligeant les patients cirrhotiques hospitalisés pour prise en charge d'une première décompensation ascitique dans le service d'Hépatogastro-entérologie de l'hôpital Habib Thameur à Tunis.

Les caractéristiques cliniques et évolutives ont été analysées. La survie a été estimée et les facteurs prédictifs de mortalité ont été recherchés.

Résultats : Nous avons inclus 101 patients, l'âge moyen était 62 ans [25-89] et le sex ratio H/F était 0,87. Les étiologies de la cirrhose étaient essentiellement virales. Le taux moyen de survie après une première décompensation ascitique était de 17 mois. La durée moyenne de suivi était 35 mois. Les facteurs suivants étaient associés significativement à un taux de survie inférieur à 6 mois : l'insuffisance rénale à l'admission quelque soit l'étiologie ($p=0,007$), l'hyponatrémie inférieure à 132mmol/L ($p=0,02$), la survenue d'une encéphalopathie hépatique ($p=0,001$), d'un syndrome hépatorénal ($p<0,0001$) et d'ascite réfractaire ($p=0,02$). Cependant, les éléments suivants n'étaient pas corrélés statistiquement à une mortalité à 6 mois : la présence d'un facteur infectieux ($p=0,94$), le caractère inaugural de la décompensation ($p=0,18$) et la survenue d'infection spontanée de liquide d'ascite ($p=0,57$).

Conclusion : Dans notre série, il existe plusieurs facteurs prédictifs de mortalité à 6 mois chez les patients cirrhotiques présentant une première décompensation ascitique. Il serait judicieux d'en prendre compte pour sélectionner les candidats à la greffe hépatique.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfige.org/resumes-2019/000597>

P.223

La performance diagnostique de la bandelette réactive urinaire dans le dépistage précoce d'une infection spontanée du liquide d'ascite chez les cirrhotiques

B.M. Ralaizanaka ⁽¹⁾, J. Fenomanana ⁽¹⁾,
C.J. Razafindrazoto ⁽¹⁾, M. Sonny ⁽²⁾,
A.L.R. Rakotozafindrabe ⁽²⁾, S.H. Razafimahefa ⁽¹⁾,
R.M. Ramanampamonjy ⁽²⁾

(1) Fianarantsoa, MADAGASCAR ; (2) Antananarivo, MADAGASCAR.

Introduction : L'infection spontanée du liquide d'ascite (ISLA) est une complication grave engageant le pronostic vital du patient cirrhotique. Le mécanisme est multiple émanant d'une hypertension portale, une insuffisance hépatocellulaire et une translocation bactérienne intestinale. Elle survient chez les 8 à 25% des cirrhotiques hospitalisés avec une décompensation ascitique. La mortalité liée à l'ISLA était supérieure à 90% lorsqu'elle fut décrite pour la première fois et réduite à 20% grâce au diagnostic précoce et au traitement adapté. La certitude diagnostique d'une ISLA est affirmée par un taux de polynucléaire neutrophile supérieur à 250/mm³ à l'examen cytologique du liquide d'ascite. L'antibiothérapie est urgente dès la confirmation du diagnostic. Cependant, nombreuses sont les structures de santé où la paracentèse diagnostique reste coûteuse, peu accessible voire non disponible dans des pays en voie de développement et le délai d'attente du résultat est souvent long. La bandelette réactive urinaire (BU) a été proposée pour un dépistage rapide d'une ISLA dans de nombreuses études. La BU est un examen simple, facile à réaliser, accessible et de coût très abordable. Notre objectif est d'évaluer la performance diagnostique de la bandelette réactive Urine-10 CYPRES® pour dépister précocement une ISLA chez les cirrhotiques.

Matériels et méthodes : Nous avons mené une étude évaluative bicentrique au sein de deux services d'hépatogastroentérologie et de médecine interne. Notre période d'étude allait du mois de février à juin 2018. Nous avons recruté tous les patients hospitalisés présentant une ascite cirrhotique. Nous avons inclus les patients qui n'ont pas reçu une antibiothérapie antérieurement. Le refus du patient de l'examen était notre critère d'exclusion. Un prélèvement d'ascite était destiné au test à la bandelette réactive Urine-10 CYPRES®. Un autre prélèvement était envoyé au laboratoire de biologie médicale, le même jour, pour un examen cytologique du liquide d'ascite fait par un médecin biologiste. Nous avons comparé la réactivité de leucocytes estérase à la bandelette réactive de l'ascite avec la cytologie diagnostique du liquide d'ascite. Le consentement des patients était écrit et signé.

Résultats : Nous avons collecté quinze patients et onze étaient inclus après l'exclusion de quatre refus. Le genre masculin prédominait largement notre population d'étude avec une proportion de 81,8% (n=9) donnant un sex ratio à 4,5. L'âge moyen de nos patients étudiés était de 44,6 ans avec des extrêmes de 30 à 66 ans. La symptomatologie de présomption de l'ISLA était dominée par l'ictère à 66,7% et la fièvre à 27,3%. Dans l'étude des facteurs de risque d'une ISLA cirrhotique, un taux de protéines inférieur à 10 g/L dans le liquide d'ascite était présent dans 54,5% (n=6) et la cirrhose était avancée (Child C du score de Child-Pugh) dans 36,4% (n=4). L'hépatite virale B était la première étiologie de la cirrhose dans notre étude avec un taux de 36,4% suivi de l'alcool et de l'hépatite virale C avec un taux respectif de 27,3%. La cause de la cirrhose était indéterminée dans 18,2% (n=2). Trois patients sont décédés. La prévalence de l'ISLA dans cette étude était de 18,2%. L'analyse de cette étude avait donné deux cas de vrais positifs et deux cas de faux positifs. L'évaluation de la performance diagnostique de la bandelette réactive Urine-10 CYPRES® avait montré une sensibilité de 100%, une spécificité de 77,7%, une valeur prédictive négative de 100% et une valeur prédictive positive de 50%.

Discussion : La performance diagnostique des bandelettes réactives est variable selon la valeur seuil de détection de l'activité des estérases dans les leucocytes

granulaires qui peut être différent pour chaque bandelette. La haute sensibilité et la forte valeur prédictive négative de notre bandelette réactive Urine-10 CYPRES® constituent un test très prometteur pour le dépistage rapide de l'ISLA cirrhotique.

Conclusion : La bandelette réactive Urine-10 CYPRES® serait performante et pourrait constituer une méthode de dépistage rapide de l'infection spontanée du liquide d'ascite cirrhotique afin de justifier une prise en charge urgente. La cytologie du liquide d'ascite reste l'examen de référence du diagnostic de certitude. Cette précocité de dépistage améliore l'offre de soins notamment dans un établissement hospitalier d'un pays à faible revenu. Les résultats préliminaires de cette étude nécessitent d'être validés par une étude multicentrique de plus grande envergure.

Remerciements : Nos vifs remerciements à nos chers maîtres, aînés et collègues pour les directives et encouragement.

Notre sincère reconnaissance à la famille pour leur soutien.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000771>

Validation d'un score pronostique pour prédire la mortalité à court terme chez les patients atteints d'insuffisance hépatique aiguë sur chronique (ACLF) : étude égyptienne

A. El Ray ⁽¹⁾, R. Fouad ⁽²⁾, H. Elmakhzangy ⁽²⁾, M. Elbeshlawy ⁽²⁾, M. Sherbini ⁽¹⁾
(1) Gizeh, EGYPT; (2) Le Caire, EGYPT.

Introduction : L'insuffisance hépatique aiguë sur chronique (Acute-on-chronic liver failure -ACLF) est un syndrome caractérisé par une décompensation aiguë (DA) de la cirrhose, une ou des défaillances d'organes / systèmes et une mortalité élevée à court terme. L'Objectifs de l'étude est d'évaluer les patients cirrhotiques hospitalisés pour une DA pour le diagnostic et le classement du ACLF et de prédire le pronostic à court terme selon le consortium EASL-CLIF pour guider la décision thérapeutique.

Patients et Méthodes : 120 patients cirrhotiques atteints de DA ont été prospectivement inclus dans le service d'hépatogastroentérologie de l'institut de recherche Theodor Bilharz en Egypte. Les patients ont été divisés en patients ACLF et non ACLF selon la définition EASL-CLIF de l'ACLF. Tous les patients ont été suivis pendant 3 mois à partir de l'inclusion ou de la mortalité, la première des deux à survenir. Les scores pronostiques tels que les scores CLIF-SOFA, CLIF-C OF, MELD, MELD-Na et Child-Pugh ont été évalués pour leur capacité à prédire la mortalité à 28 jours et à 90 jours chez tous les patients et patients avec ACLF utilisant AUROC. Le score CLIF-C DA a été évalué pour la DA sans ACLF.

Résultats : Sur 120 patients, 40 avaient ACLF. L'hépatite C (93,3%) était l'étiologie la plus fréquente de la cirrhose, tandis que l'encéphalopathie hépatique (49,2%) était la cause la plus fréquente de la DA, tandis que l'hémorragie gastro-intestinale (45%) était le facteur le plus commun de précipitation de la DA.

La mortalité à 28 jours chez les patients ACLF et non ACLF était de 7,5% et 45%. CLIF-C OF affichait le plus haut AUROC de 0,899 dépassant de manière significative tous les autres scores dans la prédiction de la mortalité à 28 jours chez les patients ACLF avec le seuil optimal de 10, avec une sensibilité de 77,78% et une spécificité de 81,82%. CLIF-C OF est également excellent dans la prédiction de la mortalité à 90 jours (AUROC: 0,919). Le score CLIF-C AD était excellent pour prédire la mortalité à 28 et 90 jours dans la DA sans ACLF, le meilleur seuil à 28 jours et 55% montrait une sensibilité de 100% et une spécificité de 66,2%.

Conclusion : Les scores CLIF-C OF et CLIF-CAD offrent une meilleure prédiction de la mortalité à court terme chez les patients cirrhotiques atteints de DA respectivement avec et sans ACLF, que celle donnée par les autres systèmes de score disponibles.

paramètre ROC	CTP	MELD	MELD-Na*	CLIC-C OF	CLIF-SOFA
AUC	0.716	0.725	0.702	0.899	0.874
ES	0.0813	0.086	0.0859	0.0432	0.0515
95% CI	0.551to 0.847	0.561to 0.854	0.537 to 0.836	0.762 to 0.972	0.730 to 0.957
z statistique	2.65	2.606	2.351	9.229	7.257
Valeur-p (AUC=0.5)	0.0079*	0.0092**	0.0187*	<0.0001**	<0.0001**
La statistique J de Youden	0.363	0.4091	0.343	0.596	0.626
Critère associé	>13	>31.182	>28.687	>10	>10
Sensibilité	50	50.0	88.89	77.78	94.44
Spécificité	86.36	90.91	45.45	81.82	68.18

Comparison	AAUC	ES	95% IC	z statistique	Valeur-p
CTP vs. MELD	0.0088	0.0941	-0.176 to 0.193	0.094	0.925 NS
CTP vs. MELD-Na*	0.0139	0.088	-0.159 to 0.187	0.157	0.875 NS
CTP vs. CLIF-C OF	0.183	0.0725	-0.041 to 0.325	2.526	0.0115*
CTP vs. CLIF-SOFA	0.158	0.0801	-0.0009 to 0.315	1.971	0.0487*
MELD vs. MELD-Na*	0.0227	0.0432	-0.062 to 0.107	0.526	0.599 NS
MELD vs. CLIF-C OF	0.174	0.089	-0.0007 to 0.349	1.952	0.050*
MELD vs. CLIF-SOFA	0.149	0.096	-0.039 to 0.337	1.551	0.121 NS
MELD-Na* vs. CLIF-C OF	0.197	0.0909	-0.0189 to 0.375	2.168	0.0302*
MELD-Na* vs. CLIF-SOFA	0.172	0.0972	-0.0188 to 0.362	1.766	0.0773 NS
CLIF-C OF vs. CLIF-SOFA	0.0253	0.0349	0.0432 to 0.0937	0.723	0.469 NS

AUC = surface sous la courbe ROC, ES = erreur standard, IC 95% = intervalle de confiance à 95%, AAUC = différence entre les AUC. NS = p>0,05 = non significatif.

* p<0,05 = significatif

Les caractéristiques cliniques et évolutives des infections spontanées du liquide d'ascite sont-elles différentes au cours des cirrheses virales ?

D. Trad ⁽¹⁾, H. Jlassi ⁽¹⁾, A. Ouakaa Kchaou ⁽¹⁾, M. Sabbah ⁽¹⁾, N. Bibani ⁽¹⁾, H. Elloumi ⁽¹⁾, D. Gargouri ⁽¹⁾
(1) Tunis, TUNISIE.

Introduction : L'infection spontanée du liquide d'ascite (ISLA) est une complication fréquente de la cirrhose décompensée. Elle est associée à une morbidité et une mortalité importantes. L'objectif de cette étude était de comparer les caractéristiques cliniques et le pronostic des ISLA survenant au cours de la cirrhose d'étiologie virale par rapport aux ISLA développées au cours de la cirrhose non virale.

Matériels et méthodes : Nous avons mené une étude rétrospective sur une période de 14 ans (Janvier 2003-Décembre 2017) colligeant tous les patients cirrhotiques hospitalisés pour une ISLA. Nous avons défini deux groupes : Le groupe 1 (G1) correspondait aux patients ayant une cirrhose d'origine virale et le groupe 2 (G2) correspondait aux patients suivis pour une cirrhose non virale. Les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et évolutives de l'ISLA ont été comparées dans les 2 groupes.

Résultats : Quatre-vingt dix patients ont été colligés répartis en 53 sujets (G 1) et 37 (G 2). La répartition du sexe dans les deux groupes; sexe ratio de 0,7 et 0,48 dans G 1 et G2 respectivement (p=0,25). La cirrhose était classée Child B (54,7%) et C (45,2%) pour le G 1 et classée en stade B (37,8 %) et C (59,4 %) pour l'autre groupe (p=0,086).

Les 2 groupes présentaient à l'admission une dysfonction hépatique sévère avec un score MELD moyen de 20,2 et 23,2 dans G 1 et G 2 respectivement (p=0,68) et avec des antécédents fréquents de complications de leur maladie hépatique.

Les sujets ayant une cirrhose d'étiologie non virale ont présenté plus de complications au cours de l'épisode infectieux que les sujets suivis pour une cirrhose virale (75,7% vs 45,3%; p=0,004). La survenue d'une insuffisance rénale aiguë était plus fréquente au cours de la cirrhose non virale (27% vs 5,6%; p=0,006).

La survie globale médiane de l'ensemble de la population était de 9,9 mois [IC 95% : 6,8-12,9] : 10,7 mois pour G 1 vs 9,3 mois pour G 2 (p=0,3).

Conclusion : L'ISLA survenant au cours de la cirrhose non virale semble de plus mauvais pronostic en raison du stade avancé de la maladie hépatique au moment du diagnostic et de la fréquence de la survenue des complications.

Pour consulter ce résumé en ligne :
<https://www.snfge.org/resumes-2019/000742>

P.226

Mortalité à 6 mois chez les patients cirrhotiques ayant survécu à une infection spontanée du liquide d'asciteD. Trad ⁽¹⁾, H. Jlassi ⁽¹⁾, N. Bibani ⁽¹⁾, M. Sabbah ⁽¹⁾, H. Elloumi ⁽¹⁾, A. Ouakaa Kchaou ⁽¹⁾, D. Gargouri ⁽¹⁾

(1) Tunis, TUNISIE.

Introduction : L'infection spontanée du liquide d'ascite (ISLA) est une complication fréquente de la cirrhose décompensée. Elle est associée à une morbidité et une mortalité importantes.

L'objectif de cette étude est d'analyser la survie globale et d'identifier les facteurs prédictifs de mortalité à 6 mois chez les patients cirrhotiques ayant survécu à une ISLA.

Matériels et méthodes : Nous avons mené une étude rétrospective sur une période de 14 ans (Janvier 2003-Décembre 2017) colligeant tous les patients cirrhotiques hospitalisés pour une ISLA. Une étude statistique a été réalisée afin de déterminer les facteurs prédictifs de mortalité à 6 mois (logiciel SPSS 21).

Résultats : Nous avons inclus 90 patients : 56 femmes et 34 hommes, soit un sexe ratio de 0,6. L'âge moyen était de 62 ans [22-90ans]. La cirrhose était principalement d'origine virale : C dans 38% et B dans 22% des cas. Ils présentaient à l'admission une dysfonction hépatique sévère avec un score MELD moyen de 21 [10-41] et des antécédents fréquents de complication de leur maladie hépatique notamment sous forme d'hémorragie digestive (30%), d'ascite réfractaire (19%), un carcinome hépatocellulaire (20%) ou une thrombose porte (21%).

Le séjour hospitalier médian était de 16 jours [5,62]. La mortalité immédiate était de 10%. La survie globale médiane était de 9,9 mois [IC 95% : 6,8-12,9].

Au cours des 6 premiers mois du suivi, 58 patients (64,4%) sont décédés. La survenue d'une encéphalopathie hépatique au cours de l'admission et une CRP à la sortie supérieure à 10mg/L étaient associés à une mortalité à 6 mois avec une relation statistiquement significative (p égal respectivement à 0,03 et 0,01).

Conclusion : Le taux de la CRP à la sortie permet de prédire une mortalité à moyen terme chez les cirrhotiques hospitalisés pour une ISLA. Ceci permet d'identifier les patients fragiles qui méritent une surveillance rigoureuse.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000844>

P.227

L'ascite exsudative : profil clinique, paraclinique et étiologiqueM. Ben Abbes ⁽¹⁾, S. Bizid ⁽¹⁾, M. Ghanem ⁽¹⁾, D. Cherif ⁽¹⁾, K. Boughoula ⁽¹⁾, B. Ben Slimane ⁽¹⁾, H. Ben Abdallah ⁽¹⁾, M.R. Bouali ⁽¹⁾, N. Abdelli ⁽¹⁾

(1) Tunis, TUNISIE.

Introduction : L'ascite exsudative est une situation clinique relativement fréquente qui peut résulter de plusieurs pathologies. Le diagnostic étiologique nécessite un examen clinique attentif et un choix judicieux des examens complémentaires. L'objectif de cette étude est de déterminer les aspects épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques de l'ascite exsudative.

Patients et Méthodes : Nous avons analysé rétrospectivement tous les cas d'ascite exsudative colligés au service sur une période de 18 ans allant de Janvier 2000 jusqu'au Septembre 2018.

Résultats : Nous avons colligé 114 patients hospitalisés pour exploration d'une ascite exsudative : 59 femmes et 55 hommes, d'âge moyen 55,71 ans (extrêmes : 18 à 96 ans). Le tableau clinique était dominé par la distension abdominale (62,3%), l'altération de l'état général (60,5%) et les sueurs nocturnes (16,7%). Le liquide d'ascite était à prédominance lymphocytaire dans 85 % des cas. Concernant le bilan tuberculeux, la recherche de bacille Koch dans les crachats, les urines et le liquide d'ascite par examen direct et après culture était négative dans 94,9%, l'intradermo-réaction à la tuberculine était positive dans 12,34 % des cas. Le dosage de l'interféron Gamma réalisée dans 13 cas, s'est révélé positif dans 4 cas. Une tomodensitométrie abdominale réalisée chez 78 de nos patients a montré une ascite cloisonnée dans 9 cas, un épaississement péritonéal dans 35 cas (44,87%), des nodules péritonéaux dans 30 cas (34,48%), des adénopathies abdominales dans 22 cas (28,2%) et un aspect de gâteaux épiploïques dans 7 cas (8,97%). L'endoscopie digestive haute était contributive au diagnostic étiologique dans 14,9 % des cas objectivant une tumeur gastrique. Une coloscopie pratiquée chez 68 patients (14,7%) a objectivé une tumeur colique chez 10 patients (8,8%). Une coelioscopie diagnostique était indiquée chez 72 patients (63,2%). Les différents aspects constatés étaient : des nodules péritonéaux dans 64 cas (56,1%), des adhérences péritonéales dans 13 cas, des fausses membranes dans 11 cas et une agglutination des anses digestives dans 11 cas. L'origine de l'ascite était une carcinose péritonéale chez 54 patients (47,36%), une tuberculose péritonéale chez 46 patients (40,35%), une insuffisance cardiaque chez 3 patients, une ascite à éosinophilie et un syndrome de Budd Chiari chez 2 patients respectivement. Dans le groupe des patients avec une tuberculose péritonéale, une localisation extra péritonéale était retrouvée dans 19,3% des cas en particulier pleurale et ganglionnaire. Ces patients ont été mis sous un traitement anti bacillaire avec une évolution favorable dans 93,7%. Dans le groupe des patients avec une carcinose péritonéale le cancer primitif était principalement d'origine gastrique ou ovarienne dans respectivement 30% et 20% des cas. La prise en charge thérapeutique a été essentiellement palliative (72,41%) étant donné le caractère avancé de la maladie.

Conclusion : Le diagnostic étiologique de l'ascite exsudative reste difficile à établir. La laparoscopie diagnostique est actuellement le gold standard dans le diagnostic étiologique d'une ascite exsudative.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000780>

Evaluation socio-cognitive de patients transplantés hépatiques

S. Talavera-Pons ⁽¹⁾, T.K. Kara ⁽¹⁾, M.S. Cherillat ⁽¹⁾, B. Buchard ⁽¹⁾, G. Lamblin ⁽¹⁾, L. Muti ⁽¹⁾, C. Teilhet ⁽¹⁾, E. Coudeyre ⁽¹⁾, A. Boyer ⁽¹⁾, A. Abergei ⁽¹⁾

(1) Clermont-Ferrand.

Introduction : Les patients transplantés hépatiques doivent modifier leurs habitudes de vie et adopter des comportements en santé qui améliorent aussi bien leur qualité de vie que leur survie. Ils doivent acquérir un certain nombre de connaissances théoriques, de compétences et d'adaptations susceptibles de les rendre plus autonomes dans la prise en charge de leur greffe à long terme. Or la majorité des patients de notre centre sont transplantés pour une cirrhose alcoolique avec un contexte social défavorisé et peuvent présenter des altérations cognitives en pré greffe, ce qui peut constituer un frein au changement de comportement. L'évaluation de leurs capacités cognitives, de leur niveau de compréhension des consignes, et de leur perception en santé (littératie en santé) est un pré requis nécessaire pour améliorer le suivi des patients transplantés à long terme. L'objectif de l'étude est de procéder à une évaluation socio-cognitive des patients transplantés hépatiques depuis plus d'un an dans notre centre

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude exploratoire, prospective mono-centrique sur 53 patients transplantés hépatiques depuis plus d' 1 an. Lors de leur suivi en consultation avec l'hépatologue, un auto-questionnaire traduit et validé en français : le Health Literacy Questionnaire (HLQ) permet d'évaluer leur compréhension et leur perception du système de soins et des professionnels de santé. En parallèle, une évaluation cognitive, via le score validé MoCA (Montreal Cognitive Assessment) et de leur précarité, via le score EPICES (Evaluation de la Précarité et des Inégalités de santé pour les Centres d'Examens de Santé) sont effectuées afin d'étudier les facteurs psychosociaux pouvant influencer leur compréhension.

Résultats : Cinquante-trois patients ont été inclus dans l'étude sur une période de 6 mois. 72 % des patients étaient transplantés pour une cirrhose alcoolique, 21 % pour une cirrhose NASH (Non Alcoholic Stetato Hepatitis) 23% pour une cirrhose virale. 23% des patients présentaient un carcinome hépatocellulaire au moment de la greffe. 30% sont en situation de précarité

60% des patients interrogés présentent des altérations cognitives non connues (MoCA < 26). Les capacités les plus fréquemment altérées sont : les fonctions de mémorisation (90%), la fluidité de langage (79%), les capacités visuo-constructives (71%) et les capacités d'abstraction (71%). Les facteurs influençant le MoCA étaient l'âge d'arrêt de la scolarité ($p = 0,0008$), le niveau d'étude ($p = 0,002$) et la précarité ($p=0.031$).

Concernant la perception de leur santé et leur niveau de compréhension, les patients ont des difficultés à trouver des informations en santé de bonne qualité plus particulièrement pour les patients transplantés pour cirrhose alcoolique ($p = 0.037$) et les patients non autonomes ($p= 0.05$) ainsi que des difficultés à évaluer l'information notamment chez les patients précaires ($p 0.008$).

Par contre les patients sont très satisfaits de leur relation avec les professionnels de santé (note moyenne de 4.2/5). Les patients présentant un Carcinome Hépatocellulaire (CHC) ou une encéphalopathie pré greffe ont significativement plus de difficulté à s'engager activement avec le professionnel de santé. Les patients estiment qu'ils ont suffisamment d'informations pour gérer activement leur santé et s'impliquer dans leur prise en charge, hormis les patients qui présentaient un CHC en pré greffe ($p< 0.05$).

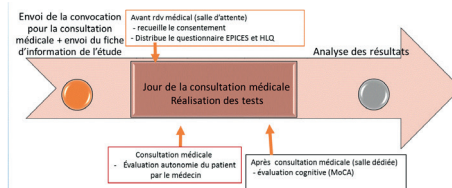
Conclusion : La compréhension des patients est un concept difficile à évaluer de par ses multiples dimensions. Les patients transplantés hépatiques sont très satisfaits de leur relation avec les professionnels de santé mais moins de 50% des patients évaluent l'information en santé et cherchent des informations par eux-mêmes. Les patients les plus en difficulté sont les transplantés pour cirrhose alcoolique, les greffés précaires et ceux ayant un faible niveau d'étude. 60% des patients avaient également des troubles cognitifs qui n'étaient pas connus avant la réalisation des tests (score Moca<26) qu'il conviendrait d'explorer plus en détails afin de pouvoir adapter l'offre éducative à ce type de patients.

Remerciements : Pas de financement

Références Bibliographiques : Serper M, Patzer RE, Reese PP, Przytula K, Koval R, Ladner DP, et al. Medication misuse, nonadherence, and clinical outcomes among liver transplant recipients. Liver Transplant Off Publ Am Assoc Study Liver Dis Int Liver Transplant Soc. 2015;21(1):22-8.

Zhang NJ, Terry A, McHorney CA. Impact of health literacy on medication adherence: a systematic review and meta-analysis. Ann Pharmacother. juin 2014;48(6):741-51.

Miller-Matero LR, Hyde-Nolan ME, Eshelman A, Abouljoud M. Health literacy in patients referred for transplant: do patients have the capacity to understand? Clin Transplant. 2015;29(4):336-42..



Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000398>

P.229

Prise en charge et impact sur la survie des sténoses biliaires anastomotiques après transplantation hépatique

C. Jarlot-Gas ⁽¹⁾, C. Maulat ⁽¹⁾, E. Cuellar ⁽¹⁾, A. Del Bello ⁽¹⁾, N. Kamar ⁽¹⁾, K. Barange ⁽¹⁾, J.M. Péron ⁽¹⁾, B. Suc ⁽¹⁾, F. Muscarelli ⁽¹⁾

(1) Toulouse.

Introduction : Étudier la prise en charge et l'impact sur la survie globale et des greffons de la sténose biliaire anastomotique (SA) après transplantation hépatique.

Patients et Méthodes : Étude rétrospective monocentrique entre 2010 et 2016 incluant tous les patients transplantés hépatiques à Toulouse. La prise en charge de la SA a été analysée ainsi que la recherche de facteurs de risque de sténose et l'impact sur la survie globale et des greffons.

Résultats : Sur 225 patients inclus, 56 (25%) ont présenté une sténose. La médiane de survie était de 83 mois, 70% dans les 6 premiers mois. Un score Foie > 800 points au moment de la greffe était le facteur de prédictif indépendant de survie de SA. Une prise en charge endoscopique initiale était décidée dans 87.5% des cas mais n'a finalement été possible que dans 66% des cas. Avec une durée médiane de procédure de 12 mois, une médiane de 4 procédures par malade. Le traitement chirurgical représentait 2% des décisions initiales et 12.5% des procédures réalisées au final. La prise en charge percutanée avait un taux important d'échec notamment en cas de rattrapage du traitement endoscopique. La présence d'une SA n'avait aucun impact en termes de survie globale des malades ni en termes de survie des greffons.

Conclusion : Les SA n'entraînent pas de répercussion sur la survie des malades et des greffons, au prix d'un traitement endoscopique long avec plusieurs procédures. En cas d'échec de ce traitement, il semble préférable de s'orienter directement vers la réparation chirurgicale.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000090>

P.230

Séroprévalence de l'hépatite virale E chez les patients cirrhotiques et son impact sur l'histoire naturelle de la maladie hépatique

A. Choukri ⁽¹⁾, M. Tahiri Joutei Hassani ⁽¹⁾, A. Bellabah ⁽¹⁾, W. Hliwa ⁽¹⁾, F. Haddad ⁽¹⁾, W. Badre ⁽¹⁾

(1) Casablanca, MAROC.

Introduction : Le virus de l'hépatite E (VHE) est une cause majeure de l'hépatite transmise par voie entérique. Les données sur le rôle de l'infection par le VHE dans l'aggravation d'une maladie chronique du foie préexistante sont limitées.

Le but de notre travail est d'évaluer la séroprévalence de l'hépatite virale E dans une population marocaine vulnérable porteuse d'une hépatopathie chronique d'étiologies différentes, ainsi que l'impact des marqueurs sérologiques de l'HVE sur la gravité et l'histoire naturelle de la maladie hépatique.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude prospective et descriptive incluant 70 patients cirrhotiques nouvellement diagnostiqués dans notre service et qui ont été recrutés pour un dépistage systématique des anticorps anti-HVE totaux, sur une période d'un an du janvier 2015 au janvier 2016.

La surinfection par d'autres virus tels que l'hépatite A, l'hépatite B a été exclue en testant l'Ac anti-HVA type IgM, l'Ag Hbs, l'Ac anti Hbc type IgM dans le sérum.

Les résultats de l'étude comprenaient les résultats de la virémie de l'HVE avec une recherche de l'ARN viral et un génotypage chez les patients HVE positifs. En outre, l'évaluation des paramètres biologiques, la survenue d'une décompensation, la morbi-mortalité à S4 et S12 chez les patients atteints de cirrhose avec et sans infection par le VHE ont également été évaluées.

Résultats : Soixante-dix patients cirrhotiques nouvellement diagnostiqués au service ont été inclus dans notre étude : Trente-sept femmes (soit 53%) et trente-trois hommes (soit 47%). La prévalence des anticorps anti-HEV totaux dans l'ensemble de notre échantillon était de 15.7%. L'ARN viral de l'HVE a été détecté chez 4 malades. L'âge moyen dans le groupe (HVE+) était de 49.6±11.2 ans contre 49.4±17 ans dans le groupe (HVE-) (P à 0.9). On a noté une légère prédominance féminine avec un sex-ratio (F/H) à 1.12. La majorité de la population habitait en milieu urbain que ça soit dans le groupe (HVE+) que le groupe (HVE-) (P à 0.6). 72.8% du groupe (HVE+) étaient sans activité professionnelle contre 61.1% du groupe (HVE-). 18.1% des patients du groupe (HVE+) étaient des consommateurs d'alcool contre 8.4% dans le groupe (HVE-) (P à 0.5). Le diabète constituait le seul facteur épidémiologique significatif entre les deux groupes d'étude avec une valeur P à 0.01. Chez les patients avec une infection HVE positive, la cirrhose était secondaire à une hépatite virale C dans la majorité des cas (45.4%), alors que celle est de 30.5% dans le groupe HVE négatif.

L'évaluation des paramètres biologiques à l'admission à S4 et S12 du suivi n'avait pas montré de différence entre les cirrhotiques avec et sans infection HVE. Ainsi, l'infection par le VHE n'a pas été corrélée significativement à un risque élevé de décompensation hépatique. De même, on n'avait pas constaté de risque de surmortalité au cours du suivi entre les cirrhotiques avec et sans infection par l'HVE (une valeur p à 0.5 à S4 et 0.12 à S12). Seulement, deux des quatre malades infectés par l'HVE en réplcation virale étaient temporairement liées à l'événement de décompensation et de décès.

Conclusion : L'infection par le VHE ne semble pas être une cause importante de décompensation hépatique et de mortalité chez les personnes porteuses d'hépatopathie chronique dans notre contexte. Néanmoins, les tests d'hépatite E seraient justifiés devant des tableaux de décompensations hépatiques soudaines ou inexpliquées.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000562>

P.231

Virus de l'hépatite E (VHE) et maladie inflammatoire de l'intestin (MICI) : une étude prospective multicentrique chez 488 patients

C. Renou ⁽¹⁾, S. Nahon ⁽²⁾, F. Heluwaert ⁽³⁾, G. Macaigne ⁽⁴⁾, M. Amil ⁽⁵⁾, S. Talom ⁽⁶⁾, B. Lambare ⁽⁷⁾, C. Charpignon ⁽⁸⁾, T. Paupard ⁽⁹⁾, M. Mocanu Stetiu ⁽¹⁰⁾, M.P. Ripault ⁽¹¹⁾, A. Yamaga ⁽¹²⁾, F. Ehrhard ⁽¹³⁾, F. Audemar ⁽¹⁴⁾, M.D.C. Ortiz ⁽¹⁵⁾, D. Zanditenas ⁽¹⁶⁾, F. Skinazi ⁽⁸⁾, H. Agostini ⁽¹⁷⁾, A.M. Roque-Afonso ⁽¹⁸⁾

(1) Hyères ; (2) Montfermeil ; (3) Annecy ; (4) Jossigny ; (5) La Roche-sur-Yon ; (6) Meaux ; (7) Corbeil-Essonnes ; (8) Paris ; (9) Dunkerque ; (10) Evreux ; (11) Béziers ; (12) Poissy ; (13) Lorient ; (14) Bayonne ; (15) Perpignan ; (16) Bry-sur-Marne ; (17) Créteil ; (18) Villejuif.

Introduction : La majorité des infections par le VHE, prédominant dans les pays industrialisés, sont aiguës et asymptomatiques mais peuvent évoluer vers la chronicité chez des patients traités par immuno-suppresseurs. Ces derniers modifient la réponse immunitaire et augmentent ainsi le risque d'infections opportunistes. Le VHE n'est pas recherché chez les patients porteurs d'une MICI et traités par immunomodulateurs du fait de la méconnaissance de la prévalence et de l'incidence de l'hépatite E aiguë et chronique dans ce contexte. L'élévation des enzymes hépatiques n'est pas rare au cours des MICI et pourrait être expliquée par une infection VHE. Le but de cette étude était d'évaluer la prévalence de l'infection VHE aiguë ou chronique chez les patients porteurs d'une MICI et de rechercher un lien potentiel avec une élévation inexpliquée des enzymes hépatiques.

Patients et Méthodes : Entre octobre 2017 et janvier 2018, les patients hospitalisés pour perfusion d'anticorps monoclonaux anti-TNF alpha dans le cadre d'une MICI ont été inclus consécutivement et prospectivement dans 16 centres. Le jour de l'inclusion dans le cadre de l'hôpital de jour, les patients ont complété un questionnaire sur les facteurs de risque d'infection par le VHE et ont réalisé un prélèvement sanguin pour sérologie et charge virale du VHE.

Résultats : 488 patients d'âge moyen 41,7 +/- 14,7 ans ont été inclus : 50,8% étaient des hommes, 327 (67%) avaient une maladie de Crohn (MC) et 161 (33%) une rectocolite hémorragique (RCH), 22,4% avaient des manifestations extra-intestinales et 36% des manifestations périméales. Le traitement était de l'infliximab dans 86,7% des cas, du vedolizumab dans 12,5% des cas et de l'ustekinumab dans 0,8% des cas et avait été instauré depuis une médiane de 38 mois. Le jour du prélèvement, 45/448 patients (9,2%) avaient une perturbation des enzymes hépatiques, inexpliquée dans 21/45 cas. La virémie VHE était négative chez tous les patients et 3/488 avait des IgM anti-VHE mais à un taux faible. La séro-prévalence des IgG anti-VHE était de 13,7%. Les patients IgG anti-VHE positifs étaient plus âgés lors du diagnostic (47 +/- 15 vs 40 +/- 15 ans, p=0.002) et lors du diagnostic de MICI (34 vs 22% avaient plus de 40 ans, p=0.028), plus souvent des hommes (61 vs 49%, p=0.067), consommateurs de fruits de mer (55 vs 39%, p=0.011), avec une localisation iléale ou digestive supérieure de la MC plus fréquente (48 vs 29%, p=0.008), moins d'atteinte extra-digestive (14 vs 24%, p=0.065) et une dose d'immurel supérieure (161 +/- 34 vs 136 +/- 40 mg, p=0.029). Les facteurs indépendants associés à des IgG anti-VHE positifs étaient un âge supérieur à 50 ans (p=0.009), la consommation de fruits de mer (p=0.033), une maladie de Crohn avec localisation iléale ou digestive supérieures (p=0.009), et une absence de manifestations extra-digestives (p=0.041).

Conclusion : Dans ce groupe de patients porteurs d'une MICI et traités par anti-TNF alpha : 1/ les perturbations des enzymes hépatiques ne sont pas expliquées par une infection aiguë ou chronique par le VHE. 2/ la séro-prévalence des IgG anti-VHE apparaît plus faible que celle rapportée chez les donneurs de sang en France.

Pour consulter ce résumé en ligne :
<https://www.snfge.org/resumes-2019/000220>

P.232

Profil étiologique et évolutif des hépatites aiguës sévères

H. Ismail ⁽¹⁾, F. Haddad ⁽¹⁾, M. Tahiri Joutei Hassani ⁽¹⁾, W. Hliwa ⁽¹⁾, A. Bellabah ⁽¹⁾, W. Badre ⁽¹⁾

(1) Casablanca, MAROC.

Introduction : L'hépatite aiguë sévère (HAS) correspond à une perte brutale des fonctions hépatiques chez des sujets ayant un foie a priori antérieurement sain. Elle est définie par un taux de prothrombine inférieur à 50 %, elle devient grave en présence de signes d'encéphalopathie hépatique. D'étiologies multiples elle peut mettre en jeu le pronostic vital surtout en l'absence de prise en charge précoce. L'objectif de cette étude est de décrire le profil étiologique et évolutif des hépatites aiguës sévères.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude observationnelle rétrospective concernant les patients admis dans un tableau d'hépatite aiguë sévère à grave sur une période allant de janvier 2015 à septembre 2018. L'analyse des données a été faite à l'aide du logiciel SPSS 20 permettant également de vérifier la corrélation entre d'une part l'âge ; la découverte d'une cirrhose méconnue, le MELD et d'autre part la survenue du décès avec un taux de significativité à p < 0.05.

Résultats : Nous avons colligé 45 cas d'HAS. L'âge moyen des patients était de 34 ans. Une prise de médicaments hépatotoxiques a été retrouvée chez 42% des patients dont 63 % avaient consommé du paracétamol et 21 % des antibactériens. 80% des patients présentaient un ictère cholestatique et 20% ont été admis dans un tableau d'encéphalopathie hépatique. Une hépatopathie chronique méconnue a été retrouvée chez 33% des patients. Aucune étiologie n'a été retenue chez 43% des malades, une hépatite virale A (HVA) a été diagnostiquée dans 25 % des cas, une toxicité hépatique aux antibactériens et une hépatite auto immune chez 10% ; une hépatite virale B et un Overlap syndrome chez 4% ; 1 seul cas présentait une hépatite virale C aiguë. Une évolution favorable marquée par une amélioration clinique et biologique a été observée dans 66% des cas, le décès est survenu chez 29% des patients ; 3 malades ont refusé la poursuite des investigations et ont été perdus de vue. Parmi les malades décédés nous retrouvons tous les cas d'hépatotoxicité sévère aux antibactériens, un seul cas d'HVA et 42% des malades chez qui aucune étiologie n'a pu être retenue. Le délai moyen de décès était de 11 jours. Le MELD était significativement lié à la survenue du décès (p=0.002), nous n'avons pas retrouvé de corrélation entre l'âge, l'existence d'une cirrhose méconnue et le décès.

Conclusion : L'étiologie de l'hépatite aiguë sévère n'a pu être étiquetée chez 42 % des patients mais il convient de noter la survenue précoce du décès empêchant la réalisation d'un bilan étiologique exhaustif. Bien que fréquente l'HVA semble avoir un bon pronostic, à contrario une hépatotoxicité sévère aux antibactériens a conduit aux décès chez tous les malades. Quel que soit l'étiologie le MELD est un facteur de mauvais pronostic.

Pour consulter ce résumé en ligne :
<https://www.snfge.org/resumes-2019/000702>

Premiers résultats de l'étude multicentrique prospective observationnelle avec l'association elbasvir/grazoprévir dans le traitement de l'hépatite chronique C en France : observatoire ZEPHYR

J.P. Bronowicki ⁽¹⁾, P. Mialhes ⁽²⁾, B. Hanslik ⁽³⁾, A. Abergel ⁽⁴⁾, D. Larrey ⁽⁵⁾, D. Pospait ⁽⁶⁾, R. Truchi ⁽⁶⁾, D. Ouzan ⁽⁷⁾, G. Riachi ⁽⁸⁾, J. Skrzypski ⁽⁹⁾, A. Guidoum ⁽¹⁰⁾, A. Spampinato ⁽¹⁰⁾, P. Sogni ⁽⁶⁾

(1) Vandœuvre-lès-Nancy ; (2) Lyon ; (3) Montpellier ; (4) Clermont-Ferrand ; (5) Paris ; (6) Nice ; (7) Saint-Laurent-du-Var ; (8) Rouen ; (9) Fontaine-lès-Dijon ; (10) Courbevoie.

Introduction : Les profils d'efficacité et de sécurité de l'association elbasvir/grazoprévir, une combinaison d'antiviraux directs (AVD) actifs sur le virus de l'hépatite C (VHC), ont été établis dans le cadre d'un vaste programme de développement clinique. Cependant, les caractéristiques des patients traités en pratique clinique courante peuvent différer de ceux participants aux essais cliniques, d'où l'intérêt d'obtenir des résultats sur l'utilisation du traitement dans ce contexte.

Patients et Méthodes : ZEPHYR est une étude française, multicentrique, prospective et observationnelle de l'utilisation de l'association elbasvir/grazoprévir en pratique courante. Nous rapportons ici les résultats de la deuxième analyse intermédiaire planifiée chez des patients adultes ayant une hépatite C chronique confirmée et traités avec au moins une dose d'elbasvir/grazoprévir. Cette analyse porte sur les patients inclus entre janvier et septembre 2018 par un échantillon représentatif de 67 hôpitaux et cliniques.

Résultats : Cent quatre-vingt-trois patients infectés par le VHC ont été inclus dans cette analyse parmi lesquels 162 (89%) étaient nés de tout traitement contre le VHC. La population était équilibrée entre les sexes, avec un âge moyen de 56 ans et un indice de masse corporelle de $25,6 \pm 5,0$ kg / m². Parmi ces patients, 48 étaient des migrants (définition INSEE : nés à l'étranger et résidant en France depuis 3 mois minimum) (26%), 15 avaient une insuffisance rénale chronique de stade 3 à 5 (8%), 7 étaient des usagers de drogues par voie intraveineuse (4%), 1 patient présentait une hémophilie, 1 était co-infecté par le VIH et 2 autres co-infectés par le VHB. Parmi l'ensemble des patients, 11 avaient une addiction à l'alcool, 56 étaient des fumeurs actifs ($22,4 \pm 16,3$ PA). Tous les patients étaient infectés par le VHC de génotype (Gt) 1 ou 4. Parmi eux, 64% étaient Gt1b, 20% Gt4, 14% Gt1a (12 patients sur 26 - [46%] - avec un taux d'ARN du VHC ≥ 800000 UI / mL). En outre, 3 et 18 patients présentaient respectivement un génotype 1 ou 4 sans sous-type spécifié. Deux patients présentaient une mutation conférant une résistance aux inhibiteurs de NS5A. Cent trente-deux patients (72%) avaient une fibrose nulle à modérée (F0-F2), 24 (13%) et 23 patients (13%) avaient une fibrose F3 et F4, respectivement. Un patient présentait un stade intermédiaire F3-F4 et 3 patients ne présentaient pas d'évaluation à l'inclusion. Une hypertension artérielle, un diabète ou un antécédent de syndrome dépressif étaient retrouvés chez 27, 11 et 6% des patients, respectivement. Aucun patient ne présentait d'antécédent de transplantation hépatique.

La durée de traitement était de 12 semaines pour 177 patients (97%) et de 8 semaines pour 6 d'entre eux (3%). Au moment de l'initiation du traitement, 48% des patients recevaient également un traitement concomitant.

Au moment de l'analyse, 109 patients et 48 patients avaient complété la visite de fin de traitement (V2) ou d'évaluation d'efficacité (V3), respectivement. L'évaluation de la réponse virologique soutenue (RVS) était disponible pour 48 patients : 44 patients (24%) présentaient une RVS12, 1 patient (0,5%) présentait une RVS4 et 1 patient (0,5%) était en échec de traitement.

Concernant la sécurité du produit, dix-neuf événements indésirables ont été déclarés chez douze patients, dont seize reliés au traitement, incluant 8 mésusages. Aucun événement indésirable grave n'a été déclaré.

Conclusion : L'étude ZEPHYR rapporte pour la première fois des données prospectives d'utilisation de l'association elbasvir/grazoprévir en pratique clinique courante en France. Les caractéristiques des patients, les données préliminaires d'efficacité et de sécurité semblent être similaires à celles observées lors des études de phase 3 avec cependant, une proportion plus importante de patients nés de tout traitement anti-VHC de migrant et de patients infectés par le VHC Gt4. Les données mises à jour, y compris les résultats sur la sécurité et l'efficacité, seront présentées lors du congrès.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000504>

P.234

Élimination de l'hépatite C au sein d'un établissement de santé : le constat en 2018

S. Benali ⁽¹⁾, L. Lecomte ⁽¹⁾, A. Benmenni ⁽¹⁾, M. Madau ⁽¹⁾, M. Bourlière ⁽¹⁾

(1) Marseille.

Introduction : Rationnel : Les recommandations de l'AFEF (Association Française pour l'Etude du Foie) visent à obtenir le plus rapidement possible l'élimination de l'infection par le virus de l'hépatite C (VHC) en France, si possible avant 2025.

Avant qu'un dépistage universel soit effectivement mis en place, des expériences de «micro élimination» doivent être évaluées.

Les objectifs de ce travail sont :

- 1) De s'assurer que tous les patients du service, inclus dans les essais cliniques depuis 2012 ou dans la cohorte nationale Hépather ont bien été traités et guéris
- 2) de s'assurer que les patients dépistés au sein du laboratoire de l'hôpital saint Joseph de janvier 2013 à mars 2018 ont été traités et guéris
- 3) et enfin d'évaluer le nombre de sérologies VHC réalisées dans les différents services de l'hôpital en 2017.

Patients et Méthodes : Tous les dossiers des patients traités par anti viraux oraux directs (AAD[HLC21]) depuis 2012 dans le cadre d'essais thérapeutiques de phase II ou III ont été revus. Les patients non guéris ont été rappelés pour une nouvelle prise en charge en 2017/2018. Le même travail a été effectué pour les patients VHC de la cohorte Hépather et ceux dépistés par notre laboratoire de janvier 2013 à mars 2018.

Par ailleurs nous avons évalué sur notre établissement le pourcentage de sérologie VHC réalisées dans chaque service en 2017.

[HLC21]AVD OU AAD

Résultats : 218 patients atteints d'hépatite chronique C ont été inclus dans des études de phase II et III depuis 2012. 190 patients ont été traités, 22 ont été en échec d'inclusion et 6 ont retiré leur consentement. Parmi les 190 traités, 3 ont reçu un placebo.

Parmi les 187 patients traités, 170 sont guéris, 15 sont non répondeurs et, 2 autres ont retiré leurs consentements. Sur les 15 patients non répondeurs, 14 ont été retraités avec succès par une nouvelle combinaison d'AAD et un patient n'a pas été retraité du fait d'un hépato carcinome. Les 3 patients sous placebo ont été retraités et guéris.

Sur les 8 ayant retiré leurs consentements, 3 sont guéris et 5 en attente ou en cours de traitement.

Parmi les 22 patients non inclus, 16 sont guéris, un 4 sont en attente ou en cours de traitement et, 2 sont perdus de vue.

Au total il ne reste que 2 perdus de vue sur 218 soit 0.9%. Le taux de guérison per traitement est de 206 sur 208 patients soit 99%

834 patients ont été inclus dans la cohorte Hépather.

741 patients sont guéris, 32 patients sont en cours ou en attente de traitement, 11 sont décédés et, 12 ont une contre-indication au traitement.

38 patients sont perdus de vue soit 4.5 %. Le taux de guérison per traitement de 95%

Le laboratoire de l'hôpital saint Joseph a dépisté 812 patients VHC.

595 sont guéris, 55 sont en cours ou en attente de traitement, 33 sont décédés et, 45 ont une contre-indication au traitement.

84 patients sont perdus de vue (10.3%).

En 2017 le nombre de patients ayant eu une sérologie de l'hépatite C par rapport aux patients ayant eu un bilan biologique est de 5532/80784 soit 6%. La séroprévalence de l'hépatite C est de 89/5532 patients soit 1.6%. Les plus gros prescripteurs de sérologies HCV sont les services de chirurgie cardiaque : 452 sur 809 patients prélevés ont eu une sérologie HCV, de dialyse: 357 sur 497, de rhumatologie: 385 sur 1367 et d'oncologie 201/726 médecine interne: 163 sur 1210.

Conclusion : Le rappel des patients de notre service, patients inclus dans les essais cliniques et la cohorte hépather a permis de rappeler 40 patients (10 du pôle de recherche de recherche et 30 de la cohorte hépather) . 2 patients (0.9%) sont perdus de vue du pôle de recherche clinique et, 38 (4.5%) de la cohorte hépather. Le taux de

guérison per traitement au sein du service est de 99% au pôle de recherche clinique et de 95% dans la cohorte hépather. Le taux de perdu de vue est plus élevé (10%) pour les patients tout venants de l'hôpital.

Le taux de dépistage de l'hépatite c au sein de l'hôpital saint Joseph est faible mais la séroprévalence d'anticorps anti VHC est plus élevée(X2) que la prévalence estimée dans la population générale. Le dépistage systématique de tous les patients hospitalisés doit

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000665>

P.235

Impact du taux initial d'ARN VHC, évalué par 2 mesures, sur l'efficacité d'un traitement par 8 semaines de glecaprévir/pibrentasvir chez des patients infectés par le VHC de G1-6M. Bourlière ⁽¹⁾, H. Wedemeyer ⁽²⁾, S. Kottliil ⁽³⁾, D.E. Dylla ⁽⁴⁾, C. Sarrazin ⁽⁵⁾, J. Levin ⁽⁶⁾, A. Asatryan ⁽⁴⁾, Y. Hu ⁽⁴⁾, M. Shiffman ⁽⁷⁾

(1) Marseille; (2) Hanovre, ALLEMAGNE; (3) Baltimore, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE; (4) Chicago, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE; (5) Francfort, ALLEMAGNE; (6) Madison, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE; (7) Richmond, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE.

Introduction : Dans les AMM américaine et européenne le ledipasvir/sofosbuvir (LDV/SOF) est indiqué dans le traitement de l'hépatite C (VHC) de génotype 1 (G1), pour une durée du traitement de 8 semaines chez les patients ayant un taux initial d'ARN VHC < 6 millions UI/ml. Cette indication est fondée sur les résultats d'essais cliniques utilisant le système de Roche COBAS TaqMan avec HPS/CTM. Par la suite, Roche a remplacé ce test par le système COBAS AmplicorPrep/TaqMan /CAP/CTM. Avec ce nouveau système, une charge virale de 6 millions correspond à 18,5 millions avec le système HPS/CTM, ce qui peut avoir des implications pour la durée du traitement avec LDV/SOF1. Les deux méthodes ont été utilisées lors du développement de l'association glecaprévir (inhibiteur de protéase NS3/4a; développée par AbbVie et Enanta) et pibrentasvir (inhibiteur de NS5A) appelée G/P. Nous avons étudié l'impact des seuils de charge virale, y compris 6 millions, sur l'efficacité de 8 semaines de G/P dans le traitement du VHC G1-6 après conversion des taux d'ARN du VHC mesurés par CAP/CTM en équivalence HPS/CTM.

Matériels et méthodes : Les données de cinq études de phase 2 ou 3, concernant des patients sans cirrhose traités 8 semaines par G/P, ont été poolées. Les valeurs initiales de l'ARN du VHC mesurés par la méthode CAP/CTM ont été recalculées pour correspondre aux résultats de la méthode HPS/CTM en utilisant la conversion (HPS/CTM log10 IU/ml = [Cap/CTM log10 IU/ml - 0,6]/0,85)1. L'efficacité a été évaluée comme le pourcentage de patients atteignant une RVS12 (ARN du VHC < plus faible limite de quantification 12 semaines après l'arrêt du traitement) en fonction des seuils initiaux d'ARN du VHC au moyen d'une analyse en intention de traiter modifiée (ITTm) excluant tous les échecs non virologiques.

Résultats : Parmi les 952 patients inclus dans l'analyse, 356 (37%) avaient des taux initiaux d'ARN du VHC ≥ 6 millions UI/ml par la méthode HPS/CTM standard avec une médiane de 3,2 millions UI/ml (6,5 log10). Globalement 99% (943/952) des patients ont atteint une RVS12 et < 1% (9/952) un échec virologique. Les taux de RVS12 en ITTm par seuils d'ARN du VHC sont présentés dans la figure 1. Il n'y a pas de différences statistiquement significatives entre les taux de RVS12 en fonction des seuils.

Conclusion : Le traitement par G/P 8 semaines a été très efficace chez les patients infectés par le VHC G1-6 sans cirrhose, quelle que soit la charge virale de l'ARN du VHC initiale, mesurée par les méthodes HPS/CTM ou CAP/CTM. Ces données renforcent l'indication de G/P comme un traitement pangenotypique, en 8 semaines, pour le traitement de l'infection chronique par le VHC sans évaluation de la charge virale initiale.

Remerciements : Abbvie a apporté son support pour la conception, le suivi, l'analyse des données et le financement des études. Abbvie a contribué à l'interprétation des données et a participé à la relecture et à l'approbation de l'abstract. Daniel O'Brien, PhD, collaborateur Abbvie, a apporté son support pour la rédaction de cet abstract.

Figure 1 (limite 2 "hauteur par 3" largeur):

Seuil ARN	ITTm RVS12, % (n/N)	
VHC	< seuil	≥ seuil
1M	100 (288/288)	99 (655/664)
2M	100 (394/395)	99 (549/557)
6M	99 (593/596)	98 (350/356)
10M	99 (690/694)	98 (253/258)
20M	99 (824/831)	98 (119/121)
30M	99 (885/893)	98 (58/59)
50M	99 (924/932)	95 (19/20)

P.236

Acceptabilité du dépistage de l'hépatite virale C chez la population généraleA. Benzine ⁽¹⁾, N. Aitbella ⁽¹⁾, M. Tahiri Joutei Hassani ⁽¹⁾, W. Hliwa ⁽¹⁾, F. Haddad ⁽¹⁾, A. Bellabah ⁽¹⁾, W. Badre ⁽¹⁾

(1) Casablanca, MAROC.

Introduction : L'hépatite virale C constitue un véritable problème de santé publique. Cependant il s'agit d'une maladie curable dans plus de 90% des cas grâce aux traitements antiviraux directs. Du fait de son évolution insidieuse, de nombreux cas évoluent vers la cirrhose et inéluctablement le décès, d'où l'intérêt du dépistage.

Objectif du travail : évaluer l'acceptabilité du dépistage de l'HVC chez la population générale afin d'établir un plan d'action adéquat pour lutter contre cette infection.

Matériels et méthodes : Etude transversale, descriptive, menée entre août et septembre 2018. L'étude a porté sur un échantillon de 583 personnes obtenu par un sondage aléatoire simple auprès de la population générale. La collecte des données a été réalisée à l'aide d'un questionnaire auto-administré et l'analyse statistique a été faite par le logiciel SPSS version 22.

Résultats : les participants étaient au nombre de 583, avec une prédominance féminine à 57,8% et une moyenne d'âge de 33,9; 88,2% était d'origine urbaine; 62,1% était de niveau socio-économique moyen; 53,9% avait une couverture médicale et 64,7% avait un niveau d'instruction universitaire. 19,2 % des participants avaient des facteurs de risque de contagie virale.

23,5% des participants avaient déjà bénéficié d'un test de dépistage, 44% au cours d'un bilan de grossesse, 30,2% des cas dans le cadre d'un don de sang, 10,3% avant une chirurgie.

13,4% des cas ont refusé le test de dépistage, dans 55 % des cas la raison invoquée du refus était le coût du test, tandis que 23,8% des cas ont mis en avant l'absence d'intérêt, 16,3% le manque de temps et 16,3% la crainte du résultat.

Une association significative entre le niveau socio-économique et l'acceptabilité du test a été établie. En effet, les participants déclarant être d'un niveau socio-économique bas ont majoritairement refusé le test de dépistage à cause de son coût.

64,3% des cas ont préféré effectuer le dépistage par prise sanguine en raison de sa disponibilité et sa fiabilité, 35,7% par un test rapide pour sa simplicité.

64,5% des participants ignoraient l'existence du traitement de l'hépatite virale C au Maroc, et 68,7% des cas en ignoraient l'efficacité.

Conclusion : l'hépatite C est une maladie grave et son dépistage précoce est primordial. Il apparaît au vu de l'enquête réalisée qu'une minorité seulement (13%) des participants refuse d'effectuer un test de dépistage. Le coût du test semble être le principal motif de refus. Pour remédier à ce problème, l'implication et la collaboration de tous les intervenants est nécessaire.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000408>

P.237

Prise en charge du VHC en CSAPA. Organisation et résultats. Etude multicentrique

M. Antoni ⁽¹⁾, B. Hanslik ⁽²⁾, P. Cerdan ⁽³⁾,
P. Guillouche ⁽⁴⁾, C. Chagneau-Derrode ⁽⁵⁾,
S. Boussoukaya ⁽⁶⁾

(1) Avignon ; (2) Montpellier ; (3) Nîmes ; (4) Nantes ;
(5) Bordeaux ; (6) Grasse.

Introduction : La prise en charge des patients porteurs du virus de l'hépatite C (VHC) en Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) s'impose comme une nécessité à la fois individuelle et de santé publique. **Le but de ce travail** a été d'apprécier, par le biais des hépatologues libéraux impliqués, l'organisation de la prise en charge et ses résultats.

Patients et Méthodes : Après enquête auprès des hépatogastroentérologues libéraux de la Commission Hépatologie du CREGG (Club de Réflexion des Cabinets et Groupes d'Hépatogastroentérologie), les membres ayant une activité en CSAPA ont participé à un recueil des données visant d'une part à préciser l'organisation des soins et d'autre part à collecter les données des patients traités par les antiviraux directs du VHC d'avril 2014 au 30 juin 2018.

Résultats : Sur 35 membres contactés, 8 membres interviennent en CSAPA et 2 autres vont débiter cette activité à l'automne 2018. La moitié des membres intervient dans le cadre d'une vacation à titre libéral, l'autre dans le cadre d'une vacation hospitalière. Le temps moyen de présence est de 1 à 3 demi-journées par mois. L'ancienneté de l'activité était inférieure à 2 ans dans la moitié des cas. 6 centres ont participé à la collecte des données des patients traités.

85 patients (âge moyen 42 ans, 66 hommes, 19 femmes) ont été pris en charge (de 3 à 29/ centre). La fibrose évaluée de manière non invasive était supérieure à F2 chez 38% et 80% étaient naifs de traitement antérieur. 66% avaient une consommation à risque et/ou non maîtrisée d'alcool et 52% d'autres substances toxiques. 57 patients (67%) avaient un traitement de substitution aux opiacés, 40% une pathologie psychiatrique et 42% vivaient en situation de précarité sociale. Le protocole thérapeutique a varié selon les recommandations successives au cours des 4 années. 79 patients ont débuté le traitement, dont 13 sont toujours en cours. Tous les patients pour lesquels les données sont disponibles ont un ARN VHC négatif à la fin du traitement (54/54) et à S12 post traitement (45/45). Il y a eu 2 recontaminations dont une négativation spontanée. 12 patients ont été perdus de vue soit 18%. Les données actualisées seront présentées.

Conclusion : La prise en charge des patients porteurs du VHC dans le cadre des CSAPA se développe progressivement avec une implication des hépatologues libéraux. Les résultats confirment l'efficacité du traitement anti-viral chez ces malades dont le suivi après le traitement est parfois difficile. Des modalités de suivi spécifique doivent être proposées d'autant que persistent des pratiques à risque de transmission viral et de consommation d'alcool justifiant une surveillance prolongée addictologique, virologique et hépatologique.

Remerciements : Travail réalisé par la Commission Hépatologie du CREGG

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000053>

P.238

Comparaison entre élastométrie impulsionnelle (FibroScan®) et PBH chez les sujets porteurs chroniques du VHB AgHbE négatif

K. Soualah ⁽¹⁾, S. Gourari ⁽¹⁾, Z. Amir ⁽¹⁾, S. Berkane ⁽¹⁾
(1) Alger, ALGÉRIE.

Introduction : L'hépatite chronique virale B AgHbE négatif représente 88% de nos patients, le DNA VHB reste le principal discriminant hépatite et infection chronique e négatif. Le fibroscan peut aider à les différencier tout en évitant la PBH. Le but de notre étude est d'évaluer la performance diagnostique de l'élastométrie (FibroScan®) comparée à la biopsie hépatique chez des patients porteurs chronique du VHB AgHbE négatif.

Patients et Méthodes : Etude prospective, monocentrique, de Janvier 2013-Décembre 2017, 189 Patients AgHbEs >6mois, tous AgHbE négatif, bénéficiant d'une PBH si DNA VHB ≥ 2000 UI/ml et ALAT > LSN ou DNA VHB $\geq 20,000$ UI/ml quel que soit le taux des ALAT, une Histologie hépatique compatible avec une hépatite chronique et ayant bénéficié d'une Mesure d'élasticité hépatique par fibroscan dans un délai ≤ 3 mois /PBH. Analyse statistique logiciel MedCalc version 14.8.1, Receiver-operating characteristic(ROC) curves calculées avec les AUC, avec un IC à 95%.L'analyse univariée de (co)variance des variables (sexe,activité, fibrose, âge, BMI, DNA, AST, ALT, Plaquettes, Albumine, taille des fragments, Nombre d'espaces porte et stéatose), Test t de comparaison de moyennes et Test du KH12 pour la comparaison de pourcentages.Tests de corrélation de Pearson. L'Analyse multivariée par régression logistique sur les variables significatives en univariée ($p < 0,05$). Modèle final choisi en ne conservant que le $p < 5\%$.

Résultats : 189 patients, âge moyen 36,1ans (16-67), sex ratio 1,66 (118H/71F), BMI 25,35 (15-39). La courbe AUC est de 0,782 [0,659-0,790] avec un $p < 0,0001$ pour le F0F1 vs F2F3F4, elle est de 0,86 [0,805-0,908], $p < 0,0001$ pour le F0F1F2 vs F3F4, elle est de 0,96 [0,930 to 0,987], $p < 0,0001$ pour le F0F1F2F3 vs F4 $P < 0,001$. Le cut off (Kpa) est de 7,3 pour le F0F1 vs F2F3F4 avec une Ss de 56,9%, Sp 80,92%, VPP 46,89, VPN 80,92 et un Youden Index J à 37,81%. Il est de 7,3 pour le F0F1F2 vs F3F4, avec une Ss 80%, Sp 83%, VPP 34,46, VPN 96,18 et un Youden Index J à 56,83%. Il est de 11,72Kpa pour le F0F1F2F3 vs F4 avec une Ss 100%, Sp 93,44, VPP 33,29, VPN 100% et un Youden Index J à 93,44%. Le test de corrélation de Pearson est de 0,509 avec un $p < 0,0001$ significatif. En analyse univariée, les facteurs prédictifs de la fibrose sont la bilirubinémie ($p = 0,015$), le sexe ($p = 0,008$), l'activité ($p = 0,0001$), les ALT ($p = 0,001$), AST ($p = 0,001$), DNA VHB ($p = 0,003$), GGT ($p = 0,006$) et seuls le taux des ALT ainsi que l'activité histologique sont retrouvés en analyse multivariées.

Conclusion : Le FibroScan® est une méthode efficace pour l'évaluation de la fibrose hépatique au cours de l'infection chronique B avec une corrélation de 0,509 $p < 0,0001$) principalement au stade de cirrhose. Le cut off $\geq F2$ pour traiter est de 7,3Kpa. Les facteurs prédictifs de la fibrose sont le taux des ALT et l'activité histologique retrouvés.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000854>

Stratégie de prise en charge du virus de l'hépatite B chronique selon l'Organisation Mondiale de la Santé : cas de l'hôpital général de Douala

S.A. Eloumou Bagnaka ⁽¹⁾, H.N. Luma ⁽¹⁾, N.S.K. Kappang ⁽¹⁾, W. Bekolo ⁽¹⁾, A. Malongue ⁽¹⁾, N.D. Noah ⁽¹⁾

(1) Douala, CAMEROUN.

Introduction : L'Hépatite virale B Chronique, est un problème majeur de santé publique dans le monde entier. Le Cameroun est un pays à forte prévalence, s'estimant à 11.2%. Pour un meilleur contrôle et une prise en charge optimale de la maladie, l'organisation mondiale de la santé(OMS) a mis sur pieds une stratégie mondiale du secteur de la santé contre l'hépatite virale B avec un continuum de soins recommandé. Au Cameroun la prise en charge de l'hépatite virale B reste problématique avec un continuum de soin ambigu, malgré les mesures de santé publique déjà mises sur pieds par le gouvernement. **Le but de ce travail** était d'évaluer les étapes du continuum de soins des patients porteur de l'hépatite virale B et les facteurs associés à l'initiation au traitement, dans un centre de traitement au Cameroun.

Patients et Méthodes : une étude transversale et analytique a été menée sur des patients consultés de janvier 2014 à décembre 2017 à l'Hôpital Général de Douala. L'échantillonnage était consécutif. Le continuum de soin a été évalué comme suit : étape 1- entrée dans les soins ; étape 2- bilan pré thérapeutique basique réalisé (transaminases + quantification de l'ADN du virus de l'hépatite B) ; étape 3- initiation au traitement antiviral ; étape 4- suppression de la charge virale. La saisie des données était réalisée grâce au logiciel CSpro 7.0, et l'analyse faites par le logiciel SPSS 23.0. La statistique descriptive a permis de représenter les proportions, moyennes et médianes, la courbe de Kaplan Meier, a estimé la rétention aux soins, et les analyses univariées et multivariées d'identifier les associations indépendante à l'initiation au traitement.

Résultats : nous avons inclus 1033 patients. La durée médiane (EIQ) du portage chronique du VHB était de 36 (23-51) mois. Le sexe masculin prédominait avec 59.6% et l'âge moyen à la première consultation était de 33,7 ±12,02 ans. Les patients ayant une assurance maladie représentaient 6,4%. La fibrose significative (F>2) était retrouvée dans 44,8% des cas. L'histoire naturelle de l'hépatite B chronique selon EASL retrouvait 81,8% des patients avec une infection chronique que ce soit avec ou sans Antigène HBe. L'antigène HBe (Ag HBe) était retrouvé chez 20,9% des cas. Les caractéristiques du continuum de soins étaient comme suit : étape 1- 1033 (100%) patients étaient enrôlés dans les soins ; étape 2- 492 (47,6 %) avaient réalisé le bilan pré thérapeutique basique ; étape 3- 121 (11,7%) avaient été mis sous traitement antiviral, étape 4 - 53 (5,1%) ont atteint une charge virale indétectable. Le sexe masculin (ORa= 2,1 ; IC95% [1,2 – 3,5], p = 0,007) et la prise en charge par une assurance maladie (ORa= 5,7 ; IC95% [3,0 -10,9], p< 0,001) étaient associés de façon indépendante à l'initiation au traitement antiviral.

Conclusion : L'étude a clairement montré une décroissance prononcée des proportions des patients à toutes les étapes du continuum de soins. Certains facteurs sont associés à l'initiation au traitement antiviral. Un réel besoin de développer les stratégies de santé pour améliorer le continuum de soins de l'hépatite B chronique au Cameroun se fait ressentir.

Pour consulter ce résumé en ligne :
<https://www.snfgc.org/resumes-2019/000903>

Séroprévalence du VHB au sein du personnel médical en milieu hospitalier universitaire ivoirien

A.J.B. Okon ⁽¹⁾, A. Koné ⁽²⁾, M. Diakité ⁽²⁾, F. Aké ⁽²⁾

(1) Abidjan, CÔTE D'IVOIRE ; (2) Bouaké, CÔTE D'IVOIRE.

Introduction : L'hépatite virale B (HVB) pose un problème de santé publique dans le monde en particulier dans les pays à faible revenu. Environ 36 millions d'agents de santé sont victimes chaque année d'un incident de travail qui expose près de 3 millions d'entre eux au risque de contamination par les virus de l'hépatite B et C. Cette étude visait principalement à déterminer la séroprévalence des infections par le VHB et les facteurs de risque associés chez les agents de santé du centre hospitalier universitaire (CHU) de Bouaké, en Côte d'Ivoire.

Patients et Méthodes : étude transversale mono-centrique concernant le statut sérologique des hépatites virales B de la période du 02 mars au 16 mai 2016 du personnel de santé du CHU de Bouaké. Elle a bénéficié des données du PNLHVI (programme nationale de lutte contre les hépatites virales) dans le cadre de sa campagne de sensibilisation et de dépistage.

Etaient inclus dans l'étude le personnel de santé (médical, paramédical) du CHU de Bouaké, présent au sein de l'établissement pendant la période d'étude et ayant donné son consentement éclairé oral à l'investigateur. Le personnel administratif, technique et les étudiants stagiaires n'ont pas été retenus pour cette étude. L'étude s'est déroulée en 2 phases (une phase clinique et une phase biologique).

Résultats : Sur les 1107 agents de santé du CHU de Bouaké, 632 avaient été inclus soit un taux de participation de 57.1%. L'âge moyen du personnel médical était de 37,8 ans avec des extrêmes allant de 18 à 66 ans et un sex ratio (H/F) de 0,87. Les services ayant participé massivement étaient respectivement ceux du bloc gynécologie-obstétrique/pédiatrie avec 28% des participants, de la médecine avec 27.7% des participants et de la chirurgie avec 24.7% des participants. Les agents de santé de moins de 5 ans d'ancienneté représentaient 58.5% de la population d'étude. Les aides-soignants et le corps infirmier avec respectivement 32.6% des cas et 22.6% des cas étaient les plus nombreux. Les agents de santé à un risque élevé de contact avec les liquides biologiques étaient les plus nombreux avec 88% des participants. Dans 3.6% des cas, les agents de santé avaient un antécédent de transfusion sanguine. Les agents de santé étaient victime d'accident d'exposition au sang dans 52.4% des cas. Les agents de santé avaient répondu être vaccinés dans 46.4% des cas. Parmi eux, 102 avaient effectué les 3 doses recommandées soit une couverture vaccinale maximale de 16.1%. L'Ag HBs était positif chez 8.4% du personnel de santé et le contact avec le VHB était de 72.6% des cas soit près des 3 quarts du personnel. L'Ag HBs était plus importante chez les hommes de façon significative. La positivité de l'Ag HBs était plus importante respectivement dans les services paracliniques dans 13.1% des cas, dans les services d'urgence dans 11.1% des cas et de médecine dans 10.3% des cas de façon non significative. Avec une prévalence de 23.1%, les agents de santé de 26 à 30 ans d'ancienneté étaient les plus touchés par le HVB. Les agents de santé ayant déclaré être vaccinés contre l'HVB et qui étaient porteurs de l'Ag HBs représentaient 7.5% des cas. Le contact du VHB était plus important chez les agents de santé âgés de plus de 50 ans de façon significative. Le contact du VHB était plus important chez les hommes que chez les femmes de façon significative. Le contact du VHB était plus important dans les services de chirurgie que de médecine de façon non significative. Les agents de santé les plus en contact avec VHB étaient ceux qui avaient une ancienneté de plus 35 ans (100%), entre 31 et 35 ans (90%) et entre 21 et 25 ans (90%). Le contact du VHB était significativement plus important respectivement chez les garçons et filles de salle dans 81.7% des cas, les infirmiers dans 78.3% des cas et les aides-soignants dans 73.8% des cas. Egalement le contact du VHB était significativement plus important chez les agents de santé à risque élevé d'exposition aux liquides biologiques dans 74.6% des cas. En analyse multivariée, l'âge de plus de 40 ans, le sexe masculin, l'ancienneté de plus de 25 ans,

la qualification paramédicale et le risque d'exposition élevé aux liquides biologiques étaient associés significativement à l'infection par VHB.

Conclusion : La séroprévalence du VHB était de 8,4% et ¼ du personnel avaient un contact. L'âge, le sexe masculin, l'ancienneté, la qualification paramédicale ainsi que le faible niveau de connaissance des risques d'exposition aux liquides biologiques étaient corrélés à l'infection virale B.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000414>

P.241

Les agents anti-viraux directs chez les patients âgés de plus de 65 ans : efficacité et innocuité

A. Ben Mohamed ⁽¹⁾, M. Medhioub ⁽²⁾, L. Hamzaoui ⁽¹⁾, M. Mahmoudi ⁽²⁾, A. Khsiba ⁽²⁾, M.M. Azouz ⁽²⁾

(1) Tunis, TUNISIE ; (2) Nabeul, TUNISIE.

Introduction : Pendant l'ère de la bithérapie pégylée, la prise en charge des patients ayant une hépatite chronique post virale C âgés de plus de 65 ans était contraignante vu la survenue de nombreux effets indésirables imposant la réduction ou l'arrêt intempestif du traitement. Ce qui explique le faible taux de réponse virologique soutenue (RVS) par rapport à ceux âgés de moins de 65 ans. Avec l'avènement des agents anti viraux directs (AAD) , la prise en charge de ces patients a été métamorphosée.

Buts : Evaluer l'efficacité des AAD chez des patients âgés de plus de 65 ans et ayant une hépatite chronique post virale C.

Patients et Méthodes : : Il s'agit d'une étude prospective, incluant tous les patients traités par les AAD pour hépatite C chronique, entre Novembre 2016 et Septembre 2018. On a défini deux groupes :

Groupe 1 : sujets âgés de plus de 65 ans

Groupe 1 : sujets âgés de moins de 65 ans

Résultats : Dans notre étude, 132 patients ont été colligés. Le groupe 1 comportait 62 patients et le groupe 2 était formé de 70 patients.

Le groupe 1 incluait 50 femmes et 12 hommes (sex-ratio H/ F=0,24), d'âge moyen 72,05±4,69 [66-85]. Une hypertension artérielle était présente dans 29% des cas (N=18) et un diabète type 2 dans 14,5% des cas (N=9). La majorité des patients (95,17%) étaient de génotype 1b. Vingt-neuf pourcent des patients étaient prétraités par la bithérapie pégylée (N=18). L'hépatopathie était au stade de cirrhose chez 72,6% des patients avec un MELD moyen à 9,46 ±1,52 [8-15]. La cirrhose était décompensée dans 15 % des cas. Un seul patient avait un carcinome hépatocellulaire BCLC A traité curativement. Quarante sept patients étaient traités par sofosbuvir+ledipasvir et 12 patients par l'association sofosbuvir+ ledipasvir +ribavirine.

Une RVS était observée dans 100 % des cas. Des effets indésirables étaient présents chez 24 patients (38,7%) et le taux de complications était de 22,22%. Le taux de mortalité était à 2,22%.

En analyse univariée, il n'y avait pas de différence entre les 2 groupes concernant la RVS (100 % dans les 2 groupes, P>0,005). Cependant, le taux de complications et des effets indésirables était significativement plus important chez les sujets de plus de 65 ans (22,22 % VS 12,5% , p=0,004) et (38,7% VS 20 % , p=0,012) respectivement).

Conclusion : Le traitement de l'hépatite chronique C par les AAD est aussi efficace chez les sujets de plus de 65 ans que chez ceux moins de 65 ans , mais au dépend d'un taux plus élevé d'effets indésirables et de complications de la cirrhose.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000485>

P.242

Comparaison entre la sonde M et XL dans l'évaluation de la fibrose hépatique par FibroScan® chez les patients porteurs chroniques du VHB

N. Guessab ⁽¹⁾, N. Afredj ⁽¹⁾, R. Kerbouche ⁽¹⁾, I. Ouled Cheikh ⁽¹⁾, O. Drir ⁽¹⁾, S. Gourari ⁽¹⁾, M. Merniz ⁽¹⁾, N. Debzi ⁽¹⁾

(1) Alger, ALGÉRIE.

Introduction : La mesure d'élasticité hépatique (EH) par la sonde M (SM) n'est pas toujours obtenue chez les patients en surpoids ou les obèses. La sonde XL (SXL) a été introduite pour améliorer la faisabilité du FibroScan chez ces patients. Le but de cette étude est de Comparer la mesure de l'EH par la SXL à celle de la SM chez des patients porteurs chroniques du VHB

Patients et Méthodes : Etude prospective incluant des patients >18ans, porteurs chroniques du VHB indépendamment du taux d'ADN du VHB. La mesure d'EH est réalisée par la SM puis SXL au cours du même examen, dans 3 groupes de BMI: < 25 Kg/mm², [25-30] et > 30. La corrélation entre les deux sondes est faite par le calcul du coefficient de Spearman's rank (r) et la différence entres les valeurs médianes de l'EH mesurées par les deux sondes est analysée par Wilcoxon paired test.

Résultats : Du 02/01/2015 au 30/12/2015, 96 patients ont été colligés. Sex ratio H/F : 1.46, âge moyen : 34.8 ± 9.86 ans, moyenne du BMI : 24.97 ± 3.83 Kg/m², médiane : ALAT 21.4 UI [4-121], médiane ADN VHB : 3.6 Log [2.02-9], 48,9% (n=47) patients ont un BMI < 25Kg/mm², 42,7 % (n=41) entre [25-30] et 8,3 % (n=8) > 30. Les valeurs de l'EH mesurées par la S XL sont plus basses que celles de la SM indépendamment du BMI : médiane SXL 4.9 KPa [2.6 - 26.7] vs SM 5.3 [2.6 -11.8] et dans les 3 groupes : SXL 4.9 [3.5-11 .9] vs SM 5.3 [3.6 -11.8] ; SXL 4.6 [2.8-26.7] vs SM 5.0 [2.6 -11.8] ; SXL 4.6[2.6-6.3]vs SM 5.6 [2.9 - 6.8] (p <0.05).

Les valeurs d'EH mesurées par la SXL sont significativement corrélées aux mesures de la SM indépendamment du BMI (r = 0.64) et dans les 3 groupes avec respectivement r = 0.62, 0.59, 0.66 (p <0.05).

Conclusion : Chez les porteurs chroniques du VHB, les valeurs d'EH mesurées par la sonde XL sont significativement corrélées à celles de la sonde M. La sonde XL peut sous estimer les valeurs d'EH par apport à la sonde M

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000068>

P.243

Résultats du traitement de la cirrhose virale C de génotype 1b par le générique de l'association sofosbuvir/lédipasvir : à propos d'une série tunisienne

H. Ben Jeddi ⁽¹⁾, H. Kchir ⁽¹⁾, A. Hassine ⁽¹⁾, D. Issaoui ⁽¹⁾, H. Debbabi ⁽¹⁾, H. Chaabouni ⁽¹⁾, N. Maamouri ⁽¹⁾

(1) Tunis, TUNISIE.

Introduction : L'association Sofosbuvir / Ledipasvir (SOFO/LEDI) est indiquée pour l'éradication du virus de l'hépatite chronique virale C (HVC) de génotype 1b seule ou associée à la ribavirine. Cette association a permis une réponse virologique soutenue dans près de 90% des cas chez les cirrhotiques. Très peu d'études se sont intéressées aux résultats des molécules génériques de cette association. L'introduction, depuis 2016, de ces dernières en Tunisie a permis d'évaluer la réponse virologique et la tolérance de ce traitement dans notre population.

Le but de ce travail est d'étudier le taux de réponse virologique soutenue (RVS) et la tolérance du virus de l'association SOFO/LEDI seul ou associée à la ribavirine chez les patients porteurs de cirrhose virale C.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude prospective, descriptive et longitudinale colligeant consécutivement tous les patients suivis pour cirrhose virale C de génotype 1b sur une période étendue sur 20 mois allant de décembre 2016 jusqu'à septembre 2018. Tous nos patients ont reçu soit l'association SOFO/LEDI seule ou avec la ribavirine pendant 12 ou 24 semaines.

Résultats : Durant cette période, ont été colligés 68 patients suivis pour cirrhose virale C active dont 61 patients (89%) avaient un génotype 1b. Il s'agissait de 13 hommes (21%) et 48 femmes (79%) avec un Sex-Ratio à 0.27. L'âge moyen était de 65 ans ± 7.7 [38-82]. L'âge moyen au moment du diagnostic était de 58 ans ± 9.2 [33-80]. La cirrhose était compensée chez 88% des malades. Le score de Child-Pugh était A, B et C chez respectivement 82% ; 15% et 3% des cas. Quarante-et-un pourcent des patients étaient naïfs de tout traitement. Les patients traités antérieurement par bithérapie pégylée avaient un profil de non réponse ou de répondeur-rechuteur dans respectivement 25% et 32% des cas. Le SOFO/LEDI était prescrit seul ou associé à la ribavirine dans respectivement 87% et 13%. La durée du traitement était de 12 et 24 semaines dans respectivement 12% et 88%. Le taux de RVS était de 97%. Deux patients (3%) étaient des répondeurs-rechuteurs. La tolérance était bonne chez tous nos patients. Les effets indésirables étaient à type de céphalées, asthénie et arthralgies chez respectivement 76% ; 5% et 3% des cas. Une anémie était notée chez 56% des patients traités par SOFO/LEDI associé à la ribavirine. Une diminution des doses de cette dernière était rapportée chez 33% des cas. Aucune anémie sévère n'a été décelée. Un seul patient était décédé après fin du traitement pour carcinome hépatocellulaire (CHC) multifocal infiltrant. Trois cas (5%) de CHC ont été décelés dont 2 après RVS et un seul après fin du traitement.

Conclusion : Dans notre série, le taux de RVS chez les patients cirrhotiques porteurs du VHC de génotype 1b traités par le générique du SOFO/LEDI seul ou associé à la ribavirine était de 97% et était donc comparable à celui de la molécule princeps. La tolérance du traitement était bonne avec des effets indésirables fréquents, transitoires mais ne nécessitant pas l'arrêt du traitement.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000708>

Réponse virologique soutenue chez le patient camerounais porteur du VHC chronique génotypes 2 : étude comparative entre le protocole sofosbuvir/ribavirine versus sofosbuvir/daclatasvir

S.A. Eloumou Bagnaka ⁽¹⁾, H.N. Luma ⁽¹⁾, W. Bekolo ⁽¹⁾, R. Ngoule ⁽¹⁾, A. Malongue ⁽¹⁾, T.S. Taku ⁽¹⁾, M.P. Kowo ⁽²⁾, B.I. Dang ⁽²⁾, M. Tagni-Sartre ⁽²⁾, F. Ankouane ⁽²⁾, N.D. Noah ⁽¹⁾

(1) Douala, CAMEROUN ; (2) Yaoundé, CAMEROUN.

Introduction : L'infection par le virus de l'hépatite C (VHC) est un problème de santé publique à l'échelle mondiale. Le VHC touche plus de 180 million d'individus dans le monde. L'objectif principal du traitement de l'infection par le VHC est l'éradication du virus. Au Cameroun, les protocoles Sofosbuvir + Daclatasvir et Sofosbuvir + Ribavirine sont utilisés pour le traitement du génotype 2. La littérature montre que le protocole Sofosbuvir + Daclatasvir a les meilleurs résultats en terme de réponse virologique soutenue (RVS). Nous avons comparés la réponse virologique soutenue après douze semaines de traitement (RVS12) des deux protocoles chez les patients Camerounais porteur du VHC génotype 2. Le but était de comparer la RVS12 Sofosbuvir/Ribavirine versus Sofosbuvir/Daclatasvir chez le porteur du VHC génotype 2 au Cameroun.

Patients et Méthodes : Nous avons mené une étude transversale et analytique. Étaient inclus les patients porteurs du VHC génotype 2 traités par les protocoles Sofosbuvir/Ribavirine ou Sofosbuvir/Daclatasvir. La période d'étude était comprise entre le 01^{er} mars 2016 et 31 Avril 2018. Les protocoles de traitement étaient choisis par les hépatologues au sein des différents Centres de Traitement Agréés (CTA). La Réponse Virologique Soutenue à 12 semaines (RVS12) était définie comme la négativation de la charge virale 12 semaines après la fin du traitement. Nous avons recherché la RVS12, la Réponse Virologique à la Fin du traitement (RFT), après 12 semaines de traitement et la Réponse Virologique Rapide (RVR), 4 semaines après le début du traitement. L'analyse statistique était réalisée par le logiciel SPSS 20.0. La régression logistique uni et multivariée a été réalisée pour la recherche des facteurs associés à la RVS12. Le seuil de significativité était de 0,05.

Résultats : Nous avons inclus 64 patients. L'âge moyen était de 63,22 ± 10,7 ans. Le sexe féminin était représenté dans 71,9% (n=46). Les patients possédant une assurance maladie étaient au nombre de 19 soit 29,7%. Le diabète était présent chez 17,2% (n=11) des cas. Les facteurs de risque de transmission du VHC les plus présents étaient : une chirurgie antérieure dans 32,8 % (n=21) des cas et les scarifications dans 14,1% (n=9) des cas. Les patients en surpoids et obèse représentaient 75% (n=24) des cas. La fibrose significative (F≥2) était présente dans 51,6% (n=33). Le protocole de traitement Sofosbuvir/Daclatasvir était reçu par 22 patients soit 34,3% et le protocole Sofosbuvir/Ribavirine reçu par 42 patients soit 65,7%. La réponse virologique soutenue (RVS12) globale (les deux protocoles) était de 85,9%. La réponse virologique rapide (RVR) était de 100% pour le protocole Sofosbuvir/Daclatasvir versus 93,5% pour le protocole Sofosbuvir/Ribavirine (p=0,554). La réponse virologique à la fin du traitement (RFT) était de 100% pour le protocole Sofosbuvir/Daclatasvir versus 97,6% pour le protocole Sofosbuvir/Ribavirine (p=1,000). La réponse virologique soutenue 12 semaines après la fin du traitement (RVS12) était de 100% pour le protocole Sofosbuvir/Daclatasvir versus 78,6% pour le protocole Sofosbuvir/Ribavirine (p=0,022). Le taux de rechute était de 3,1% chez les patients recevant le protocole Sofosbuvir/Ribavirine. La RVS12 des patients diabétiques était respectivement de 60% pour le protocole Sofosbuvir/Ribavirine versus 100% pour le protocole Sofosbuvir/Daclatasvir (p=0,288). L'asthénie et l'anémie étaient retrouvées respectivement à 33,3% et 52,6% chez les patients recevant le protocole Sofosbuvir/Ribavirine versus 4,8% et 10% chez les patients recevant le protocole Sofosbuvir/Daclatasvir (p=0,013 et p=0,047).

Conclusion : les patients VHC génotype 2 traités par le protocole Sofosbuvir/Daclatasvir ont une meilleure RVS12 et une meilleure tolérance par rapport à ceux traités par le protocole Sofosbuvir/Ribavirine. Nous pouvons encourager l'utilisation de ce protocole pour avoir une prise en charge optimale dans le cadre du traitement du VHC dans les pays à faible revenus.

Pour consulter ce résumé en ligne :
<https://www.snfge.org/resumes-2019/001062>

Evaluation de la fibrose par des marqueurs non invasifs chez le patient porteur d'une hépatite virale B chronique en Afrique subsaharienne : élastometrie impulsométrique versus APRI, FIB4, GPR

S.A. Eloumou Bagnaka ⁽¹⁾, H.N. Luma ⁽¹⁾, C. Shang ⁽¹⁾, W. Bekolo ⁽¹⁾, A. Malongue ⁽¹⁾, N.D. Noah ⁽¹⁾

(1) Douala, CAMEROUN.

Introduction : L'hépatite B chronique est un problème majeur de santé. La fibrose hépatique, sa complication la plus fréquente, est un précurseur de la cirrhose et de ses séquelles. La détection précoce et la classification de la fibrose hépatique sont cruciales pour une intervention rapide. Le besoin de classifier la fibrose hépatique sans dépendre de la biopsie a conduit à l'utilisation de marqueurs non invasifs de la fibrose hépatique. L'élastométrie impulsométrique (EI) un test non invasif a montré une excellente précision, mais son coût limite son utilisation dans les pays à faibles revenus. Les scores des marqueurs non invasifs tel que APRI (Index rapport Aspartate aminotransférase sur plaquettes), l'indice de fibrose basé sur 4 facteurs (FIB4) et le ratio gamma-glutamyl transpeptidase / plaquettes (GPR) utilisant des tests de routine et peu coûteux, constituent des alternatives prometteuses à l'élastométrie impulsométrique pour la détection de la fibrose.

Objectif : Le but de cette étude était d'évaluer la fibrose hépatique en utilisant les scores APRI, FIB4 et GPR chez les patients atteints d'hépatite B chronique, en fonction de l'élastométrie impulsométrique pour choisir une alternative à cette dernière.

Patients et Méthodes : Il s'agissait d'une étude transversale réalisée dans le service de consultation externe d'hépatogastro-entérologie de l'Hôpital Général de Douala (HGD) et de la Polyclinique Marie O (PMO) à Douala. Nous avons inclus tous les patients porteurs d'une hépatite virale B chronique. Les dossiers exclus étaient ceux des patients avec des co-infections (Hépatite C, VIH), carcinome hépatocellulaire, cirrhose décompensée, dossiers n'ayant pas de résultat d'élastométrie et autres marqueurs nécessaires à l'étude. Un questionnaire structuré a été utilisé pour recueillir les données. Les scores non invasifs étaient calculés à partir de leurs formules respectives. Les données ont été saisies à l'aide du logiciel CsPro et analysées en utilisant IMB SPSS version 23.0 et MedCalc version 14. Le coefficient de corrélation linéaire de Spearman a été utilisé pour déterminer les corrélations entre variables quantitatives. La régression linéaire a permis d'estimer la droite de régression. La sensibilité (Se), la spécificité (Sp), la valeur prédictive positive (VPP) et la valeur prédictive négative (VPN) des différents marqueurs non invasifs ont été calculées pour les différents seuils, et le meilleur compromis Se/Sp évalué par la courbe ROC (Receiving Operating Characteristic). Le test de Chi carré a été utilisé pour évaluer les liaisons statistiquement significatives entre les variables qualitatives et toute valeur de p 0,05 était considérée comme non significative.

Résultats : un total de 243 dossiers avait été colligé. L'âge moyen était de 36 ± 10,8 ans. Le sexe masculin représentait 73,7% de cas. La fibrose significative pour l'élastométrie impulsométrique, APRI, FIB4 et GPR était respectivement de 36,2%, 14,8%, 35,4% et 67,1% et la cirrhose respectivement de 13,7%, 9,1%, 7% et 33,8%. Il existait une corrélation positive entre EI et APRI (r=0,592, p<0,001), EI et FIB4 (r=0,503 ; p<0,001) et EI et GPR (r=0,391 ; p<0,001). L'aire sous la courbe ROC pour la détection de la fibrose significative (F≥2) était de 0,55 pour APRI, de 1,25 pour FIB4 et de 0,44 pour GPR. L'aire sous la courbe ROC pour la détection de la cirrhose (F=4) était de 0,65 pour APRI, de 1,35 pour FIB4 et 0,46 pour GPR.

Conclusion : APRI score étant le meilleur pour détecter la fibrose hépatique et la cirrhose chez les patients suivis pour hépatite virale B chronique dans ce travail. Ces tests peuvent être validés dans d'autres pays à faibles revenus afin de les inclure dans les recommandations dans le suivi des patients dans ces régions.

Pour consulter ce résumé en ligne :
<https://www.snfge.org/resumes-2019/000900>

Echappement virologique sous entécavir chez les patients ayant une cirrhose post-virale B décompensée

A. Mensi ⁽¹⁾, Y. Said ⁽¹⁾, S. Laabidi ⁽¹⁾, K. El Jeri ⁽¹⁾, L. Mouelhi ⁽¹⁾, R. Debbeche ⁽¹⁾

(1) Tunis, TUNISIE.

Introduction : L'Entécavir (ETV) est un analogue nucléosidique puissant et à haute barrière de résistance. Chez les patients compliants, l'échappement virologique (EV) à l'ETV est rare, principalement lié à la résistance. Ses conséquences cliniques peuvent être graves chez le cirrhotique. Le but de notre étude était d'évaluer l'incidence de l'échappement virologique et ses conséquences cliniques chez les cirrhotiques B décompensés traités par ETV.

Patients et Méthodes : nous avons mené une étude rétrospective colligeant les patients consécutifs ayant une cirrhose post-virale B décompensée naïfs traités par ETV pendant au moins 12 mois entre janvier 2010 et Décembre 2016. La charge virale (CV) était mesurée tous les 6 mois. La réponse virologique complète (RVC) est définie par un ADN viral indétectable à au moins 12 mois du traitement. Un échappement virologique (EV) est défini par une augmentation de la virémie > 1 log10 UI/ml par rapport au nadir.

Résultats : Nous avons colligé 31 patients, 83% de sexe masculin, d'âge moyen de 55 ± 10 ans. La cirrhose était classée Child A, B, C dans 19,5 %, 58 % et 22,5 % des cas respectivement. La durée moyenne du traitement par ETV était de 41,94 ± 22,86 mois. La réponse virologique complète (RVC) était de 80,5 % à 1 an et de 100 % à 2 ans. Durant la période d'étude, un échappement virologique était observé chez 3 patients dont un non compliant au traitement soit dans 9,6% des cas. La virémie initiale moyenne était de 6,8 log 10 UI/ml. La RVC était obtenue à 6 mois chez le 1^{er} patient, 12 mois chez le 2^{ème} patient et 24 mois chez le 3^{ème} patient. Le délai de survenue d'EV par rapport au début du traitement était de 4 ans chez un patient et 5 ans chez 2 patients. La CV moyenne lors de l'EV était de 4,3 log 10 UI/ml. Un patient a présenté une cytolysé à 3 fois la normale lors de l'EV. Concernant l'impact clinique de l'EV, 2 patients ont présenté une décompensation ascitique et un patient un gardé un score Child stationnaire. Un patient est décédé 12 mois après survenue de l'EV. Une diminution progressive spontanée de la virémie puis négativation après 2 ans était observé chez un patient. Un switch au Ténofovir était opté chez le 3^{ème} patient.

Conclusion : Dans notre série, l'échappement virologique à l'ETV a concerné 9% des patients après un délai de 4-5 ans. Ses conséquences cliniques sont graves chez le cirrhotique décompensé.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000330>

Transmission du VHC dans l'Est algérien : y a-t-il des spécificités apportées par le mode de vie oriental ?

M.A. Haouam ⁽¹⁾, M. Boumendjel ⁽¹⁾, T. Hammada ⁽¹⁾

(1) Constantine, ALGÉRIE.

Introduction : En Algérie la lutte contre l'hépatite virale C (HVC) est à son apogée, avec la généralisation du traitement, cependant la véritable lutte contre le (VHC) se fait par la prévention,

Nous voulons par ce travail attirer l'attention sur les moyens de transmission les plus souvent rencontrés dans notre pays, ainsi que la nécessité d'un dépistage précoce.

Patients et Méthodes : Notre lecture a concerné 140 patients traités pendant l'année 2017

Un interrogatoire policier a été réalisé, une fiche de renseignements a été utilisée avec l'énumération de 11 comportements à risque avec la possibilité d'une réponse libre.

Les patients ont aussi bénéficié d'une évaluation de l'atteinte hépatique par les moyens non invasifs (Fibroscan, Fibrotest).

Résultats : 140 patients ont été inclus dans l'étude avec une moyenne d'âge de 55 ans et un sex ratio de 0,7.

La fibrose était modérée à sévère dans 63% des cas témoignant d'une évolution ancienne.

La durée moyenne du diagnostic (première sérologie) était de 3,5 ans avec un maximum de 13 ans

Les facteurs de risques suspectés étaient répartis comme suit :

- Soins dentaires douteux 94%
- Intervention chirurgicale 54%
- Scarification "hijama" 29%
- Transfusion de sang ou dérivés avant 1992 14%
- Accouchement 9%
- Tatouage 8%
- Exposition professionnelle 8%
- Mésothérapie 3%
- Injection par matériel souillé 2%
- Aucune utilisation de Drogue par voie IV / nasale

Chez 73% des patients plus de deux facteur de risque étaient retrouvés.

Discussion : Le délai de prise en charge est bien trop grand, à trois ans et demi de séropositivité le risque de contaminer l'entourage est très important.

Ce même délai rends l'évolution de la maladie importante avec la morbidité qui en résulte et la difficulté de prise en charge.

Les soins dentaires sont les plus incriminés notamment dans les régions enclavées ou le contrôle sanitaire reste difficile à effectuer.

Conclusion : Le mode vie et les coutumes Algériennes orientales impactent sur le mode de transmission du VHC, en effet contrairement à la littérature ce n'est pas la consommation de drogue qui est la première en cause mais la vétusté du système de santé à un moment donné.

Une attention particulière doit être donnée aux scarifications avec saignées dite "Hijama" : une forme de médecine parallèle très répandue en orient et dans les pays musulmans.

Le délais de prise en charge des patient porteur d'(HVC) doit être raccourci étant lui même un facteur de propagation.

Il est néanmoins très difficile d'affirmer ou d'infirmer de façon formelle un mode de contamination, en espérant que d'autres études plus importantes puissent mettre les choses au clair.

Mode de contamination :

- Transfusion de sang ou dérivés ☐
- Drogues par voie IV / nasale ☐
- Injection par du matériel souillé ☐
- Soins dentaires ☐
- Intervention chirurgicale ☐
- Accouchement ☐
- Scarification-saignées (hidjama) ☐
- Piercing ☐
- Tatouage ☐
- Mésothérapie ☐
- Exposition professionnelle ☐
- Autres ☐ préciser :

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000873>

P.248

Association du taux sérique de la vitamine D avec les différents paramètres clinico-biologiques et la réponse thérapeutique sous entécavir chez les patients VHB chronique

K. Amalou ⁽¹⁾, F. Belghanem ⁽¹⁾, A. Bousselob ⁽¹⁾

(1) Alger, ALGÉRIE.

Introduction : La vitamine D est un important modulateur immunitaire qui joue un rôle émergeant dans les maladies inflammatoires et métaboliques du foie, la vitamine D aurait un effet anti tumoral et augmenterait la réponse virologique soutenue au cours des bithérapies anti-virus de l'hépatite C (VHC). En revanche, la relation entre le métabolisme de la vitamine D et l'hépatite B chronique (CHB) est moins bien étudiée.

Matériels et méthodes : Par conséquent, nous avons quantifié les niveaux sériques du 25 (OH) D3 (calcidiol) dans une cohorte de 187 patients atteints d'une infection chronique par le virus de l'hépatite B (HBV) naïfs de tout traitement antiviral, et testés pour leur association avec des paramètres cliniques de CHB.

Résultats : Sur 187 patients, 56 (33.6%), 87 (47%) et 44 (19.4%) avaient déficience en vitamine D sévère (25 (OH) D3 <10 ng / mL), insuffisance de vitamine D (25 (OH) D3 ≥ 10 et <20 ng / mL), ou des taux sériques de vitamine D normaux (25 (OH) D3 ≥ 20 ng / mL), respectivement.

Dans les analyses uni et multivariée, la charge virale de l'ADN du VHB (log₁₀ UI / mL) était un facteur prédicteur des niveaux sériques de 25 (OH) D3 faibles (P=0.0007 et P=0.000048, respectivement) et vice versa. Les concentrations sériques moyennes de 25 (OH) D3 chez les patients atteints d'ADN du VHB <2 000 versus ≥2 000 UI / mL étaient respectivement de 17 contre 11 ng / mL (P <0,00001). En outre, l'hépatite Les patients (HBeAg) positifs avaient des taux sériques inférieurs de 25 (OH) D3 que Patients HBeAg-négatifs (P=0.0013). Enfin, 25 (OH) D3 et le taux de sérum d'ADN du VHB n'a pas montré des fluctuations saisonnières. La réponse virologique ainsi que la réponse biochimique sous entécavir n'est pas associée au taux sérique initial de la vitamineD.

Conclusion : les niveaux sériques faibles de 25 (OH) D3 sont associés avec des taux élevés de réplcation du VHB chez les patients atteints de CHB. Cela représente une différence majeure de l'hépatite C chronique, où de nombreuses études antérieures ont montré un manque de corrélation entre la charge virale du VHC et les taux sériques de vitamine D. Fluctuations saisonnières de 25 (OH) D3 et le taux de sérum d'ADN du VHB suggèrent une relation fonctionnelle entre les deux variables.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/001151>

P.249

Effet de l'entécavir sur la fonction hépatique dans la cirrhose post-virale B décompensée

A. Mensi ⁽¹⁾, Y. Said ⁽¹⁾, N. Trad ⁽¹⁾, K. El Jeri ⁽¹⁾, L. Mouelhi ⁽¹⁾, R. Debbeche ⁽¹⁾

(1) Tunis, TUNISIE.

Introduction : L'hépatite virale B est un problème de santé publique mondial avec une prévalence estimée à 400 millions et une mortalité estimée à un million de décès annuellement suite à une cirrhose compliquée ou décompensée ou à la survenue d'un carcinome hépatocellulaire. L'Entécavir (ETV) est un analogue nucléosidique puissant et à haute barrière de résistance. Il est actuellement recommandé par les sociétés savantes comme un traitement de première ligne des hépatopathies virales B. Le but de notre étude était d'étudier l'impact de l'ETV sur la modification des scores pronostiques, sur la survenue de complications de la cirrhose et sur la mortalité chez les patients ayant une cirrhose post-virale B décompensée.

Patients et Méthodes : Nous a mené une étude rétrospective qui a colligé les patients consécutifs ayant une cirrhose post-virale B décompensée traités par ETV et suivis pendant au moins 12 mois.

L'effet de l'ETV sur la fonction hépatique était évalué par son effet sur la modification des scores pronostiques Child et Model for end stage liver disease (MELD), sur la survenue de complications de la cirrhose (ascite, hémorragie digestive haute, encéphalopathie hépatique, syndrome hépatorénal) et sur la mortalité.

Résultats : Nous avons inclus 31 patients (83% de sexe masculin avec un âge moyen de 55,26 ± 10 ans). La période moyenne de suivi était de 41,94 ± 22,86 mois.

Sous ETV, la réponse virologique était de 65 % à 6 mois, 81 % à 1 an et 100 % au-delà de 1 an.

Après 12 mois de traitement, 38 % des patients traités par ETV ont amélioré leur score Child d'au moins 2 points.

Le score du CTP était de 8,48 ± 1,94 à l'inclusion ; 8,06 ± 2,82 à 12 mois ; 6,83 ± 2,2 à 2 ans ; 7 ± 2,49 à 3 ans ; 6,3 ± 1,49 à 4 ans et 7,63 ± 2,82 à 5 ans sans différence significative par rapport à l'inclusion (p>0,05 pour toutes les comparaisons). Le score MELD était de 14,39± 4,44 à l'inclusion ; 16,03± 7,85 à 1 an ; 13,14 ± 6,13 à 2 ans ; 14,06 ± 7,45 à 3 ans ; 12,3 ± 1,3 à 4 ans et 14,13 ± 3,83 à 5 ans sans différence significative par rapport à l'inclusion (p>0,05 pour toutes les comparaisons). Sous traitement antiviral, une décompensation ascitique de novo était observé dans 71 % des cas, une complication infectieuse dans 54 % des cas, une EH dans 39 % des cas, une HDH dans 26 % des cas et un SHR dans 10 % des cas.

Conclusion : Notre étude a montré que l'ETV permet une amélioration ou au moins une stabilisation de la fonction hépatique chez les patients ayant une cirrhose post-virale B décompensée.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000326>

P.250

Rechute virologique après arrêt du traitement par entécavir et évolution après retraitement des patients VHB chroniques en réponse virologiqueK. Amalou ⁽¹⁾

(1) Alger, ALGÉRIE.

Introduction : La durabilité des réponses virologiques après arrêt du traitement n'a pas été complètement élucidée chez les patients VHB chroniques en réponse virologique (RV) sous analogues (entécavir). Cette étude vise à évaluer les taux de rechute virologique après arrêt du traitement, ses facteurs prédictifs et à caractériser les résultats du retraitement par le même analogue.

Matériels et méthodes : Il s'agit d'une étude retro- prospective mono centrique de patients consécutifs (âgés ≥ 18 ans) porteurs d'une hépatite virale chronique B (CHB) traités par entécavir en RV pendant au moins 6 mois pour les patients Aghbe + et 12 mois pour les Ag hbe-, chez qui le traitement a été arrêté pendant 6 à 9 mois (défaut d'approvisionnement) et le même analogue a été utilisé pour le retraitement.

Résultats : On a colligé 67 patients. Les taux cumulés de rechutes virologiques à 3, 6 et 9 mois étaient de 34,32%, 52,23% et 65,62% respectivement. Les taux de rechute étaient indépendants de la positivité AgHBe, de la séroconversion AgHBe, de l'activité histologique, des facteurs épidémiologiques et du traitement antérieur ou non par interféron. En analyse multivariée, la durée du traitement par entécavir était le seul facteur prédictif significatif associé à la rechute virologique sans traitement. Bien que la majorité des patients aient retrouvé une suppression virologique complète, certains patients (n=3) n'ont pas répondu au retraitement et ont développé une résistance, ayant nécessité la mise sous un autre analogue.

Conclusion : Le traitement de consolidation par analogue pendant 6 et 12 mois chez les CHB (AgHBe+/-) est associé à une forte rechute virologique en cas d'arrêt de traitement et expose au risque de résistance après retraitement.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/001148>

P.251

Transmission de l'hépatite C en hémodialyse chronique : un problème préoccupantP.E. Itoudi Bignoumba ⁽¹⁾, I. Maganga Moussavou ⁽¹⁾, G. Medza Avah ⁽¹⁾, P.D. Nzouto ⁽¹⁾, M. Saïbou ⁽¹⁾, J.R. Mackanga ⁽¹⁾, J.B. Moussavou Kombila ⁽¹⁾

(1) Libreville, GABON.

Introduction : L'absence de données gabonaises sur les risques de transmission de l'hépatite C (VHC) chez les hémodialysés chroniques nous a conduit à réaliser ce travail dont les buts étaient de déterminer la séroprévalence de l'hépatite C chez les hémodialysés chroniques et identifier les facteurs associés à la transmission du VHC.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude à la fois rétrospective (février 2005 à Mai 2017) et prospective (juin 2017 à décembre 2017), observationnelle à visée descriptive et analytique réalisée dans 4 centres de dialyse de Libreville. Nous avons inclus les patients consentants, hémodialysés depuis plus de 12 mois, avec un statut sérologique VHC connu avant hémodialyse et ayant réalisé au moins une sérologie VHC pendant la période prospective. A l'aide d'une fiche standardisée, nous avons recueilli les données sociodémographiques (âge, sexe, niveau d'étude, profession, statut matrimonial), le statut sérologique VHC avant l'hémodialyse, l'évolution du statut sérologique chez les patients séronégatifs, l'étiologie de l'insuffisance rénale terminale, le nombre de séances d'hémodialyse avant modification du statut sérologique, le nombre de transfusion sanguine avant modification du statut sérologique, les comportements à risque (toxicomanie, scarifications, pédicure et manucure, tatouage, piercing), données sur l'hémodialyse (durée en hémodialyse, nombre de séances, respect des procédures d'asepsie). L'analyse statistique a été faite au moyen de 2 logiciels : SPSS 21 version française et Excel 2013. La signification statistique a été portée sur les variables dont l'association à l'évènement attendu avait une valeur de $p < 0.05$.

Résultats : Parmi les 333 patients hémodialysés dans les 4 centres retenus, 287 répondaient aux critères d'inclusion. Il y avait 181 hommes et 106 femmes soit un sex-ratio à 1,7. L'âge moyen était de 49,8 ans ($\pm 14,1$ ans) avec des extrêmes de 16 ans et 89 ans. 52,2% des patients (n=150) avaient un âge compris entre 40 et 59 ans. Leur niveau d'étude était 20,2% primaire (n=58), 57,1% secondaire (n=164) et 22,7% supérieur (n=65). L'étiologie de la néphropathie initiale était Vasculaire (HTA) (89,5%), glomérulaire (8,0%), tubulo-interstitielle (1,8%) et indéterminée (0,7%).

La durée moyenne des patients en hémodialyse était de 4 ans (± 1 an). 86,4% des patients (n=248) ont eu recours à la transfusion sanguine. La séroprévalence du VHC avant hémodialyse était de 2,1% (n=6) et passait après hémodialyse chronique à 15,7% (n=45) soit une augmentation de 650%. Une association a été retrouvée entre VHC et la durée de dialyse avec une valeur ($p = 0,001$). Il y a une association significative ($p = 0,003$) entre l'acquisition de l'hépatite C et les 5 premières années en hémodialyse. Ce risque était de 12,3% à pour chaque année en hémodialyse chronique pendant les 5 premières années (ORa=1,123). La transfusion sanguine ($p = 0,022$) étaient statistiquement corrélés à la contamination au VHC. Les autres facteurs de risque de transmission virale retrouvés étaient l'usage de pédicure et la manucure (30,0%), scarifications traditionnelles (23,0%), tatouages et des piercings (6,3%) et Toxicomanie (0,3%).

Conclusion : La transmission du VHC en hémodialyse chronique est élevée. La durée en hémodialyse et le recours à la transfusion pourtant sécurisée semblent corrélés à ce risque accru.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000681>

P.252

Rôle du score PAGE-B dans la prédiction des événements hépatiques chez les patients ayant une hépatopathie virale B sous entécavir

A. Mensi ⁽¹⁾, Y. Said ⁽¹⁾, S. Laabidi ⁽¹⁾, K. El Jeri ⁽¹⁾, L. Mouelhi ⁽¹⁾, R. Debbeche ⁽¹⁾

(1) Tunis, TUNISIE.

Introduction : Le score PAGE B a été récemment développé pour estimer la probabilité de développement de CHC sur hépatite B permettant ainsi de stratifier les stratégies de dépistage. Une étude récente a évalué la valeur prédictive de ce score dans tout événement hépatique. **Le but de ce travail** était d'évaluer la valeur prédictive du score PAGE B dans la survenue des événements hépatiques.

Patients et Méthodes : Nous avons mené une étude rétrospective entre 2009 et 2010, colligeant les patients consécutifs ayant une hépatopathie virale B (hépatite chronique ou cirrhose), traités par Entécavir et suivis pendant au moins 12 mois.

Le score PAGE B a été calculé à l'inclusion à partir de l'âge, le sexe et le taux de plaquettes. Les patients sont répartis en groupe à faible risque si le PAGE B <10, groupe à risque intermédiaire si le score PAGE B varie entre 10 et 17 et groupe à haut risque si ce score >17. On a évalué la valeur prédictive de ce score dans la survenue de CHC et dans la mortalité.

Résultats : Nous avons inclus 42 patients d'âge moyen 54±10 ans. Soixante dix-huit pour cent des patients étaient de sexe masculin. La période moyenne de suivi était de 43 ± 24 mois. Six patients avaient une hépatite chronique B, 5 patients avaient une cirrhose compensée et 31 patients avaient une cirrhose décompensée. Sept patients étaient diabétiques. Dix neuf pour cent des patients étaient classés à faible risque, 52 % des patients étaient classés à risque intermédiaire et 29 % des patients étaient classés à haut risque.

Après une période moyenne de suivi de 18 mois, 9 patients ont développé un CHC (21,4 %) et 9 patients sont décédés (21,4 %). Pour prédire le développement du CHC, l'aire sous la courbe (AUROC) pour le score PAGE B était de 0,75 (IC 95 % : 0,59-0,91). Pour prédire la mortalité, l'AUC pour ce score était de 0,7 (IC 95 % : 0,52-0,88).

La survie sans survenue de CHC à 5 ans était 100 % dans le groupe à faible risque, 83 % dans le groupe à risque intermédiaire et 58 % dans le groupe à haut risque (p=0,05). La survie globale à 5 ans était de 100% dans le groupe à faible risque, 80 % dans le groupe à risque intermédiaire et 50 % dans le groupe à haut risque (p=0,08).

Conclusion : Le score PAGE B est un test simple, facile et accessible permettant la stratification du risque chez les patients ayant une hépatopathie virale B. En effet, une surveillance est préconisée chez les patients avec un score PAGE B ≥10.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000332>

P.253

Traitement de l'hépatite C chronique par les anti-viraux d'action directe : efficacité, tolérance, coût

I. Maganga Moussavou ⁽¹⁾, P.E. Itoudi Bignoumba ⁽¹⁾, K.H. Oky ⁽¹⁾, M. Saïbou ⁽¹⁾, J.B. Moussavou Kombila ⁽¹⁾, P.D. Nzouto ⁽¹⁾

(1) Libreville, GABON.

Introduction : Le traitement de l'hépatite C connaît une véritable révolution avec les antiviraux d'action directe (AAD) et leur taux de guérison de plus de 95%. L'objectif de notre étude était de contribuer à la réduction de la morbidité et de la mortalité par hépatite en évaluant l'efficacité et les effets secondaires de ces traitements, ainsi que le coût de la prise en charge.

Patients et Méthodes : Il s'agissait d'une étude prospective multicentrique menée du 1^{er} janvier 2016 au 31 décembre 2017. Ont été inclus tous les patients de plus de 18 ans ayant une sérologie hépatite virale C positive, une charge virale c positive et traités par AAD. Les données démographiques, les comorbidités, les aspects diagnostiques, le bilan pré-thérapeutique, le traitement, le suivi et le coût de la prise en charge ont été recueillis sur des fiches standardisées.

Résultats : Nous avons retenus 96 patients dont 72 femmes et 24 hommes, soit un sexratio de 3 femmes pour 1 homme. L'âge moyen était de 59 ans avec des extrêmes allant de 18 à 80 ans. On retrouvait des comorbidités dans 66,7% des cas, dominées par l'hypertension artérielle et le diabète. Les facteurs de risque étaient essentiellement les antécédents de chirurgie et de transfusion sanguine. Les circonstances de découverte étaient principalement la visite médicale systématique, les perturbations biologiques hépatiques et l'asthénie. 21,9% des patients étaient en échec de traitement par interféron pégylé-ribavirine. La charge virale était élevée dans 65,6% des cas. 3 génotypes ont été retrouvés (le génotype 4 à 81,3%, et les génotypes 1 et 2). L'évaluation de la fibrose (biopsie hépatique, Fibroscan, Fibrotest) concluait à une fibrose sévère F3-F4 dans 42,7% des cas, une fibrose minime à modérée F1-F2 dans 50% des cas et une absence de fibrose (F0) dans 8,3% des cas. Les combinaisons thérapeutiques utilisées, correspondant à des copies, étaient sofosbuvir-daclatasvir (78,1%) sofosbuvir-lédipasvir (21,9%). La réponse virologique rapide (semaine 4) était de 98%. La réponse virologique en fin de traitement (semaine 12) atteignait 99,0%. La réponse virologique soutenue (semaine 24) était de 100%. La réponse virologique à 48 semaines était de 99,0%; le taux de rechute n'était que de 1%. On retrouvait une régression nette du score de fibrose, avec en moyenne une augmentation du nombre de patients avec score de fibrose F0 de plus de 70% en fin de traitement. Les effets indésirables aux AAD se voyaient dans 2% des cas (asthénie modérée et paresthésies de régression spontanée). Le coût de la prise en charge par patient (bilan pré-thérapeutique, bilan de suivi et traitement) variait de €964,32 pour les assurés et €3418,45 pour les non assurés.

Conclusion : Dans notre étude, le traitement de l'hépatite C chronique par des copies d'AAD s'est avéré efficace à 98% et bien toléré. Il a contribué à éradiquer le virus de l'hépatite C, augmenter le nombre de patients retrouvant un score F0 de fibrose donc réduire la morbi-mortalité liée à cette infection virale C. Toutefois, le coût immense de la prise en charge impose d'améliorer l'accès à l'assurance maladie.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/001012>

P.254

Réponse au traitement par ténofovir disoproxil fumarate (TDF) des patients suivis pour hépatite virale B chronique dans la ville de Douala - Cameroun

S.A. Eloumou Bagnaka ⁽¹⁾, T. Ekanga ⁽¹⁾, W. Bekolo ⁽¹⁾, A. Malongue ⁽¹⁾, M. Fodjo ⁽¹⁾, T.S. Taku ⁽¹⁾, H.N. Luma ⁽¹⁾, N.D. Noah ⁽¹⁾

(1) Douala, CAMEROUN.

Introduction : L'hépatite B et ses complications sont responsables d'environ 600 milles décès/an. Le Ténofovir Disoproxil Fumarate (TDF) fait partie des médicaments utilisés pour le traitement de l'hépatite B et son utilisation en première intention est recommandée par l'OMS. Son efficacité et sa tolérance sont décrites dans différentes études européennes et asiatiques. Il existe très peu de littérature permettant d'en apprécier l'efficacité dans notre contexte. L'objectif de ce travail était d'évaluer la réponse clinique au traitement par TDF en monothérapie des patients porteur du virus de l'hépatite B (VHB).

Patients et Méthodes : Il s'agissait d'une étude de cohorte rétrospective sur les patients porteur du VHB chronique ayant reçu un traitement par TDF en monothérapie pendant une durée minimale de 48 semaines. La période d'étude allait du 01 janvier 2013 au 31 décembre 2017 dans quatre (04) formations sanitaires du Centre de Traitement Agréé (CTA) de la ville de Douala. La réponse clinique au traitement était évaluée à travers : la réponse virologique complète traduit par un taux d'ADN-VHB plasmatique indétectable ($< 20\text{UI/ml}$) ; la réponse biochimique au traitement avec normalisation des transaminases (ALAT $<40\text{UI/ml}$) ; la réponse sérologique avec la disparition de l'AgHBe ; la réponse histologique avec réduction de la fibrose en dessous du seuil de significativité clinique (Metavir $< \text{F2}$; Apri score $< 0,7$). L'analyse statistique était réalisée par le logiciel SPSS (version 20.0). Les variables quantitatives ont été comparées à l'aide des tests de Mann-Whitney et de KHI2, et les variables qualitatives avec le Fischer's Exact test. L'incidence cumulée a été calculée par la méthode de Kaplan-Meier et comparée en utilisant le Log-rank test. L'analyse par modèle de régression de Cox a été utilisée pour rechercher les facteurs prédictifs de réponse virologique complète au traitement. Le seuil de significativité était $p < 0,005$.

Résultats : au total 149 patients ont été inclus dans ce travail. Le sexe masculin représentait 81,88% ($n=122$) de cas. L'âge moyen était de $38,08 \pm 9,64$ ans. Une proportion de 32,89% ($n=49$) possédait une assurance maladie. La consommation d'alcool était observée chez 18,12% ($n=37$) des patients. Un antécédent de scarification était retrouvé chez 28,18% ($n=42$) des patients. Le surpoids était observé dans 24,83% ($n=37$) des cas et l'obésité dans 14,09% ($n=21$) des cas. L'Ag HBe était présent chez 14,77% ($n=22$) des patients. Une réponse virologique complète était obtenue chez 45,12%, 65,32% et 91,05% des patients, après 24, 48 et 96 semaines de traitement respectivement. La négativation de l'AgHBe était obtenue chez 22,72 % et 40,90% des patients après 48 et 96 semaines de traitement respectivement. Une négativation de l'AgHBs était obtenue chez 2,76% des patients. Les effets secondaires rencontrés étaient la diarrhée (7,38%), la nausée (11,4%) et l'asthénie (12,08%). Les facteurs prédictifs associés à la réponse virologique étaient une valeur d'ALAT supérieure à 40 UI/ml (RRa = 2,92 ; [0,81-5,32], $p=0,014$) et un âge supérieur à 30 ans (RRa = 2,56 ; [1,20 - 5,30], $p=0,014$).

Conclusion : Le traitement par TDF permet d'obtenir une réponse clinique satisfaisante et croissante avec la durée de traitement. La réponse obtenue est satisfaisante aussi bien sur le plan virologique que biochimique. Ce traitement ne présente que très peu d'effets indésirables.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000905>

P.255

Hépatite virale B : séroprévalence et diversité génétique chez les donneurs de sang au nord du Congo

A. Mongo-Onkoko ⁽¹⁾, C. Ahoui-Apendi ⁽¹⁾, J.F. Mimiesse-Monamou ⁽¹⁾, O.I.L.C. Atipo-Ibara ⁽¹⁾, N.A. Itoua-Ngaporo ⁽¹⁾, M. Ngalessami Mouakosso ⁽¹⁾, G. Deby ⁽¹⁾, B.I. Atipo Ibara ⁽¹⁾, J.R. Ibara ⁽¹⁾

(1) Brazzaville, CONGO.

Introduction : L'hépatite virale B est la plus redoutable et la plus déroutante de toutes les hépatites virales, compte tenu de son potentiel cancérigène et cirrhogène. L'objectif de l'étude est celui de caractériser le profil épidémiologique, sérologique et moléculaire de l'hépatite virale B chez les donneurs de sang pour améliorer leurs prises en charge.

Matériels et méthodes : Nous avons réalisé une étude descriptive et transversale entre Janvier et Septembre 2014, soit 9 mois dans les établissements du CNTS des 4 départements du nord du Congo. Les variables épidémiologiques, sérologiques et moléculaires (AgHBs, ADN du VHB, Génotypes et sous-types ont été étudiées. L'antigène HBs a été recherché par test rapide puis confirmé par ELISA. Pour tous les donneurs positifs, les techniques d'extraction et d'amplification génique conventionnelle et spécifique ont été réalisées pour l'identification des génotypes et sous-types à partir d'un prélèvement de 5ml de sang recueillis dans un tube EDTA puis conservés dans un cryotube à -20°

Résultats : Au total, 892 donneurs ont été inclus, La moyenne d'âge était de $35,36 \pm 12,36$ ans avec des extrêmes allant de 18 à 65 ans. Le sexe ratio (H/F) de 3,3. La prévalence du VHB était de 8,6% ($n=77$). Les rapports sexuels à risque, partenaires sexuels multiples, scarifications et blessures accidentelles par aiguille de prélèvement étaient les facteurs de risque les plus fréquents. L'ADN viral du VHB était amplifié dans 83,1% ($n=64$). Quatre génotypes ont été retrouvés : E (40,6%), A (3,1%), B (3,1%) et C (1,6%). Deux cas de coinfection ont été identifiés : E/A (15,6%) et B/C (1,6%). Les sous-génotypes A1, B2 et C1 ont été mis en évidence.

Conclusion : La prévalence du VHB est élevée, l'infection par le VHB reste un problème majeur de santé publique chez les donneurs de sang au Congo. Les génotypes E, A, B, C ainsi que les sous type A1, B2, C1 ont été identifiés au Nord du Congo

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000490>

P.256

Prévalence et facteurs de risque du diabète de type 2 au cours de l'hépatite chronique virale C : étude comparative avec les hépatopathies virales B et auto-immunes

R. Baklouti ⁽¹⁾, W. Ben Mansour ⁽¹⁾, M. Ben Abdelwahed ⁽²⁾, I. Jemni ⁽¹⁾, M. Zakhama ⁽¹⁾, A. Guediche ⁽¹⁾, W. Bouhliel ⁽¹⁾, H.L. Mohamed ⁽¹⁾, B.C. Nabil ⁽¹⁾, L. Safer ⁽¹⁾

(1) Monastir, TUNISIE ; (2) Tunis, TUNISIE.

Introduction : L'infection chronique par le virus de l'hépatite C (VHC) est associée à une augmentation de l'incidence de l'insulinorésistance et du diabète sucré indépendamment des autres anomalies du syndrome métabolique. Le but de notre étude était d'évaluer la prévalence du DT2 au cours de l'hépatite chronique virale C (HVC) en comparaison avec d'autres hépatopathies chroniques non virale C et de déterminer les facteurs de risque associés au DT2 au cours de l'HVC.

Matériels et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective menée au service de gastro-entérologie. CHU Fattouma Bourguiba de Monastir sur une période de 20 ans (Janvier 1997-Décembre 2017). Cette étude a colligé 283 patients ayant une hépatopathie chronique : 102 patients infectés par le VHC, 118 patients avaient une infection virale B et 63 cas d'hépatopathies auto-immunes. Ont été exclus les patients ayant une cirrhose d'origine indéterminée et les patients avec une cirrhose post stéatohépatite non alcoolique. Le diabète de type 2 a été défini selon les critères de l'OMS. Les facteurs prédictifs de diabète type 2 au cours de l'infection virale C ont été étudiés en analyse univariée puis en analyse multivariée par régression logistique.

Résultats : La fréquence de diabète de type 2 était statistiquement plus élevée chez les patients infectés par le VHC (38%) en comparaison au groupe des patients atteints d'une infection virale B (21%) ou d'une hépatopathie auto-immune (16%) ($X^2 = 11.902$, $p=0.003$).

Le risque relatif d'avoir un diabète de type 2 en cas d'infection virale C était de :

- 2.4 (95% IC [1.20-4.0]) versus le groupe de cirrhose virale B.
- 3.19 (95% IC [1.45-7.02]) versus le groupe de cirrhose auto-immune.

Il n'a pas été retrouvé de relation statistiquement significative entre la prévalence du DT2 et l'âge ($p=0.31$), le sexe ($p=0.45$), le BMI ($p=0.46$), le génotype ($p=0.88$) ou l'activité de l'HVC ($p=0.31$). Les principaux facteurs associés au DT2 étaient la présence d'une HTA ($p=0.001$), une fibrose avancée (0.01) et la présence de signes d'hypertension portale ($p=0.036$).

En analyse multivariée seuls l'hypertension artérielle et la présence des signes de l'hypertension portale étaient associées au diabète chez les porteurs chroniques de VHC avec $p<0.001$ pour l'hypertension artérielle et $p=0.036$ pour les signes de l'hypertension portale.

Conclusion : La prévalence du DT2 est plus élevée chez les patients infectés par le VHC par rapport à ceux ayant une hépatopathie non virale C, et cela d'autant plus qu'ils ont une hypertension artérielle associée ou présentant des signes d'hypertension portale ou ayant une fibrose avancée

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000413>

P.257

Profil évolutif des hépatites chroniques B AgHbe négatif en Algérie

K. Soualah ⁽¹⁾, Y. Nedil ⁽¹⁾, S. Gourari ⁽¹⁾, Z. Amir ⁽¹⁾, S. Berkane ⁽¹⁾

(1) Alger, ALGÉRIE.

Introduction : L'hépatite chronique virale B AgHbe négatif représente 88% de nos patients en pratique quotidienne. En présence d'ALT répétées normales, le DNA VHB sérique reste le principal discriminant avec la forme active, ce dernier n'est pas toujours disponible.

Le but de notre travail est d'évaluer le profil évolutif des patients AgHbe négatif

Patients et Méthodes : étude prospective, monocentrique, colligeant 295 patients AgHBs (+) ≥ 6 mois, AgHBe (-) avec ALAT normales (LSN < à 40UI) et DNA VHB < à 2000UI/mL suivis durant par le dosage des ALT tous les 3 mois durant la première année puis tous les 6 mois et par le DNA VHB selon sa disponibilité au moins une fois par an (143 patients ont bénéficié de 2 mesures de DNA VHB durant leur suivi, 3 mesures chez 100, 4 chez 37, et plus de 5 mesures du DNA VHB chez 15 patients).

Résultats : Sur les 295 patients, sexe ratio 0,91 (141 H/154F), âge moyen 37ans (16-78), BMI moyen 28 (18,5-40) avec ALAT normales et un DNA VHB inférieur à 2000UI/mL, suivi en moyenne durant de 4ans (1-17ans), une élévation des ALAT au dessus de 40UI a été observée chez 57 (19,32%) patients, 44 patients (14,91%) ont présenté un DNA VHB entre 2000 et 20 000UI/mL associé à des ALAT élevées chez 8 patients, 21 patient ont bénéficié d'une PBF F0 (n=8) F1 (n=7) F2 (n=3) F3 (n=1) F4 (n=2). 9 patients (3,05%) ont présenté un DNA VHB supérieur à 20 000UI/mL, associé à des ALAT élevées chez 2 patients, une PBF est pratiquée chez 5 patients F0 (n=1) F1 (n=2) F2 (n=2).

Conclusion : 19,32% des hépatites chroniques B AgHbe négatif ont présenté élévation des ALAT (> à 40UI) et 3% un DNA VHB supérieur à 20 000UI/mL au cours du suivi. Sur les 30 patients ayant eu une PBF, 8 avaient des lésions de fibrose ≥ à F2 nécessitant un traitement anti viral. Une meilleure disponibilité du DNA VHB, le fibroscan et la quantification de l'AgHBs permettraient une meilleure sélection de candidat au traitement.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000012>

P.258

Impact du traitement par entécavir sur l'évolution de l'hépatopathie chronique BI. Akkari ⁽¹⁾, I. Jemni ⁽²⁾, R. Kallel ⁽¹⁾, S. Mrabet ⁽¹⁾, E. Ben Jazia ⁽¹⁾

(1) Sousse, TUNISIE ; (2) Monastir, TUNISIE.

Introduction : Le traitement de l'hépatite virale B a connu des progrès importants ces dernières années, surtout après l'avènement des analogues nucléosidiques dont l'entécavir, permettant une suppression virale optimale avec une barrière génétique élevée. Les données actuelles concernant l'efficacité des traitements anti-HVB et en particulier l'entécavir, dans notre population sont limitées. **Le but de ce travail** est d'évaluer l'efficacité de l'Entécavir et son impact du sur le cours évolutif de l'hépatopathie chronique B

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective menée de 1999 à 2016, incluant tous les patients ayant une hépatopathie chronique B quel que soit son stade traités par entécavir pendant une durée d'au moins d'un an. Ont été exclus les cas avec un carcinome hépatocellulaire au moment du diagnostic et les co-infections VHB-VHC et VHB-VIH. Des données cliniques, biologiques, virologiques et histologiques ont été collectées et analysées par la suite par le logiciel SPSS (p significatif < 0.05).

Résultats : Il s'agissait de 67 patients dont 76.1% des hommes. L'âge moyen au moment du diagnostic était de 39 ans, et au moment du traitement était de 44.8 ans. La durée moyenne de suivi sous Entécavir était de 44.9 mois [12-96 mois]. La répartition de l'hépatopathie chronique était la suivante : 19 cas de cirrhose compensée, 12 cas de cirrhose décompensée et 36 cas d'hépatite B chronique. La majorité des patients (82.1%) hébergeait un virus mutant. Pour l'hépatite B chronique, aucun cas de progression vers une cirrhose, CHC ou de décès lié aux complications de l'hépatopathie chronique n'a été noté. Une baisse statistiquement significative des scores non invasifs de la fibrose a été constatée durant le suivi: score APRI avant le traitement et en fin de suivi (p=0.012) et FIB-4 avant le traitement et à un an (p=0.00). Parmi les 31 patients cirrhotiques, six ont présenté des complications liées à l'hépatopathie chronique dont 2 décédés. Cependant, l'évaluation des scores pronostiques avant et après traitement a montré une stabilisation voire amélioration du score du Child dans 90.3% des patients (p=0.014) et une baisse statistiquement significative du score MELD chez 70 % des patients (p=0.002).

Une réponse biochimique à un an de traitement a été observée dans 82.1% des patients de façon comparable entre les 3 stades de l'hépatopathie chronique (p=0.169). La réponse virologique primaire était observée chez 80.1% des patients, avec une charge virale indétectable à 3 mois de traitement chez 46.3% des malades. Une réponse virologique à un an de traitement était notée dans 65% des cas. Seuls 9 patients (14.5%) avaient présenté un échappement dont 2 étaient jugulés par la prescription de ténofovir.

La présence d'une réponse virologique à S48 de traitement était significativement corrélée à une plus longue survie sans complications de l'hépatopathie chronique (p=0.001), un moindre risque de décompensations oedémato-ascitiques (p=0.049) et une amélioration de la survie globale selon les courbes de Kaplan Meyer.

Conclusion : L'infection chronique par le VHB demeure un problème de santé publique. L'efficacité presque constante de l'entécavir en termes de virosuppression et sa forte barrière génétique font de l'entécavir une option thérapeutique de première ligne.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000379>

P.259

Facteurs prédictifs de réponse virologique à l'entécavir au cours de l'hépatopathie chronique BI. Akkari ⁽¹⁾, I. Jemni ⁽²⁾, R. Kallel ⁽¹⁾, S. Mrabet ⁽¹⁾, E. Ben Jazia ⁽¹⁾

(1) Sousse, TUNISIE ; (2) Monastir, TUNISIE.

Introduction : L'infection chronique par le virus de l'hépatite B est un problème mondial de santé publique. L'Entécavir est une molécule de choix faisant partie de l'arsenal thérapeutique de première ligne. Elle permet d'améliorer la qualité de vie et la survie en empêchant la progression de la maladie vers la cirrhose et ses complications, vers le carcinome hépatocellulaire (CHC) et le décès. Ceci peut être atteint si la réplication du virus de l'hépatite B (VHB) peut être réprimée de manière soutenue. L'objectif de ce travail est de déterminer les facteurs prédictifs de suppression virale optimale sous Entécavir.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective menée de 1999 à 2016, incluant tous les patients ayant une hépatopathie chronique B quel que soit son stade traités par entécavir pendant une durée d'au moins d'un an. Ont été exclus les cas avec un carcinome hépatocellulaire au moment du diagnostic et les co-infections VHB-VHC et VHB-VIH. Les données ont été collectées et analysées par la suite par le logiciel SPSS (p significatif < 0.05).

Résultats : Il s'agissait de 67 patients dont 76.1% des hommes. L'âge moyen au moment du diagnostic était de 39 ans, et au moment du traitement était de 44.8 ans. La durée moyenne de suivi sous Entécavir était de 44.9 mois [12-96 mois]. La répartition de l'hépatopathie chronique était la suivante : 19 cas de cirrhose compensée, 12 cas de cirrhose décompensée et 36 cas d'hépatite B chronique. La majorité des patients (82.1%) hébergeait un virus mutant.

Une réponse virologique primaire était observée chez 80.1% des patients, avec une charge virale indétectable à 3 mois de traitement notée dans 46.3% des cas. Une réponse virologique à un an de traitement a été retrouvée dans 65% des cas.

L'éthylisme était un facteur prédictif de non réponse au traitement antiviral (p=0.032). Les déterminants d'une réponse virologique à S48 étaient : une albuminémie élevée (p=0.000, la meilleure valeur prédictive : 35.3 g/l), une thrombopénie (p=0.02), une charge virale préthérapeutique basse (traitement (p=0.033) et la meilleure valeur prédictive était à 6.46 Log10 UI/ml UI/ml (aire sous la courbe ROC : 0.741, IC à 95% : [0.612-0.875]) et l'obtention d'une charge virale indétectable à 3 mois de traitement (p= 0.001).

Alors que les facteurs démographiques, la cytolyse, le stade de l'hépatopathie chronique, le score MELD initial, le score FIB-4 et APRI pré thérapeutiques (p respectivement à 0.087 – 0.524 – 0.689- 0.881), la prescription de l'entécavir en 2^{ème} intention après la lamivudine (p=0.525) n'étaient pas associés à une non réponse au traitement antiviral à S48.

Conclusion : Dans notre étude la réponse virologique à un an de traitement par entécavir était indépendante du stade de l'hépatopathie chronique et de sa gravité, les principaux facteurs prédictifs de bonne réponse étaient une charge virale pré-thérapeutique basse (inférieure à 6.46 Log10 UI/ml), une charge virale indétectable à 3 mois de traitement. L'éthylisme durant la période de traitement est un facteur prédictif de non réponse à l'entécavir.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000381>

Prévalence du portage de l'antigène HBs dans une population de jeunes recrues : étude rétrospective de 2007 à 2017

S. Bizid ⁽¹⁾, M. Ben Abbes ⁽¹⁾, M. Ghribi ⁽¹⁾, A. Mrabet ⁽¹⁾
(1) Tunis, TUNISIE.

Introduction : L'hépatite virale B constitue un problème majeur de santé publique.

Devant son impact sanitaire, social et économique considérable, la prévention est plus que jamais une priorité, basée essentiellement sur le dépistage. Le but du travail était d' :

- Estimer la prévalence du portage de l'antigène HBs dans un échantillon d'adultes jeunes de sexe masculin se présentant pour leur service national.

- Décrire l'évolution épidémiologique du portage de l'antigène HBs dans cette population, entre 2007 et 2017.

- Décrire la répartition géographique du portage de l'antigène HBs en établissant une cartographie de la maladie en Tunisie.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude épidémiologique rétrospective de séroprévalence réalisée à partir des données du dépistage du portage de l'antigène HBs entre 2007 et 2017 chez toutes les jeunes recrues proposées à être incorporées pour le service national ou proposées à être recrutées en tant que militaire de carrière. Le travail a inclus 157.179 jeunes adultes âgés entre 18 et 32 ans, de sexe masculin, en bonne santé apparente et provenant de toutes les régions de la Tunisie. Le dépistage a été réalisé aux laboratoires du centre militaire de transfusion sanguine de Tunis par méthode immuno-enzymatique ELISA.

Résultats : La prévalence du portage de l'antigène HBs était de 1,70%. La prévalence la plus élevée était de 3,28% en 2003 et la plus faible de 0,85% en 2013, avec une tendance significative à la baisse durant la période d'étude ($r = 0,547$; $p = 0,049$). Le portage de l'antigène HBs avait une répartition géographique inégale selon un gradient croissant Nord-Sud. Les régions du Sud (prévalences estimées à 5,15% et 3,03%) et du Centre-Ouest (prévalence estimée à 3,01%) représentaient une zone de moyenne endémicité pour le VHB, tandis que le District de Tunis (0,73%), les régions du Nord (1,92%) et celle du Centre-Est (0,74%) une zone de faible endémicité.

Conclusion : La prévalence du portage de l'antigène HBs dans la population tunisienne jeune et masculine était faible, avec une tendance significative à la baisse de 2003 à 2013, caractérisée par une répartition géographique inégale selon un gradient croissant Nord-Sud.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfgc.org/resumes-2019/000826>

Acceptabilité du dépistage de l'hépatite C chez le personnel de santé

N. Aitbella ⁽¹⁾, A. Benzine ⁽¹⁾, M. Tahiri Joutei Hassani ⁽¹⁾, W. Hliwa ⁽¹⁾, F. Haddad ⁽¹⁾, A. Bellabah ⁽¹⁾, W. Badre ⁽¹⁾

(1) Casablanca, MAROC.

Introduction : Le risque infectieux chez le personnel de soins constitue un problème majeur de santé publique notamment dans les pays en voie de développement. L'infection par le virus de l'hépatite C (HVC) est fréquente, sa gravité réside dans son risque élevé d'évolution vers la chronicité et du développement d'une cirrhose ou d'un carcinome hépatocellulaire.

Le but du travail et d'évaluer l'acceptabilité du dépistage du HVC chez le personnel de santé, de déterminer les principaux facteurs de risque de contamination.

Patients et Méthodes : Etude transversale, descriptive, menée entre août et septembre 2018, colligeant 550 personnels soignants exerçant dans différents services de l'hôpital Ibn Rochd de Casablanca (Professeurs, médecins internes, médecins résidents, étudiants et infirmiers). L'étude avait porté sur un échantillon obtenu par un sondage aléatoire simple. La collecte des données était réalisée à l'aide d'un questionnaire auto-administré et l'analyse statistique a été faite par le logiciel SPSS version 22.

Résultats : Un total de 468 personnels de santé a participé à l'étude (taux de réponse à 85%) avec une prédominance féminine à 70,3% et une moyenne d'âge de 27 ans (écart-type = 7,62). 1,7% de la population étudiée étaient des professeurs, 31,2% des médecins résidents, 18,4% des médecins internes, 33,1% des étudiants en médecine, et 15,6% des infirmiers.

16,9% des personnels de santé avaient des facteurs de risque de contagie viral, dont 73,4 % avaient des accidents d'exposition sanguine, 11,4% des cas avaient un antécédent de transfusion sanguine, 3,8% des cas avaient des tatouages, 7,6% avaient des pratiques sexuelles à haut risque, et 3,8% avaient déjà fait une extraction dentaire chez des praticiens.

40,4% des personnels soignants avaient déjà bénéficié d'un test de dépistage, dans un délai moyen de 13,11 mois $\pm$ 17. Parmi eux 30,5% des cas dans le cadre d'un don de sang, 14,9% au cours d'un bilan de grossesse, 3,5% avant une chirurgie, 33,3% après un accident d'exposition au sang, et 17,8% des cas dans le cadre d'un dépistage volontaire.

13% des cas ont refusé le test de dépistage, pour crainte du résultat dans 50,8% des cas, absence d'intérêt dans 24,6% des cas, manque de temps dans 19,7% et pour le coût élevé dans 4,9% des cas. On n'a pas trouvé d'associations significatives entre l'acceptabilité du test ni avec l'âge, ni avec la profession ($p > 0,05$). La majorité des personnes (63,4%) ont préféré d'effectuer le dépistage par prise sanguine pour sa fiabilité et sa disponibilité. 25,4% des personnels de santé ignorent l'existence du traitement de l'HVC au Maroc, et 19,7% des cas pensent que ce traitement est inefficace.

Conclusion : Les personnels de santé sont quotidiennement exposés au risque de contamination professionnelle par l'HVC, d'où l'intérêt de faire des campagnes de dépistage chez cette population afin de limiter le risque de contamination.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfgc.org/resumes-2019/000545>

P.262

Les anti-viraux directs chez les patients sous hémodialyse : quelles précautions ?A. Benayad ⁽¹⁾, W. Smaili ⁽¹⁾, F.E. Haddar ⁽¹⁾, S. Oubaha ⁽¹⁾, Z. Samlani ⁽¹⁾, K. Krati ⁽¹⁾

(1) Marrakech, MAROC.

Introduction : L'infection par le virus de l'hépatite C (VHC) est l'une des principales causes de la maladie chronique du foie dans le monde entier, et sa prévalence estimée de 3% dans la population mondiale lourdement pesant pour la santé publique. Au cours des dernières années, le traitement de l'hépatite virale chronique C a considérablement progressé avec l'apparition de nouvelles molécules antivirales ciblant spécifiquement le virus qui a révolutionné la prise en charge et notamment la réponse thérapeutique, la prévalence de l'hépatite C chez les patients sous hémodialyse (HD) est plus élevée que celui trouvé dans la population générale.

Les dernières recommandations privilégient des schémas thérapeutiques sans sofosbuvir chez les insuffisants rénaux chroniques.

L'objectif de notre travail est d'analyser l'efficacité et la tolérance de ces antiviraux chez les patients insuffisants rénaux chroniques et hémodialysés.

Patients et Méthodes : Notre étude est rétrospective depuis 2015 à mai 2018, comportant des patients insuffisants rénaux chroniques sous hémodialyse mis sous traitement par sofosbuvir 400mg/j en association avec daclatasvir 60mg/j et chez les patient qui présentent une insuffisance rénale sévère (clairance de créatinine <15ml/min/1,73 m2) on a opté pour sofosbuvir 400mg une prise un jour sur 2 et toujours en association avec daclatasvir 60mg/j. La charge virale du VHC, le bilan hépatique et la fonction rénale étaient les principaux points de suivi. La tolérance clinique et biologique a été également évaluée.

Résultats : 45 patients suivis pour hépatite virale C et sous hémodialyse mis sous traitement par sofosbuvir 400mg/j en association avec daclatasvir 60mg/j et chez 17 patient qui présentent une insuffisance rénale sévère (clairance de créatinine <15ml/min/1,73 m2) on a opté pour sofosbuvir 400mg une prise un jour sur 2 et toujours en association avec daclatasvir 60mg/j. Le génotype 1 est prédominant représentant des 44 % des cas. La charge virale moyenne est de 5.31 Log UI/L. Les résultats de notre étude sont très satisfaisants, la RVS de 12 semaines après arrêt du traitement a été obtenue chez tous les cas, la tolérance rénale était très bonne aucune perturbation du bilan rénal n'a été diagnostiquée une seule patiente a présenté une asthénie profonde.

Conclusion : Dans la non disponibilité d'autres molécules au Maroc, notre étude appuie l'utilisation du schéma associant sofosbuvir 400mg/j et daclatasvir 60mg/j chez les patients suivis pour insuffisance rénale et sous hémodialyse qui s'avère efficace et bien toléré.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/001045>

P.263

Expérience du monde réel de la population libanaise dialysée infectée par le virus de l'hépatite C et traitée par les anti-viraux à action directeA. Abourached ⁽¹⁾, M. Nakhoul ⁽¹⁾, J. Saniour ⁽²⁾, C. Abou Fadel ⁽¹⁾, E. Younes ⁽¹⁾

(1) Beyrouth, LIBAN ; (2) Hadath, LIBAN.

Introduction : La prévalence de l'hépatite C reste très élevée dans les centres d'hémodialyse malgré les différentes mesures d'asepsie adoptées. Au Liban la prévalence de l'hépatite C est de 0.19% dans la population générale, alors que chez les hémodialysés elle est estimée à 4.7%.

L'introduction des nouveaux antiviraux à action directe (AAD) pourrait jouer un rôle majeur dans l'éradication de l'hépatite C dans les centres de dialyse. L'objectif primaire de cette étude est d'évaluer l'efficacité et la sécurité des AAD oraux avec ou sans ribavirine chez la population hémodialysée libanaise infectée par le VHC. L'objectif secondaire serait de voir si l'éradication du VHC est possible dans les centres de dialyse.

Patients et Méthodes : A l'échelle nationale, toute personne hémodialysée est dépistée pour le VHC et le VHB tous les 6 mois. Durant l'année 2017, les personnes hémodialysées de la région de la Bekaa libanaise ayant un Ac Anti VHC et une charge virale positive et un génotype 1 ou 4 ont bénéficié d'un traitement par les AAD. Les éléments analysés comprennent: l'âge, le sexe, l'année de diagnostic du VHC, le mode de contamination probable, les comorbidités, le traitement antérieur, le stade de fibrose, le traitement actuel par les AAD, la réponse virologique à la fin du traitement et la réponse virologique soutenue à 12 semaines. Le texte

Résultats : Durant l'année 2017, 20 patients hémodialysés ayant le génotype 1 ou 4 ont été traités par les AAD. Le sexe ratio (H/F) était de 0.82, l'âge moyen de 46.2 ans, la durée moyenne entre le diagnostic et le traitement était de 5.7 ans. 50% des patients ont été contaminés dans les centres de dialyse, 5% suite à une transfusion antérieure et dans 45% des cas la cause reste indéterminée. Au moins une comorbidité associée a été notée chez 45% (HTA, diabète, et insuffisance cardiaque). 65% des patients n'avaient jamais reçu de traitement anti VHC, 35% ont expérimenté le traitement par Interferon Pegylé et la Ribavirine. 70% des patients étaient de génotype 1 (70% 1a, 15% 1b), 25% avaient un stade de fibrose <F2, 40% F2-F3, et 20% F4. Les protocoles utilisés étaient Ombitasvir/Paritaprevir/Ritonavir +/- Ribavirine pour le génotype 4, et Ombitasvir/Paritaprevir/Ritonavir -Dasabuvir +/- Ribavirine pour le génotype 1, en fonction du stade de fibrose et du traitement antérieur. Quant à la durée du traitement, celle-ci était de 12 et 24 semaines. 70% des patients ont bénéficié d'un traitement contenant la Ribavirine et dont la dose variait entre 100mg et 1200mg par jour.

La réponse virologique soutenue (RVS) à 12 semaines était de 95%. Chez 1 patient (5%) le traitement fut arrêté après 2 semaines pour mauvaise tolérance. Il n'existait pas de différence dans la réponse au traitement entre les 2 génotypes, le stade de fibrose et le traitement antérieur.

Conclusion : Ce sont les premières données libanaises du traitement du VHC par les AAD. Chez les patients hémodialysés avec une RVS12 de 95%, 5% des malades ont développé une intolérance au traitement.

C'est un résultat très prometteur dans la vie réelle qui montre que l'éradication du VHC est possible dans les centres d'hémodialyse.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000318>

Attitudes et pratiques du personnel soignant devant une exposition à un risque infectieux viral hépatique au centre hospitalier périphérique de Bouafi

K. El Montacer ⁽¹⁾, M. Tahiri Joutei Hassani ⁽¹⁾, F. Haddad ⁽¹⁾, W. Hliwa ⁽¹⁾, A. Bellabah ⁽¹⁾, W. Badre ⁽¹⁾
(1) Casablanca, MAROC.

Introduction : Les accidents d'exposition au sang (AES) demeurent fréquents et mettent en danger la vie des professionnels de santé du fait du risque de contamination virale. Ceci constitue un problème majeur de santé publique notamment dans les pays en voie de développement. L'objectif de notre travail est d'évaluer les connaissances, les attitudes et les pratiques des professionnels de santé concernant la transmission des hépatites virales lors des AES et de proposer des actions de sensibilisation dans le cadre d'une politique de prévention.

Patients et Méthodes : C'est une étude épidémiologique, descriptive et transversale menée dans un centre hospitalier périphérique sur une période de 2 mois, juin et juillet 2018. Le support de l'enquête est un questionnaire individuel et anonyme comprenant trois grandes rubriques: données sociodémographiques et professionnelles, les attitudes et pratiques devant un AES et les connaissances des affections virales à transmission sanguines. L'analyse des résultats est faite sur fichier Excel.

Résultats : Soixante-dix soignants ont répondu au questionnaire avec un taux de participation de 28,68%. L'âge moyen des répondeurs est de 46 ans (24 ans-60 ans), majoritairement des femmes (71,79%) avec un sexe ratio de 3,23.

Le statut professionnel du personnel ayant répondu au questionnaire comporte: 16 techniciens de laboratoire, 1 technicien de radiologie, 15 médecins, 6 chirurgiens, 25 infirmiers, 2 sages femme, 3 femmes de ménage et 2 agents de service; ayant une ancienneté professionnelle moyenne de 19,94 ans.

Parmi les 70 participants, 32 étaient victimes d'un AES, mais uniquement 6 ont fait le suivi de façon arbitraire combinant la surveillance des enzymes hépatiques et l'éventuelle séroconversion. Six ont recherché le statut sérologique du patient source. L'infection à VIH est la plus redoutée et l'infection par l'HVC est estimée être, par le personnel évalué, au risque de transmission le plus élevé.

Dans notre étude, 46 soignants ne connaissaient pas leur statut sérologique et 23 n'étaient pas vaccinés. En post-exposition, 1 personne a reçu des immunoglobulines anti-HVB et 5 sont vaccinés.

Conclusion : Ce travail montre avec acuité la nécessité de mettre en place un véritable programme préventif anti-AES au Maroc et d'élaborer de façon urgente un plan d'action pour amorcer une lutte efficace et adaptée contre les infections virales chez les soignants vue la gravité et les dépenses engendrées pour la prise en charge du personnel atteint.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000987>

Efficacité, innocuité et facteurs associés à l'échec des combinaisons d'anti-viraux à action directe (AAD) chez les patients cirrhotiques atteints d'hépatite virale C

S. Berrag ⁽¹⁾, F. Rouibaa ⁽¹⁾, M. Fidèle ⁽¹⁾, F. Bouhamou ⁽¹⁾, M. Sara ⁽¹⁾, S. Jamal ⁽¹⁾, M. Tamzaourte ⁽¹⁾, A. Aourah ⁽¹⁾
(1) Rabat, MAROC.

Introduction : La mise à disposition sur le marché marocain des antiviraux à action directe (AAD) a modifié la prise en charge des patients infectés par le virus de l'hépatite C (VHC).

L'objectif de ce travail est de décrire l'efficacité et la tolérance des AAD chez les patients cirrhotiques, ainsi que les facteurs associés à l'échec du traitement.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude observationnelle monocentrique portant sur 57 patients cirrhotiques atteints d'HVC traités par les AAD (Sofosbuvir, Daclatasvir) suivis depuis Janvier 2016 à Juin 2018.

Les caractéristiques des patients traités ont été recueillies et analysés par le logiciel SPSS 20. L'échec aux AAD était défini par l'absence de réponse virologique soutenue RVS.

Résultats : L'âge moyen était de 63,8±10 ans avec un sexe ratio de 1,18. La charge virale (CV) moyenne était de 5,9±0,7 log. Le génotype 1 était prédominant (n= 39 soit 68,4%). 44 patients (77,2%) avaient une cirrhose Child A et 13 patients (22,8%) avaient un score Child-Pugh B/C. Les patients naïfs représentaient 75,4% des cas. Les associations d'AADs les plus fréquemment administrées étaient sof+daclac chez 84,2% des cas, sof+daclac+Riba chez 10,5% des cas et sof+Riba chez 5,3% des cas.

Le taux de RVS était de 96,5%. Le traitement fut arrêté chez un patient pour effets secondaires sévères.

En analyse univariée, les facteurs associés de façon statistiquement à l'échec aux AAD étaient : les schémas thérapeutiques avec et sans Ribavirine (OR =23,5, IC95% [2,09 -263,6], p=0,01), la CV préthérapeutique (OR =6,57, IC95% [1,51-28,71], p=0,012) et le Child B/C (OR = 2,3, IC95% [1,31-6,77], p=0,02). En analyse multivariée et ajustant sur les facteurs étudiés, seuls le Child B/C était associé de façon statistiquement significative à la RVS (OR = 2,7, IC95% [1,11- 7,89], p=0,022).

Conclusion : Ces résultats montrent que l'accessibilité du médicament générique marocain des AAD a permis aujourd'hui d'envisager l'éradication de l'HVC notamment chez la population cirrhotique au terme d'une bonne tolérance.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000199>

Le traitement par entécavir permet-il une régression de la fibrose au cours de l'hépatite B chronique

I. Akkari ⁽¹⁾, I. Jemni ⁽²⁾, S. Mrabet ⁽¹⁾, R. Kallel ⁽¹⁾, E. Ben Jazia ⁽¹⁾

(1) Sousse, TUNISIE ; (2) Monastir, TUNISIE.

Introduction : La sévérité de l'hépatopathie virale B et la survenue de la cirrhose et de ses complications sont précipitées par la persistance d'une multiplication virale, génératrice de l'activité nécrotico-inflammatoire et responsable d'une morbidité et d'une mortalité importante. L'inactivation de l'activité inflammatoire chez les patients viro-supprimés permet une stabilisation de la fibrose puis une réversion. Le but de ce travail est d'évaluer l'impact du traitement par Entécavir sur la régression de la fibrose hépatique en se basant sur des marqueurs sériques et des scores non invasifs de la fibrose.

Patients et Méthodes : Etude rétrospective incluant tous les patients atteints d'une hépatite B chronique traités pendant au moins 48 semaines par Entécavir. Les malades au stade de cirrhose ont été exclus de l'étude. On a calculé les scores FIB-4 et APRI avant, à un an de traitement et en fin de suivi. L'évaluation initiale pré thérapeutique de la fibrose a été réalisée par une ponction biopsie hépatique (PBH) par voie Transcutanée. Les données ont été recueillies à partir des dossiers des patients et analysés par le Logiciel SPSS (p significatif < 0.05).

Résultats : Il s'agissait de 36 patients, l'âge moyen au moment du diagnostic était de 34.67 ans [14-59] et le sex ratio de 2.27. Le traitement a été introduit à un âge moyen de 41.52 ans [18-67]. La durée de suivi moyenne était de 49.18 mois. L'Entécavir a été prescrit en 2^{ème} intention après la Lamivudine dans 13.9 % des cas. La majorité des patients (88.9 %) avait un AgHBe négatif. La sévérité de la fibrose hépatique était répartie comme suit à la PBH : 44.4% classés F2, 30.6% classés F1 et 19.4 % classés F3. Un seul patient avait une atteinte F0. En matière de réponse au traitement : 90.9 % des patients avaient une réponse biochimique à un an, 91.7% avaient une réponse virologique primaire à 3 mois de traitement et 72.7 % avaient une charge virale indétectable à S48 de traitement.

Le score FIB4 était corrélé aux résultats de l'évaluation histologique de la fibrose. Ce score était en moyenne de 2.79 en cas de fibrose F3 à la PBH Vs 1.16 en cas de fibrose F1, la différence était statistiquement significative (p= 0.016). De même lors de la comparaison de l'atteinte hépatique classée F2 et F3 (p=0.002). Le seuil prédictif de fibrose significative (F2) déterminée via une courbe ROC correspondait à un score FIB-4 à 1.245 (aire sous la courbe à 0.736 , IC 95% [0.588-0.904] , p=0.019). Le seuil prédictif de fibrose avancée (F3) correspondait à un score FIB-4 à 1.755 (aire sous la courbe = 0.91 , IC à 95 % [0.762-1] , p=0.001).

Concernant le score APRI on n'a pas noté une corrélation statistiquement significative avec les degrés de fibrose initiale pré thérapeutique (p=0.091).

La cinétique des scores non invasifs de la fibrose sous traitement anti viral a été étudiée pour évaluer la régression de la fibrose sous Entécavir : sous traitement on a noté que le score APRI diminuait significativement à un an de traitement et enfin de suivi par rapport aux valeurs pré -thérapeutiques (p respectivement à 0.00 et 0.012). On a noté une diminution statistiquement significative du score FIB-4 à un an de traitement par rapport aux chiffres pré-thérapeutique (p=0.00). Un autre marqueur prédictif du stade de fibrose est le taux de plaquettes, ce taux était significativement plus bas en présence de fibrose avancée F3 (p=0.006) , un taux de plaquette <145000 /mm3 était prédictif d'une fibrose F3 (aire sous la courbe 0.865 , IC à 95% [0.7-1] , p=0.003). Ce chiffre de plaquettes en fin de période de suivi a significativement augmenté sous Entécavir (p=0.00). Par ailleurs, sur le plan clinique, aucun cas d'évolution vers la cirrhose, le CHC ou le décès n'a été noté.

Conclusion : Le traitement par Entécavir permet une régression de la fibrose hépatique. Les scores non invasifs basés sur des marqueurs sériques semblent être corrélés aux degrés de fibrose histologique et la cinétique de leur évolution sous traitement semble traduire l'effet bénéfique sur la fibrose hépatique de l'Entécavir. Toutefois, des études de plus large spectre avec une confrontation aux données anatomopathologiques au cours du suivi sont nécessaires.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfg.org/resumes-2019/000516>

Infection naturelle à Schistosoma mansoni chez les zébus dans la région Haute Matsiatra Madagascar

J. Fenomanana ⁽¹⁾, V.J. Razafimahefa ⁽²⁾, J.C. Rakotozafy ⁽¹⁾, T.F. Andriamampionona ⁽¹⁾, R. Rakotoarivelo ⁽¹⁾, S.H. Razafimahefa ⁽¹⁾, A. Rasamindrakotroka ⁽³⁾

(1) Fianarantsoa, MADAGASCAR ; (2) Antananarivo, MADAGASCAR ; (3) Tananarive, MADAGASCAR.

Introduction : Madagascar fait partie des zones d'endémie bilharzienne du continent africain. La schistosomiase intestinale due à Schistosoma mansoni sévit sur la partie Est et Sud de l'île ainsi que sur les hautes terres centrales. Le fait est que malgré les mesures de lutte entreprises, l'épidémiologie de la bilharziose est en constant remaniement.

Notre objectif était de rechercher la présence d'éventuelle infection à S.mansoni chez les zébus de la Région Haute Matsiatra qui est une zone favorable à toutes les spéculations en matière d'élevage de bovin, où zébu et homme sont journalièrement en étroite cohabitation. Cette hypothèse ferait des zébus des disséminateurs secondaires des parasites et ils seraient ainsi responsables de l'entretien de l'endémicité de la maladie.

Matériels et méthodes : Il s'agit d'une étude transversale prospective, effectuée à l'abattoir d'Ankondona de Fianarantsoa, chez les zébus abattus journalièrement et validés à la visite anté-mortem, allant du 19 Avril au 19 Juin 2018. Nous avons utilisé la technique de Kato Katz pour la recherche des œufs de S. mansoni dans les excréments de zébu.

Résultats : Nous avons inclus 305 zébus de provenance multiple, des districts de Fianarantsoa I, Lalangina, Isorana, Vohibato, Isandra. Nous avons trouvé 0 cas (0 %) d'infection à S. mansoni, 7 cas (2,29%) de Fasciola spp, 3 cas (0,98%) d'Ascaris spp, 2 cas (0,65%) de Trichuris spp.

Conclusion : Notre étude n'a pas retrouvé la présence d'infection naturelle des zébus par S. mansoni, néanmoins, une étude plus élargie utilisant d'autres techniques complémentaires à la méthode de Kato Katz s'avère indispensable et fort intéressante.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfg.org/resumes-2019/000503>

Bon usage du paracétamol : évaluation prospective des connaissances des prescripteurs (médecins titulaires, internes), des dispensateurs de médicaments (personnels soignants, pharmaciens) et des étudiants dans un CHU

D. Larrey ⁽¹⁾, L. Meunier ⁽²⁾, N. Deshormière ⁽²⁾

(1) CHU Montpellier, Hôpital St Eloi, INSERM 1183, COSEMED ; (2) Montpellier.

Introduction : Le paracétamol est le médicament le plus utilisé en France. Son utilisation est très banalisée car il peut être obtenu sans ordonnance par les usagés et est très fréquente dans les hôpitaux. Au CHU de Montpellier, le paracétamol représente 15% des prescriptions. Une enquête récente indique que l'hépatite grave due au paracétamol est de façon croissante la principale cause d'indication de transplantation hépatique en France (42.1%)(étude SALT III sur 2015-2016) (Larrey et al., « Drug exposure and risk of Acute Liver Failure leading to registration for liver Transplantation : Results of the SALT-III study in adults in France: EASL avril 2018 et J Hepatol 2018 ;68 :S587.). Cette étude montre aussi un rôle croissant des accidents graves dus à un mésusage (40%).

But : Evaluer les connaissances sur le bon usage du paracétamol des prescripteurs et dispensateurs ainsi que celles des étudiants en médecine et pharmacie dans un CHU.

Matériels et méthodes : Etude prospective effectuée à partir d'un questionnaire comportant 5 questions sur la prescription du paracétamol chez des adultes. Le questionnaire et les réponses ont été validés par la COordination et SEcurisation de la prise en charge MEDicamenteuse (COSEMED) du CHU de Montpellier. Ces questions présentées sous forme de Questionnaire à Choix Multiples, concernaient : la place du paracétamol dans les hépatites graves, la dose orale unitaire maximale, l'intervalle d'administration entre les doses, la dose maximum quotidienne en usage chronique, les co-facteurs de risque d'hépatotoxicité du paracétamol. Le questionnaire est proposé depuis novembre 2017, soit directement lors de réunions de formation et sur le site intranet du CHU.

Résultats : Sur la période indiquée (enquête encore en cours), 504 questionnaires ont été remplis : médecins titulaires de toutes spécialités n=95, internes en médecine n=180, personnels soignants n=113, pharmaciens n=16, étudiants en médecine ou en pharmacie n=100.

Analyse globale quantitative des bonnes réponses sur les 5 questions :

- médecins titulaires : 71,5%,
- internes en médecine (DES) : 66,3%
- personnels soignants : 60,1%
- pharmaciens : 70,2%
- étudiants en médecine ou en pharmacie : 53,5%

Analyse qualitative des bonnes réponses :

Les réponses ont été excellentes sur la dose unitaire maximale (95%), l'intervalle entre les doses (95%), bonnes sur le rôle du paracétamol dans les hépatites graves (81%), moins bonnes sur la dose quotidienne maximale chronique (70%) (certaines réponses ont été de 6 grammes/jour). L'identification des cofacteurs de risque d'hépatotoxicité est variable: bonne pour l'alcoolisme chronique (80%) mais faible pour un défaut de nutrition significatif (50%) ou le risque d'hépatotoxicité en cas de co-médications antalgiques (40%).

Conclusion : Les connaissances du bon usage du paracétamol sont insuffisantes sur certains aspects de la prescription et de la dispensation. Cela incite à une formation plus intensive de l'ensemble du personnel de soins concerné. Ces constats ont déjà conduit à 20 formations dans différentes unités de soins pour les personnels du CHU de Montpellier et la réalisation d'une plaquette de bon usage du produit par le COSEMED (diffusion sur intranet CHU).

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000270>

Bon usage des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) : évaluation prospective des connaissances des prescripteurs (médecins titulaires, internes), des dispensateurs de médicaments (personnels soignants, pharmaciens) et des étudiants dans un CHU

D. Larrey ⁽¹⁾, L. Meunier ⁽²⁾, N. Deshormière ⁽²⁾

(1) CHU Montpellier, Hôpital St Eloi, INSERM 1183, COSEMED ; (2) Montpellier.

Introduction : Les AINS sont parmi les médicaments les plus utilisés en France. Leur utilisation est très banalisée car certains d'entre eux (ibuprofène) peuvent être obtenus sans ordonnance par les usagés. Ils sont souvent utilisés dans les hôpitaux. Leurs effets indésirables sont mal connus en particulier le risque d'hépatite (1,2). Ils sont fréquemment utilisés en association avec le paracétamol qui est la cause principale d'hépatite grave en France (3).

But : Evaluer les connaissances des effets indésirables des AINS et sur leur bon usage par les prescripteurs et dispensateurs et les étudiants en médecine et pharmacie dans un CHU.

Matériels et méthodes : Etude prospective effectuée à partir d'un questionnaire comportant 5 questions sur la tolérance et la prescription AINS chez des adultes. Le questionnaire et les réponses ont été validés par la COordination et SEcurisation de la prise en charge MEDicamenteuse (COSEMED) du CHU de Montpellier. Ces questions présentées sous forme de Questionnaire à Choix Multiples, concernaient : 1) les effets indésirables des AINS ; 2) leurs relation avec la dose ; 3) le risque en prise conjointe avec le paracétamol à dose thérapeutique ; 4) l'innocuité des AINS obtenus sans ordonnance ; 5) le risque d'allergie vis-à-vis de l'estomac, la peau et le foie. Le questionnaire est proposé depuis novembre 2017 soit directement lors de réunions de formation et sur le site intranet du CHU.

Résultats : Sur la période indiquée, 504 questionnaires ont été remplis : médecins titulaires de toutes spécialités n=95, internes en médecine n=180, personnel soignant n=113, pharmaciens n=16, étudiants en médecine ou en pharmacie n=100.

Analyse globale quantitative des bonnes réponses :

- médecins titulaires : 59,1%,
- internes en médecine : 56,2%
- pharmaciens 64,0%
- personnel soignant : 41,6%
- étudiants en médecine ou en pharmacie 38,1%

Analyse qualitative des bonnes réponses :

Les effets indésirables des AINS sont bien connus de façon variable selon :

- la catégorie professionnelle : médecins titulaires 66,7%, internes en médecine 59,0%, pharmaciens 50,0%, personnel soignant 45,5 %, étudiants en médecine ou en pharmacie 38,1%.

- le type : estomac 90,5%, atteinte cutanée 80,2%, atteinte rénale 30,5%, atteinte hépatique 59,2%.

L'atteinte hépatique était connue de façon variable selon la catégorie professionnelle : médecins titulaires 75,9%, internes en médecine : 71,8%, pharmaciens 60,2%, personnel soignant 45,1 %, étudiants en médecine ou en pharmacie 33,7%.

La potentialisation AINS-paracétamol est connue de façon variable selon les catégories professionnelles, respectivement: 55,1, 44,5%, 90,0%, 44,9%, 31,8%.

Le risque équivalent entre produit prescrit et automédication est reconnu dans 99%.

Les mécanismes impliqués dans les effets indésirables sont connus dans moins de 40% des réponses globales.

Conclusion : Les connaissances des effets indésirables et du bon usage des AINS sont insuffisantes sur certains aspects de la prescription et la dispensation. Cela incite à une formation plus intensive de l'ensemble du personnel de soins concerné. Ces constats ont déjà conduit à 20 formations dans différentes unités de soins pour les personnels du CHU de Montpellier. Une plaquette synthétique est en cours de réalisation pour diffusion dans le CHU.

Références Bibliographiques : 3) Larrey et al, « Drug exposure and risk of Acute Liver Failure leading to registration for liver Transplantation : Results of the SALT-III study in adults in France: EASL avril 2018 et J Hepatol 2018 ;68 :S587.
2) Gulmez SE, Larrey D, Pageaux GP et al Transplantation for acute liver failure in patients exposed to NSAIDs or paracetamol : the multicase-population SALT study. Drug Saf 2013 ;36 :135-144.
1) Meunier L, Larrey D Recent advances in hepatotoxicity of non steroidal anti-inflammatory drugs. Ann Hepatol 2018 ;17 :187-191.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000297>

P.270

Hépatosidérose dysmétabolique et sa relation avec les mutations du gène HFE et la stéatose hépatique

A. Castiella Eguzquiza ⁽¹⁾, E. Zapata ⁽¹⁾, I. Urreta ⁽¹⁾, L. Zubiaurre ⁽²⁾, P. Otazua ⁽³⁾, J.M. Alústiza ⁽⁴⁾, M.D. De Juan ⁽¹⁾, E. Salvador ⁽⁴⁾, J. Emparanza ⁽¹⁾

(1) Saint-Sébastien, ESPAGNE ; (2) Mendaro, ESPAGNE ; (3) Mondragón, ESPAGNE ; (4) Donostia, ESPAGNE.

Introduction : L'hépatosidérose dysmétabolique (HSD)-dysmétabolisme fer overload syndrome (DIOS)- est une entité caractérisée par une hyperferritinémie (HF) avec une légère augmentation de la concentration hépatique en fer (CHF), associée à un ou plusieurs facteurs diagnostiques du syndrome métabolique (obésité, hypertension, dyslipidémie et / ou métabolisme anormal du glucose) ou surpoids (indice de masse corporelle (IMC) > 25 kg / m²). Elle est associée à 50% avec une stéatose hépatique (SH) simple ou à une stéatohépatite. Le diagnostic est posé en écartant les causes habituelles de surcharge hépatique en fer.

Objectifs : Etudier les cas de HSD dans une cohorte de patients atteints d'hyperferritinémie reçus dans 6 hôpitaux et déterminer sa relation avec les mutations du gène HFE et avec la SH.

Patients et Méthodes : Étude prospective de patients avec HF (> 200 µg / L femmes; 300 µg / L hommes) et / ou de IST> 45%, confirmée par deux déterminations, a été menée de décembre 2010 à avril 2013. La HSD a été diagnostiquée : surcharge hépatique en fer (CHF> 36µmol/g, avec un ou plusieurs critères du syndrome métabolique, ou IMC> 25 kg / m². Critères d'exclusion: C282Y / C282Y, CHF> 80 µmol/g (hémocromatose phénotypique), consommation d'alcool (> 40 g homme / jour /> 20 g / jour femme), infection virale (VHC, VHB), fer oral, transfusions sanguines. La CHF a été déterminée par l'IRM de 1,5 Tesla (méthode SIR). Nous avons systématiquement réalisé une imagerie en phase et en phase opposée pondérée en T1 pour déterminer la présence ou non de stéatose hépatique. Nous avons étudié les mutations du gène HFE chez tous les patients.

Résultats : 312 patients (272 hommes / 40 femmes) ont été inclus. Âge moyen de 55 ans (ET 13,5); Ferritine moyenne 729,6 (ET 449,6), IST moyenne 40,8 (ET 15,8); 82 patients ont été diagnostiqués avec HSD. Mutations HFE : H63D / H63D 19 (23,17%), C282Y / H63D 11 (13,41%), C282Y / wt 5 (6,10%), H63D / wt 21 (25,61%). Lorsque nous avons comparé les résultats avec ceux de la population générale, les différences étaient statistiquement significatives pour les mutations H63D / H63D (p = 0,002) et C282Y / H63D (p = 0,009). Chez 286 patients, une étude d'IRM pour la présence de SH a été réalisée: 196 pas de stéatose; 90 stéatose hépatique. Il y avait 71 patients avec HSD (à partir de 82) avec IRM pour la détermination de SH: 13 avec SH, 58 sans SH. De 215 patients sans HSD et avec IRM: 77 SH, 138 sans SH. Lorsque nous avons comparé les patients du groupe HSD et le groupe sans HSD, la SH était plus fréquente dans le groupe sans HSD (p = 0,006).

Conclusion : Les mutations du gène HFE H63D / H63D et C282Y / H63D sont plus associées aux patients HSD qu'à la population générale de notre pays; la SH est plus fréquente chez les patients sans HSD que chez les patients atteints de HSD.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000008>

P.271

Hépatite toxique aux antibacillaires : à propos de 98 casH. Beggar ⁽¹⁾, N. Benzoubeir ⁽¹⁾, I. Errabih ⁽¹⁾, L. Chahed Ouazzani ⁽¹⁾, H. Chahed Ouazzani ⁽¹⁾

(1) Rabat, MAROC.

Introduction : La tuberculose demeure un enjeu majeur de santé publique à l'échelle planétaire. Le traitement antibacillaire basé essentiellement sur l'isoniazide (INH), la pyrazinamide (PZA), la rifampicine (RPM), utilisés en association et pendant une période prolongée selon différents protocoles, peuvent être responsables de nombreux effets secondaires parmi lesquels les hépatites toxiques. La toxicité hépatique des antituberculeux est un effet secondaire sérieux qui peut aller d'une simple perturbation transitoire du bilan hépatique jusqu'à l'hépatite fulminante imposant l'arrêt immédiat des antibacillaires. **Le but de notre travail** est de mettre en évidence la fréquence de l'hépatotoxicité des antibacillaires, la sévérité de certaines lésions et la nécessité d'un suivi rigoureux pour un dépistage précoce.

Patients et Méthodes : Dans cette étude rétrospective sur une période de 17 ans, s'étendant de Janvier 2000 au Décembre 2017, 98 cas d'hépatite toxique aux antibacillaires ont été relevés.

Résultats : Les 98 patients hospitalisés pour hépatotoxicité aux antibacillaires étaient répartis en 57 femmes et 41 hommes avec un sexe ratio de 1,39. L'âge moyen est de 45 ans. L'atteinte tuberculeuse était pulmonaire dans 45% des cas, péritonéale dans 31% des cas, ganglionnaire dans 12,5% des cas, intestinale dans 6,5 % des cas, anale dans 4% des cas et cutanée dans 1% des cas. La découverte de l'hépatotoxicité était faite dans 35 % des cas lors de la surveillance périodique du bilan hépatique, alors que dans 65 % des cas les patients étaient icteriques. Le délai de survenue des signes cliniques ou biologiques d'hépatotoxicité était d'une semaine à quatre mois. Le bilan hépatique a montré une atteinte cytotolytique dans 45% des cas, une atteinte cholestatique dans 23% des cas et une atteinte mixte dans 32% des cas. La ponction biopsie du foie a révélée des critères histologiques en faveur d'une hépatite médicamenteuse dans 31 cas : 17 cas de stéatose, 8 cas d'hépatite granulomateuse, 5 cas d'hépatite chronique et un cas d'hépatite aiguë. L'évolution était bonne dans 97 des cas à l'arrêt du traitement. Une seule patiente avait présenté une insuffisance hépatocellulaire sévère avec une bonne évolution à l'arrêt du traitement antibacillaire. La reprise du traitement est progressive en commençant par l'antibacillaire le moins hépatotoxiques avec une bonne évolution dans presque tous les cas.

Conclusion : L'hépatotoxicité aux antibacillaires est, certes rare, mais son apparition menace l'observance thérapeutique et le pronostic de la maladie. Ainsi, la prévention s'impose par le strict respect des règles de prescription, le dépistage précoce des signes d'intolérance thérapeutique et le suivi rigoureux de l'évolution sous traitement antibacillaire.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000959>

P.272

CBP-lib : caractéristiques d'une cohorte de patients atteints de cholangite biliaire primitive suivis en pratique libéraleS. Bresson-Hadni ⁽¹⁾, O. Guillaud ⁽²⁾, P. Toulemonde ⁽³⁾, I. Beurton-Chataigner ⁽¹⁾, D. Ouzan ⁽⁴⁾, T. Fontanges ⁽⁵⁾, M. Guivarch ⁽³⁾, N. Boyer ⁽⁶⁾, B. Meny ⁽⁷⁾, P. Delasalle ⁽⁸⁾, C. Bonny ⁽⁹⁾, S. Bousoukaya ⁽⁸⁾, B. Hanslik ⁽¹⁰⁾

(1) Besançon ; (2) Lyon ; (3) Toulouse ; (4) Saint-Laurent-du-Var ; (5) Bourgoin-Jallieu ; (6) Nanterre ; (7) Dijon ; (8) Grasse ; (9) Beaumont ; (10) Montpellier.

Introduction : La cholangite biliaire primitive (CBP) est une maladie hépatique rare. La plupart des données publiées proviennent de centres tertiaires spécialisés. Peu de données issues de la pratique libérale sont disponibles. Le but de cette étude est de décrire les données d'une cohorte de patients atteints de CBP suivis en secteur libéral.

Patients et Méthodes : Un questionnaire en ligne (CBP-lib) a été mis à disposition d'hépatologues libéraux concernant leurs patients atteints de CBP vus en consultation en 2017 (diagnostic ou suivi).

Résultats : 13 praticiens représentant 5 régions administratives ont renseigné 166 fiches concernant 148 patients (médiane de 11 patients renseignés par praticiens) dont 25 (17%) nouveaux diagnostics en 2017. Parmi les 148 patients, il s'agissait de 129 femmes (87%), d'âge médian de 54 ans au diagnostic, avec un suivi médian de 95 mois. Au diagnostic, 94% des patients présentaient des anomalies des tests hépatiques, 38% rapportaient une asthénie, 17% un prurit, 12% des arthralgies et 1% avaient un ictère cutanéomuqueux. Une biopsie hépatique a été réalisée chez 73% des patients et montrait des lésions de fibrose sévère (F3-F4) chez 25% d'entre eux et un syndrome de chevauchement chez 17%. Un surpoids était associé à la CBP dans 30% des cas et 3% avaient une consommation excessive d'alcool. 142 patients recevaient un traitement par acide ursodésoxycholique (AUDC) avec une posologie de 13 à 15 mg/kg pour 62% d'entre eux, <13 mg/kg et >15 mg/kg chez 12% et 26% respectivement. Les critères de Paris (80% Paris 2) étaient appliqués lors de la dernière visite chez 97% des patients traités et 15% d'entre eux étaient considérés comme non répondeurs. Les hommes avaient un âge médian au diagnostic significativement plus élevé (63 vs 54 ans, p<0,05) mais il n'existait pas de différences en termes de sévérité initiale de la maladie et de réponse au traitement. Des données supplémentaires actualisées seront présentées.

Conclusion : L'enquête CBP-lib a permis de colliger les caractéristiques d'une cohorte de patients présentant une CBP suivis en médecine libérale en France, photographie qui n'avait jamais été faite et qui montre des données assez comparables aux cohortes des centres tertiaires avec notamment 25% des patients présentant une fibrose sévère et 15% de patients non répondeurs à l'AUDC.

Remerciements : CREGG, Intercept Pharma

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000908>

Cholangite biliaire primitive : facteurs prédictifs de mauvaise réponse à l'acide ursodésoxycholique et intérêt du Globe score

M. Ayari ⁽¹⁾, S. Ayadi ⁽¹⁾, E. Bel Hadj Mabrouk ⁽¹⁾, Y. Zaimi ⁽¹⁾, K. El Jeri ⁽¹⁾, Y. Said ⁽¹⁾, L. Mouelhi ⁽¹⁾, R. Debbeche ⁽¹⁾

(1) Tunis, TUNISIE.

Introduction : Bien l'arsenal thérapeutique de la cholangite biliaire primitive (CBP) soit en plein essor, l'acide ursodésoxycholique (AUDC) demeure le pilier de la prise en charge. Cependant l'évolution de cette hépatopathie reste variable. Plusieurs facteurs pronostiques, dont la réponse biologique à l'AUDC et plus récemment le globe score, ont été validés pour identifier les patients à risque de mauvaise réponse.

But : Dégager les facteurs de mauvaise réponse à l'AUDC et étudier l'association entre le Globe score et la réponse thérapeutique.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective colligeant tous les patients suivis pour CBP à notre service de Janvier 2000 jusqu'à Aout 2018. Le diagnostic de CBP était retenu selon les critères de l'EASL. La réponse au traitement a été évaluée par les critères de Paris II à 1 an de traitement. Le Globe score a été calculé chez tous patients traités par AUDC. Les paramètres de ce score sont: l'âge et le taux de plaquettes au diagnostic, le taux de bilirubine, des phosphatases alcalines et de l'albumine à 1 an de traitement par l'AUDC.

Résultats : Au total 53 patients étaient suivis à notre service pour CBP: 45 femmes et 8 hommes (sex-ratio F/H= 5,6). L'âge moyen lors du diagnostic était de 55 ans (extrêmes 19-78 ans). La durée moyenne du suivi était de 6 ans. Une cirrhose était présente dès le diagnostic dans 39% des cas (n=21). L'AUDC était prescrit chez 79% des patients (n=42). Une ou plusieurs maladies auto-immunes étaient retrouvées chez 56% des patients. Les critères de Paris II étaient satisfaits dans 35% des cas. Le taux de mortalité était de 15% (n=8). Les facteurs associés à une mauvaise réponse étaient : le stade de cirrhose au diagnostic (p=0.04), une maladie auto-immune associée (p=0.024) et le taux pré-thérapeutique élevé de la bilirubine totale (p=0.01). La valeur moyenne du Globe score était de 2,05 avec des extrêmes de -0,91 et 5,55. Ce score était significativement corrélé à la réponse au traitement (p<0.001) et à la mortalité (p=0.04). Les patients ayant répondu au critère de Paris II avaient un globe score significativement plus bas que ceux présentant une mauvaise réponse (0.35 VS 2.28, p= 0.028).

Conclusion : Notre étude a retrouvé une association significative entre le globe score et la réponse à l'AUDC. Une meilleure caractérisation des facteurs altérant la réponse thérapeutique ainsi que l'usage du Globe score permettront une identification précoce des patients à risque de mauvaise réponse afin d'optimiser rapidement le traitement et améliorer le pronostic.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000558>

Quelle est la place du Globe score dans l'évaluation de la fibrose au cours de la cholangite biliaire primitive ?

B. Hasnaoui ⁽¹⁾, N. Elleuch ⁽¹⁾, A. Hammami ⁽¹⁾, M. Ksiao ⁽¹⁾, H. Jaziri ⁽¹⁾, A. Braham ⁽¹⁾, S. Ajmi ⁽¹⁾, A. Ben Slama ⁽¹⁾, A. Jmaa ⁽¹⁾

(1) Sousse, TUNISIE.

Introduction : Au cours de la cholangite biliaire primitive (CBP), plusieurs marqueurs pronostiques, dont l'évaluation de la fibrose ont montré qu'ils étaient capables d'identifier les patients à risque. Récemment, un nouveau score pronostique, le Globe score qui est un test sanguin simple, non coûteux, a été validé comme facteur pronostique au cours de la CBP qui prédit la survie sans transplantation. Sa place dans l'évaluation de la fibrose hépatique n'a pas été déterminée. **Le but de notre travail** est de déterminer la valeur diagnostique du Globe-score dans l'évaluation de la fibrose au cours de la CBP.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective réalisée sur 12 ans allant de janvier 2006 à décembre 2017, incluant tous les patients atteints d'une CBP et ayant eu une PBF. La sévérité de la maladie a été évaluée par la classification de Scheuer, selon laquelle nos patients étaient divisés en deux groupes : groupe 1 : stade précoce qui correspond à un stade I ou II de Scheuer ; groupe 2 : stade avancé qui correspond à un stade III ou IV de Scheuer. Le Globe-score a été calculé pour tous les patients et était comparé entre ces deux groupes via un logiciel SPSS. Une association des variables était considérée comme statistiquement significative si p < 0.05.

Résultats : Parmi 71 patients ayant une CBP, 39,43 % avaient eu une ponction biopsie hépatique soit 28 patients. Il s'agit de 26 femmes et deux hommes dont l'âge moyen au moment du diagnostic de la CBP était de 54,39 ans [23–79]. Un stade précoce de la maladie était retenu chez 17 patients (60,7%), alors que 39,3% de nos cas étaient diagnostiqués à un stade avancé. La différence d'âge et de sex-ratio n'étaient pas statistiquement significative entre les deux groupes. Aucune différence statistiquement significative n'était retrouvée entre les deux groupes, concernant les taux moyens des transaminases, des phosphatases alcalines (PAL), des gamma-glutamyl-transpeptidases (GGT) ainsi que de la bilirubine totale. La valeur moyenne du Globe-score était plus élevée en cas de stade avancé de la CBP en comparaison avec celui du stade précoce de la maladie avec une différence statistiquement significative (respectivement 2,06 vs 1,67 ; p=0.036). L'aire sous la courbe ROC des valeurs du Globe-score était significative (0,59 ; p=0.044). Une valeur seuil de 2,55 était prédictive d'un stade avancé de la CBP avec une sensibilité de 81,8% et une spécificité de 69,2%.

Conclusion : Les données de notre étude suggèrent une association entre le Globe-score et la sévérité de la fibrose hépatique au cours de la CBP. D'autres études à plus large échelle sont nécessaires afin de confirmer ce constat.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000452>

P.275

Les tests hépatiques simples mesurés sous acide ursodésoxycholique en cas de cholangite biliaire primitive : permettent-ils seuls de prédire l'évolution de la maladie ?

W. Hammoui⁽¹⁾, N. Lahmidani⁽¹⁾, A. Filankembo⁽¹⁾, M. Lahlali⁽¹⁾, A. Lamine⁽¹⁾, H. Abid⁽¹⁾, M. Elyoussfi⁽¹⁾, D.A. Benajah⁽¹⁾, M. Elabkari⁽¹⁾, S.A. Ibrahimi⁽¹⁾
(1) Fès, MAROC.

Introduction : La cholangite biliaire primitive (CBP) est une maladie de cause inconnue. Elle touche la femme entre 50 et 55 ans et se manifeste par un syndrome de cholestase longtemps anictérique, le traitement est basé essentiellement sur l'acide ursodésoxycholique (AUDC). L'estimation en pratique clinique de l'efficacité de ce traitement repose en grande partie sur l'évaluation des tests biochimiques hépatiques. **Le but de notre travail** est d'étudier la relation entre les tests biochimiques hépatiques mesurés sous AUDC à un an de traitement (PARIS I) et la survie sans indication à la transplantation hépatique (TH) ainsi de chercher les facteurs pronostiques associés au risque de décès ou de TH sous AUDC en cas de CBP

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective incluant 30 patients colligés durant 10 ans de janvier 2008 jusqu'à mai 2018. Les critères d'inclusion dans l'étude étaient : CBP prouvée cliniquement biologiquement et/ou histologiquement, traitement par AUDC 13-15 mg/kg/j et disponibilité des principaux tests biochimiques hépatiques avant et après 1 an de traitement (on se basant sur la définition de la réponse biochimique incomplète à l'AUDC au bout d'un an de traitement : PAL $\geq 3 \times N$ ou AST $\geq 2 \times N$ ou Bili. Tot. $> 17 \mu\text{mole/L}$ (PARIS I)). Le critère de jugement principal était la survie sans indication à la TH. L'analyse de survie a été réalisée selon la méthode de Kaplan-Meier. La comparaison des groupes a été effectuée par le test du Log-rank. Les facteurs pronostiques ont été étudiés à l'aide d'un modèle de Cox

Résultats : 30 patients de notre série obéissaient aux critères d'inclusion leur âge moyen est de 60 ans, avec une prédominance féminine (sexe ratio h/f est 0,03). La durée médiane de suivi était de 6 ans. Pendant ce suivi 6 indications à la TH ont été observées dont 5 sont décédés, 40% des patients de notre série avaient une réponse biochimique complète à un an de traitement. On comparant les 2 groupes ayant ou non une réponse biochimique complète : la survie sans indication à la TH durant la période médiane de suivi était égale à 100 %. Les facteurs pronostiques associés au risque de décès ou de TH en analyse univariée étaient une bilirubinémie avant traitement $> 17 \mu\text{mole/L}$ ($p:0,02$) et PAL avant traitement $\geq 3 \times N$ ($p : 0,006$), l'absence de réponse biochimique (PAL $\geq 3N$ et/ou ASAT $\geq 2N$ et/ou bilirubine $> 17 \mu\text{mol/L}$) à 1 an de traitement ($p : 0,006$) un stade histologique ≥ 3 sur la biopsie initiale ($p : 0,05$), la présence d'une hépatite d'interface lymphocytaire à la biopsie initiale ($p : 0,00$). En analyse multivariée l'absence de réponse biochimique à 1 an de traitement et la présence d'une hépatite d'interface lymphocytaire à la biopsie initiale étaient associés au risque de décès ou de TH dans notre série

Conclusion : Comme le montrait notre étude chez les patients traités par AUDC pour CBP, la réponse biochimique à 1 an du traitement (PARIS I) seule ne suffit pas pour évaluer le pronostic des malades mais son association à d'autres critères histologiques notamment le degré d'hépatite d'interface à la biopsie initiale reste le meilleur élément pour l'évaluation du pronostic des patients à long terme

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000679>

P.276

Cholangite biliaire primitive : étude rétrospective monocentrique de 53 cas

M. Ayari⁽¹⁾, S. Ayadi⁽¹⁾, E. Bel Hadj Mabrouk⁽¹⁾, Y. Zaimi⁽¹⁾, K. El Jeri⁽¹⁾, Y. Said⁽¹⁾, L. Mouelhi⁽¹⁾, R. Debbeche⁽¹⁾
(1) Tunis, TUNISIE.

Introduction : La cholangite biliaire primitive (CBP) est une hépatopathie cholestatique chronique caractérisée par une destruction des petites voies biliaires intra-hépatiques. Sa pathogénie n'est pas parfaitement connue. Il s'agit d'une maladie rare dont la présentation peut être atypique, silencieuse ou latente avec une évolution clinique très variable. L'objectif de ce travail est d'étudier le profil clinique, évolutif et pronostique de la CBP.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude descriptive et rétrospective colligeant tous les cas de CBP suivis à notre service entre 2000 et 2018. Le diagnostic de la CBP était retenu sur les données du bilan hépatique, du bilan immunologique et/ou de la biopsie du foie. Un recueil des données épidémiologiques, clinico-biologiques, endoscopiques, histologiques et évolutives a été réalisé.

Résultats : Notre série est représentée par 53 patients d'âge moyen au diagnostic de 55 ans avec une manifeste prédominance féminine (sex-ratio F/H= 5.6). Des antécédents familiaux de CBP étaient retrouvés chez 3 patientes. Les circonstances de découverte étaient : cholestase avec prurit (47%), ictère (32%), hémorragie digestive par rupture des varices œsophagiennes (10%), bilan d'asthénie (8%), adénopathie coeliaque (3%). Au diagnostic, une cirrhose était retrouvée dans 39% des cas. Biologiquement une cholestase était retrouvée chez 81% des patients et une hyperbilirubinémie dans 54% des cas. Les anticorps antimitochondries de type M2 étaient positifs chez 45 malades (85%) associés à une élévation des IgM dans 38% des cas. Une biopsie hépatique était réalisée chez 17 patients. Elle avait objectivé une nécrose parcellaire dans 6 cas (35%), des anomalies des canaux biliaires dans 12 cas (70%), des granulomes dans 3 cas (17%) et une hépatite d'interface dans 1 cas (5.8%). Une maladie auto-immune était associée chez 30 patients, multiple chez 13 malades : diabète type 1 ($n=5$), maladie coeliaque ($n=6$), dysthyroïdie ($n=10$), lupus érythémateux systémique ($n=2$), vitiligo ($n=1$), syndrome sec ($n=13$), anémie hémolytique ($n=8$). Un syndrome de chevauchement était diagnostiqué chez 6 patientes. L'AUDC était prescrit chez 79% des patients arrêté chez 13 patients devant une cirrhose décompensée qui ont été mis sur la liste de transplantation hépatique. Une rémission biochimique selon les critères de Paris II était notée dans 35% des cas. Une dégénérescence sous forme d'un carcinome hépatocellulaire était notée chez 4 patients soit une prévalence de 7.5%. Dans notre série 8 malades sont décédés, tous au stade de cirrhose (4 décès dans un tableau de décompensation ascitique, 2 décès en rapport avec un carcinome hépatocellulaire, 1 décès par état de choc septique et 1 décès par embolie pulmonaire).

Conclusion : La CBP est une pathologie rare, souvent diagnostiquée à un stade avancé comme en témoigne l'âge avancé et la fréquence de la cirrhose au diagnostic chez nos patients réduisant ainsi les chances de réponse au traitement.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000446>

P.277

Efficacité de l'acide ursodésoxycholique au cours de la cholangite biliaire primitiveS. Mrabet ⁽¹⁾, K. Chabbouh ⁽¹⁾, I. Akkari ⁽¹⁾, E. Ben Jazia ⁽¹⁾

(1) Sousse, TUNISIE.

Introduction : La cholangite biliaire primitive (CBP) est une hépatopathie chronique auto-immune caractérisée par la destruction des canaux biliaires intra-hépatiques conduisant à une cholestase puis une fibrose et éventuellement une cirrhose. L'acide ursodésoxycholique (AUDC) est le principal traitement de cette maladie. Le but de notre étude est d'évaluer la réponse à l'AUDC au cours de la CBP et dégager les facteurs prédictifs d'une mauvaise réponse thérapeutique.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective colligeant tous les cas de CBP sur une période de 18 ans (2000-2018).

Résultats : Quarante cas étaient colligés durant la période de l'étude dont 2 étaient de sexe masculin et 38 de sexe féminin. L'âge moyen était de 59 ans (39-80 ans). La maladie était découverte à un stade pré-clinique devant une cholestase biologique dans 27% des cas. Les principaux signes fonctionnels étaient le prurit (28,1%) et l'asthénie (18,4%). La CBP était au stade de cirrhose dans 34,6% des cas. A l'examen clinique, des signes d'hypertension portale étaient retrouvés dans 50% des cas, une hépatomégalie dans 35% et une mélanodermie dans un seul cas. La cholestase était constante chez tous les patients. Une hyperbilirubinémie était notée chez 26,9% des patients. Une cytolyse associée était notée dans 53,8% des cas. Une hypercholestérolémie était retrouvée dans 15,4% des cas. Des anticorps anti-mitochondries positifs étaient retrouvés chez 36 patients (90%). Dans les 4 autres cas, les anticorps anti-GP210 étaient présents. Une ponction biopsie du foie était réalisée dans 34,6% des cas. Le stade II de Scheuer était le plus fréquent (45%). Un overlap syndrome associant une CBP et une hépatite auto-immune était retrouvé dans 7 cas (17,5%). Le traitement était basé sur la prescription de l'AUDC à la dose de 13mg/kg/j associé à une corticothérapie et un immunosuppresseur en cas d'overlap syndrome. Une réponse biochimique à 1 an de traitement selon les critères de Paris II était retrouvée dans 70 % des cas. Les facteurs associés à la non réponse thérapeutique étaient : présence d'une cytolyse en dehors d'un overlap syndrome ($p=0,03$), la découverte de la maladie au stade de cirrhose ($p=0,04$) et la présence d'une ductopénie à la ponction biopsie du foie ($p=0,05$).

Conclusion : Dans notre série, une réponse biochimique à l'AUDC a été obtenue chez 70 % des patients. Les facteurs associés à la non réponse thérapeutique étaient la présence d'une cytolyse, d'une cirrhose, et/ou d'une ductopénie. Un traitement de deuxième ligne paraît nécessaire chez ces patients.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000171>

P.278

Valeur diagnostique du volume plaquettaire moyen dans l'évaluation de la fibrose au cours de la cholangite biliaire primitiveB. Hasnaoui ⁽¹⁾, A. Hammami ⁽¹⁾, N. Elleuch ⁽¹⁾, A. Ben Slama ⁽¹⁾, H. Jaziri ⁽¹⁾, A. Brahmi ⁽¹⁾, S. Ajmi ⁽¹⁾, M. Ksiai ⁽¹⁾, A. Jmaa ⁽¹⁾

(1) Sousse, TUNISIE.

Introduction : Le volume plaquettaire moyen (VPM) est un paramètre de routine qui permet d'évaluer la fonction et l'activation plaquettaire. Les changements de ce paramètre pourraient être associés à la sévérité et à la mortalité de certaines pathologies. Plusieurs études ont ainsi démontré que l'augmentation du VPM est corrélée avec la sévérité de certaines hépatopathies chroniques. **Le but de notre travail** est de vérifier si le VPM pourrait être utilisé comme un indicateur de progression histologique au cours de la CBP.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective concernant 71 cas de CBP, colligés au service de gastro-entérologie du CHU Sahloul, Sousse sur une période de douze ans allant de janvier 2005 à décembre 2016. On a inclus seulement les patients qui ont eu une ponction biopsie hépatique et une numération formule sanguine au moment du diagnostic. La sévérité de la maladie a été évaluée par la classification de Scheuer, selon laquelle nos patients étaient divisés en deux groupes : groupe 1 : stade précoce (stade I et II de Scheuer), groupe 2 : stade avancé (stade III et IV de Scheuer). Le VPM ainsi que les autres variables étaient comparées entre ces deux groupes via un logiciel SPSS. Une association des variables était considérée comme statistiquement significative si $p < 0,05$.

Résultats : Une ponction biopsie hépatique était réalisée chez 28 patients (39,43 %). Il s'agissait de 26 femmes et deux hommes dont l'âge moyen au moment du diagnostic de la CBP était de 54,39 ans [23-79]. Un stade précoce de la maladie était retenu chez 17 patients (60,7%), alors que 39,3% de nos cas étaient diagnostiqués à un stade avancé. La différence de l'âge et du sexe n'étaient pas statistiquement significatives entre les deux groupes. Les anticorps anti mitochondrie (AAM) étaient positives en cas de stade précoce et avancé, respectivement dans 90,7% et 87,1% avec une différence statistiquement non significative ($p = 0,37$). Aucune différence statistiquement significative n'était retrouvée entre les deux groupes, concernant les taux moyens des transaminases, des phosphatases alcalines (PAL), du gamma glutamyl-transpeptidase ainsi que la bilirubine totale. La valeur moyenne du VPM était plus élevée en cas de stade avancé de la CBP en comparaison avec celui du stade précoce de la maladie avec une différence statistiquement significative (respectivement 10,91 vs 12,28 ; $p=0,031$). L'aire sous la courbe ROC des valeurs du VPM était significative (0,759 ; $p=0,021$). Une valeur seuil de 12 FI était prédictive d'un stade avancé de la CBP avec une sensibilité de 81,8% et une spécificité de 81,2%.

Conclusion : Les données de notre étude suggèrent une association entre le VPM et la sévérité de la CBP. D'autres études à plus large échelle sont nécessaires afin de confirmer ce constat.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000460>

P.279

Profil épidémioclinique et évolutif des hépatopathies auto-immunes

H. Gdoura ⁽¹⁾, C. Jammeli ⁽¹⁾, R. Kallel ⁽¹⁾, M. Boudabbous ⁽¹⁾, L. Chtourou ⁽¹⁾, A. Amouri ⁽¹⁾, L. Mnif ⁽¹⁾, N. Tahri ⁽¹⁾

(1) Sfax, TUNISIE.

Introduction : Les hépatopathies auto-immunes sont des maladies rares touchant essentiellement les femmes. Il s'agit d'un groupe hétérogène de maladies incluant la cholangite biliaire primitive (CBP), l'hépatite auto-immune (HAI), la cholangite sclérosante primitive (CSP) ainsi que toutes les formes de chevauchement entre ces différentes entités. **Le but de notre travail** était de préciser les caractéristiques épidémiocliniques et évolutives des hépatopathies auto-immunes à travers notre série

Matériels et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive incluant les patients atteints d'une hépatopathie auto-immune colligés dans notre service entre Janvier 1998 et Décembre 2017. Pour chaque groupe de patients, nous avons précisé les données épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et évolutives.

Résultats : 58 patients ont été inclus dont 36 cas de CBP (66,7 %), 10 cas de syndrome de chevauchement CBP-HAI (18,5%), 8 cas d'HAI (14,8%) et 4 cas de CSP (6,89%). Les patients étaient répartis en 52 femmes (89,65%) et 6 hommes (10,34%) avec un âge moyen de 57,81±12,5 ans (25-84). La maladie était inaugurée par une décompensation oedémato-ascitique dans 17,85% des cas et par une hémorragie digestive haute par rupture de varices œsophagiennes dans 17,24% des cas. Les signes fonctionnels étaient dominés par l'ictère chez 24 patients (43,8%), le prurit chez 22 patients (37,93%) et l'altération de l'état général chez 15 patients (25,86%). A l'examen clinique, les lésions de grattages étaient présentes dans 29,6% des cas, une mélanodermie a été constatée dans 14,8% des cas, un xanthome a été retrouvé chez deux patients, une splénomégalie dans 58% des cas, une hépatomégalie dans 25% des cas et des signes cliniques d'insuffisance hépatocellulaire étaient présents dans 24,36% des cas. Les signes endoscopiques d'hypertension portale étaient présents dans la moitié des cas. L'échographie a objectivé des signes d'hypertension portale dans 64,9% des cas. Une bonne réponse thérapeutique a été observée chez 72,41% de nos patients. 12 patients ont présenté une décompensation oedémato-ascitique et 10 patients ont présenté une hémorragie digestive par rupture de varices œsophagiennes après un délai moyen de suivi estimé à 5,6ans. Une mauvaise observance thérapeutique était notée chez 9 patients. Un cas a été proposé pour transplantation hépatique pour prurit rebelle. La survie était en moyenne de 95% à 5 ans.

Conclusion : Dans notre série, les hépatopathies auto-immunes étaient dominées par la CBP. L'ictère et le prurit constituent le motif le plus fréquent de consultation. Le syndrome d'hypertension portale est présent au moment du diagnostic dans la moitié des cas. Sous traitement le pronostic reste favorable.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000039>

P.280

Estimation de la prévalence de stéatose hépatique non alcoolique au cours du syndrome d'apnée du sommeil

A. Ben Mohamed ⁽¹⁾, L. Hamzaoui ⁽¹⁾, M. Medhioub ⁽²⁾, A. Khsiba ⁽²⁾, M. Mahmoudi ⁽²⁾, M.M. Azouz ⁽²⁾

(1) Tunis, TUNISIE ; (2) Nabeul, TUNISIE.

Introduction : La prévalence de la stéatose hépatique non alcoolique (NAFLD) est en augmentation, parallèlement à l'augmentation de la prévalence de l'obésité et du syndrome métabolique. Des données récentes ont montré une association fréquente entre cette hépatopathie et le syndrome d'apnée obstructive du sommeil (SAOS).

Le but de notre étude était d'estimer la prévalence de la stéatose hépatique non alcoolique chez des patients ayant un SAOS confirmé avec une consommation quotidienne d'alcool < 20 g/j chez les femmes et < 30 g/j chez les hommes.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude prospective, comparative, menée sur une période de 6 mois, à travers laquelle nous avons essayé de comparer la prévalence de NAFLD entre deux groupes de patients : le premier comprenant des malades ayant un SAOS confirmé et suivi en pneumologie, le deuxième était un groupe témoin de patients suivis pour un syndrome de l'intestin irritable à la consultation externe. Les groupes étaient comparables concernant l'âge, le sexe et les comorbidités.

Résultats : Nous avons colligé 60 patients suivis pour un SAOS. L'âge moyen était de 55,25±11,14 ans [23-75]. Le sex-ratio (H/F) était de 0,5. Une obésité, définie par un indice de masse corporelle (IMC)>30 kg/m², était notée dans 76,6% et un surpoids (25<IMC<30 Kg/m²) était présent chez 26,6% de l'effectif. Le tour de taille moyen était de 112,34±14,61 cm [90-150] et le tour de cou moyen était de 37,17 ±5,58 cm [28-58]. Un diabète de type 2 était présent chez 25 % des cas et une hypertension artérielle (HTA) chez 41,6 %. Une échographie abdominale, réalisée chez tous les patients, a montré une foie stéatosiquedans 51,66% des cas(31/60) alors que cette prévalence était beaucoup plus basse chez le groupe témoin (8%) (4/50) avec une différence statistiquement significative (p<0,001).

En analyse univariée, un tour de taille >115 cm était associé à la stéatose hépatique (p<0,001) ainsi que le diabète de type 2 (p=0,003). En analyse multivariée, la seule variable indépendante associée à la stéatose hépatique était le tour de taille >115 cm.

Conclusion : La prévalence de la stéatose hépatique non alcoolique est plus élevée chez les patients atteints du syndrome d'apnée obstructive du sommeil. Le dépistage de cette pathologie chez ces malades serait d'une aide considérable afin de bien les prendre en charge et guetter les éventuelles complications hépatiques.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000441>

P.281

Prise en charge de la NAFLD chez l'adulte : influence du diabèteC. Pin ⁽¹⁾, F. Prevost ⁽¹⁾, C. Meillon ⁽¹⁾, V. Roumy ⁽¹⁾, D. Tougeron ⁽¹⁾, C. Silvain ⁽¹⁾

(1) Poitiers.

Introduction : La NAFLD constitue un problème de santé publique dont la prévalence ne cesse d'augmenter. Son dépistage dans la population diabétique s'avère indispensable du fait de son évolution plus sévère et du taux de morbi-mortalité élevée. Notre objectif principal était d'étudier l'impact du diabète sur la sévérité de la fibrose hépatique chez les patients suivis pour une NAFLD. Les objectifs secondaires étaient de rechercher les facteurs de risque d'une fibrose sévère ainsi que les facteurs d'aggravation.

Matériels et méthodes : Nous avons analysé rétrospectivement les caractéristiques relevées prospectivement de patients diagnostiqués « NAFLD », de Janvier 2012 à Décembre 2017. La fibrose était évaluée par tests non invasifs (Fibroscan® et/ou Fibromètre®) et/ou par histologie. Chez 25% des patients, plusieurs mesures non invasives permettant d'étudier l'évolution de la fibrose ont été utilisées.

Résultats : Parmi 477 patients (296 hommes, d'âge moyen 60 ans [19-86 ans], en surpoids [33,4%] ou obèses [43,2%]), 43,2 % étaient diabétiques et adressés en consultation pour perturbations du bilan hépatique (43%), hyperferritinémie (23%) ou présence d'un syndrome métabolique (14%).

Les patients diabétiques présentaient significativement plus d'hypertension artérielle ($p < 0,0001$), d'hypercholestérolémie ($p = 0,002$), d'antécédent cardio-vasculaire ($p < 0,0001$), plus de stéatose à l'imagerie ($p < 0,0001$) et une ferritine plus basse ($p = 0,009$).

Il existait une association forte entre le statut diabétique et la présence d'une fibrose significative F3-F4, OR 3,51 (IC 95% 2-6,15), $p < 0,0001$ et ce, dès 45 ans OR 3,91 (IC 95% 1,22-13,7). Une consommation d'alcool actuelle ou sévère était également associée à une fibrose significative, OR 2,02 (IC 95% 1,04-3,93), $p < 0,001$.

Chez les 117 patients ayant eu au moins 2 tests non invasifs de fibrose, il n'a pas été mis en évidence de différence significative sur l'évolution de la fibrose entre diabétiques et non diabétiques.

Conclusion : Notre étude confirme la forte association entre le diabète et la présence d'une fibrose sévère et ce dès l'âge de 45 ans et conforte les recommandations de l'EASL proposant un suivi adapté à l'âge, au statut diabétique et à la consommation d'alcool.

Une première évaluation par la combinaison des tests non invasifs semble pertinente. L'attitude à adopter avec les résultats de ces tests permettrait un suivi pluridisciplinaire de ces patients impliquant diabétologue, hépatologue et médecin généraliste.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000841>

P.282

Prévalence et facteurs prédictifs de la fibrose hépatique avancée dans une population de diabétiques non abuseurs d'alcoolS. Elmansouri ⁽¹⁾, F.Z. Elrhaoussi ⁽¹⁾, M. Tahiri Joutei Hassani ⁽¹⁾, F. Haddad ⁽¹⁾, W. Hliwa ⁽¹⁾, A. Bellabah ⁽¹⁾, H. Fennoun ⁽¹⁾, A. Chadli ⁽¹⁾, W. Badre ⁽¹⁾

(1) Casablanca, MAROC.

Introduction : La stéatopathie métabolique est communément associée au diabète de type 2, elle touche plus de 70% des diabétiques. Il s'agit d'une affection bénigne, qui en l'absence de prise en charge adaptée, peut être la source d'une morbi-mortalité non négligeable.

Le but de notre travail est de déterminer la prévalence de la stéatopathie métabolique chez les diabétiques de type 2 et d'analyser les facteurs prédictifs de la sévérité de l'atteinte hépatique chez ces patients.

Patients et Méthodes : Étude rétrospective et analytique, menée en collaboration avec le service d'endocrinologie, colligeant les diabétiques de type 2 vus en consultations. Les données anamnestiques (âge, comorbidités), cliniques (poids, taille, IMC) et biologiques (NFS-pq, ASAT, ALAT, bilan lipidique) ont été recueillis chez tous les patients. La sévérité de l'atteinte hépatique a été évaluée par le score Fib4. L'analyse statistique a été réalisée à l'aide du logiciel SPSS 25.

Résultats : 281 patients diabétiques inclus, 215 femmes et 66 Hommes soit un sex-ratio de 3,25. L'âge moyen était de 54,15±13,45 ans. La durée moyenne d'évolution du diabète était de 10,5±8,5 ans. 67,3% des patients étaient sous insuline et 45,9 % sous Metformine. Seuls 4 hommes (1,4%) étaient alcooliques (<20g/j). 109 patients (38,8%) avaient une hypertension artérielle traitée principalement par les agonistes des récepteurs de l'angiotensine 2. Un IMC $\geq 30 \text{ Kg/m}^2$ a été retrouvé chez 122 des patients (43,4%). Sur le plan biologique, la moyenne des ALAT était de 22,01±18,59 UI/L et des ASAT de 21,33±16,80 UI/L. L'hyper-triglycéridémie ($>1,50 \text{ g/L}$) chez 105 patients soit 37,4% et l'hypo-HDLémie ($<0,40 \text{ g/L}$) chez 63 patients soit 22,4%. Le taux moyen des plaquettes était de 262247,33±77397,41 é/mm^3 . Le fib4 moyen des patients était de 1,05±0,72. 227 (80,8%) patients avaient un Fib4 $< 1,45$. 46 patients avaient un Fib4 entre 1,45 et 3,25. Et seuls 8 patients (2,8%) avaient une fibrose avancée avec un Fib4 $> 3,25$.

En analyse multivariée, les facteurs indépendants liés à une fibrose hépatique avancée sont la durée d'évolution du diabète, le taux élevée des ASAT, une Hypo-HDLémie et une hypercholestérolémie. Par contre l'âge jeune des patients, la prise de Metformine et le taux bas des transaminases sont des facteurs indépendamment liés à l'absence de fibrose.

Conclusion : La fibrose avancée n'a été retrouvée que chez seuls 2,8% des diabétiques non abuseurs d'alcool. La durée d'évolution du diabète, la dyslipidémie et un taux élevée en ASAT sont les facteurs prédictifs d'une fibrose avancée.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/001022>

Le diabète augmente la valeur du FibroScan® hépatique indépendamment de la présence de la stéatose

M. Boudabbous ⁽¹⁾, F. Haj Kacem ⁽¹⁾, F. Loukil ⁽¹⁾, W. Benothmen ⁽¹⁾, W. Feki ⁽¹⁾, H. Fourati ⁽¹⁾, H. Gdoura ⁽¹⁾, L. Chtourou ⁽¹⁾, M. Zeinab ⁽¹⁾, M. Abid ⁽¹⁾, A. Amouri ⁽¹⁾, L. Mnif ⁽¹⁾, N. Tahri ⁽¹⁾

(1) Sfax, TUNISIE.

Introduction : Le diabète étant un facteur de risque de la fibrose, sa présence pourrait-elle modifier les valeurs du fibroscan hépatique ?

Le but de notre travail est d'étudier l'impact du diabète sur la valeur du fibroscan hépatique et d'identifier d'éventuels facteurs influençant cette valeur chez les diabétiques.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude transversale comparative avec un recueil prospectif des données incluant des diabétiques et des témoins sains entre le 1^{er} août 2016 et le 31 juillet 2018. Les sujets ayant des signes cliniques, biologiques ou radiologiques d'une hépatopathie ont été exclus. Parmi les témoins, les sujets ayant une stéatose hépatique ont été exclus.

Après un consentement éclairé, ces sujets avaient bénéficié d'un fibroscan, d'une échographie hépatique et d'un prélèvement sanguin (transaminasémies, taux plasmatiques de la gamma-glutamyl-transpeptidase et des phosphatases alcalines et de la bilirubinémie). La mesure de la valeur du fibroscan était réalisée par un seul opérateur.

Nous avons comparé les valeurs du fibroscan chez les diabétiques VS les témoins sains et évalué l'influence de la stéatose hépatique des diabétiques sur les valeurs du fibroscan.

Résultats : Nous avons recruté 91 témoins et 38 diabétiques dont 13 étaient exclus en raison de l'impossibilité de réalisation du fibroscan. La valeur moyenne du fibroscan était significativement plus élevée chez les diabétiques ($4,9 \pm 1,25$ Kpa VS $4,3 \pm 1$ Kpa; $p=0,045$).

Le taux de stéatose chez les diabétiques était de 36% dont la majorité (55,5%) était de grade1 suivie par le grade2 (33,3%). La valeur moyenne du fibroscan n'était pas influencée par la présence d'une stéatose ($4,8 \pm 1,4$ Kpa Vs $4,9 \pm 1,2$ Kpa ; $p=0,9$). De même, parmi les patients diabétiques, il n'y avait pas de corrélation entre les valeurs du fibroscan et leur âge ($p=0,14$), sexe ($p=0,19$) ou IMC ($p=0,06$). La présence d'une surcharge pondérale ($p=0,2$) ou d'une modification récente du poids (amaigrissement ou prise de poids) ($p=0,1$), la présence d'une HTA ($p=0,9$), d'une insuffisance rénale ($p=0,5$) ou d'un syndrome métabolique ($p=0,9$) n'a pas influencé la valeur du fibroscan chez les diabétiques. Cependant, la valeur moyenne du fibroscan était significativement plus élevée chez les patients diabétiques atteints d'une dyslipidémie ($p=0,09$).

Un régime hypercalorique a été retrouvé chez 50% des patients diabétiques. Il n'y avait pas d'influence du régime, du taux de l'hémoglobine glyquée ou de l'activité physique sur la valeur du fibroscan chez ces patients. Une corrélation négative entre l'ancienneté du diabète et la valeur du fibroscan hépatique était retrouvée ($r=49\%$; $p=0,012$).

Conclusion : Notre étude montre que le diabète augmente la valeur du fibroscan hépatique indépendamment de la présence de la stéatose. Chez les diabétiques, les valeurs du fibroscan augmentent en cas de dyslipidémie et présentent une corrélation négative avec l'ancienneté du diabète.

Références Bibliographiques : M Abdenmour - 2011. Intérêt du Fibroscan® dans le diagnostic de la fibrose hépatique et impact du diabète chez des patients obèses avec StéatoPathie Métabolique

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000063>

Evaluation de l'adhérence aux règles hygiéno-diététiques au cours de la stéatose hépatique non alcoolique

S. Ben Amor ⁽¹⁾, W. Ben Mansour ⁽¹⁾, R. Baklouti ⁽¹⁾, F. Aissaoui ⁽²⁾, W. Bouhlel ⁽¹⁾, A. Guediche ⁽¹⁾, H.L. Mohamed ⁽¹⁾, B.C. Nabil ⁽¹⁾, L. Safer ⁽¹⁾

(1) Monastir, TUNISIE ; (2) Tunis, TUNISIE.

Introduction : Le traitement de la stéatose hépatique non alcoolique (SHNA) associée au syndrome métabolique (SM) repose essentiellement sur les règles hygiéno-diététiques (RHD) et en particulier sur la perte de poids (PP) d'au moins 3-5% pour améliorer la stéatose et de 7-10% pour améliorer la fibrose.

Objectif : Evaluer la perte pondérale après 6 mois de RHD chez les patients ayant une association SHNA-SM et chercher les facteurs de non adhérence aux RHD.

Patients et Méthodes : Etude prospective menée sur un an (2017) incluant tous les patients suivis au service d'hépto-gastro-entérologie pour une SHNA et ayant un SM. Tous les patients ont été informés des différentes complications du syndrome métaboliques, ont été conseillés pour suivre les RHD et ont été adressés à un nutritionniste. Le critère de jugement principal était la PP en pourcentage par rapport au poids initial après 6 mois de suivi.

Résultats : Nous avons inclut 92 patients: 70 femmes et 22 hommes (sex-ratio=0,3) avec une moyenne d'âge de 50,3 ans (31-71 ans). Un diabète type 2 a été retrouvé chez 39 patients (42,4 %), une hypertension artérielle chez 34 patients (37%) et une dyslipidémie chez 20 patients (21,7%). La majorité des patients étaient sédentaires (87,9%).

L'indice de masse corporelle moyen était de $33,92$ Kg/m² ($22,3$ - 48 kg/m²). Le tour de taille moyenne était de 106 cm (80 - 137). 34 (37%) patients avaient un surpoids et 35 (38%) patients avaient une obésité. Une insulino-résistance a été retrouvée chez 38 patients (41,3%). Une cytolysse modérée a été retrouvée chez 20 patients. Seulement 20 patients (21,7%) ont consulté un nutritionniste.

Après 6 mois de suivi : 44 patients (47,8%) ont gardé un poids stable, 17 patients (18,5%) ont pris du poids et 31 patients (33,7%) ont perdu du poids. La PP moyenne était de $4,78\%$ ($0,9$ - 19%). Seulement 10 patients avaient une PP $\geq 5\%$. On a noté la normalisation du BH chez les 12 patients qui ont perdu du poids et qui avaient une cytolysse initiale. Pour les 8 autres patients n'ayant pas perdu de poids, 5 avaient une normalisation spontanée du bilan hépatique et 3 ont gardé une cytolysse persistante. En cherchant les facteurs prédictifs de PP, le sexe féminin, l'âge de moins de 50 ans et la consultation d'un nutritionniste étaient plus fréquents dans le groupe des patients ayant perdu du poids mais la différence n'était pas statistiquement significative.

Conclusion : Selon notre étude, la PP est certes un traitement efficace de la stéatose hépatique, elle n'est atteinte que chez 33,7% des patients ayant une SHNA.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000380>

P.285

Intérêt du FibroScan® dans le dépistage et la quantification de la stéatose hépatique chez les patients diabétiques : étude prospectiveK. Amalou ⁽¹⁾, F. Belghanem ⁽¹⁾, D. Kezzoula ⁽¹⁾, A. Bousselob ⁽¹⁾

(1) Alger, ALGÉRIE.

Introduction : La stéatose hépatique non alcoolique (Non Alcoholic Fatty Liver Disease, NAFLD) est une pathologie très fréquente chez les patients diabétiques de type 2 (DT2). Elle serait 2 fois plus fréquente que dans la population générale. Les recommandations actuelles ne sont pas claires sur le dépistage de la NAFLD chez les diabétiques. Nous avons donc étudié la stratégie de dépistage de cette dernière chez les patients DT2 par FibroScan.

Matériels et méthodes : il s'agit d'une étude prospective mono centrique de patients consécutifs (âgés ≥ 18 ans). La graisse hépatique et la fibrose ont été évaluées par le paramètre d'atténuation contrôlé (CAP) et l'élasticité du foie (LSM) par Le FibroScan® 502 équipé des sondes M/XL (Echosens, Paris, France).

Résultats : 216 patients ont été examinés, 213 patients (98,6%) avait CAP valide et 214 patients (99 %) avaient LSM fiable (172 avec la sonde M et 41 avec la sonde XL). La proportion de patients avec CAP et LSM élevée était de 72,8% (IC à 95%: 70,7% à 74,8%) et à 17,7% (IC à 95%: 16,0% à 19,5%), respectivement. En analyse multivariée, le sexe féminin, l'indice de masse corporelle supérieure, le taux de triglycérides, la glycémie à jeun, le taux d'alanine aminotransférase (ALT) et l'utilisation d'antidiabétiques oraux ont été associée à un CAP élevé. La durée élevée du diabète, l'indice de masse corporelle élevé, l'augmentation des ALT et du ratio faible densité lipoprotéine-cholestérol ont été associés à une augmentation du LSM. Soixante sept patients avaient une LSM augmentée correspondant à F2 ou plus ont bénéficié d'une biopsie hépatique: 56% avaient une stéatohépatite (NASH) et 27 % avaient une maladie F3-F4.

Conclusion : Les patients DT2 ont une prévalence élevée de la NAFLD et de la fibrose avancée. Ceux qui ont une obésité et/ou une dyslipidémie sont particulièrement à risque et peuvent être une population cible pour le dépistage de la NAFLD.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfg.org/resumes-2019/001154>

P.286

CAP (controlled attenuation parameter) pour le diagnostic de la stéatose hépatique : étude prospective de 128 casZ. Kasmy ⁽¹⁾, Y. Akhouad ⁽¹⁾, A. Reggad ⁽¹⁾, I. Roufik ⁽¹⁾, F. Elamraoui ⁽¹⁾, F. Maatallaoui ⁽¹⁾, A. Nachite ⁽¹⁾, Y. Aadi ⁽¹⁾, K. Ennibi ⁽¹⁾

(1) Rabat, MAROC.

Introduction : La quantification de la stéatose hépatique est importante dans la pratique clinique. Bien que la biopsie hépatique représente la technique de référence dans ce contexte, elle reste invasive avec des limites. Parmi les techniques non invasives, on cite Le CAP (Controlled attenuation parameter) mesuré par Fibroscan®, une nouvelle méthode validée par de nombreuses études dans cette indication.

L'objectif de notre étude est l'évaluation non invasive de la stéatose hépatique par CAP chez les patients suivis pour hépatopathie chronique avec mesure simultanée de la fibrose, l'étude de la corrélation avec les autres tests non invasifs d'évaluation de la stéatose et la détermination des facteurs associés à une stéatose significative supérieure ou égale à S2.

Patients et Méthodes : Etude prospective entre Janvier 2017 et juin 2018. La mesure du CAP et de l'élasticité hépatique est faite chez tous les patients atteints d'hépatopathie chronique. Un bilan biologique est réalisé avec calcul du Fatty Liver Index (FLI), NAFLD liver fat Score et de l'Hépatoc Stéatosis Index (HSI).

Résultats : Parmi 128 patients ayant une hépatopathie chronique inclus, 125 ont pu être analysés (échec de mesure chez 3 patients) dont 37 avaient une stéatose hépatique non alcoolique, 29 une hépatite virale C et 45 une hépatite virale B. Ils s'agissaient de 66 hommes et 59 femmes. L'âge moyen était de 53,7 ans [20-90], l'indice de masse corporelle (IMC) moyen était de 27,19 kg/m² [17,1-41,5], 28% des patients étaient diabétiques et 45,3% avaient un syndrome métabolique. 58,4% des patients avaient une stéatose dont 17,6% étaient classés S1, 21,6% S2 et 19,2% S3. La répartition des stades de fibrose était la suivante: 59,2% de F0F1, 8% de F2, 7,2% de F3 et 25,6% de F4. Les résultats du CAP étaient corrélés au FLI avec p<0,0001. En analyse univariée, le tour de taille, l'IMC supérieur à 30 kg/m² et le syndrome métabolique sont associés à une stéatose ≥ S2. En analyse multivariée, seul IMC supérieur à 30 kg/m² est associé à une stéatose significative avec p=0,003.

Conclusion : Le CAP est une méthode simple qui permet une évaluation immédiate de la stéatose simultanément à la mesure de l'élasticité hépatique. Les performances du CAP pour la détection de la stéatose, pourraient être utiles pour le diagnostic, le suivi des patients atteints de stéatose de même que l'évaluation de l'efficacité de nouveaux traitements.

Références Bibliographiques : Carvalhana S, Leitão J, Alves AC, Bourbon M, Cortez-Pinto H. How good is controlled attenuation parameter and fatty liver index for assessing liver steatosis in general population: correlation with ultrasound. *Send to Liver Int* 2014;34(6):e111-7. de Lédinghen V, Vergnion J, Capdeport M, Chermak F, Hiriart JB, Cassinotto C, Merrouche W, Foucher J, Brigitte le B. Controlled attenuation parameter (CAP) for the diagnosis of steatosis: a prospective study of 5323 examinations. *J Hepatol* 2014;60(5):1026-31. Mikolasevic I, Orlic L, Franjic N, Hauser G, Stimac D, Milic S. Transient elastography (FibroScan®) with controlled attenuation parameter in the assessment of liver steatosis and fibrosis in patients with nonalcoholic fatty liver disease - Where do we stand? *World J Gastroenterol* 2016; 22(32): 7236-7251.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfg.org/resumes-2019/000013>

NAFLD Activity Score (NAS) : un facteur pronostique indépendant de récurrence après résection hépatique pour CHC

G. Levenson ⁽¹⁾, C. Goumard ⁽¹⁾, F. Charlotte ⁽¹⁾, O. Scatton ⁽¹⁾

(1) Paris.

Introduction : L'influence de l'hépatopathie sous-jacente sur la récurrence des patients après résection hépatique (RH) pour carcinome hépatocellulaire (CHC) est peu claire, d'autant qu'elle est souvent définie à partir de critères mixtes et non de scores histologiques d'activité. L'objectif de cette étude est d'évaluer la valeur pronostique des scores METAVIR et NAS sur la survie sans récurrence (SSR) après RH pour CHC.

Matériels et méthodes : Toutes les RH pour CHC de 2012 à 2016 ont été rétrospectivement incluses. Les caractéristiques cliniques des patients, l'histologie de la tumeur et du foie non tumoral, incluant les scores METAVIR et NAS, ont été recueillis prospectivement. L'impact de ces paramètres sur la survie globale et sans récurrence a été analysé (modèle de COX).

Résultats : 100 RH ont été incluses, majoritairement pour CHC unique (75%) inférieur à 5cm (66%). En analyse multivariée, un AFP>100, des nodules satellites et un NAS<3 diminuaient significativement la SSR. Les patients ayant un NAS≥3 (33%) avaient des tumeurs mieux différenciées ($p=0,009$), avec moins d'invasion microvasculaire (18.2% vs 38,2% $p=0,05$) et moins de nodules satellites (12,1% vs 39,7% $p=0,008$).

Conclusion : Le score NAS est un facteur pronostique indépendant de récurrence après RH pour CHC, contrairement au score METAVIR.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/001035>

Evaluation de la fiabilité du score FLI dans le dépistage de la stéatose hépatique non alcoolique

S. Ben Amor ⁽¹⁾, W. Ben Mansour ⁽¹⁾, M. Ghribi ⁽²⁾, A. Guediche ⁽¹⁾, W. Bouhlef ⁽¹⁾, H.L. Mohamed ⁽¹⁾, B.C. Nabil ⁽¹⁾, L. Safer ⁽¹⁾

(1) Monastir, TUNISIE ; (2) Tunis, TUNISIE.

Introduction : La stéatose hépatique non alcoolique (SHNA) est un enjeu de santé publique du fait de l'augmentation de l'obésité et de diabète. Bien que le dépistage systématique de la SHNA dans la population générale ne soit pas encore recommandé, des scores simples sont établis pour prédire la présence ou non de la SHNA chez les patients à risque. Parmi les scores les plus utilisés, on note le FLI (Fatty Liver Index).

Objectif : évaluer la fiabilité du score FLI dans le dépistage de la SHNA dans notre population.

Patients et Méthodes : Etude menée sur un an incluant 113 patients suivis au service d'hépatogastro-entérologie pour une SHNA objectivée par une échographie abdominale.

Pour tous ces patients, on a calculé sur internet le FLI qui se base sur 4 paramètres : l'indice de masse corporelle (IMC), le tour de taille, le taux de triglycérides et le taux de Gamma-glutamyl-transpeptidase (GGT).

Résultats : Nous avons inclus 113 patients: 86 femmes et 27 hommes (sex-ratio=0,31) avec une moyenne d'âge de 40 ans (23-71 ans). L'indice de masse corporelle moyen était de 33 Kg/m² (20,7-50 kg/m²). Le tour de taille moyen était de 113 cm (78-137 cm).

Un antécédent de diabète type 2 a été retrouvé chez 39 patients (34,5 %), une hypertension artérielle chez 34 patients (30,1%) et une dyslipidémie chez 21 patients (18,6%).

Biologiquement, une hypertriglycéridémie a été notée chez 37 patients (32,8%) avec un taux moyen de triglycérides de 1,8 mmol/l et une élévation des GGT a été notée chez 25 patients (22,1%).

Le FLI a varié entre 1 et 76 avec une médiane de 6. La majorité de nos patients (82,3%) avaient un FLI inférieur à 30 : ce qui prédit normalement l'absence de SHNA alors que tous ces patients avaient une SHNA à l'échographie. Vingt patients (17,7%) avaient un FLI supérieur ou égale à 30 et seulement 4 patients (3,5%) avaient un FLI supérieur à 60.

Conclusion : Selon notre étude, le FLI n'est pas un score fiable pour le dépistage de la SHNA dans notre population.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000382>

Prévalence de la stéatose hépatique au cours de l'hypothyroïdie fruste

N. Lassoued ⁽¹⁾, W. Alaya ⁽¹⁾, A. Salah ⁽¹⁾, S. Tahrir ⁽¹⁾, B. Zantour ⁽¹⁾, M.H. Sfar ⁽¹⁾

(1) Mahdia, TUNISIE.

Introduction : L'hypothyroïdie fruste ou infraclinique, définie comme une concentration sérique élevée d'hormone stimulant la thyroïde (TSH) et un taux normal de thyroxine libre (FT4), est une affection courante dont la prévalence est comprise entre 4 et 20% [1]. L'augmentation de la teneur en graisse hépatique, en l'absence de consommation excessive d'alcool ou d'autres causes spécifiques de stéatose, a été appelée maladie du foie gras non alcoolique ou stéatose hépatique non alcoolique (SHNA). À l'heure actuelle, cette affection est reconnue comme étant la maladie du foie la plus répandue, touchant 20 à 30% de la population adulte [1]. Les associations entre la fonction thyroïdienne et la SHNA définie par des critères enzymatiques et échographiques sont largement inconnues dans la population générale. Ainsi, le but de cette étude était d'étudier l'association entre l'hypothyroïdie fruste et la SHNA.

Patients et Méthodes : Etude prospective menée sur 4 mois incluant tous les patients qui ont consulté à l'unité ambulatoire d'Endocrinologie du service d'Endocrinologie et diabétologie de Mahdia pour hypothyroïdie fruste. Nous avons exclus les patients ayant un antécédent d'éthylisme chronique et les patients suivis en gastroentérologie pour hépatite virale ou toute autre hépatopathie chronique non précisée par le patient.

Résultats : Nous avons inclus 63 patients : 48 femmes et 15 hommes soit un sex ratio de 0,31. L'âge moyen était de 40,17 ans (19 – 78 ans). 60,3% des patients étaient obèses avec un indice de masse corporelle (IMC) moyen de 30,78±6,21 kg/m². 19% des patients étaient suivis pour un diabète de type 2 et 31% pour une HTA. 42,9 % des patients avaient un syndrome métabolique (SM).

Le taux moyen de TSH était de 6,3±1,4 µUI/mL. Le taux moyen de cholestérol total était de 2,42±0,48 g/L et le taux moyen de triglycérides était de 1,79±0,51 g/L.

25,39% des patients avaient une perturbation du bilan hépatique : une augmentation des Alanine Amino-Transférase (ALAT) chez 10 patients, une cholestase biologique chez 3 patients, et les 2 chez 3 patients. L'échographie a été demandée chez tous les patients ayant un bilan hépatique perturbé objectivant une stéatose hépatique (SHNA) chez 17,46% de nos patients.

Il n'y avait pas de corrélation entre SHNA et taux de TSH ($r=-0,01$; $p=0,9$) ni entre SHNA et perturbation du bilan lipidique. Il y avait une corrélation entre SHNA et IMC ($r=0,27$; $p=0,03$).

Discussion : La prévalence de l'hypothyroïdie varie de 15,2% à 36,3% chez les patients atteints de SHNA [2]. Nous avons montré que la stéatose hépatique est présente chez 17,46% des patients suivis pour hypothyroïdie fruste.

Plusieurs autres études ont montré que l'augmentation de la TSH sérique était un facteur de risque indépendant pour la SHNA [3]. Une des explications de l'association entre l'hypothyroïdie et la SHNA est que l'hypothyroïdie est associée au SM.

Nous avons trouvé une corrélation entre l'IMC et la SHNA mais nous n'avons pas trouvé de corrélation entre le taux de la TSH et la SHNA. Une comparaison avec un groupe témoin en euthyroïdie pourrait être utile pour mettre en évidence cette association.

Conclusion : Les endocrinologues envisagent souvent la SHNA chez les patients ayant des facteurs de risque métabolique tel que le diabète et l'obésité ; mais ce diagnostic est souvent négligé chez les patients suivis pour une hypothyroïdie. Il sera donc intéressant de dépister cette pathologie chez les patients en hypothyroïdie et d'évaluer si le traitement de l'hypothyroïdie chez les patients atteints de SHNA améliorera la progression et les résultats de cette maladie.

Références Bibliographiques : [1] Posadas-Romero C, Jorge-Galarza E, Posadas-Sánchez R, Acuña-Valerio J, Juárez-Rojas JG, Kimura-Hayama E et al. Fatty liver largely explains associations of subclinical

hypothyroidism with insulin resistance, metabolic syndrome, and subclinical coronary atherosclerosis. Eur J Endocrinol. 2014 Sep;171(3):319-25.

[2] Ahad Eshraghian and Alireza Hamidian Jahromi. Non-alcoholic fatty liver disease and thyroid dysfunction: A systematic review. World J Gastroenterol. 2014 Jul 7; 20(25): 8102–8109.

[3] Lee KW, Bang KB, Rhee EJ, Kwon HJ, Lee MY, Cho YK. Impact of hypothyroidism on the development of non-alcoholic fatty liver disease: A 4-year retrospective cohort study. Clin Mol Hepatol. 2015 Dec;21(4):372-8.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000757>

P.290

Seuil d'élasticité hépatique au FibroScan® pour prédire une cirrhose au cours de la stéatose hépatique non alcoolique

S. Ben Amor ⁽¹⁾, W. Ben Mansour ⁽¹⁾, I. Jemni ⁽¹⁾, W. Bouhrel ⁽¹⁾, A. Guediche ⁽¹⁾, H.L. Mohamed ⁽¹⁾, B.C. Nabil ⁽¹⁾, L. Safer ⁽¹⁾

(1) Monastir, TUNISIE.

Introduction : La stéatose hépatique non alcoolique (SHNA) est une pathologie fréquente, habituellement bénigne mais qui peut évoluer vers la cirrhose en cas de stéato-hépatite non alcoolique.

Objectif : déterminer le seuil d'élasticité hépatique au Fibroscan pour prédire une cirrhose au cours de la SHNA et chercher les facteurs prédictifs de ce stade avancé.

Patients et Méthodes : Etude prospective menée sur un an (2017) incluant tous les patients suivis au service d'hépatogastro-entérologie pour une SHNA objectivée sur une échographie abdominale. Les critères d'exclusion sont : la consommation excessive d'alcool, les hépatites virales B et C, les pathologies auto-immunes, la maladie de Wilson, l'hémochromatose et l'utilisation de médicaments induisant une stéatose.

Pour tous les patients, on a réalisé un examen clinique, un bilan biologique et un Fibroscan.

Pour les patients ayant une fibrose avancée au Fibroscan ($\geq 9,9$ Kpa), on a complété par une fibroscopie digestive haute à la recherche des signes d'hypertension portale (HTP) : en présence de signes d'HTP, on a retenu le diagnostic de cirrhose et en absence de signes d'HTP, on a complété par une ponction biopsie hépatique (PBH).

Dans un deuxième temps, on a réalisé une analyse statistique à la recherche de facteurs cliniques et biologiques prédictifs de cirrhose.

Résultats : Nous avons inclut 111 patients: 84 femmes et 27 hommes (sex-ratio=0,32) avec une moyenne d'âge de 49 ans (23-71 ans).

Une fibrose sévère au Fibroscan a été retrouvée chez 12 patients (10,8%). La FOGD a montré des signes d'HTP chez 3 patients seulement, les 9 autres patients ont eu une PBH. La PBH a confirmé le diagnostic de cirrhose chez 4 patients, soit un total de 7 patients cirrhotiques parmi les 111 inclus (6,3%). La PBH a objectivé une fibrose modérée chez 2 patients et n'a pas montré de fibrose pour les trois autres patients.

La valeur seuil du Fibroscan pour détecter une cirrhose était de 14 Kpa avec une sensibilité de 1 et une spécificité de 0,99. L'aire sous la courbe était de =0,99 avec un IC de [0,997-1], ($p=0,000$).

Selon une analyse uni-variée, les facteurs prédictifs de cirrhose étaient la présence de diabète, l'antécédent d'hypothyroïdie, la splénomégalie, la thrombopénie, l'hypertriglycéridémie et le rapport ASAT/ALAT supérieur à 1.

En analyse multivariée, le diabète, l'ancienneté de diabète, la splénomégalie et le rapport ASAT/ALAT >1 étaient les seuls facteurs prédictifs indépendants de cirrhose ($p=$ respectivement 0,001 ; 0,043 ; 0,043 et 0,041).

Conclusion : Selon notre étude, la prévalence de la cirrhose au cours de la SHNA est de 6,3%, le seuil d'élasticité hépatique pour détecter une cirrhose est de 14 Kpa et les facteurs prédictifs indépendants de cirrhose sont : le diabète, l'ancienneté de diabète, la splénomégalie et le rapport ASAT/ALAT supérieur à 1.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000371>

P.291

Intérêt des R-waves pour le diagnostic de méréysme en manométrie haute résolution chez l'enfant

M. Aumar ⁽¹⁾, F. Gottrand ⁽¹⁾, L. Michaud ⁽¹⁾, M.D. Lamblin ⁽¹⁾

(1) Lille.

Introduction : Le méréysme est un trouble du comportement constitué de régurgitations répétées alimentaires post prandiales précoces, dont l'actuelle définition est clinique (critères de de Rome IV), alors que des critères manométrique en haute résolution (MO-HR) ont été décrits récemment. L'objectif est de montrer que MO-HR est plus discriminante que les critères cliniques chez les enfants suivis pour méréysme

Patients et Méthodes : Il s'agissait d'une étude monocentrique, rétrospective incluant tous les enfants ayant eu au moins une MO-HR diagnostiquant un méréysme. Le critère de jugement principal était la présence d'au moins une onde « R-wave » de pression supérieure à 30 mmHg, comme définie par Kessing et al. Une R-wave primaire était définie par sa survenue lors d'une relaxation du sphincter supérieur de l'œsophage (SSO) alors que le sphincter inférieur de l'œsophage (SIO) était fermé ; une R-wave secondaire par sa survenue lors d'une relaxation du SSO alors que le SIO était ouvert, en l'absence de déglutition 4 secondes avant ou 2 secondes après ; une R-wave indéterminée ne répondait pas aux précédents critères et une ébauche de R-wave par la survenue d'une onde intragastrique simultanée au moins le long du tiers inférieur de l'œsophage ou dont la pression enregistrée était entre 25 et 30 mmHg (Righini et al). Le délai de diagnostic était calculé entre la date de la première consultation pour les symptômes et la réalisation de la manométrie.

Résultats : Neuf patients (âge 7.5 à 15.5 ans) ont eu 1 à 2 MO-HR (n=10) montrant des R-Waves. Seulement 2/9 patients présentaient les critères de Rome IV au moment de la MO-HR. Aucun des symptômes cliniques relevés n'était présent chez tous les patients, mais tous les patients avaient soit des vomissements/régurgitations (n=7) soit des nausées/sensations de remontées (n=5). Le délai médian de diagnostic était de 8 mois [5-49]. Sur les 10 MO-HR positives, le nombre médian de R-waves était de 9 [2-32] par enregistrement dont 3 primaires [0-20], 3.5 secondaires [0-18], 2 indéterminées [0-8] et 14 ébauches [0-41].

Conclusion : La MO-HR est plus discriminante que les critères de Rome IV et permet de rectifier le diagnostic chez les enfants aux symptômes cliniques atypiques. Le diagnostic de méréysme doit être évoqué devant une symptomatologie de vomissements, régurgitations, sensation de remontées ou nausées dès la constatation de R-waves > 30 mmHg à la MO-HR.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000389>

Hétérogénéité clinique de l'hémangioendothéliome épithéloïde infantile du foie

L. Gargouri ⁽¹⁾, I. El Aoud ⁽¹⁾, M. Hsairi ⁽¹⁾, M. Welj ⁽¹⁾, B. Maalej ⁽¹⁾, W. Feki ⁽¹⁾, Z. Mnif ⁽¹⁾, H. Fourati ⁽¹⁾, A. Mahfoudh ⁽¹⁾

(1) Sfax, TUNISIE.

Introduction : L'hémangioendothéliome épithéloïde (HEE) infantile du foie est une tumeur hépatique primitive rare d'origine vasculaire.

L'objectif de cette étude est de rappeler les caractéristiques épidémiologiques et cliniques de l'HEE en insistant sur ses différents aspects radiologiques lors du diagnostic initial et du suivi permettant sa distinction des autres tumeurs hépatiques de l'enfant.

Patients et Méthodes : Une étude rétrospective a été menée dans un service de pédiatrie générale colligeant tous les cas d'HEE suivi durant les cinq dernières années.

Résultats : Deux cas ont été colligés.

Observation 1: Une fille a présenté dès sa 3^{ème} semaine de vie, une anorexie avec des troubles de transit. L'examen a montré un sub-ictère conjonctival avec une hépatomégalie. L'échographie abdominale a mis en évidence une hépatomégalie siège de multiples nodules n'épargnant aucun segment dont le plus volumineux est de 4 cm de diamètre. Le diagnostic d'HEE a été porté par un angio-scanner abdominal. Le reste de l'exploration a mis en évidence une sévère hypertension artérielle pulmonaire associée à une insuffisance tricuspidienne avec des cavités droites dilatées. Un traitement médical est instauré à base de corticoïdes et de bêta bloquant avec un suivi rapproché. Une échographie abdominale faite tous les 3 mois puis tous les 6 mois a révélé une régression des lésions nodulaires chez une fille asymptomatique gardant un bon développement staturo-pondéral et psychomoteur. Le recul actuel est de 5 ans. La dernière échographie de contrôle remonte à un mois montrant la régression quasi totale des lésions hépatiques avec la persistance d'un seul nodule de 1,5 cm de diamètre.

Observation 2: Un nourrisson de 05 mois, sans antécédents particuliers, consulte pour l'apparition de lésion cutanée au niveau de la face. L'examen a retrouvé ces lésions purpuriques punctiformes dont l'aspect évoque des angiomes cutanés. L'examen abdominal systématique a montré un débord hépatique à 4 travers de doigt sans autres anomalies. Une échographie abdominale a montré une hépatomégalie avec une flèche hépatique à 6cm, siège de multiples micronodules hypoéchogènes de disposition éparse n'épargnant aucun segment de taille infra centimétrique. Le tronc porte était légèrement dilaté (7mm) par rapport à l'âge sans autre signes d'hypertension portale.

Un angioscanner hépatique a trouvé ces micronodules spontanément hypodenses avec une importante prise de contraste au temps artériel et s'homogénéisant au temps tardif. Le diagnostic d'HEE a été alors retenu.

Le bilan biologique, notamment hépatique était sans anomalies.

Le nourrisson a été mis sous bêta bloquants avec stabilité des lésions à 2mois de recul.

Conclusion : L'imagerie abdominale constitue l'examen de choix dans le diagnostic et le suivi de l'HEE infantile. Le clinicien doit être averti du polymorphisme clinique, biologique et radiologique de ce type de pathologie.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000933>

Cœsophagite à éosinophiles : à propos de 13 cas

M. Lakhdar Idrissi ⁽¹⁾, G. Taouil ⁽¹⁾, M. Hida ⁽¹⁾

(1) Fès, MAROC.

Introduction : L'œsophagite à éosinophiles est une pathologie dont le diagnostic est porté de plus en plus fréquemment. Elle est définie comme une entité anatomoclinique, caractérisée par une infiltration massive et isolée de l'œsophage par des éosinophiles en l'absence du reflux gastro-œsophagien. L'allergie alimentaire est le facteur le plus souvent impliqué.

Patients et Méthodes : nous rapportant les cas d'œsophagite suspectée à éosinophile en insistant sur leur profil clinique, endoscopique et histologique ainsi que leur évolution.

Résultats : Treize cas ont été retenus sur les critères cliniques et endoscopiques comme œsophagite à éosinophile. L'âge au diagnostic est de 4ans à 16 ans, 69 % de garçons et 8 % sont connus allergiques. Les symptômes retrouvés sont essentiellement des dysphagies (23 %) surtout pour les plus grands, des épigastralgies dans 46 % des cas et des vomissements chroniques dans 85 %. L'aspect endoscopique a objectivé des lésions œsophagiennes caractéristiques chez tous les malades ; il s'agit d'un ou plusieurs des signes suivants : aspect granité discrètement blanchâtre et plus ou moins étendu (5 cas), une muqueuse en anneaux de type trachéal (10 cas), une œsophagite érosive (9 cas), une ulcération isolée (1 cas). L'étude anatomopathologique est revenue franchement positive dans 38% des cas. Le bilan immuno-allergologique avait mis en évidence : une hyperéosinophilie dans 15 % des cas, une augmentation des IgE dans 23 % des cas, les prick-tests sont positifs dans 8 % des cas. Le traitement préconisé est la corticothérapie (100 %), les antihistaminiques (50 %) et 92 % ont eu des IPP. L'évolution est bonne dans la majorité des cas mais elle est marquée par la récurrence généralement au bout d'un mois du traitement.

Conclusion : Alors que l'œsophagite à éosinophile est connue depuis des années dans le monde, c'est une pathologie qui ne fait qu'émerger chez nous faute de diagnostic clinique et surtout histologique. Nos moyens thérapeutiques sont également limités pour cette affection qui nécessite une rigueur particulière dans sa prise en charge et un bon suivi à long terme.

Remerciements : pas de conflit d'intérêt

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000299>

La fibroscopie digestive haute en urgence : indications, interprétations et intérêts

M. Lakhdar Idrissi ⁽¹⁾, N. Gnioui ⁽¹⁾, M. Hida ⁽¹⁾

(1) Fès, MAROC.

Introduction : Introduite en pédiatrie en 1971, l'endoscopie digestive est actuellement un élément essentiel de l'exercice quotidien de la gastroentérologie pédiatrique. Les indications de l'endoscopie digestive haute en urgence sont dominées par les hématomés, les ingestions de caustiques et les ingestions de corps étrangers.

Patients et Méthodes : Notre étude est rétrospective portant sur les indications et les résultats de toutes les fibroscopies urgentes faites sur une période d'une année : du 1^{er} Janvier 2017 au 31 décembre 2017.

Résultats : Au cours de l'année 2017, nous avons réalisé dans l'unité de gastro-entérologie pédiatrique 494 fibroscopies dont 25% étaient réalisées en urgence. Pour les 124 fibroscopies urgentes, 49% des indications étaient les ingestions de corps étrangers, l'extraction est faite lors de la première fibroscopie et sans incident dans 95% des cas. L'hématémèse faisait 27% des indications, la cause du saignement était le plus souvent une gastrite médicamenteuse ou infectieuse. Et dans 24% des cas, la fibroscopie haute était réalisée pour des ingestions de caustiques de nature différente, des lésions œsophagiennes ou gastriques sont retrouvées dans 53% de ces cas guidant ainsi la conduite à tenir médicale secondaire.

Conclusion : L'endoscopie digestive haute est parmi les examens les plus sollicités dans le service des urgences pédiatriques. Sa place est incontournable étant donné ses multiples intérêts tant sur le plan diagnostique que thérapeutique et parfois même pronostique.

Remerciements : pas de conflit d'intérêt

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000302>

Dilatation congénitale des voies biliaires révélée par une pancréatite aiguë : à propos de 3 cas

L. Gargouri ⁽¹⁾, I. El Aoud ⁽¹⁾, M. Hsairi ⁽¹⁾, H. Zitouni ⁽¹⁾, L. Abdennadher ⁽¹⁾, D. Kamoun ⁽¹⁾, S. Ammar ⁽¹⁾, Z. Mnif ⁽¹⁾, R. Mhiri ⁽¹⁾, Y. Hentati ⁽¹⁾, A. Mahfoudh ⁽¹⁾

(1) Sfax, TUNISIE.

Introduction : La dilatation congénitale des voies biliaires (DCVB) est une pathologie rare de l'enfant révélée souvent durant les premières années de vie. Devant une clinique non spécifique, le diagnostic peut être fait lors de la survenue de complications comme la pancréatite aiguë. L'imagerie trouve tout son intérêt dans ce cas en estimant la sévérité de l'épisode aigu et en faisant le diagnostic de DCVB et des anomalies associées telles que les anomalies de la jonction bilio-pancréatique.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une rétrospective colligeant les cas de DCVB révélées par une pancréatite aiguë, sur une période de 10 ans.

Résultats : Trois patients admis pour pancréatite aiguë ont été ultérieurement diagnostiqués d'une DCVB. La moyenne d'âge est de 07 ans avec deux filles et un garçon. La symptomatologie clinique était dominée par des douleurs abdominales épigastriques fébriles dans tous les cas, associées à un ictère cutanéomuqueux dans deux cas définissant un tableau d'angiocholite aiguë.

Le bilan biologique était perturbé dans tous les cas avec des taux de lipasémie supérieurs à 3 fois de la normale chez tous les patients, une cholestase et une cytolysé hépatique dans les deux cas d'angiocholite.

L'échographie abdominale a montré un élargissement de la glande pancréatique dans tous les cas, avec la présence d'une formation kystique fusiforme de la voie biliaire principale. Des calculs du bas cholédoque avec dilatation des voies biliaires intra et extra hépatique ont été présents chez les deux patients ictériques avec cholécystite aiguë associée dans un cas.

Une TDM abdominale réalisée devant le tableau d'angiocholite aiguë a confirmé l'empierrement cholédocien et a retrouvé la dilatation kystique de la VBP.

La cholangio-IRM faite à distance de l'épisode aigu, a confirmé le diagnostic de DCVB type I de la classification de Todani dans deux cas et type IV dans un seul cas attesté par la présence d'une communication avec les voies biliaires, et a permis le diagnostic d'une anomalie de la jonction bilio-pancréatique type Ib de Komi dans deux cas et type IIIa associant un pancréas divisum complet dans un seul cas.

Le traitement chirurgical s'est compliqué dans un cas par un hématome surinfecté traité par drainage scannoguidé.

Conclusion : Le diagnostic de dilatation congénitale des voies biliaires est important à faire précocement devant le risque de multiples complications qui peuvent être d'évolution chronique. Il est impératif au radiologue d'éliminer les autres diagnostics de lésion kystiques des voies biliaires et de faire le bilan d'anomalies associées à cette pathologie.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000941>

P.296

Particularités pédiatriques de l'entéropathie exsudative : à propos de 9 cas

L. Gargouri ⁽¹⁾, L. Abdennadher ⁽¹⁾, M. Hsairi ⁽¹⁾,
I. El Aoud ⁽¹⁾, W. Feki ⁽¹⁾, Z. Mnif ⁽¹⁾, Y. Hentati ⁽¹⁾,
A. Mahfoudh ⁽¹⁾

(1) Sfax, TUNISIE.

Introduction : L'entéropathie exsudative (EE) désigne une perte excessive de protéines plasmatiques dans le tube digestif. Quand cette perte dépasse la capacité de synthèse de l'organisme, les taux sériques de protéines circulantes diminuent. Ainsi, une hypoalbuminémie avec œdèmes est souvent observée. L'examen clinique et les explorations endoscopiques digestives occupent des places centrales dans l'orientation et le diagnostic étiologiques.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective, étalée sur 9 ans (2009-2018), colligeant tous les cas d'entéropathie exsudative suivi dans un service de Pédiatrie Générale.

Résultats : Neuf cas d'EE ont été colligés avec un âge moyen de 6 ans au moment du diagnostic. Il s'agit de 5 garçons et 4 filles.

Les circonstances de découverte étaient des douleurs abdominales récurrentes avec diarrhée chronique (5 cas), syndrome œdémateux à type d'œdème des membres inférieurs avec pleurésie et péricardite (1 cas), ictère avec prurit (1 cas), arthralgie avec tableau abdominal et taches purpurique (1 cas), un lymphœdème avec érysipèle à répétition (1 cas).

L'électrophorèse des protéines plasmatiques a révélé une hypoalbuminémie dans tous les cas avec un taux moyen à 23g/l. La clairance de l' α_1 antitrypsine était augmentée dans tous les cas avec un taux moyen de 34ml/24h.

La fibroscopie œsogastroduodénale a été pratiquée dans six cas révélant un aspect en faveur d'une duodénite congestive et œdémateuse associé à une gastrite antrale (1 cas), une pangastrite nodulaire ulcérée (1 cas) et un aspect normal (3 cas), un duodénum siège de dépôts blanchâtres avec des zones congestives associée à un ulcère bulbaire (1cas).

L'examen anatomopathologique des biopsies a montré une lymphangiectasie duodénale dans 4 cas et un aspect d'atrophie villositaire stade 3b de Marsh dans un cas.

Il s'agit d'une EE secondaire à une lymphangiectasie intestinale primitive (3 cas), une lymphangiomatose diffuse (1 cas), une intervention de Fontan (2 cas), une maladie cœliaque (1 cas), un purpura rhumatoïde (1 cas) et une hyperthyroïdie (1 cas).

Conclusion : L'EE est caractérisée par la diversité de mécanismes en cause. Le clinicien doit suivre une stratégie de diagnostic étiologique bien établit afin de déterminer la cause pour pouvoir prescrire rapidement le traitement spécifique de la maladie ou du mécanisme causal en plus de la prise en charge symptomatique.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000906>

P.297

Prévalence de l'infection à *Helicobacter pylori* en cas d'hématémèse chez l'enfant

L. Gargouri ⁽¹⁾, M. Zribi ⁽¹⁾, M. Hsairi ⁽¹⁾, F. Safi ⁽¹⁾,
L. Ayadi ⁽¹⁾, T. Boudawara ⁽¹⁾, H. Mnif ⁽¹⁾,
A. Mahfoudh ⁽¹⁾

(1) Sfax, TUNISIE.

Introduction : L'hématémèse est un motif fréquent de consultation aux urgences pédiatriques, de sévérité variable et d'étiologies variées. L'endoscopie digestive reste l'examen étiologique de référence. L'objectif de cette étude est d'étudier la prévalence de l'infection par l'*Helicobacter pylori* en cas d'hématémèse chez l'enfant.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective incluant tous les enfants admis pour hématémèse durant la période allant d'octbre 2015 à décembre 2017.

Résultats : Vingt cas ont été colligés durant la période d'étude. L'âge moyen est de 4 ans. Une légère prédominance masculine était notée avec un sex ratio à 1,2. L'hématémèse était associée à des douleurs épigastriques (14%), à des vomissements (28%) et une hémorragie digestive basse (9.5%). Le 1/3 de la population présentait une anémie avec hémoglobine < 10g/dl.

Une exploration endoscopique a été réalisée chez tous les patients. La fibroscopie était pathologique dans 2/3 des cas et les étiologies sont dominées par les œsophagites (33%) et les gastrites (47%). Les biopsies gastriques ont révélées la présence de l'*Helicobacter pylori* dans 85% des cas.

La prise en charge thérapeutique s'est basée sur les IPP associé à l'antibiothérapie en cas d'infection à *Helicobacter pylori*.

Conclusion : La pratique d'une exploration endoscopique et des biopsies gastriques pour l'étude du statut de l'*Helicobacter pylori* doit être systématique lors de la survenue d'une hématémèse quel que soit l'âge de l'enfant et l'abondance du saignement.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000910>

Apport de la manométrie anorectale à air chez l'enfant

M. Kadiiri ⁽¹⁾, I. Serraj ⁽¹⁾, M. Salihoun ⁽¹⁾, M. Acharki ⁽¹⁾, N. Kabbaj ⁽¹⁾

(1) Rabat, MAROC.

Introduction : La manométrie ano-rectale (MAR) est un examen qui analyse les deux fonctions principales de la région ano-rectale, la continence et la défécation. Ce test est utile dans l'exploration de certaines entités : Constipation terminale, incontinence fécale. La MAR devient un examen de plus en plus utilisé chez les enfants à tout âge. L'objectif de cette étude était de déterminer les indications de la MAR et d'évaluer l'intérêt de cette nouvelle technique.

Matériels et méthodes : 60 enfants ont bénéficié d'une MAR avec système AIR dans notre formation entre février 2017 et septembre 2018. Leurs données cliniques et leurs résultats manométriques ont été analysés.

Résultats : Sur 60 patients inclus dans l'étude, il s'agissait de 39 garçons (65%) et de 21 filles (35%) avec sex-ratio : 1,8. L'âge moyen était de 8 ans (2 mois - 17 ans). 38 patients (63.3%) se plaignaient d'encoprésie, 17 enfants (28.3%) de constipation, et 5 enfants (8.3%) des deux à la fois. Chez les 43 enfants avec encoprésie, la MAR a objectivé : un asynchronisme abdominopelvien isolé dans 24 cas (55.8%), une mauvaise contraction anale isolée chez 5 cas (11.8%) et les 2 associés chez 14 patients (32.5%). Chez les 22 patients souffrant de constipation, la MAR a retrouvé : 16 cas (72.7%) d'asynchronisme abdomino-pelvien, 5 cas (22.7%) de mégarectum et une maladie d'Hirschsprung chez 1 enfant (4.5%).

Conclusion : La MAR avec système AIR reste le « gold standard » dans l'exploration de la constipation terminale et de l'encoprésie chez les enfants.

Elle permet d'établir un diagnostic plus rapide et plus précis que la MAR standard, et d'orienter une prise en charge thérapeutique adéquate telle qu'une rééducation par Biofeedback.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfgc.org/resumes-2019/000830>

Statut en magnésium chez une population d'enfants tunisiens

L. Jmal ⁽¹⁾, S. Yahyaoui ⁽²⁾, S. Lahiani ⁽¹⁾, R. Guidara ⁽¹⁾, A. Dhieb ⁽¹⁾, M. Abdennebi ⁽¹⁾, A. Jmal ⁽¹⁾, S. Boukthir ⁽²⁾

(1) Ariana, TUNISIE ; (2) Tunis, TUNISIE.

Introduction : L'obésité est souvent accompagnée par un état micro nutritionnel déficitaire due à une alimentation déséquilibrée. Des taux plasmatiques bas de magnésium ont été rapportés chez le sujet obèse. Ce déficit en magnésium participerait à la physiopathologie de l'hypertension artérielle, ainsi qu'au développement d'autres atteintes cardiovasculaires.

But : Evaluer le statut en magnésium dans une population d'enfants tunisiens et de rechercher une corrélation entre le statut en magnésium et les marqueurs du risque cardiovasculaire chez les enfants obèses.

Patients et Méthodes : Etude descriptive ayant porté sur une population de 30 enfants obèses (indice de masse corporelle : IMC supérieur au centile 30 pour l'âge), d'âge médian 104,4 ± 28 mois (58-151 mois), répartis en 19 filles et 11 garçons et 30 témoins non en surpoids appariés selon l'âge et le sexe. Pour chaque enfant, nous avons mesuré les paramètres anthropométriques et les pressions artérielles systolique (PAS) et diastolique (PAD). L'IMC a été calculé (Poids/taille²). Tous les enfants ont eu un prélèvement sanguin à jeun pour le dosage du magnésium, du cholestérol total, du HDL cholestérol et des triglycérides. Le cholestérol LDL a été calculé par la formule de Friedewald. Tous les paramètres biologiques ont été dosés sur automate de type Cobas 6000 (Roche Diagnostic). L'étude statistique des données a été effectuée sur le Logiciel SPSS.

Résultats : Les valeurs moyennes du magnésium sériques chez les enfants obèses et les témoins étaient respectivement de $0,81 \pm 0,05$ et de $0,77 \pm 0,08$ mmol/l. La comparaison des moyennes n'a pas montré de différence significative. Nous avons noté 3 cas d'hypomagnésémie (<0,75 mmol/l) chez les enfants obèses (10%). Nous avons noté des corrélations significatives entre les taux sériques de magnésium et l'IMC ($r=0,321$; $p=0,026$), le taux du cholestérol ($r=0,379$; $p=0,007$), le LDL cholestérol ($r=0,310$; $p=0,028$), et la glycémie ($r=-0,359$; $p=0,011$) dans toute la population étudiée. Dans le groupe des obèses, nous avons observé une corrélation inverse entre les taux sériques de magnésium et l'IMC ($r=-0,05$), mais cette association n'était pas significative. Par ailleurs, aucune corrélation significative n'a pu être mise en évidence entre le statut en magnésium chez l'enfant obèse et les marqueurs du risque cardiovasculaire (PAS, PAD, cholestérol total, LDL cholestérol et triglycérides).

Conclusion : Cette étude montre que les concentrations plasmatiques de magnésium étaient normales chez l'enfant obèse. Par ailleurs, aucune corrélation significative n'a pu être mise en évidence entre le statut en magnésium et les marqueurs du risque cardiovasculaire.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfgc.org/resumes-2019/000183>

P.300

Variations des taux de leptine chez l'enfant tunisien en surpoids et obèse

L. Jmal ⁽¹⁾, A. Jmal ⁽¹⁾, S. Lahiani ⁽¹⁾, M. Feki ⁽²⁾, M. Abdennebi ⁽¹⁾, S. Boukthir ⁽²⁾

(1) Ariana, TUNISIE ; (2) Tunis, TUNISIE.

Introduction : La leptine est une hormone synthétisée principalement par les adipocytes différenciés. Elle intervient dans le contrôle de la masse grasse et possède une fonction poly endocrinienne et métabolique. Des taux élevés de leptine ont été décrits chez les enfants et les adultes obèses.

Objectif : étudier les variations de la leptinémie chez des enfants tunisiens en surpoids et obèses en comparaison avec des témoins de poids normal et rechercher une corrélation entre les concentrations de leptine et les paramètres anthropométriques (poids, indice de masse corporelle, tour de taille, tour de hanche), et l'insuline.

Patients et Méthodes : 595 enfants âgés entre 6 et 12 ans répartis en 72 enfants obèses, 181 enfants en surpoids et 342 témoins de poids normal ont été inclus dans cette étude. Chaque enfant a bénéficié d'un examen clinique avec mesure des paramètres anthropométriques. Pour chaque enfant, un prélèvement sanguin à jeun a été réalisé pour le dosage de la leptinémie et de l'insulinémie. Les dosages de la leptine et de l'insuline ont été réalisés par méthodes radio immunologiques.

Résultats : les résultats montrent une élévation significative des taux de leptine avec le degré de l'obésité ($2,8 \pm 2,6$ ng/ml ; $9,25 \pm 4,24$ ng/ml et $13,17 \pm 6,51$ ng/ml respectivement chez les enfants de poids normal, en surpoids et obèses; $p < 0,0001$). Dans le groupe des enfants en surpoids et obèses ($n=253$), la leptine est positivement corrélée avec le poids ($r=0,584$, $p < 0,0001$), l'indice de masse corporelle ($r=0,588$, $p < 0,0001$), le tour de taille ($r=0,596$, $p < 0,0001$), le tour de hanche ($r=0,584$, $p < 0,0001$), suggérant que la masse grasse intervient dans la régulation des taux de leptine. Par ailleurs, la leptinémie est positivement corrélée avec l'insulinémie ($r=0,342$; $p < 0,0001$).

Conclusion : La leptine pourrait jouer un rôle important dans le développement de l'hyperinsulinémie et de l'insulinorésistance chez l'enfant obèse.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfgc.org/resumes-2019/000484>

P.301

Les pancréatites aiguës chez l'enfant : à propos de 35 cas

L. Gargouri ⁽¹⁾, I. El Aoud ⁽¹⁾, M. Hsairi ⁽¹⁾, S. Ammar ⁽¹⁾, D. Kamoun ⁽¹⁾, I. Abid ⁽¹⁾, Z. Mnif ⁽¹⁾, R. Mhiri ⁽¹⁾, H. Fourati ⁽¹⁾, A. Mahfoudh ⁽¹⁾

(1) Sfax, TUNISIE.

Introduction : Les pancréatites demeurent une pathologie assez rare dans la population pédiatrique. Les étiologies sont multiples et diffèrent de celles observées chez l'adulte. L'imagerie occupe une place prépondérante dans le diagnostic initial, le diagnostic de gravité et la recherche de complications ainsi que dans l'identification de l'étiologie. L'objectif de cette étude est de préciser le profil étiologique et évolutif des pancréatites aiguës (PA) chez l'enfant.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective colligeant tous les cas de pancréatite aiguë chez l'enfant sur une période de 10 ans.

Résultats : Trente cinq cas ont été colligés. L'âge était compris entre 2 ans et 13 ans avec une moyenne de 8 ans. Une nette prédominance masculine a été notée, toutes les causes confondues. Les circonstances de découvertes étaient des douleurs abdominales, surtout épigastriques, dans 17 cas, des vomissements incoercibles dans 12 cas, et au décours d'un traumatisme dans 5 cas.

La pancréatite aiguë était secondaire à une infection ourlienne (19 cas), un traumatisme abdominal (5 cas), une dilatation congénitale des voies biliaires (3 cas), une dyslipidémie (2 cas), une poussée de PA sur une pancréatite calcifiante chronique (2 cas), une lithiase biliaire obstructive (1 cas), un envahissement tumoral pancréatique d'un neuroblastome stade IV (1 cas), un lupus érythémateux systémique (1 cas) et idiopathique (1 cas).

Quinze patients avaient une exploration par une échographie abdominale et un scanner abdominal. Une cholangiographie par résonance magnétique a été réalisée chez 4 patients permettant l'identification d'anomalies de la jonction bilio-pancréatique dans 3 cas et était normale dans le cadre de la PA idiopathique.

Un geste interventionnel radiologique était réalisé dans deux cas et consistait à un drainage de collections sous guidage scannographique.

Une intervention chirurgicale a été réalisée chez les 3 patients atteints de dilatation congénitale des voies biliaires.

Conclusion : Une enquête étiologique rigoureuse est nécessaire devant tout cas de PA afin de débiter précocement une prise en charge adaptée comprenant un traitement symptomatique et étiologique.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfgc.org/resumes-2019/000936>

Danger de l'ingestion de piles bouton : à partir de 18 cas pédiatriques

L. Gargouri ⁽¹⁾, M. Weli ⁽¹⁾, R. Zaghdoud ⁽¹⁾, M. Boudabbous ⁽¹⁾, S. Trichili ⁽¹⁾, N. Tahri ⁽¹⁾, L. Mnif ⁽¹⁾, A. Mahfoudh ⁽¹⁾

(1) Sfax, TUNISIE.

Introduction : L'ingestion de corps étranger chez l'enfant est au centre des préoccupations de santé publique. Les piles bouton avalées sont à l'origine d'accidents qui peuvent être graves, voire fatales à cause du courant électrique généré, des substances chimiques libérées et la pression physique appliquée sur les tissus adjacents. L'objectif de cette étude est de mettre le point sur les aspects cliniques, endoscopiques, thérapeutiques et évolutifs de ces accidents.

Patients et Méthodes : Une étude rétrospective a été menée dans un service de pédiatrie générale entre janvier 2010 et juin 2018 colligeant tous les cas d'ingestion de piles bouton.

Résultats : Dix huit nourrissons et enfants sans antécédents pathologiques notables ont été suivis durant cette période pour ingestion de pile bouton. L'âge moyen était de 3 ans et demi avec un sex- ratio de 1,57. Toutes les ingestions étaient accidentelles. Le délai de consultation était de 7 heures et demi. Dans 5 cas, la symptomatologie était marquée par l'association d'une odynophagie, une dysphagie, une dyspnée et des vomissements. Dans 13 cas, les enfants étaient asymptomatiques.

La radiographie standard a permis d'orienter vers la localisation du corps étranger : œsophagienne (4 cas), gastrique (3 cas) et intestinale (11 cas).

La fibroscopie a été réalisée chez 4 enfants permettant l'extraction de la pile de l'œsophage (2 cas) ou de l'estomac (2 cas). Dans les 14 cas restants, l'élimination était faite par les voies naturelles. L'évolution a été marquée par la survenue de sténose œsophagienne dans 2 cas et par une issue fatale dans 1 cas.

Conclusion : L'ingestion des piles bouton est associée à une morbidité et à une mortalité non négligeable, surtout liées aux lésions œsophagiennes. La prise en charge thérapeutique qui repose essentiellement sur l'endoscopie digestive doit être précoce. Plusieurs campagnes de sensibilisation doivent être menées afin d'informer du risque encouru par ce genre d'accident.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000883>

La tuberculose abdominale chez l'enfant : à propos de 24 cas

L. Gargouri ⁽¹⁾, I. El Aoud ⁽¹⁾, F. Safi ⁽¹⁾, M. Hsairi ⁽¹⁾, W. Feki ⁽¹⁾, Z. Mnif ⁽¹⁾, H. Fourati ⁽¹⁾, A. Mahfoudh ⁽¹⁾

(1) Sfax, TUNISIE.

Introduction : L'atteinte abdominale représente la localisation la plus fréquente de la tuberculose extra pulmonaire. L'atteinte ganglionnaire et péritonéale constitue le site préférentiel. L'objectif de cette étude est d'analyser la corrélation clinico-radiologique et étudier les facteurs pronostiques de la tuberculose abdominale chez l'enfant.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective menée dans un service de pédiatrie générale entre janvier 2005 et décembre 2017 colligeant tous les cas de tuberculose abdominale.

Résultats : Vingt quatre cas de tuberculose abdominale ont été colligés. Les malades se répartissaient en 14 Garçons et 10 filles, d'un âge moyen de 8ans et demi (extrêmes: 1ans -14 ans) et ils ont tous eu la vaccination par le BCG à la naissance.

Il s'agit d'un atteinte ganglionnaire intraabdominale (14 cas), péritonéale (3 cas), intestinale (3 cas), rénale (3 cas) et hépatique (1 cas).

Cliniquement, les signes les plus fréquents sont ceux de l'impregnation tuberculeuse notamment l'altération de l'état général, les sueurs nocturnes et la fièvre qui était le signe le plus constant. La diarrhée chronique a été notée dans 3 cas.

Tous les patients ont eu une exploration par imagerie abdominale (échographie et scanner) pathologique dans tous les cas. Les anomalies observées étaient à type d'épanchement péritonéal, d'adénopathies intra et rétro-péritonéales à centre nécrosé. Les signes spécifiques de chaque localisation étaient un épaississement de la paroi digestive du carrefour iléo-caecal, une pyonéphrose et une masse hépatique de structure hétérogène.

Trois patients ont eu une iléocolonoscopie avec biopsie iléale confirmant la TBC iléale.

L'évolution était favorable sous traitement antituberculeux prolongé dans tous les cas.

Conclusion : La tuberculose abdominale, malgré sa rareté chez l'enfant, peut être aisément évoquée. L'exploration radiologique joue un rôle prépondérant et incontournable dans le diagnostic ainsi que le suivi de cette pathologie.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000913>

P.304

Devenir des cholestases néonatales

A. Ba ⁽¹⁾, P.M. Faye ⁽¹⁾, I.D. Ba ⁽¹⁾, D.F. Cissé ⁽¹⁾, Y.J. Djeng ⁽¹⁾, B. Niang ⁽¹⁾, I. Dème-Ly ⁽¹⁾, M.L. Touré ⁽¹⁾, A. Thiongane ⁽¹⁾, A.L. Fall ⁽¹⁾, G. N'gom ⁽¹⁾, S. Diouf ⁽¹⁾, O. N'diaye ⁽¹⁾

(1) Dakar, SÉNÉGAL.

Introduction : L'ictère cholestatique du nouveau-né est une pathologie rare mais potentiellement grave traduisant une dysfonction hépatobiliaire secondaire à des maladies hépatiques variées. Un diagnostic précoce est essentiel pour un traitement optimal et un pronostic favorable. L'objectif de cette étude était d'évaluer le devenir des nouveau-nés ayant une cholestase néonatale.

Patients et Méthodes : Les dossiers médico-chirurgicaux de 100 nourrissons suivis pour une cholestase néonatale du 1^{er} janvier 2007 au 31 décembre 2017 ont été colligés. Les données sociodémographiques, cliniques, biologiques, échographiques, histologiques et le devenir des enfants ont été recueillis.

Résultats : Le sexe féminin était prédominant (61%) avec un âge moyen à l'admission de 68 jours. Une consanguinité parentale était retrouvée chez 27% des nourrissons. La quasi-totalité (95%) des nouveau-nés était née à terme, par voie basse eutocique (88%) et la majorité (74%) avait un poids normal. Plus de la moitié (64%) avait consulté dans les 4 premiers semaines de vie. Tous les enfants (99%) présentaient un ictère avec des selles décolorées (47%). A l'admission, 41% des nourrissons avaient une hépatomégalie et 18% présentaient des signes évidents de cirrhose avec une hypertension portale. Dix enfants avaient consulté pour des saignements, parmi lesquels 5 nourrissons avaient une hémorragie cérébrale. Une dénutrition était notée dans 17% de la cohorte. Le taux moyen de bilirubine conjuguée et de gamma-glutamyltransférase était respectivement de 81,7 mg/dl (10-584) et 962,57 U/L (32,65-3830). Une cytolysie était présente chez 65% des enfants. Une insuffisance hépatocellulaire avec un INR supérieur à 1,5 (11%) et un taux de prothrombine inférieur à 50% (16%) étaient observés. Une cirrhose avait été diagnostiquée chez les 7 patients parmi les 8 qui avaient bénéficié d'une biopsie hépatique chirurgicale. L'échographie abdominale avait retrouvé des anomalies biliaires chez 28/49 nourrissons.

Les principales étiologies étaient l'atésie des voies biliaires (24%), les cholestases néonatales transitoires (18%) et les hépatites néonatales (12%). L'étiologie était indéterminée dans 36% des cas. L'ictère avait totalement régressé chez 43% des nourrissons avec un bilan hépatique normal au bout de 8 mois de suivi. A l'âge de 1 an, 39 patients étaient encore cholestatiques parmi lesquels 6 avaient des signes évidents de cirrhose décompensée et 29 présentaient une dénutrition. Dix huit enfants étaient décédés parmi lesquels tous les 7 qui avaient bénéficié d'une intervention de Kasai.

Conclusion : Malgré les importantes avancées notées ces dernières années dans le diagnostic métabolique et génétique des cholestases néonatales, leurs étiologies restent encore indéterminées dans une large proportion à Dakar. Une collaboration multidisciplinaire permettrait un diagnostic précoce et une prise en charge adaptée qui préviendrait l'évolution vers la cirrhose et l'insuffisance hépatocellulaire qui sont de mauvais pronostic. Le soutien nutritionnel est essentiel pour permettre une croissance optimale.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000643>

P.305

Profil métabolique chez une population d'enfants en surpoids et obèses

L. Jmal ⁽¹⁾, S. Lahiani ⁽¹⁾, A. Dhieb ⁽¹⁾, R. Guidara ⁽¹⁾, M. Feki ⁽²⁾, M. Abdennebi ⁽¹⁾, A. Jmal ⁽¹⁾, S. Boukthir ⁽²⁾

(1) Ariana, TUNISIE ; (2) Tunis, TUNISIE.

Introduction : L'obésité infantile est un problème de santé publique du fait de sa prévalence et de son augmentation très rapide. Elle est responsable de nombreuses complications : métaboliques, cardiovasculaires, respiratoires, ostéo-articulaires et psychiatriques.

But : Evaluer le profil métabolique chez une population d'enfants en surpoids et obèses.

Patients et Méthodes : Etude descriptive, ayant porté sur une population de 607 enfants (75 obèses, 184 en surpoids et 348 de poids normal), d'âge moyen 9,7 ± 12,7 ans (6-12,7 ans), répartis en 358 filles et 249 garçons. Un consentement écrit est obtenu pour chaque enfant. Chaque enfant a bénéficié d'une mesure des paramètres anthropométriques (poids, taille, tour de taille) et du calcul de l'indice de masse corporelle (IMC, poids/Taille²). Tous les enfants ont eu un prélèvement sanguin après un jeûne de 12 heures pour le dosage de la glycémie, du cholestérol total, des triglycérides, du HDL cholestérol, des transaminases (ASAT et ALAT) et de l'insuline. Le LDL cholestérol a été calculé en utilisant la formule de Friedewald. L'insulinorésistance était appréciée par le « Homeostasis Model Assessment of Insulin Resistance » (HOMA-IR). Le dosage de l'insuline a été effectué par méthode radioimmunologique. Tous les autres paramètres biologiques ont été dosés sur automate de type Architect ci 8200 (Abbott Diagnostic). L'étude statistique des données a été effectuée sur le logiciel SPSS version 22. Le seuil de signification a été fixé à 0,05.

Résultats : Les valeurs moyennes de l'insuline, du HOMA-IR, du cholestérol total et des triglycérides augmentaient significativement avec le degré de l'obésité ($p < 0,001$; $p < 0,001$, $p = 0,017$ et $p < 0,001$ respectivement). Chez les enfants en surpoids et obèses, une insulinorésistance ($\text{HOMA-IR} > 3,16$) a été retrouvée dans 74,9% des cas, une hypo HDL cholestérolémie ($\text{HDL} < 0,4 \text{ g/l}$) dans 20,8% des cas, une hypertriglycéridémie (triglycérides $> 1 \text{ g/l}$) dans 17% des cas, une hypercholestérolémie (cholestérol total $> 2 \text{ g/l}$) dans 9,3% des cas, une augmentation du LDL cholestérol ($\text{LDL} > 1,3 \text{ g/l}$) dans 1,5% des cas, une hyperglycémie (glycémie $> 1 \text{ g/l}$) dans 1,5% des cas et une augmentation des transaminases (ALAT et ou ASAT $> 37 \text{ U/l}$) dans 0,8% des cas. Dans ce groupe, nous avons noté une association positive et significative entre le HOMA-IR d'une part et la glycémie ($r = 0,433$, $p < 0,001$), les triglycérides ($r = 0,136$, $p = 0,031$), le tour de taille ($r = 0,288$, $p < 0,001$) et l'IMC ($r = 0,269$, $p < 0,001$) d'autre part.

Conclusion : Il ressort de cette étude que l'obésité et le surpoids augmentent le risque de complications métaboliques et que ces complications sont dominées par l'insulinorésistance.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000179>

P.306

Epidémiologie de la nutrition artificielle à domicile en pédiatrie dans la région des Hauts de France en 2016 : étude préliminaire

R. Dehak ⁽¹⁾, D. Guimber ⁽¹⁾, D. Ley ⁽¹⁾, S. Coopman ⁽¹⁾, L. Michaud ⁽¹⁾, F. Gottrand ⁽¹⁾, D. Lescut ⁽²⁾
(1) Lille ; (2) Valenciennes.

Introduction : Les données épidémiologiques concernant la nutrition artificielle à domicile (NAD) pédiatrique en France sont peu connues et très peu de données ont été publiées. C'est en raison de l'évolution du cadre législatif concernant la NAD, notamment depuis 2014 pour la nutrition parentérale, que les études d'incidence et de prévalence sont devenues possibles en France.

Matériels et méthodes : Il s'agit d'une étude observationnelle rétrospective réalisée grâce aux directions régionales du service médical de l'assurance maladie (DRSM). L'objectif principal est de déterminer l'incidence et la prévalence de la NAD pédiatrique, dans la région des Hauts-de-France de manière fiable et de décrire au mieux les pathologies à l'origine des indications de NAD en s'aidant de la classification des Affections de Longue Durée (ALD) chez les enfants de moins de 15 ans

Résultats : L'incidence de la nutrition entérale à domicile (NED) pédiatrique dans la région des Hauts-de-France est de 17,9 enfants pour 100 000 Hab/an et celle de la nutrition parentérale à domicile (NPD) pédiatrique est de 1,1 enfants pour 100 000 Hab/an. Les prévalences de la NED et de la NPD pédiatriques sont respectivement de 67,2 patients /100 000 hab/an et 2,7 patients/100 000 Hab/an.

Les indications de NED sont dominées par les affections neurologiques (34,6%), les pathologies faisant partie des ALD hors liste (représentées en majorité par les pathologies digestives hors MICI) (35,8%) et les insuffisances d'organe (18,7%) (Tableau I). Pour la NPD les données ALD n'ont pas été renseignées par la DRSM (trop peu d'effectif risquant l'identification des patients).

Tableau I : Répartition des pathologies des enfants recevant une NED

Nombre de patients		Affections neurologiques	Cancers et hémopathies malignes	MICI	Insuffisance d'organe	Autres Listes	ALD hors Listes
Age	Sexe	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
< 15 ans	H	126	25	10	54	56	106
	F	111	35	10	74	52	139
Total		237 (34,6%)	60 (8,7%)	20 (2,9%)	128 (18,7%)	108 (15,7%)	245 (35,8%)

Conclusion : La projection de ces taux à la population générale amènerait à une estimation d'environ 7984 enfants pris en charge en France en NED et 264 enfants pris en charge en NPD.

Selon les données de l'Inserm de 2016, la région des Hauts-de-France est la 3^{ème} région en France en termes de nombre de naissance par mère et elle a le taux le plus élevé de naissances prématurées en France Métropolitaine soit 9,4% des naissances. Le taux de natalité et de prématurité élevé peut, peut-être, expliquer cette prévalence élevée de NED dans notre région.

Les résultats de notre étude sont des résultats préliminaires, nous sommes en attente des données des DRSM des autres régions de France pour compléter notre étude.

Remerciements : je remercie les DRSM de la région des Hauts de France

Pour consulter ce résumé en ligne : <https://www.snfge.org/resumes-2019/000209>

P.307

Quelle évolution plus de 10 ans après une transplantation intestinale chez l'enfant ?

S. Courbage ⁽¹⁾, D. Canioni ⁽¹⁾, C. Talbotec ⁽¹⁾, C. Chardot ⁽¹⁾, O. Corcos ⁽²⁾, O. Goulet ⁽¹⁾, F. Joly ⁽²⁾, F. Lacaille ⁽¹⁾
(1) Paris ; (2) Clichy-la-Garenne.

Introduction : La transplantation intestinale (TI) est un traitement récent de l'insuffisance intestinale avec complications de la nutrition parentérale (NP). Notre objectif est de décrire l'évolution des patients vivants plus de 10 ans après TI, dont les sujets dé-transplantés, exposer les problèmes, et en chercher des voies d'amélioration.

Patients et Méthodes : Des 71 patients greffés avant le 01/01/2008, 38 patients ont survécu plus de 10 ans après la TI, dont 3 perdus de vue. La médiane de suivi était de 14,6 ans. Le suivi était effectué dans notre centre pédiatrique jusqu'à l'âge de 18 ans, puis en centre adulte pour 21 patients. Les données sont exprimées en médianes, un test des rangs signés de Wilcoxon a été réalisé.

Résultats : L'indication de TI était : grêle court (34%), entéropathie congénitale (34%), maladie de la motricité (32%). L'âge médian à la TI était de 4,1 ans et au dernier suivi 20,1 ans. La survie des patients était de 53%, celle du greffon 34%. Six (17%) patients sont décédés, 12 (34%) ont été dé-transplantés dans un délai médian de 4 ans pour rejet aigu ou chronique. Parmi eux, 5 patients ont été re-transplantés dont 2 décédés et 3 avec une durée de 2^{ème} greffon de 9,8 ans à 17,4 ans à la fin de l'étude.

Parmi les 26 patients gardant leur greffon, 65% avaient un greffon foie-grêle. Un avait une iléostomie, 3 (12%) une nutrition entérale. L'absorption digestive globale était de 91% et lipidique 89%. Le percentile de taille (-0,5 DS) était plus élevé qu'à la TI (p = 0,03). La clairance rénale mesurée était à 88 ml/min/1,73 m², 6 avaient eu un syndrome lymphoprolifératif, 42% un rejet plus d'un an post-TI, 42% avaient des DSA (donor specific antibodies) sans rejet. Trois sur 7 enfants avaient un retard scolaire, 2/19 adultes étaient sans profession, 8 (31%) patients avaient des troubles psychiatriques.

Neuf patients étaient dé-transplantés, tous après transplantation du grêle seul, tous en NP à domicile, 3 avec une jéjunostomie. Le poids était stable. A la biopsie hépatique, 7/8 avaient une fibrose, 6 une stéatose. Deux étaient sous GLP-2 avec diminution de la NP. Trois sur 4 enfants avaient un retard scolaire, 1/5 adultes était sans profession, 5 patients avaient un suivi psychiatrique.

Conclusion : La TI reste difficile mais permet une autonomie digestive et un rattrapage statural, sans complications majeures de l'immunosuppression. Si le pronostic en cas d'échec est acceptable, la re-transplantation est encore grevée d'une mortalité importante. Une prise en charge multidisciplinaire avec suivi psychosocial précoce sont indispensables.

Pour consulter ce résumé en ligne : <https://www.snfge.org/resumes-2019/000792>

Doit-on modifier les apports sodés des adolescents atteints de mucoviscidose traités par lumafactor/ivafactor ?

J. Thomas⁽¹⁾, C. Collet⁽²⁾, F. Galode⁽²⁾, M. Fayon⁽²⁾, H. Clouzeau⁽²⁾, R. Enaud⁽²⁾, M. Mittaine⁽³⁾, E. Mas⁽³⁾, A. Masson⁽⁴⁾, J. Languepin⁽⁴⁾, T. Lamireau⁽²⁾, S. Bui⁽²⁾

(1) Poitiers ; (2) Bordeaux ; (3) Toulouse ; (4) Limoges.

Introduction : L'association Lumafactor/Ivafactor (Orkambi®) constitue depuis 2015 une thérapeutique innovante pour les patients âgés de plus de 12 ans atteints de mucoviscidose porteurs de la mutation F508del du gène Cystic Fibrosis Transmembrane conductance Regulator (CFTR) à l'état homozygote. Les études d'efficacité chez l'adulte ont mis en évidence une prise pondérale majeure associée à une augmentation de la pression artérielle interrogeant sur une potentielle inflation hydrosodée chez ces patients. L'objectif de ce travail était d'étudier l'impact de l'Orkambi® sur le bilan sodé de ces patients en analysant l'évolution de la fraction d'excrétion urinaire du sodium (FeNa) afin d'évaluer la pertinence des recommandations de supplémentation en sodium dans cette population.

Matériels et méthodes : Il s'agissait d'une étude prospective observationnelle multicentrique incluant les adolescents âgés de 12 à 18 ans porteurs de la mutation homozygote F508del du gène CFTR et traités par Lumafactor/Ivafactor. L'objectif principal était de comparer la FeNa au moment de l'instauration du traitement (T0) et après 1 an de traitement (T12). Les objectifs secondaires étaient d'évaluer après 1 an de traitement la variation des autres paramètres reflétant les pertes sodées (natriurèse, rapport Na/K urinaire, concentration sudorale en ions chlorure) et les apports sodés (natrémie, apports per os caloriques et sodés), les conséquences du traitement sur la pression artérielle et l'aldostéronémie et l'évolution des données anthropométriques dans cette cohorte.

Résultats : Au total, 36 adolescents ont été inclus avec un âge moyen de 14 ($\pm 1,8$) ans. Il n'y avait pas de différence significative de la FeNa entre T0 et T12. Soixante pour cent des patients avaient une FeNa inférieure à 0,5% à T0 et T12. Nous n'avons pas mis en évidence de variation de la natrémie, de la natriurèse, du rapport Na/K urinaire, de l'aldostéronémie et de la pression artérielle. Il y avait une augmentation non significative des apports quotidiens caloriques ($p=0,33$) et sodés ($p=0,1$) après 1 an de traitement. Il y avait une augmentation significative du poids ($p=0,047$) et de la taille ($p=0,03$) ainsi qu'une diminution significative de la concentration sudorale en ions chlorure ($p=0,045$) après 1 an de traitement.

Conclusion : Ce travail n'a pas mis en évidence de variation de la FeNa ni d'augmentation de la pression artérielle après 1 an de traitement par Orkambi® en faveur d'une rétention hydrosodée pouvant expliquer la prise de poids majeure observée chez ces patients. Il n'y a donc pas d'argument dans cette étude plaçant en faveur d'une modification des recommandations actuelles de supplémentation sodée dans cette population.

Références Bibliographiques : Knepper C, Ellemunter H, Eder J et al. Low sodium status in cystic fibrosis—as assessed by calculating fractional Na⁺ excretion—is associated with decreased growth parameters. *J Cyst Fibros.* 2016;15:400-5
Coates AJ, Crofton PM, Marshall T. Evaluation of salt supplementation in CF infants. *J Cyst Fibros.* 2009;8:382-5.
Turk D, Braegger CP, Colombo C et al. ESPEN-ESPGHAN-ECFS guidelines on nutrition care for infants, children, and adults with cystic fibrosis. *Clin Nutr.* 2016;35:557-77.
Konstan MW, McKone EF, Moss RB et al. Assessment of safety and efficacy of long-term treatment with combination lumacaftor and ivacaftor therapy in patients with cystic fibrosis homozygous for the F508del-CFTR mutation (PROGRESS): a phase 3, extension study. *Lancet Respir Med.* 2017;5:107-18.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.sfnge.org/resumes-2019/000953>

Etude des anomalies broncho-pulmonaires associées aux atrésies de l'œsophage

C. Thumerelle⁽¹⁾, A. Le Mee⁽¹⁾, S. Lejeune⁽¹⁾, C. Mordacq⁽¹⁾, A. Deschildre⁽¹⁾, R. Sfeir⁽¹⁾, L. Michaud⁽¹⁾

(1) Lille.

Introduction : L'atrésie de l'œsophage (AO) est une malformation congénitale rare de l'œsophage, associée à une fistule œso-trachéale dans près de 90% des cas (types II, III, IV et V de la classification de Ladd). L'AO est rarement isolée et de plus en plus d'anomalies associées sont rapportées dans la littérature, avec au moins une autre malformation dans plus de 50% des cas [Clements ; Sugandhi]. Mais, il existe peu de données sur les malformations broncho-pulmonaires associées.

Objectifs - Rechercher des malformations broncho-pulmonaires et/ou vasculaires à partir des tomodensitométries (TDM) thoraciques des enfants suivis pour AO.

Patients et Méthodes : Etude rétrospective, chez les patients nés entre janvier 1996 et décembre 2013 suivis pour une AO au CHRU de Lille et ayant eu une TDM thoracique, relue par un radiologue pédiatre.

Résultats : 48 patients sur les 234 suivis dans notre centre avaient bénéficié d'une TDM thoracique et étaient inclus. Seuls 5 patients (10%) présentaient une AO isolée. Les malformations thoraciques associées étaient : une cardiopathie chez 15 (31%), une anomalie des vaisseaux médiastinaux chez 14/30 TDM injectées (47%) (arc aortique, veine cave supérieure), une trachéomalacie chez 33 (69%), une sténose trachéale chez 8 (17%). 13 patients (27%) avaient un syndrome de VACTERL. Une malformation pulmonaire et/ou anomalie de la segmentation bronchique étaient visualisées chez 17 patients (35%). Dix patients avaient une anomalie de la segmentation bronchique (21%). Un patient avait une bronche œsophagienne. Les 6 malformations pulmonaires (13%) se répartissaient en : 4 agénésies lobaires, 1 aplasie pulmonaire droite associée à une atrésie de la bronche culminale, et 1 malformation adénomatoïde kystique lobaire moyenne et inférieure droite. Les malformations pulmonaires étaient toutes associées à d'autres anomalies, avec un syndrome de VACTERL dans 43% des cas.

Conclusion : Notre étude confirme que certaines malformations broncho-pulmonaires et vasculaires sont plus fréquentes dans la population d'AO, notamment en cas de syndrome polymalformatif [de Jong]. La recherche de ces anomalies par TDM pourrait être proposée en cas d'AO avec tableaux respiratoires inhabituels [Mahalik], certaines associations malformatives, ou anomalie de la radiographie de thorax.

Références Bibliographiques : Mahalik SK, Sodhi KS, Narasimhan KL, et al. Role of preoperative 3D CT reconstruction for evaluation of patients with esophageal atresia and tracheoesophageal fistula. *Pediatr Surg Int* 2012;28(10):961-6.
de Jong EM, Felix JF, Deurloo JA, et al. Non-VACTERL-type anomalies are frequent in patients with esophageal atresia/tracheo-esophageal fistula and full or partial VACTERL association. *Birth Defects Res A Clin Mol Teratol* 2008;82(2):92-7.
Sugandhi N, Sharma P, Agarwala S, et al. Esophageal lung: presentation, management, and review of literature. *J Pediatr Surg* 2011;46(8):1634-7.
Clements BS. Congenital malformations of the lung and airways. In: Landau LI, Taussig LM, editors. *Pediatric Respiratory Medicine*. St. Louis, Missouri: Mosby; 1999.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.sfnge.org/resumes-2019/000566>



Samedi 23 mars

Facteurs de risque du cancer du pancréas chez la femme : étude prospective dans la cohorte E3N

A.L. Védie ⁽¹⁾, A. Gelot ⁽²⁾, P. Lévy ⁽¹⁾, M.C. Boutron-Ruault ⁽²⁾, V. Rebours ⁽¹⁾

(1) Clichy-la-Garenne ; (2) Villejuif.

Introduction : L'incidence de l'adénocarcinome pancréatique (AP) ne cesse de croître depuis plusieurs décennies (+248% depuis les années 1980) notamment chez les femmes. Selon les estimations les plus récentes, l'incidence devrait de nouveau doubler d'ici 2030 aux Etats Unis et en Europe. Les facteurs de risque actuellement validés ne permettent pas d'expliquer une telle augmentation. Identifier de nouveaux facteurs de risque semble indispensable. Notre objectif était d'identifier de nouveaux facteurs de risque d'AP.

Patients et Méthodes : Etude prospective basée sur les données de la cohorte française E3N qui suit depuis 1990, 98 995 femmes volontaires nées entre 1925 et 1950, par auto-questionnaires tous les 2-3 ans. Les paramètres étudiés sont le mode de vie, le régime alimentaire, les paramètres morphologiques, hormonales, et leur lien avec la survenue de cancer. Un modèle de Cox a été utilisé pour estimer les risques relatifs de cancer du pancréas.

Résultats : Trois cent trente-quatre femmes ont développé un AP entre leur inclusion dans la cohorte en 1990 et décembre 2011. En analyse univariée, le statut tabagique (tabagisme actif, passif dans l'enfance et à l'âge adulte), le syndrome métabolique (hypertension artérielle: RR 1,32 [1,05; 1,65], diabète : RR : 2,28 [1,52; 3,41] et l'obésité (indice de masse corporelle > 30 kg/m²) : 1,67 [1,15; 2,42]), l'antécédent familial de cancer (RR : 1,36 [1,06; 1,74]) et les groupes sanguins A et AB étaient associés à un sur-risque d'AP. En revanche, l'exposition hormonale exogène ou endogène, l'activité physique, et le régime méditerranéen n'étaient pas associés au risque d'AP. Le type morphologique ne semblait pas associé à la survenue d'AP même si un type androïde était à la limite de la significativité statistique (RR 1,36 [0,96; 1,94] p = 0,0859).

Les fumeuses avaient un risque accru d'AP (0,5% versus 0,3%), étaient moins souvent obèses, et avaient été plus exposées au tabagisme passif dans l'enfance et à l'âge adulte que le groupe des participantes non fumeuses et ex-fumeuses.

Le tabagisme actif (RR : 1,69 [1,22-2,33]), le tabagisme passif dans l'enfance (RR : 1,61 [1,21-2,13]), le tabagisme passif à l'âge adulte (RR : 1,26 [1,01-1,58]) étaient plus fréquemment retrouvés chez les participantes atteintes de cancer du pancréas p < 0,05.

Les patientes des groupes sanguins A et AB étaient plus à risque d'AP (RR : 1,36 [1,07-1,75] et RR : 1,70 [1,01-2,88]) que celles de groupe sanguin O (0,4% versus 0,3% p=0,0038). Le groupe sanguin B ne semblait pas associé au risque de survenue d'AP (RR : 0,93 [0,58-1,51]. Après ajustement sur l'indice de masse corporelle, le diabète, le statut tabagique, et le tabagisme passif dans l'enfance, le sur-risque d'AP persistait en cas de groupe sanguin A ou AB, RR : 1,40 [1,11-1,76], p=0,0041.

Conclusion : L'étude de la cohorte E3N a permis de confirmer les facteurs de risque connus de l'AP. De plus, le tabagisme actif, passif dans l'enfance et à l'âge adulte et les groupes sanguins A et AB semblent associés à un sur-risque statistiquement significatif d'AP. Les mécanismes d'action et l'éventuelle interaction de ces facteurs seront à étudier de façon plus précise dans le futur (Single Nucleotide Polymorphisms situés sur le locus du gène ABO, Helicobacter Pylori, action combinée du cadmium trouvé dans la fumée de cigarette...).

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000594>

Efficacité médico-économique de la stimulation électrique gastrique dans le traitement des nausées et vomissements réfractaires

G. Gourcerol ⁽¹⁾, B. Coffin ⁽²⁾, B. Bonaz ⁽³⁾, S. Bruley des Varannes ⁽⁴⁾, F. Zerbib ⁽⁵⁾, R. Caiazza ⁽⁶⁾, J.C. Grimaud ⁽⁷⁾, A. Roper ⁽⁸⁾, H. Hanair ⁽⁹⁾, F. Mion ⁽¹⁰⁾, R. Altwegg ⁽¹¹⁾, P.E. Valensi ⁽¹²⁾, P. Poudroux ⁽¹³⁾, M. Dapoigny ⁽¹⁴⁾, P.Y. Benhamou ⁽³⁾, A. Schmidt ⁽¹⁵⁾, N. Donnadieu ⁽¹⁶⁾, B. Guerci ⁽¹⁶⁾, P. Ducrotte ⁽¹⁾

(1) Rouen ; (2) Colombes ; (3) Grenoble ; (4) Nantes ; (5) Bordeaux ; (6) Lille ; (7) Marseille ; (8) Rennes ; (9) Toulouse ; (10) Lyon ; (11) Montpellier ; (12) Paris ; (13) Nîmes ; (14) Clermont-Ferrand ; (15) Oullins ; (16) Nancy.

Introduction : La stimulation électrique gastrique (SEG) est une alternative thérapeutique efficace dans le traitement des nausées et vomissements réfractaires. Néanmoins, son utilisation est actuellement limitée par le coût du matériel et l'absence de remboursement. L'objectif de cette étude était de déterminer si la SEG était une alternative coût-efficace chez ces malades.

Patients et Méthodes : Cette étude a porté sur 172 patients traités par SEG dans 19 centres pour des nausées et vomissements chroniques (> 6 mois), réfractaires (résistants à au moins 2 antiémétiques et aux prokinétiques), et avec un impact nutritionnel et/ou sur la qualité de vie. L'efficacité symptomatique et la qualité de vie étaient mesurées à l'aide du score GIQLI. Les dépenses directes et indirectes ont été calculées à l'aide de carnets remplis par chaque patient 4 mois avant l'implantation et pendant 24 mois suivant l'implantation. Ces carnets détaillaient les arrêts de travail, les consultations et soins médicaux et paramédicaux, les examens complémentaires, les hospitalisations, les transports et les traitements.

Résultats : Vingt quatre mois après l'implantation, les données cliniques et médico-économiques étaient complètes chez respectivement 142 (diabétiques, n=60) et 96 patients (diabétiques, n=36). A l'inclusion, respectivement 68% et 47% des malades diabétiques et non diabétiques vomissaient au moins 1 fois/mois. Après 24 mois, une amélioration significative était observée puisque 32% (p<0.0001) et 30 % (p=0.0005) des malades présentaient des vomissements au moins mensuels. Le score GIQLI augmentait de 65,9 ± 19,1 avant implantation à 78,0 ± 26,1 (p<0.001) à 24 mois, avec une augmentation moyenne de ce score supérieure chez les malades diabétiques (+15,8 points) par rapport aux non diabétiques (+7,3 points ; p<0.0001). L'implantation du stimulateur était associée à une diminution des coûts induits par les nausées et vomissements réfractaires de 7915€ par an et par malade (/an/malade) à 4928€/an/malade (p=0.0003), soit une économie moyenne de 2987€/an/malade. Cette diminution était liée à une diminution des coûts liés aux consultations (-181€/an/malade), des arrêts de travail (-1316€/an/malade), des hospitalisations (-1439€/an/malade), et des transports médicaux (-562€/an/malade). Bien que les coûts induits étaient plus importants chez les malades diabétiques que non diabétiques, l'économie réalisée était comparable entre malades diabétiques (-3654 €/an/malade) et non diabétiques (-2587€/an/malade).

Conclusion : En conclusion, la SEG est une alternative efficace sur le plan clinique et sur le plan médico-économique chez les malades souffrant de nausées et de vomissements réfractaires.

Remerciements : Etude réalisée grâce au soutien aux innovations thérapeutiques innovantes et couteuses (STIC ENTERRA)

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000203>

Poids économique de la prescription de médicaments utilisés pour symptômes gastro-intestinaux en France : étude nationale sur les données de remboursement de 57 millions d'habitants

P. Tuppin ⁽¹⁾, S. Rivière ⁽¹⁾, D. Deutsch ⁽²⁾, R. Benamouzig ⁽²⁾, C. Gastaldi-Menager ⁽¹⁾, J.M. Sabaté ⁽²⁾

(1) Paris ; (2) Bobigny.

Introduction : Les Médicaments utilisés pour des symptômes Gastro-Intestinaux (MGI) sont largement prescrits dans la population générale que ce soit pour des symptômes digestifs isolés, le plus souvent pour des maladies fonctionnelles, ou associés à d'autres pathologies. Le but de cette étude est d'étudier les caractéristiques d'utilisation des MGI dans la population française en 2016.

Patients et Méthodes : Le Système National des Données de Santé (SNDS) a été utilisé pour identifier parmi les bénéficiaires du régime général de la Sécurité sociale qui représente 87% de la population: les caractéristiques individuelles, les maladies et la classe de MGI remboursées ainsi que leurs coûts en utilisant la classification Anatomique, Thérapeutique et Chimique (ATC).

Résultats : Parmi les 57,5 millions d'individus inclus, et sur les 121 millions d'unités de MGI remboursés, 45% des individus avaient au moins un remboursement. Le coût global des remboursements était de 707 millions d'euros, avec 410 millions (58%) pour les femmes, et un coût moyen par utilisateur de 12 euros (voir tableau par répartition). Des variations importantes de remboursement selon l'âge, le sexe et la maladie ont été caractérisées. Certaines correspondent à des situations connues : pic de prescription des IPP de 0 à 1 an pour reflux (6%), ou en cas de prescription chronique d'AINS (62%). D'autres prescriptions correspondent probablement à des situations cliniques discutables par rapport aux recommandations actuelles comme la prescriptions d'antiémétiques ou anti-nauséux chez l'enfant de 2 à 9 ans (15%) ou la prescription fréquente d'IPP (50%) en cas d'insuffisance rénale terminale. Un usage chronique (> 10 remboursements / an) a été constaté chez 24% des personnes ayant au moins un remboursement pour IPP, 7% pour médicament des TFI, 2% pour anti-nauséux, 17% pour médicament de constipation et 3% pour diarrhée. Les médecins généralistes sont impliqués dans 90% des prescriptions de MGI. Les gastroentérologues ne représentent plus de 3% des prescriptions que dans trois classes (antiacides, traitement des troubles gastro-intestinaux fonctionnels, traitements contre la diarrhée), et 10% pour les traitements de la constipation. Aucune des autres catégories de prescripteurs ne dépassait 2% des dépenses quelle que soit la classe de médicaments, sauf les pédiatres pour le traitement des troubles liés à l'acide, des vomissements et de la diarrhée et les gynécologues pour le traitement des médicaments des troubles digestifs fonctionnels.

Fréquence prescription (% population) et coût global (millions euros)

classe ATC	avec pathologie	sans pathologie associée	coût global
inhibiteurs de la pompe à protons (A02BC)	24%	12%	423
médicaments pour les troubles gastro-intestinaux fonctionnels (A03)	20%	15,5%	47
médicaments de la constipation (A06)	10,2%	3,4%	71
anti-diarrhéiques, anti-inflammatoires intestinaux/anti-infectieux (A07)	10,1 %	8,3%	76
antiémétiques et anti-nauséux (A04)	7,2 %	6,5%	59
autres médicaments pour les troubles liés à l'acide (A02X)	5,7%	4,4%	8
autres médicaments pour l'ulcère gastro-duodénal et le reflux gastro-oesophagien (A02BX)	4,5%	1,9%	2,6
antiacides (A02A)	1,5%	0,1%	3

Conclusion : Les MGI sont utilisés par 45% des individus et représentent un coût global important de plus de 700 millions d'euros dominé par les prescriptions d'IPP. La base de données sur les remboursements de population est utile pour identifier et suivre les pratiques de prescription, l'utilisation ou la surprescription des différentes classes de médicaments et pour mettre en place des études spécifiques.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000084>

Anastomose cholédoco-bulbaire sous échodoposcopia par système Hot AXIOS™ : étude multicentrique française d'évaluation de l'efficacité du système après apprentissage

J. Jacques ⁽¹⁾, F. Fumex ⁽²⁾, J. Privat ⁽³⁾, F. Pinard ⁽⁴⁾, U. Chaput ⁽⁵⁾, J.C. Valats ⁽⁶⁾, F. Cholet ⁽⁷⁾, P. Grandval ⁽⁸⁾, R. Legros ⁽¹⁾, J. Jézéquel ⁽⁷⁾, H. Lepetit ⁽¹⁾, B. Napoléon ⁽²⁾

(1) Limoges ; (2) Lyon ; (3) Vichy ; (4) Quimper ; (5) Paris ; (6) Montpellier ; (7) Brest ; (8) Marseille.

Introduction : Le drainage biliaire sous échodoposcopia est devenu l'alternative numéro 1 en cas d'échec ou d'impossibilité de CPRE pour les sténoses biliaires tumorales distales. Récemment nous avons évalué l'efficacité et la sécurité du système hot-AXIOS dans une étude multicentrique pilote incluant tous les centres ayant effectué au moins une pose l'année suivant sa commercialisation. Dans cette étude 11,5% des procédures étaient en échec. Le non suivi de la procédure recommandée (ponction directe de la voie biliaire avec le cystostome intégré + utilisation d'une prothèse dédiée (6 mm) + utilisation d'un courant de section pure) était le principal facteur de risque d'échec technique. Nous avons décidé de réévaluer l'efficacité du système hot-Axios dans les mêmes centres après un an d'expérience et au vu des résultats de la première étude.

Matériels et méthodes : Etude multicentrique rétrospective incluant tous les cas d'anastomose cholédoco-bulbaire sous échodoposcopia (EUS-CDS) par système Hot Axios réalisés dans les 7 centres ayant participé à la première étude française sur le sujet.

Objectif principal : taux de succès technique correspondant au bon positionnement de la prothèse faisant communiquer la voie biliaire avec le duodénum (écoulement de bile)

Objectifs secondaires : taux de succès clinique (Normalisation de la bilirubinémie à 1 mois ou diminution de la bilirubinémie de plus de 50% à 15 jours), taux de complications per geste et post geste précoce (avant la sortie d'hospitalisation), taux d'obstruction biliaire dans le suivi.

Résultats : Entre le 01/09/2017 et le 22/09/2018, 61 EUS CDS ont été réalisées par 11 opérateurs différents dans 7 centres. La cause de l'obstruction distale était un adénocarcinome du pancréas dans 72% des cas.

Données à l'inclusion : 74% des patients avaient eu au moins une tentative de CPRE avant le geste. Les causes d'échec de CPRE étaient une sténose duodénale dans 47,5% des cas, un envahissement tumoral de la papille dans 21,3% des cas et une sténose non franchissable par le fil guide dans 24,6% des cas. 100% des patients étaient icériques avec une bilirubinémie moyenne à 279 micromol/L. 14,8% des patients étaient fébriles au moment du geste, 9,8% avaient de l'ascite et 8,2% avaient des lésions d'HTP. Le diamètre moyen du cholédoque était de 17,4 mm.

Données techniques du geste : Seules deux procédures n'ont pas suivi les recommandations techniques issues des résultats de la première étude (une ponction préalable avec une aiguille et mise en place d'un fil guide, et une utilisation d'une prothèse de 10 mm). 100% des procédures ont été réalisées avec un courant de section pure, le largage de la colerette proximale a été réalisé sous échographie pure dans 70,5% des cas. La durée moyenne de la procédure était de 5 min.

Objectif principal : 98, 4 de succès technique, une seule procédure avec bon positionnement apparent de la prothèse sans écoulement de bile a été considéré comme en échec technique.

Objectifs secondaires :

-98,4% de succès clinique, seul le patient avec un non succès technique a été considéré en échec clinique

-1,6% de complication per geste : 1 seul malade avec une hémorragie lors de la fistulotomie traitée par expansion de la prothèse elle même.

-0 complication post geste précoce

-11,6% (7) d'obstruction durant le suivi (médiane de suivi 151 jours) avec une médiane d'obstruction à 113 jours.

Conclusion : L'anastomose choledoco-bulbaire écho-endoscopiquement guidée avec système Hot Axios présente des résultats impressionnants (98% d'efficacité et 1,6% de complications) lorsque l'expérience est acquise et que les recommandations techniques sont suivies. Elle doit devenir la méthode de choix en cas de sténose tumorale biliaire distale avec échec de drainage par CPRE et pourrait même concurrencer le drainage transpapillaire classique en première intention.

Pour consulter ce résumé en ligne :
<https://www.snfge.org/resumes-2019/000154>

P.310

Motivation du choix des internes français pour la spécialité d'hépatogastroentérologie et évaluation de leur satisfaction

B. Pariente ⁽¹⁾, S. Lemoine ⁽²⁾

(1) Lille ; (2) Paris.

Introduction : L'hépatogastroentérologie (HGE) est une spécialité médicale variée aux modes d'exercices multiples. Néanmoins, elle n'apparaît pas dans les premières spécialités choisies par les internes en médecine en France. Le but de notre étude était de déterminer les facteurs ayant motivé les internes français qui ont choisi l'HGE et d'évaluer leur niveau de satisfaction.

Matériels et méthodes : Nous avons interrogé les internes français en HGE par questionnaire comprenant 26 questions dont 22 questions fermées. Ce questionnaire était organisé en 4 catégories : Données démographiques, Critères initiaux du choix, Impact du parcours et Satisfaction du choix. Le questionnaire a été mis sous forme électronique sur une plateforme de questionnaires en ligne (Survey Monkey[®]) et une invitation à répondre à ce questionnaire a été adressée aux 484 internes d'HGE répartis sur les 8 inter-régions françaises (source ARS-AFIHGE-coordonnateurs du DES).

Résultats : Sur les 484 internes français en HGE, 224 (46%) étudiants ont répondu au questionnaire. Il s'agissait d'une majorité de femmes (63%), d'un âge médian de 27 ans, répartis de façon homogène dans les différentes inter-régions françaises et les différentes années d'internat. Pour 2/3 des internes, le choix de la spécialité s'était fait pendant l'externat. L'élément déterminant du choix de l'HGE était un stage d'externe dans la spécialité pour 67% des étudiants, l'enseignement dispensé à l'université pour 16% des étudiants, la rencontre avec un médecin hépatogastroentérologue pour 17% des étudiants. Lors de la décision du choix de l'HGE, l'aspect le plus attractif de la spécialité rapporté par les étudiants était la diversité des pathologies et l'aspect transversal de la spécialité dans 88% des cas, l'aspect technique de l'endoscopie digestive dans 10% des cas, la rémunération potentielle du secteur libéral, la collaboration avec les autres spécialités et la recherche intervenaient dans seulement 2% des cas. Le centre d'intérêt principal des étudiants avant de choisir cette spécialité était les maladies du tube digestif chez 33%, les maladies du foie chez 33%, l'endoscopie chez 20%, la cancérologie chez 13%, les maladies du pancréas chez 1%. Avant de choisir cette spécialité, 32% des étudiants souhaitaient devenir médecin hospitalier en hôpital universitaire, 26% médecin hospitalier en hôpital non-universitaire, 25% avoir un exercice mixte libéral et hospitalier, 11% devenir médecin libéral en clinique privée et 5% médecin libéral en cabinet privé. Une fois internes, la proportion d'étudiants souhaitant devenir médecin hospitalier en CHU diminuait à 22% au profit d'une augmentation de la proportion d'étudiants souhaitant avoir un exercice mixte libéral et hospitalier (36%). 90% des internes d'HGE étaient satisfaits sur le plan professionnel, et 98% conseillaient à leurs externes de choisir cette spécialité ; seuls 22% d'entre eux envisageaient (ou avaient envisagé) de changer de spécialité.

Conclusion : Cette étude nationale montre que l'enseignement pratique en HGE lors du deuxième cycle d'études médicales est l'élément déterminant pour le choix de cette spécialité et que la grande majorité des internes en HGE en France sont satisfaits sur le plan professionnel.

Pour consulter ce résumé en ligne :
<https://www.snfge.org/resumes-2019/000684>

P.311

Perception des internes quant à l'utilisation des inhibiteurs de la pompe à protons dans deux universités canadiennesA. Barkun ⁽¹⁾, T.M. Taheri ⁽¹⁾, M. Bardou ⁽²⁾, A. Al Khoury ⁽¹⁾, B. Hari ⁽³⁾, M. Martel ⁽¹⁾

(1) Montréal, CANADA ; (2) Dijon ; (3) Kingston, CANADA.

Introduction : Les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) sont parmi les médicaments les plus couramment prescrits en Amérique du Nord et leur utilisation continue de croître. Plusieurs effets indésirables possibles ont été associés à l'administration d'IPP. Cependant, en l'absence de lignes directrices claires aidant les cliniciens à prescrire des IPP, les médecins interprètent de façon individuelle leur efficacité et leurs effets secondaires possibles, les appliquant ensuite à leur pratique.

Patients et Méthodes : L'objectif est de mieux comprendre les différentes attitudes face à l'utilisation à long terme (prescription de plus de 8 semaines) d'IPP dans un contexte ambulatoire telles que perçues par des internes complétant leurs formations en soins de premières lignes ou en spécialité dans deux centres universitaires.

Une enquête internet anonyme a été envoyée aux internes en médecine interne, en médecine générale, et en gastro-entérologie à deux universités canadiennes. Une composante d'évaluation des connaissances a permis d'examiner la compréhension de ceux-ci à propos des données probantes et des lignes directrices existantes sur l'efficacité des IPP ainsi que de la littérature pertinente sur les principaux effets secondaires possibles liés aux IPP. Des questions sur la prise en charge de patients ambulatoires avec IPP à long terme ont été créées suite à la présentation de plusieurs études de cas. La démographie est exprimée en pourcentages, le test du Chi-deux ou le test exact de Fisher ont été utilisés pour comparer les variables binaires entre les internes au début de formation (premières deux à trois années) et ceux complétant leur dernière année de formation.

Résultats : Au total 163 internes ont participé au sondage d'avril à juillet 2017. Parmi ces 163 internes, 43,8% étaient en médecine interne, 51,2% en médecine générale et 4,9% en gastro-entérologie. 82,6% étaient des internes en début de formation, 58,9% étaient des femmes ; 85,3% étaient âgés de 26 à 35 ans. Seulement 42,1% avaient reçu une formation structurée ciblant la prescription des IPP alors que 92,9% pensaient pouvoir bénéficier d'un tel enseignement. La quasi-totalité (97,6%) se déclarait prêt à suivre des recommandations si disponibles. 26,2% ont pensé qu'un tel programme de formation ciblée devait être enseigné par un gastro-entérologue alors que 58,2% n'avaient pas de préférence du moment que l'enseignement serait basé sur les données probantes et impartial. En termes d'attitudes et de choix théorique de prises en charge, il n'y avait pas de différences statistiques entre les internes en début versus en fin de formation vis-à-vis des indications pour prescrire ou des effets secondaires menant à éviter de prescrire un IPP. Les résultats étaient similaires lors de la comparaison entre les internes en médecine interne ou en gastro-entérologie. Des différences significatives ont toutefois été notées en ce qui concernait la décision de poursuivre ou d'arrêter les IPP face à différents scénarios cliniques qui illustraient des indications cliniques approuvées introduisant différents effets secondaires possiblement attribuables aux IPP. La décision de poursuivre le traitement était plus souvent appropriée chez les internes en fin de formation, et ceux de spécialité par rapport à ceux en médecine générale.

Conclusion : Cette enquête démontre des différences de perception et de pratique significatives avec implication clinique en ce qui concerne la prescription d'IPP en ambulatoire chez les internes en début versus en fin de formation ainsi que chez ceux complétant une formation en spécialité ou en médecine générale. Tous apprécieraient recevoir une formation ciblée et des lignes directrices pertinentes pour les aider à parfaire leur pratique à ce sujet.

Pour consulter ce résumé en ligne :
<https://www.snfge.org/resumes-2019/000137>

P.312

Reflux gastro-œsophagien typique en population générale : itinéraires thérapeutiques, croyances et facteurs alimentaires associésC.N.M. Sokpon ⁽¹⁾, A.R. Kpoussou ⁽¹⁾, K.R. Vignon ⁽¹⁾, A. Gnahoui ⁽¹⁾, J. Sehonou ⁽¹⁾

(1) Cotonou, BÉNIN.

Introduction : Le reflux gastro-œsophagien (RGO) est un problème de santé publique au plan mondial. Il existe très peu d'études sur le sujet en population générale en Afrique. **Le but de ce travail** est de décrire les itinéraires thérapeutiques des patients qui souffrent du RGO à Cotonou et d'étudier les croyances et les facteurs alimentaires qui y sont associés.

Matériels et méthodes : Il s'agissait d'une étude transversale descriptive et analytique, à recueil prospectif qui s'était déroulée sur une période de 1 mois (en juin 2018). Étaient incluses 728 personnes âgées de 15 ans ou plus, et ayant donné leur consentement pour l'étude. N'étaient pas inclus les sujets âgés de moins de 15 ans, en hospitalisation durant la période d'inclusion, et ceux incapables de parler ou ceux souffrant d'un handicap mental. Les quartiers de villes ont été sélectionnés par la technique de sondage en grappe à deux degrés de façon aléatoire. La variable dépendante était le reflux gastro-œsophagien typique défini par l'association de pyrosis et régurgitation. L'analyse était effectuée avec les logiciels statistiques SPSS 25 ou SAS 9.2. Le seuil de signification statistique admis était de 5%.

Résultats : L'âge moyen des sujets était de 31,9 ans $\pm$ 13,2 [15-88]. Il avait une prédominance masculine (379, soit 52,1%), avec une sex-ratio de 1,08. Sur 294 personnes présentant un RGO, seulement 38 personnes avaient eu recours à une consultation médicale soit 12,9%. Les agents consultés étaient dominés par les médecins généralistes (55,3%), suivis dans l'ordre décroissant des infirmiers (26,3%), des tradithérapeutes (10,5%) et des médecins spécialistes Gastro-entérologues (7,9%). Sur 66 patients ayant reçu un traitement, 32 soit 48,5% avaient eu recours à une automédication. Au plan des croyances, le RGO était majoritairement perçu comme une maladie naturel (97,3%) et comme un mauvais sort jeté dans 2,7% des cas. Les facteurs alimentaires associés au RGO étaient : la consommation de boisson alcoolisée ($p=0,03$), le café ($p<0,001$), la prise d'aliments gras ($p<0,001$), la prise de chocolat ($p=0,02$), et la prise de boisson gazeuse ($p=0,04$). Les autres facteurs alimentaires comme la prise d'épices (0,08), et la prise de tabac ($p=0,81$) n'étaient pas associés au RGO.

Conclusion : La majorité des personnes souffrant de RGO dans notre série, n'a pas recours à une consultation médicale. L'automédication était fréquente en cas de traitement. Le RGO serait associé à la consommation de boisson alcoolisée, de café, de repas gras, de chocolat et à la prise de boisson gazeuse.

Pour consulter ce résumé en ligne :
<https://www.snfge.org/resumes-2019/000181>

P.313

Le reflux gastro-œsophagien du sujet âgé : quelles particularités ?

A. Hammami ⁽¹⁾, K. Ben Abdessellem ⁽¹⁾, A. Ben Slama ⁽¹⁾, N. Elleuch ⁽¹⁾, H. Jaziri ⁽¹⁾, A. Braham ⁽¹⁾, S. Ajmi ⁽¹⁾, M. Ksiaa ⁽¹⁾, A. Jmaa ⁽¹⁾

(1) Sousse, TUNISIE.

Introduction : De rares études se sont intéressées aux caractéristiques du reflux gastro-œsophagien (RGO) chez le sujet âgé. Ces études suggèrent que la symptomatologie clinique est souvent atypique et que les lésions endoscopiques sont plus sévères dans cette population. **Le but de ce travail** est de déterminer les caractéristiques cliniques et endoscopiques du RGO chez les sujets âgés.

Patients et Méthodes : IL s'agit d'une étude rétrospective comparative mono centrique, incluant 237 patients suivis au service de gastro-entérologie Sahloul pour un RGO, et répartis en deux groupes : le premier groupe, incluait les sujets de plus de 65 ans (N :85 ; âge moyen : 69 ans, H :44) et le deuxième groupe, des sujets de moins de 65 ans (N :152 ; âge moyen :45,5 ans ; H :64).

Résultats : Le pyrosis était le symptôme prédominant dans le groupe 2 (N=100 ;65%). Sa prévalence était plus faible dans le groupe 1 (N= 11; 12 %) avec une différence significative (p<0,05) Dans le groupe1, le RGO se manifestait dans la plupart des cas par des symptômes atypiques (63%) vs 35% dans le groupe 2 (p <0,05) avec prédominance des douleurs thoraciques (22%) suivis par des symptômes respiratoires (18%). Une œsophagite de reflux était plus fréquente dans le groupe 1 (36%) dont 5 % avaient une œsophagite sévère vs 21% dans le groupe 2 dont 3 % seulement avait une œsophagite sévère (p<0,01). Une complication type endobranchyœsophage (EBO) était plus fréquente dans le groupe 1 (6,6 % vs 3,1% ; p<0,01).

Conclusion : Selon notre série, le RGO chez les sujets âgés de plus de 65 ans était caractérisé par des manifestations cliniques atypiques et un taux plus important de complications (œsophagite sévère, EBO).

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/001096>

P.314

Apport de la pH-impédancemétrie œsophagienne dans les manifestations extra-digestives du reflux gastro-œsophagien (RGO)

S. Kordjani ⁽¹⁾

(1) Alger, ALGÉRIE.

Introduction : L'impédancemétrie endoluminale œsophagienne est une nouvelle technique prometteuse dans l'exploration du reflux gastro-œsophagien (RGO). Couplée à la pH-métrie, elle permet de déterminer la nature des épisodes de reflux acides et non acides, ainsi que leurs relations avec les symptômes.

L'objectif de ce travail était d'évaluer l'apport de cet examen chez les patients présentant des manifestations extradiigestives d'un reflux ainsi que leurs rapports avec les symptômes.

Patients et Méthodes : Une pH-impédancemétrie ambulatoire de 24h a été réalisée chez 119 patients consécutifs dans notre centre (58 femmes, 61 hommes, âge moyenne 48,08 ans). Les indications étaient le bilan d'un RGO réfractaire (n = 58), des symptômes respiratoires (n = 33), des symptômes ORL (n = 12), des douleurs thoraciques (n = 08), et d'autres symptômes (n= 10). Tous les malades dont l'indication était un RGO réfractaire étaient sous IPP à double dose.

Les patients présentant des manifestations extradiigestives sont explorés dans les services concernés avant d'être orientés chez nous.

Les malades devaient préciser, à l'aide des marqueurs d'événements, les heures de repas, de coucher et surtout leurs symptômes.

L'analyse était effectuée à l'aide du logiciel MMS. La probabilité d'association symptomatique (PAS) était calculée pour les reflux acides et non acides.

Résultats : L'analyse de l'enregistrement a permis d'objectiver la présence d'un reflux faiblement acide dans 49 cas (41.17%), d'un reflux acide dans 48 cas (40.3%) et d'un reflux mixte dans 22 cas (18.48 %).

L'activation des marqueurs d'événements pour la symptomatologie clinique a permis de rattacher les symptômes extradiigestifs à des épisodes de reflux (PAS positif) dans 66 cas (55,46%) : Reflux acide dans 34 cas, reflux faiblement acide dans 25 cas et reflux mixte dans 7 cas. Aucune corrélation entre les signes cliniques et les épisodes de reflux n'a été noté chez 53 patients (44,53%) soulevant l'hypothèse de troubles fonctionnels associés.

Conclusion : Plus des deux cinquième (2/5) des épisodes de reflux sont non-acides. Il existe une association symptômes/reflux non acides dans 51% des cas. Ces résultats montrent l'intérêt de l'impédancemétrie, en particulier chez les malades dont la symptomatologie extradiigestive est suspecte de reflux gastro-œsophagien, mais pour lesquels la seule analyse pH-métrique ne permet pas d'établir un lien de causalité entre les symptômes et les épisodes de reflux.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000550>

P.315

Caractérisation des troubles moteurs œsophagiens au cours du reflux gastro-œsophagien par manométrie à haute résolutionA. Labidi ⁽¹⁾, L. Zouiten ⁽¹⁾, M. Serghini ⁽¹⁾, N. Ben Mustapha ⁽¹⁾, M. Fekih ⁽¹⁾, J. Boubaker ⁽¹⁾

(1) Tunis, TUNISIE.

Introduction : Le reflux gastro-œsophagien (RGO) peut s'associer à des troubles mineurs de la motricité œsophagienne tels que la motricité œsophagienne inefficace et le péristaltisme fragmenté. L'objectif de ce travail est de caractériser les anomalies de la motricité œsophagienne chez les patients ayant un RGO en utilisant la manométrie œsophagienne à haute résolution (MHR) et de chercher les facteurs qui leur sont associés.

Patients et Méthodes : Les patients ayant un RGO et ayant bénéficié d'une MHR ont été inclus dans l'étude. Les données démographiques, cliniques et endoscopiques ont été relevées à partir des fiches médicales. Les résultats de la MHR ont été interprétés selon la troisième version de la classification de Chicago. Le tonus du sphincter inférieur de l'œsophage (SIO) était considéré normal s'il est entre 10 et 45 mmHg.

Résultats : Nous avons inclus 31 patients d'âge moyen de 56 ±15,2 ans. Ils étaient 14 hommes et 17 femmes. Les troubles moteurs œsophagiens (TMO) diagnostiqués à la MHR étaient : un apéristaltisme (n=1; 3,2%), une motricité œsophagienne inefficace (n=6; 19,4%), un péristaltisme fragmenté (n=1; 3,2%) et une achalasie de type I (n=1; 3,2%). La MHR était normale chez le reste des patients. Le SIO était hypotonique chez 6 patients (19,4%) et hypertonique chez 1 patient (32%). La dysphagie était significativement plus fréquente parmi les patients ayant une motricité œsophagienne inefficace (respectivement 66,7% vs 16%; p=0,026). Les patients ayant une hernie hiatale étaient plus âgés que les patients ne l'ayant pas avec une tendance à la significativité statistique (respectivement 63,5± 6 vs 50,1±15 ans; p=0,05). Nous n'avons pas trouvé d'association entre les caractéristiques démographiques, cliniques et endoscopiques et les autres TMO.

Conclusion : La motricité œsophagienne inefficace était le TMO le plus fréquents parmi nos patients. Elle était le plus souvent associée à la dysphagie. Un TMO majeur à type d'achalasie est à éliminer systématiquement devant une dysphagie et à fortiori dans un contexte pré-opératoire.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000149>

P.316

Manifestations bucco-dentaires du reflux gastro-œsophagien : résultats d'une étude prospective marocaineT. Addajou ⁽¹⁾, S. Ouahid ⁽¹⁾, Y. Azali ⁽¹⁾, S. Berrag ⁽¹⁾, L. Ndayikeza ⁽¹⁾, M. Fidèle ⁽¹⁾, S. Jamal ⁽¹⁾, M. Tamzaourte ⁽¹⁾, A. Aourah ⁽¹⁾

(1) Rabat, MAROC.

Introduction : Le reflux gastro œsophagien (RGO) et ses complications à long court constitue une pathologie fréquente qui altère la qualité de vie des malades. Le reflux peut atteindre la cavité buccale et affecter les dents et la muqueuse buccale. Les érosions dentaires représentent le principal risque buccal du RGO.

L'objectif de notre travail est d'évaluer la prévalence et la sévérité des manifestations buccodentaires en cas de RGO.

Matériels et méthodes : Il s'agit d'une étude prospective, portant sur 30 sujets atteints de RGO, et 30 patients sains (échantillon témoin). On a évalué chez tous les patients l'état buccodentaire par un questionnaire portant sur les habitudes d'hygiène buccodentaire et un examen minutieux (évaluation des usures dentaires, des lésions muqueuses et mesure du pH salivaire). Toutes les données cliniques ont été recueillies et analysés par le logiciel SPSS20.

Résultats : Les résultats montrent qu'il ya une association significative entre la présence du RGO et la présence des érosions dentaires (p< 0.001). Et que la présence de ces derniers est associée a des signes de gravité endoscopique. Les méthodes d'hygiène buccodentaires sont également associées à la présence d'érosions dentaires liées à l'IRGO. Le pH salivaire acide aggrave la maladie dentaire liée à l'IRGO.

Conclusion : Le RGO est à l'origine de manifestations buccodentaires, dont l'érosion dentaire est considérée comme l'atteinte dentaire majeure. Nous soulignons l'intérêt de la collaboration entre gastroentérologue et médecins dentaires dans prise en charge de cette pathologie.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000356>

P.317

Corrélation des symptômes du reflux gastro-oesophagien avec l'indice de masse corporelle

M.A. Lkousse ⁽¹⁾, A. El Farouki ⁽¹⁾, J. El Atmani ⁽¹⁾, Y. Ismail ⁽¹⁾, K. Gharbi ⁽¹⁾, S. Oubaha ⁽¹⁾, Z. Samlani ⁽¹⁾, K. Krati ⁽¹⁾

(1) Marrakech, MAROC.

Introduction : Le reflux gastro-oesophagien (RGO) représente un problème de santé public à cause de sa grande prévalence et de son impact sur la qualité de vie. Des études ont montré une association incohérente entre un indice de masse corporelle (IMC) élevé et le risque élevé de symptômes de RGO. Le but de la présente étude est d'estimer la force de l'association entre l'IMC et les symptômes de RGO.

Patients et Méthodes : Un total de 100 patients qui se sont présentés pour des symptômes de RGO au différentes consultations de gastro-entérologie sur une période de 6 mois, allant de Septembre 2016 à Mars 2017, ont été inclus et interrogés selon un questionnaire de RGO validé. Il comprenait des questions concernant les symptômes du RGO et leur gravité / fréquence. La taille et le poids ont également été enregistrés et l'IMC calculé. On a divisé nos patients en deux groupes selon l'IMC (IMC élevé vs IMC normal). La saisie des données a été effectuée par logiciel de statistiques SPSS 24.0. La différence était significative lorsque $p < 0,05$.

Résultats : Parmi les 100 patients inclus dans l'étude, 53% étaient des femmes. L'âge moyen des sujets était de $33,5 \pm 14,3$ ans, avec des extrêmes allant de 18 à 70 ans. La prévalence de l'obésité ($IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$) était de 25,3%, tandis que 38,1% étaient en surpoids. Les patients obèses rapportaient des symptômes gastro-intestinaux plus que ceux ayant un IMC normal. On a trouvé une relation statistiquement significative entre l'IMC élevé et les vomissements fréquents ($p = 0,02$), la douleur épigastrique ($p = 0,03$), les régurgitations acides ($p = 0,02$) et la sensation de plénitude postprandiale ($0,01$). Cependant, on n'a pas trouvé d'association avec les nausées ($p = 0,08$) et les manifestations extradiigestives ($p = 0,06$).

Conclusion : La majorité des symptômes de RGO ont une plus grande probabilité de se produire chez des patients obèses.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000940>

P.318

Apport de la manométrie à haute résolution dans les dysphagies à endoscopie normale

S. Lajouad ⁽¹⁾, I. Serraj ⁽¹⁾, M. Acharki ⁽¹⁾, M. Salihoun ⁽¹⁾, N. Kabbaj ⁽¹⁾

(1) Rabat, MAROC.

Introduction : La dysphagie est un motif fréquent de consultation en gastroentérologie. La manométrie oesophagienne est recommandée pour l'exploration de la dysphagie, lorsque la gastroscopie est normale et les biopsies oesophagiennes sont négatives. L'avènement de la manométrie haute résolution (MHR) a conduit à l'élaboration d'une nouvelle classification des troubles moteurs de l'oesophage. Le but de cette étude est d'évaluer la fréquence et identifier le type de troubles moteurs oesophagiens chez des patients dysphagiques ayant une endoscopie digestive haute normale.

Matériels et méthodes : Ont été inclus 141 patients présentant une dysphagie avec une endoscopie digestive haute normale, biopsies oesophagiennes négatives et qui ont bénéficié d'une MHR. Les troubles moteurs oesophagiens ont été identifiés selon la classification de Chicago. L'âge moyen de nos patients était de 42 ans (16-71 ans). Il s'agissait de 50,4% hommes et 49,6% femmes.

Résultats : La MHR était pathologique chez 87 cas (61,7%). Elle a révélé une achalasie chez 74 patients (52,5%). Il s'agissait d'une achalasie type I chez 23 patients (16,3%), type II chez 44 patients (31,2%) type III chez 7 cas (5%). Elle a montré des troubles moteurs pouvant correspondre à une sclérodémie chez 6 patients (4,2%), une obstruction de la jonction oeso-gastrique chez 4 cas (2,8%), un oesophage marteau-piqueur chez 3 cas (2,1%). La MHR était normale chez 54 malades (38,3%).

Conclusion : La MHR de l'oesophage représente un progrès incontestable dans l'exploration de la motricité de l'oesophage, principalement des dysphagies à endoscopie normale. L'achalasie, que l'on peut maintenant classer en 3 types selon les résultats de la MHR, reste le trouble moteur primitif le plus fréquemment retrouvé.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000832>

P.319

Achalasie : résultats de la dilatation endoscopique et facteurs prédictifs d'échec

A. Ouni ⁽¹⁾, A. Khsiba ⁽²⁾, B. Hasnaoui ⁽³⁾, M. Medhioub ⁽²⁾, M. Mahmoudi ⁽²⁾, L. Hamzaoui ⁽⁴⁾, M.M. Azouz ⁽²⁾

(1) Bizerte, TUNISIE ; (2) Nabeul, TUNISIE ; (3) Sousse, TUNISIE ; (4) Tunis, TUNISIE.

Introduction : L'achalasie, une maladie rare, est un trouble moteur primitif de l'œsophage. Son traitement consiste à diminuer la pression au niveau du sphincter inférieur de l'œsophage (SIO). La dilatation pneumatique est une méthode thérapeutique efficace qui représente une alternative au traitement chirurgical.

Le but de notre étude est d'étudier les résultats de la dilatation endoscopique et d'en dégager les facteurs prédictifs d'échec.

Matériels et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective analytique sur une période de 4 ans (2014-Juin 2018) incluant les patients traités par dilatation pneumatique pour mégacœsophage. N'ont pas été inclus les patients ayant eu antérieurement une chirurgie de Heller ou ceux ayant reçu un traitement médicamenteux. Les malades qui n'ont pas été suivis après dilatation ont été exclus. Un échec du traitement est défini par la persistance de la dysphagie après 3 séances de dilatation ou une rechute dans les 2 ans suivant la première dilatation. Les paramètres étudiés étaient les données épidémiologiques, cliniques, manométriques de l'achalasie et le résultat du traitement endoscopique par dilatation.

Résultats : Dix sept patients ont été colligés d'âge moyen= 47ans (9-83) ; 41% des patients (n=7) étaient âgés de moins de 40 ans. Une prédominance féminine était notée avec unsex-ratio F/H= 1.4. Les patients avaient un score d'Eckardt moyen= 7 (4-10) avec la présence d'une douleur thoracique dans 41% des cas. La manométrie avait conclu à une achalasie de type 1 dans 35% des cas et de type 2 dans 65% des cas. Sept patients (41%) avaient une pression de repos du SIO> 35mmHg et 72% des cas avaient une pression résiduelle du SIO> 10mmHg. La quasi-totalité des malades (n=16) avaient eu une première dilatation par un ballonnet de 30mm, aucune complication grave n'a été décelée hormis un cas de RGO. Le nombre moyen de dilatations était de 2,8 avec 47% des patients qui ont eu 2 dilatations, 23% ayant eu 3 dilatations et 4 dilatations chez 5 patients. Près de la moitié des patients (47%) n'a pas répondu à la dilatation. En analyse bivariée, seuls l'âge jeune <40 ans et la présence de douleur thoracique étaient prédictifs d'échec de la dilatation (p=0,008). Cependant, aucun facteur n'était retrouvé en analyse multivariée.

Conclusion : Dans notre série, la dilatation endoscopique représente une méthode assez efficace dans le traitement de l'achalasie avec un taux de succès qui dépasse les 50%. La réponse aurait pu être meilleure si nous avions inclus des patients avec un nombre satisfaisant de dilatations. Comme dans la littérature, on préconise aux patients jeunes, d'âge inférieur à 40 ans et ceux qui présentent une douleur thoracique associée à la dysphagie une myotomie de Heller d'emblée, ou per endoscopique.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000254>

P.320

Contractions œsophagiennes faibles au cours de la manométrie à haute résolution

L. Zouiten ⁽¹⁾, A. Labidi ⁽¹⁾, M. Serghini ⁽¹⁾, N. Ben Mustapha ⁽¹⁾, M. Fekih ⁽¹⁾, J. Boubaker ⁽¹⁾

(1) Tunis, TUNISIE.

Introduction : Le but de ce travail est d'étudier les contractions de faible amplitude définies par une intégrale de contraction distale (ICD) inférieure à 450 mmHg.s.cm dans plus de 50% des déglutitions en manométrie à haute résolution (MHR).

Patients et Méthodes : Nous avons analysé rétrospectivement les manométries faites entre janvier 2017 et mai 2018 avec une ICD inférieure à 450 mmHg.s.cm dans plus de 50% des déglutitions. En utilisant la classification de Chicago v3.0, l'absence de contractilité était définie par une ICD inférieure à 100 mmHg.s.cm dans 100% des déglutitions et une motilité inefficace quand l'ICD était inférieure à 450 mmHg.s.cm dans plus de 50% des déglutitions.

Résultats : 171 patients ont été inclus. Les indications les plus fréquentes étaient une dysphagie et un reflux gastro-œsophagien (RGO) (45% and 25.7% respectivement). Une amplitude faible dans plus de 50% des déglutitions a été observée chez 96 patients avec un âge moyen de 49 ± 16 ans. 53 patients présentaient une contractilité absente ou inefficace. Dans ce groupe, la sclérodémie et le RGO avec dysphagie étaient les indications les plus fréquentes (P<10-4), le sexe féminin était prédominant (77% vs 61%; p =0.026) et une hypotonie du SIO était plus fréquemment retrouvée (p = 0.046).

23 patients avaient une absence de contractilité et 30 patients avaient une motilité inefficace. Parmi ces derniers, 16 avaient des contractions absentes dans plus de 50% des déglutitions et 1 patient avait 100% des déglutitions faibles. L'absence de contractilité était caractérisée par une prédominance féminine (87.5% vs 71%), plus de sclérodémie (62.5 vs 32%) et de RGO avec dysphagie (32% vs 29%).

Conclusion : Des troubles majeurs du péristaltisme représentés par une contractilité absente ont été observés dans l'achalasie, la sclérodémie et le RGO avec dysphagie alors que des troubles mineurs du péristaltisme représentés par une motilité inefficace de l'œsophage dans la dysphagie et le RGO sans dysphagie.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000216>

P.321

Les troubles moteurs œsophagiens au cours de la sclérodémie systémique : fréquence et facteurs prédictifs

I. Akoch ⁽¹⁾, H. Abid ⁽¹⁾, A. Lamine ⁽¹⁾, M. Lahlali ⁽¹⁾, N. Lahmidani ⁽¹⁾, M. Elyoussfi ⁽¹⁾, D.A. Benajah ⁽¹⁾, M. Elabkari ⁽¹⁾, S.A. Ibrahimi ⁽¹⁾

(1) Fès, MAROC.

Introduction : La sclérodémie systémique est une connectivité sévère caractérisée par une fibrose tissulaire systémique atteignant aussi l'appareil digestif, en particulier l'œsophage, dont l'étiologie reste inconnue. Le but de notre de travail est d'étudier l'apport de la manométrie dans le diagnostic de l'atteinte œsophagienne et d'en déterminer les facteurs prédictifs.

Patients et Méthodes : 52 patients répondant au diagnostic de la sclérodémie systémique selon les critères EULAR/ACR 2013, adressés au service d'exploration fonctionnelle digestive, entre janvier 2010 et juillet 2018. Ces patients avaient tous bénéficié d'une manométrie œsophagienne.

Le but de notre de travail est d'étudier l'apport de la manométrie dans le diagnostic de l'atteinte œsophagienne, analyser les troubles moteurs observés et d'évaluer leurs fréquence, ainsi de déterminer les facteurs prédictifs d'atteinte œsophagienne au cours de cette affection.

Résultats : L'âge moyen de nos patients était de 48.78 ans. 88.5% (n=46) était de sexe féminin. La durée moyenne d'évolution de la maladie était de 45 ans (25-1 an). Sur le plan digestif, 76.92% avaient une dysphagie, 53.84% des régurgitations, et 28.84% des patients avaient une dyspepsie. D'après les résultats de la manométrie œsophagienne, 55.8% des patients avaient un apéristaltisme et 42.3% une hypotonie du sphincter inférieur de l'œsophage. En analyse univariée, il existait une association significative entre l'hypotonie et l'existence d'une dysphagie (p=0.05), les régurgitations (p=0.05), et la présence d'un apéristaltisme (p=0.002). La présence d'un apéristaltisme était associée de manière significative avec l'âge précoce de début de la maladie (p=0.003), le syndrome de Raynaud (p=0.019), l'atteinte cardio-vasculaire (p=0.002), une thrombopénie (p=0.050), et un titre positif des AC anti-centromères (p=0.01). En analyse multivariée, les facteurs prédictifs d'une atteinte œsophagienne sclérodermique étaient : l'âge jeune de la maladie (p=0.008), la durée d'évolution (p=0.019), l'ancienneté de la dysphagie (p=0.031), une vitesse de sédimentation accélérée (p=0.04), et enfin un titre positif des AC anti-centromères (p=0.018) et des AC anti-SLA (p=0.029).

Conclusion : L'atteinte motrice œsophagienne est fréquente au cours de la sclérodémie systémique. Elle peut être spécifique ou non spécifique. La manométrie œsophagienne devrait être systématiquement réalisée chez ces patients, même en l'absence de la dysphagie.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000858>

P.322

Troubles moteurs œsophagiens au cours de la sclérodémie systémique diagnostiqués à la manométrie à haute résolution : étude monocentrique

A. Labidi ⁽¹⁾, L. Zouiten ⁽¹⁾, I. Benghorbel ⁽¹⁾, J. Boubaker ⁽¹⁾

(1) Tunis, TUNISIE.

Introduction : Au cours de la sclérodémie systémique (SS), les troubles moteurs œsophagiens (TMO) sont fréquents. Ils peuvent être révélés par une dysphagie, un reflux gastro-œsophagien ou être totalement asymptomatiques. L'avènement de la manométrie œsophagienne à haute résolution (MHR) a permis d'améliorer la sensibilité et la spécificité diagnostiques de ces troubles. L'objectif de ce travail est de caractériser les TMO chez les patients ayant une SS par MHR et de déterminer les facteurs démographiques, cliniques et endoscopiques qui leur sont associés.

Patients et Méthodes : Tous les patients suivis pour SS et ayant bénéficié d'une MHR durant une période allant de janvier 2017 à Mai 2018 ont été inclus de façon rétrospective. Les résultats de la MHR ont été interprétés selon la troisième version de la classification de Chicago

Résultats : Un total de 29 patients ont été colligés. Ils étaient 28 femmes et 1 homme. L'âge moyen était de 56.5 ± 13 ans. Les symptômes rapportés par les patients étaient : une dysphagie (n=16 ; 55.2%), un pyrosis (n=13 ; 44.8%), des régurgitations (n=3 ; 10.3%), une toux et des symptômes ORL (n=6 ; 20.6%). Cinq patients (17.2%) étaient asymptomatiques. La fibroscopie digestive haute avait mis en évidence une œsophagite chez 3 patients (16.7%) et une hernie hiatale chez 2 patients (11.1%). Les TMO diagnostiqués à la MHR étaient à type de : apéristaltisme (n= 11; 39.3%), motricité œsophagienne inefficace (n=10; 35.7%), défaut de relaxation de la jonction oeso-gastrique (n=1 ; 3.6%). La motricité œsophagienne était normale chez 6 patients (21.4%). Une hypotonie du sphincter inférieur de l'œsophage (SIO) était notée chez 6 patients (20.7%). Les facteurs qui étaient associés à l'apéristaltisme étaient : les régurgitations (OR= 2.89 [1.70 ; 4.90] ; p=0.029) et l'œsophagite (OR=5.00 [1.81 ;13.7] ; p=0.025). Aucun facteur n'était associé à la motricité œsophagienne inefficace ni à l'hypotonie du SIO. Tous les patients asymptomatiques avaient des TMO.

Conclusion : Les TMO les plus fréquents au cours de la SS dans notre série étaient l'apéristaltisme et la motricité œsophagienne inefficace. L'œsophagite et les régurgitations étaient associées à l'apéristaltisme. Il n'y avait pas d'association entre les autres TMO et les caractéristiques démographiques, cliniques et endoscopiques des patients.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000150>

P.323

Achalasie et ses sous-types : similitudes et différences

T. Surdea-Blaga ⁽¹⁾, L. David ⁽¹⁾, D.L. Dumitrascu ⁽¹⁾
(1) Cluj-Napoca, ROUMANIE.

Introduction : Les trois types manométriques de l'achalasie sont considérés par certains auteurs comme différentes étapes de l'évolution du même trouble. Dans cette optique, notre étude avait pour objectif de mettre au point une caractérisation clinique et manométrique des patients atteints d'achalasie et de rechercher les principales différences entre les trois types d'achalasie.

Patients et Méthodes : Nous avons étudié de manière rétrospective les enregistrements (n=202) de manométrie œsophagienne haute résolution avec topographie de pression (MOHR-TP) réalisés dans notre service dans la période novembre 2015- juillet 2018, et nous avons sélectionné tous les patients présentant un aspect manométrique d'achalasie, sur la base de la dernière classification de Chicago. Un questionnaire standardisé a été utilisé avant chaque manométrie pour enregistrer des données concernant les symptômes, le début, le poids, la taille et les traitements antérieurs. Les paramètres de MOHR-TP (pression du sphincter inférieur de l'œsophage (SIO) au repos, pression de relaxation intégrée (PRI), longueur de l'œsophage, longueur du SIO, proportion des déglutitions avec pressurisation pan-œsophagienne, relaxation du SIO) ont été enregistrés, et comparés entre les trois types d'achalasie, en utilisant le logiciel EpiInfoTM. Avec notre système de manométrie (sonde Unisensor), un PRI > 28 mmHg était considéré pathologique.

Résultats : Au total, 121 patients avaient un aspect manométrique d'achalasie. Nous avons exclu 24 patients, 22 patients ayant déjà reçu un traitement pour achalasie, un patient avait déglutitions insuffisantes pour analyse (< 8) et un autre avait une œsophagite à éosinophiles. Quarante-sept patients ont été considérés des nouveaux cas, dont 48 (49,4%) étaient des femmes. L'âge moyen était de 47,3 ± 15,5 ans (extrêmes 14 à 83 ans), avec 58,8% des patients âgés de moins de 51 ans et 12,4% des patients âgés de plus de 65 ans. Quarante-neuf patients (50,5%, 22 femmes) présentaient une achalasie de type I, 45 patients (46,4%) (25 femmes) une achalasie de type II et 3 patients (3,1%, 1 femme) une achalasie de type III. Vingt-trois patients (23,7%) avaient une PRI normale (< 28 mmHg) et étaient répartis de manière égale entre les types I et II.

La dysphagie était le symptôme le plus fréquemment signalé (97,9%), suivie de toux (64,9%), des éructations (61,2%), des douleurs thoraciques (39,0%), des pyroses (33,0%) et des régurgitations (23,7%). La durée médiane de la dysphagie était de 14 mois (intervalle de 2 à 120 mois). Les symptômes, l'âge, l'indice de masse corporelle (IMC), la longueur de l'œsophage, la longueur du SIO, les relaxations du SIO et la durée des symptômes n'étaient pas différents entre l'achalasie de type I et de type II.

Les patients atteints d'achalasie de type II présentaient des pressions de repos du SIO plus élevées que les patients atteints d'achalasie de type I (66,4 ± 21,7 mmHg vs 55,4 ± 23,5 mmHg, p = 0,02) et avaient tendance à avoir des valeurs de PRI plus élevées par rapport aux patients avec achalasie de type I (46,6 ± 16,3 mmHg vs 39,8 ± 16,5, p = 0,05). Les patients présentant une pressurisation de plus de moitié des déglutitions (n = 28, 62,2%) présentaient des valeurs de SIO plus élevées (70,3 ± 23,3 mmHg vs 52,5 ± 20,1 mmHg, p = 0,01) et des valeurs plus élevées pour l'PRI (49,0 ± 18,7 vs 36,6 ± 14,2 mmHg, p = 0,024), comparé aux patients avec pressurisation dans moins de 50% des déglutitions.

Conclusion : L'achalasie type I a eu les mêmes caractères démographiques et cliniques que l'achalasie type II. L'achalasie de type III a été rarement observée dans cette étude, possible du à différences régionales en ce qui concerne la prévalence d'achalasie et de ses sous-types. La dysphagie a été très fréquente, la toux a été présent chez la moitié des patients, alors que les symptômes de reflux n'étaient signalés que par un tiers des patients. Les patients atteints d'achalasie de type II présentaient une pression de repos du SIO et une PRI plus élevées que les patients présentant une achalasie de type I.

Pour consulter ce résumé en ligne :
<https://www.snfge.org/resumes-2019/001072>

P.324

Pressions sphinctériennes de repos au cours de la manométrie œsophagienne à haute résolution

L. Zouiten ⁽¹⁾, A. Labidi ⁽¹⁾, M. Serghini ⁽¹⁾, N. Ben Mustapha ⁽¹⁾, M. Fekih ⁽¹⁾, J. Boubaker ⁽¹⁾
(1) Tunis, TUNISIE.

Introduction : Le but de ce travail est d'évaluer le moment le plus approprié pour mesurer la pression de repos du sphincter œsophagien supérieur (SSO) et du sphincter œsophagien inférieur (SIO) au cours de la manométrie à haute résolution (MHR).

Patients et Méthodes : 70 patients ayant eu une MHR entre décembre 2016 et mars 2018 ont été recrutés. Une sonde à capteurs solides avec 36 capteurs circonférentiels a été utilisée. La mesure de la pression de repos a été effectuée au début et à la fin de l'examen, avant et après 10 déglutitions de 5 ml d'eau.

Résultats : La pression moyenne de repos du SSO a diminué entre le début et la fin de l'examen (p = 0,007). Une diminution de la pression de repos du SSO a été observée chez 62,9% des patients et une augmentation chez 35,7% (p < 10-4). Une hypertonie du SSO a été moins diagnostiquée à la fin de l'examen (p < 10-4). La pression moyenne du SIO a augmenté à la fin de l'enregistrement mais la différence n'était pas significative. La corrélation entre la pression de repos du SIO et la conclusion de l'examen était plus significative lorsque la pression était mesurée à la fin de la procédure (p = 0,001 vs p < 10-4). Une hypotonie et une hypertonie du SIO ont été diagnostiquées au début de l'enregistrement respectivement dans 10% et 8,6% et à la fin dans 13% et 11,4% (p < 10-4). Aucune corrélation n'a été observée entre une pression de repos anormale du SSO et celle du SIO dans les deux temps d'enregistrement.

Conclusion : La mesure des pressions basales à la fin de l'examen, après les déglutitions, semble être la meilleure pratique et reflète mieux la fonction physiologique des sphincters avec un effet moindre du nerf vague en situation de stress.

Pour consulter ce résumé en ligne :
<https://www.snfge.org/resumes-2019/000215>

Apport de l'évaluation de la réserve péristaltique œsophagienne dans le diagnostic des troubles moteurs en manométrie de haute résolution

E. Becam ⁽¹⁾, G. Fotsing ⁽¹⁾

(1) Poitiers.

Introduction : Le développement de la manométrie œsophagienne de haute résolution (MHR) a permis une meilleure caractérisation des troubles moteurs œsophagiens (TMO). A l'analyse classique s'ajoutent des tests de provocation tels que l'ingestion libre de 200mL d'eau qui peut démasquer une pressurisation ou le test des déglutitions rapides répétées (D2R) qui permet d'évaluer la réserve péristaltique œsophagienne. Le but de cette étude rétrospective est de décrire les caractéristiques de la réserve péristaltique en fonction du TMO selon la classification de Chicago (1).

Patients et Méthodes : De mars 2015 à avril 2018, nous avons analysé chez tous les patients référés dans notre centre pour une MHR, la réserve péristaltique par le test de D2R, consistant en la réalisation de 4 à 5 déglutitions rapprochées de 2 ml d'eau. Les patients ayant une mauvaise tolérance de la manométrie et les achalasies ont été exclus. Nous avons recueilli les antécédents, les symptômes principaux et les données usuelles de la manométrie (pression de relaxation intégrée(PRI), Intégrale de contraction distale (ICD), latence distale) après chaque déglutition de 5mL et après D2R. Le ratio ICD post-D2R/ICD médian des déglutitions standards a été calculé. Les données qualitatives sont présentées en pourcentage et les données quantitatives en moyenne $\pm$ écart type et comparées à l'aide du test du Chi-2 ou de Student.

Résultats : Deux cent vingt-sept patients (96 hommes, d'âge moyen 54 ans) ont eu une MHR avec test D2R analysable. Les principaux symptômes étaient le reflux gastro-œsophagien (46%) et la dysphagie (30%). Selon la classification de Chicago, il y avait 156 (69%) examens normaux, 24 (10%) troubles moteurs majeurs, 38 (17%) syndromes de motricité inefficace, 7(3%) péristaltismes fragmentés et 2(1%) examens inclassés.

L'ICD médiane post-D2R était de 828 (297- 1837) mmHg.s.cm et 44 patients ne présentaient aucune contraction post test. Nous avons comparé les paramètres de la contraction post D2R entre les examens normaux et les différents groupes de TMO : en cas d'apéristalisme (n =6), la contraction post-D2R était toujours absente (p = 0,0002); les œsophages marteau-piqueurs (n =3) avaient une ICD post-D2R (18 957vs 1467 mmHg.s.cm; p = 0,006) et un ratio des ICD (1,07 vs 1,98 ; p=0,03) significativement plus élevés ; les obstructions fonctionnelles de la jonction (n =10) avaient une PRI post-D2R plus élevée (3,78 vs 11,03 ; p = 0,01) ; En cas de spasmes œsophagiens (n = 5), il n'y avait pas de différence significative en terme d'ICD (1467 vs1091mmHg.s.cm ; p= 0,34) ou de latence (13,7 vs 13,4 ; p=0,51) post-D2R mais tous les patients avaient un rapport des ICD < 1 et 4 d'entre eux une perte d'inhibition déglutitrice.

Chez les patients ayant un syndrome de motricité inefficace, il n'y avait pas de différence entre les groupes ayant une ICD post D2R > 450mmHg.s.cm et ceux < 450. Nous n'avons pas non plus retrouvé de différence de paramètres post D2R en fonction des symptômes.

Conclusion : Notre étude montre que le test de D2R semble reproduire l'anomalie dominante du TMO, sensibilisant ainsi le diagnostic. Il pourrait être utilisé en cas de doute diagnostique.

Références Bibliographiques : (1) Kahrilas PJ, Bredenoord AJ, Fox M, Gyawali CP, Roman S, Smout AJPM, et al. The Chicago Classification of esophageal motility disorders, v3.0. Neurogastroenterol Motil Off J Eur Gastrointest Motil Soc. févr 2015.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000664>

Validation en langue française d'un questionnaire d'hypersensibilité œsophagienne chez des patients adressés pour manométrie œsophagienne

S. Roman ⁽¹⁾, T. Taft ⁽²⁾, E. Becam ⁽¹⁾, M. Craven ⁽²⁾, A. Hastier ⁽¹⁾, L. Guadanioli ⁽²⁾, M. Napoléon ⁽¹⁾, C. Spire ⁽¹⁾, D. Carlson ⁽²⁾, F. Mion ⁽¹⁾

(1) Lyon ; (2) Chicago, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE.

Introduction : Les troubles fonctionnels digestifs sont souvent associés à une anxiété et une hypervigilance vis-à-vis des symptômes ressentis. Un score d'hypersensibilité œsophagienne a été récemment développé pour évaluer la sévérité de l'anxiété et de l'hypervigilance chez des patients présentant des troubles fonctionnels œsophagiens (1). Le but de notre étude était de valider ce score d'hypersensibilité œsophagienne en langue française.

Patients et Méthodes : De juillet 2017 à juillet 2018, il a été proposé à tous les patients adressés pour manométrie œsophagienne de haute résolution de remplir un score d'Eckart (questionnaire validé pour l'évaluation des symptômes en cas d'achalasie), un score de GERD-Q (score validé pour l'évaluation des symptômes de reflux gastro-œsophagien) et un questionnaire d'hypersensibilité œsophagienne (HSO). Ce questionnaire a été traduit en français par 2 experts en motricité œsophagienne ayant le français pour langue maternelle. Il comporte 15 affirmations (9 évaluant l'anxiété et 6 l'hypervigilance). Le patient doit évaluer chaque affirmation sur une échelle de Likert de 5 points (allant de 0 = pas du tout d'accord du tout à 4 = tout à fait d'accord). Les patients ont été groupés en fonction de l'indication de la manométrie (dysphagie, reflux, autres). Le score total obtenu au questionnaire HSO a été calculé et comparé entre les groupes. La méthode de validation utilisée a été la même que celle utilisée en langue anglaise (1) : évaluation de la cohérence interne à l'aide du coefficient α de Cronbach et la fiabilité du score avec l'indice de Guttman.

Résultats : Parmi 751 patients adressés pour manométrie œsophagienne et acceptant de remplir les questionnaires, 493 patients (56% d'hommes, âge moyen 54 ans) ont effectivement rempli le questionnaire HSO. Le score total obtenu à ce questionnaire a une excellente cohérence interne (coefficient alpha de Cronbach = 0.91) et une excellente fiabilité (indice de Guttman = 0.90). Le score HSO n'est pas différent entre les groupes de patients alors que, logiquement, les patients avec dysphagie ont un score d'Eckardt plus élevé que les autres (p<0.001) et les patients avec un reflux un score de GERD-Q plus élevé que ceux avec dysphagie (p<0.001) (Tableau).

Score moyen (écart type)	Tous patients (N=493)	les Dysphagie (N=163)	Reflux (N=118)	Autre (N=212)
GERDQ	8.04 (3.51)	7.63 (3.59)	9.52 (3.15)	7.53 (3.43)
Score d'Eckardt	4.37 (2.69)	5.56 (2.74)	3.97 (2.43)	3.67 (2.47)
HO total	26.18 (15.16)	26.79 (14.93)	26.64 (15.02)	25.46 (15.43)
HO anxiété	16.43 (10.0)	17.55 (9.63)	16.38 (10.03)	15.62 (10.23)
HO hypervigilance	10.73 (6.30)	10.79 (6.31)	11.50 (5.93)	10.27 (6.46)

Conclusion : Le questionnaire HSO est valide en langue française. Des études complémentaires sont nécessaires pour démontrer l'utilité de ce score dans la prise en charge des patients, notamment identifier des groupes de patients susceptibles d'avoir une HSO.

Références Bibliographiques : (1) Taft T et al ; Validation of the esophageal hypervigilance and anxiety scale for chronic esophageal disease. Aliment Pharmacol Ther 2018 ; 47 : 1277-7

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000496>

Validation en langue française d'un questionnaire court de dysphagie chez des patients adressés pour manométrie œsophagienne

S. Roman ⁽¹⁾, T. Taft ⁽²⁾, A. Hastier ⁽¹⁾, L. Guadanioli ⁽²⁾, E. Becam ⁽¹⁾, M. Craven ⁽²⁾, M. Napoléon ⁽¹⁾, C. Spire ⁽¹⁾, D. Carlson ⁽²⁾, F. Mion ⁽¹⁾

(1) Lyon ; (2) Chicago, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE.

Introduction : L'évaluation de la sévérité de la dysphagie est importante pour orienter la prise en charge des pathologies fonctionnelles œsophagiennes. Les questionnaires de dysphagie disponibles sont soit peu précis soit trop longs pour être facilement utilisés. Un questionnaire court a été développé en langue anglaise pour évaluer la fréquence et l'intensité de la dysphagie (1). Notre but était de valider ce questionnaire en langue française dans une cohorte de patients adressés pour manométrie œsophagienne.

Patients et Méthodes : De juillet 2017 à juillet 2018, il a été proposé aux patients adressés pour manométrie œsophagienne de haute résolution de remplir un score d'Eckardt (validé pour l'évaluation symptomatique en cas d'achalasie), un score de GERD-Q (validé pour l'évaluation symptomatique du reflux gastro-œsophagien) et un questionnaire court de dysphagie (QDC). Le QDC a été traduit en français par 2 experts en motricité œsophagienne ayant le français pour langue maternelle. Il comporte 6 questions pour évaluer la fréquence et l'intensité (sur des échelles de 0 à 5) de la dysphagie pour les solides, les aliments mous, et les liquides, ainsi que 2 questions pour évaluer la fréquence de la douleur et de la toux (ou sensation d'étouffement) lors des déglutitions. Les patients ont été groupés en fonction de l'indication de la manométrie (dysphagie, reflux, autres). Le score total obtenu au questionnaire court de dysphagie a été calculé et comparé entre les groupes. La méthode de validation utilisée a été la même que celle utilisée en langue anglaise (1) : évaluation de la cohérence interne à l'aide du coefficient α de Cronbach et la fiabilité du score avec l'indice de Guttman. La corrélation du score QDC avec les scores d'Eckardt et de GERD-Q a été étudiée avec le coefficient de corrélation de Pearson.

Résultats : Le QDC était rempli de façon exhaustive par 539 patients (44% d'hommes, âge moyen 54 ans). Le score total obtenu à ce questionnaire a une excellente cohérence interne (coefficient alpha de Cronbach = 0.90) et une excellente fiabilité (indice de Guttman = 0.92). La corrélation est bonne avec le score d'Eckardt ($r=0.65$, $p<0.001$) alors qu'elle est médiocre avec le score de GERD-Q ($r=0.21$, $p<0.01$). Les patients adressés pour dysphagie ($n=163$) ont un score d'Eckardt et un score de dysphagie significativement plus élevé que les patients adressés pour reflux ou pour une autre indication ($p<0.001$; tableau).

Score moyen (écart type)	Tous les patients (n=539)	Dysphagie (n=163)	Reflux (n=139)	Autre (n=237)
GERDQ	8.07 (3.50)	7.66 (3.43)	9.61 (3.30)	7.51 (3.41)
Score d'Eckardt	4.19 (2.69)	5.48 (2.73)	3.65 (2.37)	3.53 (2.48)
QDC total	8.53 (9.66)	15.85 (9.30)	4.64 (6.72)	5.78 (8.57)
QDC fréquence des symptômes	5.37 (6.30)	9.64 (6.42)	2.96 (4.36)	3.70 (5.58)
QDC intensité des symptômes	3.39 (3.93)	6.20 (3.64)	1.68 (2.71)	2.08 (3.36)

Conclusion : Le questionnaire court de dysphagie est un outil valide en langue française pour l'évaluation de la dysphagie en pratique clinique. Il reste maintenant à démontrer que ce questionnaire est sensible aux changements, et donc utile pour le suivi des patients dysphagiques.

Références Bibliographiques : (1) Taft T et al ; Development and validation of the brief esophageal dysphagia questionnaire. Neurogastroenterol Motil 2016 ; 28 : 1854-60

Pour consulter ce résumé en ligne :
<https://www.snfge.org/resumes-2019/000491>

Syndrome de Plummer-Vinson : aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques

M. Ghribi ⁽¹⁾, A. Guediche ⁽¹⁾, S. Ben Amor ⁽¹⁾, W. Ben Mansour ⁽¹⁾, B.C. Nabil ⁽¹⁾, H.L. Mohamed ⁽¹⁾, L. Safer ⁽¹⁾

(1) Monastir, TUNISIE.

Introduction : le syndrome de Plummer Vinson (SPV) est une pathologie rare se révélant principalement par une dysphagie haute associée à une anémie ferriprive et un anneau œsophagien à l'endoscopie. Le but de ce travail est de déterminer les caractéristiques cliniques des patients et surtout d'analyser les moyens thérapeutiques, et l'efficacité de la dilatation instrumentale de la sténose œsophagienne.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective ayant colligé tous les cas de syndrome de Plummer Vinson diagnostiqués et traités dans notre service entre 2001 et 2017. La saisie et l'analyse des données ont été précédées au moyen du logiciel SPSS version 21.0.

Résultats : 17 patients ont été inclus. Une large prédominance féminine a été notée (16F et 1 seul homme). L'âge moyen au moment du diagnostic était de 46 ans avec des extrêmes allant de 18 à 70 ans. La dysphagie haute était le maître symptôme présente dans 88.3% des cas. Elle Il s'y associait un amaigrissement dans 35% des cas. Un seul patient s'est présenté dans un tableau de mélénas par saignement de la membrane œsophagienne. 53% des patients consultaient dans l'année suivant l'apparition des symptômes. Le délai moyen de consultation était de 6 ans. Une anémie ferriprive a été notée chez 76% des patients. Le transit œso-gastro-duodénal (TOGD) était le premier examen demandé. L'aspect de sténose en diaphragme était le signe le plus fréquemment retrouvé (47%), puis en deuxième lieu le rétrécissement annulaire sans sténose évidente dans 23% des cas. Le TOGD était par ailleurs normal chez 3 patients. La fibroscopie-œso-gastro-duodénale (FOGD) a été pratiquée chez tous les patients où on a individualisé l'anneau membranaire qui siégeait au niveau de la bouche de Killian dans la majorité des cas (76.5%). Une gastrite chronique à HP était l'anomalie la plus fréquemment associée (30% des cas). Un seul cas d'adénocarcinome antral a été fortuitement découvert. L'exploration duodénale n'a été faite que chez 3 patients où les biopsies ont montré des signes en faveur d'une maladie coeliaque dans 1 cas. On a pratiqué une seule séance de dilatation à chacun des malades par les bougies de Savary-Gilliard, avec un diamètre maximal allant de 11 à 15mm. Tous nos patients ont été ensuite mis sous traitement martial. 70.6% des patients rapportaient une régression quasi totale de la dysphagie dès la première séance de dilatation sans récurrence. Uniquement 3 cas de récurrence de la dysphagie ont été rapportés avec un délai moyen de réapparition de 2 ans après la dilatation endoscopique. Le siège de l'anneau à la FOGD lors de la récurrence était le même chez 83% des patients. Deux patients ont présenté une dégénérescence en un carcinome épidermoïde lors du suivi. Le délai de dégénérescence par rapport au début des symptômes était de 6 et 21 ans respectivement.

Conclusion : Le SPV reste rarement rapporté, retrouvé surtout chez les femmes en périmenopause. La dilatation endoscopique associée au traitement martial permet une amélioration spectaculaire à court terme. Le risque à long terme de dégénérescence demeure la principale hantise motivant un suivi endoscopique au long cours des patients.

Pour consulter ce résumé en ligne :
<https://www.snfge.org/resumes-2019/000088>

P.329

Le syndrome de Plummer-Vinson : à propos de 71 casA. Diallo ⁽¹⁾, A. Horma ⁽¹⁾

(1) Nouakchott, MAURITANIE.

Introduction : Le syndrome de Plummer-Vinson ou de Kety Patterson est une pathologie rare, d'étiologie inconnue ; initialement décrite comme une pathologie des pays du nord et touchant préférentiellement les femmes caucasiennes. Elle est caractérisée par la triade dysphagie haute, anémie ferripurprique et une sténose du tiers supérieur de l'œsophage objectivée à l'endoscopie ou au transit œsophagien.

Patients et Méthodes : Nous rapportons 71 cas colligés dans différents services d'endoscopie digestive entre Juin 2013 et Mars 2018. Tous les patients ont bénéficié d'une endoscopie digestive haute sous sédation suivie d'une dilatation à la bougie de Savary Guillard.

Résultats : Il s'agit de 71 patients colligés sur une période de 58 mois. L'âge moyen était de 35,15 ans avec des extrêmes de 2 à 80 ans. On notait une nette prédominance féminine avec un sex ratio à 0.08 (63 femmes). 24 % des patients étaient de race noire et la quasi-totalité des patients étaient issus d'un milieu à faible revenu économique. On retrouvait une consommation de thé vert chez presque tous les patients. Le motif de consultation était dominé par la dysphagie aux solides dans 97,2% des cas ; cette dysphagie évoluait depuis plusieurs mois avant la consultation. L'anémie était documentée dans 68,9% des cas. L'endoscopie révélait un anneau membranaire sténosant chez tous les patients, et la sténose était infranchissable dans 84 % des cas. Tous les patients ont été dilatés par la bougie de Savary Guillard. Les lésions associées étaient des varices œsophagiennes dans 2 cas, une œsophagite peptique dans 2 cas, un carcinome épidermoïde de l'œsophage dans 3 cas, une maladie coeliaque dans 1 cas, un anneau de Schatzki dans 1 cas et une atrophie duodénale dans 7 cas. Aucune complication post dilatation n'est survenue. Dans l'évolution une patiente a été hospitalisée pour persistance de la dysphagie associée à une odynophagie, au contrôle endoscopique on retrouvait une ulcération post-dilatation. 67, 3% des patients ont bénéficié d'une deuxième séance de dilatation, 25% de deux autres séances et 5% de trois autres séances. Tous les patients ont bénéficié d'un traitement martial.

Conclusion : Le syndrome de Plummer Vinson n'est plus une affection touchant exclusivement les pays du nord ; elle n'est plus l'apanage des femmes caucasiennes. C'est une affection qui touche aussi les africains et les femmes d'origine négro-africaine. La pauvreté et la consommation quotidienne de thé vert sont retrouvées chez tous nos malades et invitent à des investigations plus profondes. Son traitement repose sur la dilatation endoscopique et le traitement martial. Vu le risque évolutif vers la dégénérescence maligne malgré le traitement endoscopique, une surveillance régulière s'impose.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000483>

P.330

Sténoses bénignes de l'œsophage : à propos de 101 cas dans un hôpital en Afrique subsaharienneM.N. Gueye ⁽¹⁾, M.A. Camara ⁽¹⁾, G. Diouf ⁽¹⁾, S. Diallo ⁽¹⁾, M.L. Bassene ⁽¹⁾, M.A. Thioubou ⁽¹⁾, M.P. Fall ⁽¹⁾, C.A.B. Cissé ⁽¹⁾, D. Dia ⁽¹⁾, M. Mbengue ⁽¹⁾

(1) Dakar, SÉNÉGAL.

Introduction : Les sténoses œsophagiennes bénignes sont définies par un rétrécissement de la lumière œsophagienne non lié directement à une pathologie néoplasique. Elles sont fréquemment rencontrées au cours de la pratique endoscopique et sont souvent responsables d'une réduction de la qualité de vie des patients du fait d'une dysphagie. En Afrique sub-saharienne, peu de données sont disponibles sur ces sténoses bénignes de l'œsophage. **L'objectif de notre étude** était de déterminer les aspects sociodémographiques, diagnostiques et thérapeutiques des sténoses bénignes de l'œsophage dans un centre d'endoscopie digestive en Afrique subsaharienne.

Matériels et méthodes : Il s'agissait d'une étude rétrospective, descriptive, portant sur l'analyse des comptes rendus d'endoscopies digestives hautes réalisées entre janvier 2015 et décembre 2017. Les comptes rendus qui concluaient à une sténose œsophagienne non néoplasique ont été colligés. Les données socio démographiques, les indications de l'endoscopie et les résultats de cette dernière ainsi que les modalités thérapeutiques ont été recueillis. Ces données ont été analysées grâce au logiciel Sphinx version 5.

Résultats : Nous avons colligé 101 cas de sténose bénigne de l'œsophage, soit une prévalence de 2,1 % dans le centre d'endoscopie. L'âge moyen des patients était de 34 ans (extrêmes de 2 et 83 ans) avec une médiane de 37,9 ans. Il y avait une prédominance féminine avec un sex-ratio de 0,38 (73 femmes). La dysphagie, maître symptôme, était présente chez 73 patients (72,2 % des cas) avec un Dysphagia score supérieur ou égal à 2 chez 51 patients (50,5 %). La durée d'évolution moyenne de cette dysphagie, en dehors des sténoses caustiques était de 4 ans (extrême 1 ans et 15 ans). L'endoscopie mettait en évidence une sténose simple dans 76 cas (75,2 % des cas). Un anneau membranaire de l'œsophage cervical évocateur de l'anneau de Plummer Vinson, était trouvé chez 60 patients (59,4 % des cas) et il représentait la première cause ; les autres étiologies étaient dominées par les sténoses caustiques (19 cas), les anneaux de Chatzki (8 cas) et les sténoses peptiques (4 cas). Des dilatations étaient effectuées chez 90 patients (89,1 % des cas) avec des bougies de Savary Gilliard (87 cas) et des ballonnets hydrostatiques (3 cas). L'évolution était favorable dans 83 cas avec une moyenne de 3 séances de dilatation espacées de 4 semaines. Une sténose réfractaire était notée chez 7 patients et les dilatations étaient poursuivies avec une évolution favorable dans tous les cas après 9 séances de dilatation au maximum.

Conclusion : Les sténoses œsophagiennes bénignes dans notre centre d'endoscopie digestive en Afrique subsaharienne intéressent surtout l'adulte jeune avec une prédominance féminine. Le diagnostic y est souvent tardif. Les anneaux de Plummer Vinson en constituent la première cause. La dilatation œsophagienne aux bougies de Savary Gilliard y est d'un grand apport thérapeutique.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000456>

Profil étiologique et prise en charge thérapeutique des sténoses œsophagiennes organiques

I. Nakhcha ⁽¹⁾, I. Benelbarhadi ⁽¹⁾, A. Fz. ⁽¹⁾

(1) Rabat, MAROC.

Introduction : Les sténoses œsophagiennes peuvent être bénignes ou secondaires à un processus malin. Le principal moyen thérapeutique est la dilatation endoscopique.

L'objectif de ce travail est d'identifier les principales étiologies des sténoses œsophagiennes organiques dans notre contexte marocain. Et rapporter notre expérience de la prise en charge thérapeutique.

Matériels et méthodes : Etude rétrospective descriptive de tous les cas de sténoses œsophagiennes organiques bénignes ou malignes, dilatées. Sur une période de 26 ans de 1990 à 2017. Critères d'exclusion : Les sténoses fonctionnelles principalement l'Achalasie et les troubles moteurs œsophagiens.

Résultats : Le nombre total des patients suivis pour sténose œsophagienne organique, ayant bénéficié au moins d'une dilatation sont au nombre de 541. L'âge moyen était de 44,15 ans [1an et 89ans]. Le sexe ratio F/H était de 0,9. 527 patients avaient consulté pour une dysphagie soit 97,4%. Les symptômes associés à la dysphagie étaient l'odynophagie dans 22 (4,6%) cas, la dysphonie chez 5 (0,9%) malades et une hémorragie digestive haute dans 12 (2,2%) cas. Le délai moyen du diagnostic était de 747 jours soit environ 2 ans [1jour – 10ans]. Les étiologies étaient : Les sténoses peptiques chez 209 (38,6%) patients, le Syndrome de Plummer-Vinson dans 142 (26,2%) cas, les sténoses caustiques chez 61 (11,3%) malades, post-opératoires dans 60 (11,1%) cas, les sténoses Tumorales chez 53 (9,8%) malades et les sténoses post-radiques chez 9 (1,6%) patients. Les étiologies rares étaient 3 cas de sténose iatrogène par sonde gastrique, mycosique chez 2 patients, une sclérodermie et une atteinte œsophagienne sténosante de la maladie de Crohn.

Tous nos patients ont bénéficié d'un traitement endoscopique. La dilatation était essentiellement réalisée à l'aide des bougies de Savary Gilliard dans 91,7%, par l'endoscope dans 7,2% et par ballonnet dans 1,1%. Le succès immédiat de la procédure a été noté dans 95% des cas avec au contrôle immédiat bon passage. La durée moyenne de suivi était de 34,5 mois soit environ 3 ans [0- 26 ans]. Le taux de récurrence était de 38,6% (209 patients) avec un délai moyen de récurrence de 20 mois (1 et 45 mois). Le nombre moyen de séances de dilatation par patient était de 3,2 séances pour tous les types de sténoses confondues. Nous avons eu recours à des prothèses œsophagiennes métalliques chez 19 patients et 34 patients ont été opérés (6,3%). Les complications de la dilatation étaient très rares, nous avons eu deux cas de perforation soit 0,4%.

Conclusion : Les sténoses organiques les plus fréquentes dans notre série étaient les sténoses peptiques suivies du syndrome de Plummer Vinson. La dilatation endoscopique constitue une méthode thérapeutique simple, sûre et efficace, même si parfois elle nécessite la répétition du geste pour obtenir un résultat fonctionnel satisfaisant. Le taux de succès immédiat de la procédure était de 95% et les complications étaient très rares 0,4%.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfgc.org/resumes-2019/000233>

La corrélation entre l'âge et la survenue des lésions pré-néoplasiques gastriques chez les patients présentant une infection à l'*Helicobacter pylori*

F.E. Haddar ⁽¹⁾, F. Bellouhou ⁽²⁾, A. Benayad ⁽¹⁾, S. Oubaha ⁽¹⁾, Z. Samlani ⁽¹⁾, K. Krati ⁽¹⁾

(1) Marrakech, MAROC ; (2) Marrakech , MAROC.

Introduction : *Helicobacter Pylori* (HP) est un facteur indépendant d'apparition des lésions pré néoplasiques (atrophie et métaplasie intestinale) et peut conduire au lymphome du MALT et aux carcinomes gastriques. La gravité de l'inflammation muqueuse gastrique dépend d'un certain nombre de facteurs qui sont liés à la bactérie, à l'hôte et aux facteurs environnementaux. L'objectif de cette étude est de déterminer la corrélation entre l'âge et l'apparition des lésions pré-néoplasiques gastriques chez les patients infectés par l'HP.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective mono centrique menée au sein de notre service entre Janvier 2013 et Juin 2018. Ont été inclus 237 patients ayant bénéficiés d'une endoscopie haute et présentant une infection à HP documentée sur étude anatomopathologiques des biopsies gastriques.

Résultats : L'âge moyen des patients était de 54 ans (extrêmes de 20 à 83 ans). Le sexe-ratio (H/F) était de 2,26. Le tabagisme chronique a été retrouvé dans 58,7% des cas. La gastrite chronique active était retrouvée dans tous les cas. La fréquence de l'atrophie gastrique et de la métaplasie intestinale était respectivement de 38,4% et 13,1%. En analyse univariée, on ne retrouve pas de corrélation entre l'âge et la métaplasie intestinale ni entre l'âge et l'atrophie gastrique. Seule l'activité de la gastrite était un facteur associé à l'atrophie ($p = 0,021$) et à la métaplasie intestinale ($p = 0,0145$).

Conclusion : Dans notre étude, l'âge ne semble pas être un facteur associé aux lésions pré néoplasiques, contrairement à l'activité de la gastrite.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfgc.org/resumes-2019/000947>

P.333

Profil épidémiologique de l'infection à *Helicobacter pylori* : expérience d'un centre hospitalier généralH. Laarabi ⁽¹⁾, T. Gharbi ⁽²⁾, Y. Thiyfa ⁽³⁾, L. Kabbage ⁽⁴⁾, I. Dadamessi ⁽⁴⁾

(1) Fès, MAROC ; (2) Rabat, MAROC ; (3) Casablanca, MAROC ; (4) Saint-Quentin.

Introduction : L'infection à *Helicobacter Pylori* est la plus répandue dans le monde selon l'OMS. Sa prévalence en France se situe entre 20 et 50 % de la population adulte. **Le but de notre travail** est de décrire le profil épidémiologique de cette infection dans le service de gastro-entérologie d'un hôpital général.

Matériels et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective entre Mars 2017 et Mars 2018. Tous les patients ayant une infection à HP ont été inclus. L'analyse descriptive des données épidémiologiques a été réalisée.

Résultats : Durant cette période, 44 patients ont été inclus. L'âge moyen était de 49 ans (23 ans-89 ans). Le Sexe Ratio H/F était de 0,7. 29,5% des patients étaient fumeurs. L'infection à HP était diagnostiquée chez 100% des patients par l'analyse histologique des biopsies réalisées lors de la gastroscopie (FOGD). La FOGD avait été indiquée pour 48% pour l'exploration d'une dyspepsie fonctionnelle, pour 34 % pour l'évaluation avant une chirurgie bariatrique, pour 16% pour le bilan d'une anémie et pour 5% pour le bilan d'une diarrhée chronique. Sur le plan endoscopique la gastroscopie avait été normale chez la moitié des cas, on retrouvait une gastrite érythémateuse dans 34%, et un ulcère gastroduodénal dans 11% des cas. La majorité des patients (93%) avaient eu un traitement à base d'une quadrithérapie bismuthée. 2 patients n'avaient pas répondu à la quadrithérapie de première intention, un traitement de seconde intention avait été proposé orienté par l'antibiogramme.

Conclusion : L'infection à *Helicobacter Pylori* dans notre série est fréquente, touche préférentiellement les femmes et demeure sensible à la quadrithérapie bismuthée

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/001039>

P.334

Infection à *Helicobacter pylori* à Brazzaville : étude comparative de deux tests d'identificationN.A. Itoua-Ngaporo ⁽¹⁾, J.F. Mimiesse-Monamou ⁽¹⁾, C. Ahoui-Apendi ⁽¹⁾, A. Mongo-Onkoko ⁽¹⁾, O.I.L.C. Atipo-Ibara ⁽¹⁾, M. Ngalessami Mouakosso ⁽¹⁾, G. Deby ⁽¹⁾, B.I. Atipo Ibara ⁽¹⁾, J.R. Ibara ⁽¹⁾

(1) Brazzaville, CONGO.

Introduction : L'infection à *Helicobacter pylori* est préoccupante dans les pays en développement. Les moyens de diagnostic sont nombreux, le choix de l'examen est fonction de son coût et de sa disponibilité, l'examen anatomopathologique n'étant pas toujours réalisable dans notre pays. L'objectif de l'étude a été de définir la place des différents tests utilisés dans le diagnostic de cette infection.

Matériels et méthodes : Il s'est agi d'une étude comparative réalisée dans deux centres d'endoscopie digestive à Brazzaville du 1^{er} janvier au 31 mai 2018. Etaient inclus les patients symptomatiques adressés pour une endoscopie digestive haute, de façon consécutive. La fréquence de l'infection a été déterminée à partir du test rapide à l'uréase « Gold HpDry® » dans les biopsies gastriques et celui de la recherche de l'antigène de Hp « CerTest® Hp » dans les selles fraîches des patients. Le critère de jugement de la présence de Hp chez chaque patient était la positivité d'au moins un des deux tests, tenant compte de leurs sensibilité/spécificité respective de 98%/97% et de 94%/99% selon les fabricants.

Résultats : Pendant l'étude, 137 patients consentants ont été inclus dont 62 hommes et 75 femmes ; le sex ratio était de 0,8. Il y avait 109 positifs et 28 négatifs soit une fréquence de 79,6%. Parmi les 137 patients, 18 étaient uniquement positifs au test à l'uréase, 6 uniquement à la recherche de l'Ag de Hp dans les selles et 85 aux deux tests. La fréquence de l'infection était de 75,2% (103/137) avec le test rapide à l'uréase et de 66,4% (91/137) avec le test de recherche de l'Ag de Hp. Le test rapide à l'uréase s'est révélé plus fiable que celui de la recherche de l'Ag de Hp dans les selles.

Conclusion : Ces résultats permettent de suggérer l'utilisation du test rapide à l'uréase lorsque l'endoscopie œsogastroduodénale est indiquée et que l'examen anatomopathologique n'est pas possible, d'utiliser le test de détection de l'antigène de Hp dans les selles pour le contrôle post-thérapeutique si le test respiratoire à l'urée marquée n'est pas disponible.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000307>

Particularités de la gastrite à *Helicobacter pylori* dans une région du centre de la Tunisie

S. Mrabet ⁽¹⁾, K. Chabbouh ⁽¹⁾, I. Akkari ⁽¹⁾, E. Ben Jazia ⁽¹⁾

(1) Sousse, TUNISIE.

Introduction : La responsabilité de l'*Helicobacter pylori* (HP) dans la genèse de l'ulcère gastro-duodénal est bien établie. Son rôle dans la carcinogenèse gastrique a été également démontré. **Le but de notre travail** était de déterminer la prévalence de la gastrite chronique à HP dans un centre tunisien et de préciser les particularités cliniques et histologiques de cette affection.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective incluant tous les patients ayant eu une première fibroscopie digestive haute (FDH) avec 5 biopsies gastriques entre janvier 2015 et janvier 2018. L'examen histologique nous a permis en plus de l'existence de HP, l'étude de l'activité de la gastrite, l'atrophie gastrique et la métaplasie intestinale selon le Sydney Système.

Résultats : Parmi 305 patients ayant eu une FDH avec biopsies gastriques, 222 patients (90 hommes et 132 femmes d'âge moyen de 47 ans) avaient une gastrite chronique à HP (72,8%). Soixante patients (20%) étaient tabagiques. Une anémie était présente chez 50 patients (16%). La gastrite congestive ou érythémateuse était la lésion endoscopique la plus fréquente (n=138, 62,2%). Les autres aspects endoscopiques retrouvés étaient : une gastrite nodulaire (n=43, 19,4%), une gastrite érosive (n=13, 6%), une gastrite ulcérée (n=17, 7,7%), une gastro-bulbite congestive (n=16, 7,2%), une bulbite érosive (12, 5,4%), un ulcère gastrique (n=9,4%) et une bulbite ulcérée (n=9, 4%). La gastrite chronique était active dans 90% des cas (n=200) avec une activité légère à modérée chez la plupart des patients (88%). La prévalence de l'atrophie gastrique était de 19% (n=42). Elle siégeait au niveau de l'antrum dans 80% des cas. La prévalence de la métaplasie intestinale était de 9% (n=20). Un seul patient avait une dysplasie de bas grade (0,5%). La présence de HP était associée au tabac (p=0,04) et à la présence d'anémie (p=0,05). L'âge et le sexe n'influençaient pas la présence de HP.

Conclusion : Dans notre série, la prévalence de gastrite chronique à HP était de 72,8%. La présence de HP était associée au tabac et à l'anémie. Des lésions pré-neoplasiques à type d'atrophie fundique, de métaplasie intestinale et de dysplasie étaient présentes respectivement dans 3,6%, 9% et 0,5%.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000494>

La quadrithérapie bismuthée pour l'éradication de deuxième ligne d'*Helicobacter pylori* : étude prospective

M. Zeriuoh ⁽¹⁾, A. El Mekkaoui ⁽¹⁾, N. Abda ⁽¹⁾, W. Khannoussi ⁽¹⁾, G. Kharrasse ⁽¹⁾, I. Zahi ⁽¹⁾

(1) Oujda, MAROC.

Introduction : La progression de l'antibiorésistance à l'*Helicobacter pylori* a entraîné une évolution régulière des recommandations dans le choix des stratégies thérapeutiques. En l'absence d'étude de résistance bactériologique une quadrithérapie bismuthée est indiquée en 2^{ème} intention. Notre étude a pour but d'évaluer l'efficacité et la tolérance de la quadrithérapie bismuthée chez les malades résistants à un traitement de première ligne.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude prospective, allant du Juin 2016 à Septembre 2018. Ont été inclus, les malades adultes présentant une infection à HP résistante à un traitement de premier ligne : traitement séquentiel ou concomitant et chez qui une quadrithérapie bismuthée de 10 jours a été indiquée comme traitement de deuxième ligne.

Tous les malades ont été revus après 2 semaines du traitement afin d'évaluer l'observance thérapeutique et la tolérance médicamenteuse. Un test respiratoire pour le contrôle d'éradication d'HP était réalisé 6 semaines après l'arrêt du traitement.

Résultats : 21 malades ont été inclus dans notre série. L'âge moyen était de 38,4 ans avec une nette prédominance féminine, sexe ratio F/H : 1,7. 15 malades ont été recrutés après échec d'une thérapie séquentielle VS 6 malades après échec d'une thérapie concomitante. Le taux d'éradication global était de 90,47%. La prévalence des effets secondaires a été notée dans 33,33% des cas (N=7) : diarrhée (N=5), Nausée/ vomissement (N=4), asthénie (N=3), céphalée (N=2). Aucun cas de neuropathie périphérique documentée n'a été enregistré. Tous ces effets ont été jugés supportables par les patients. Par ailleurs l'observance thérapeutique était de 100%.

Conclusion : Cette étude a montré que la quadrithérapie bismuthée en 2^{ème} ligne pour l'éradication d'HP est bien tolérée avec un taux d'éradication d'HP de 90% des cas.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000778>

P.337

L'âge du patient est-il un facteur d'échec du traitement concomitant pendant 14 jours au cours de l'infection par *Helicobacter pylori* ?

S. Morabit ⁽¹⁾, H. Seddik ⁽¹⁾, S. Berrag ⁽¹⁾,
F. Bouhamou ⁽¹⁾, S. Mrabti ⁽¹⁾, I. El Koti ⁽¹⁾,
S. Sentissi ⁽¹⁾, A. Benkirane ⁽¹⁾

(1) Rabat, MAROC.

Introduction : L'infection par *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) est un facteur pathogène majeur de l'ulcère gastro-duodénal et du carcinome gastrique, ainsi que d'autres types de maladies gastriques et extragastriques. En raison de l'évolution des conditions épidémiologiques, des changements de résistance avec des implications thérapeutiques et de nouvelles connaissances sur les indications de l'éradication des pathogènes, la gestion médicale de *H. pylori* est un processus dynamique qui nécessite une réévaluation périodique.

L'objectif de notre travail est d'étudier l'influence de l'âge du patient sur l'échec du traitement concomitant pendant 14 jours.

Matériels et méthodes : Il s'agit d'une étude prospective et descriptive réalisée au sein de notre service allant de janvier 2016 au janvier 2018, incluant 104 patients infectés par HP documenté histologiquement qui ont reçu uniquement le traitement concomitant. Nous avons analysé les données démographiques, les résultats anatomopathologiques des biopsies ainsi que les facteurs associés à l'échec du traitement. L'étude statistique était réalisée en utilisant le logiciel SPSS version 20.0.

Résultats : L'âge moyen de nos patients était de 42,8±14,2 ans avec un sexe ratio H/F de 0,8 (46% hommes et 53,3% femmes). Le tabagisme chronique a été retrouvé dans 14 % des cas et aucun de nos malades n'avaient un ATCD de cancer gastrique. L'aspect endoscopique a montré une antrite dans 99,1% des cas et une fundite dans 88,2% des cas. L'atteinte histologique antrale et fundique était présente chez tous les malades. L'activité de l'antrite était présente dans 78,3%, par contre l'activité fundique était présente dans 54,1%. La densité bactérienne au niveau du fundus et de l'antrite était respectivement 97,1 % et 66,3 %. L'atrophie de la muqueuse antrale était présente dans 9,4 % VS 4,6% de la muqueuse fundique.

Les facteurs étudiés étaient l'âge, le sexe, le tabagisme, l'activité et la densité bactérienne ainsi que l'atrophie gastrique. En analyse multivariée et en ajustant sur les facteurs sus-cités, l'âge ne semble pas être associé de façon significative à la réponse au traitement (OR=0,96,p=0,171, IC[0,90-02-1,02]).

Conclusion : Les thérapies d'éradication de l'HP sont multiples selon différents protocoles. Dans notre étude l'âge du patient qu'il soit âgé ou jeune n'influence pas la réussite ou l'échec du traitement concomitant pendant 14 jours.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000205>

P.338

Prévalence et facteurs associés à la gastrite à *Helicobacter pylori* au cours de la chirurgie bariatrique

S. Mrabet ⁽¹⁾, F. Hamila ⁽¹⁾, K. Dhouioui ⁽¹⁾, I. Akkari ⁽¹⁾,
R. Kallel ⁽¹⁾, E. Ben Jazia ⁽¹⁾, R. Letaief ⁽¹⁾

(1) Sousse, TUNISIE.

Introduction : La prévalence de l'infection à *Helicobacter pylori* (*H.pylori*) chez les sujets asymptomatiques Tunisiens est de 82,7%. Chez les sujets obèses, cette prévalence n'est pas connue et la recherche de l'infection à HP est recommandée systématiquement avant la chirurgie bariatrique. Le but de notre étude est de déterminer la prévalence et les facteurs associés à la gastrite à HP chez les patients opérés pour une obésité morbide.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective colligeant tous les patients ayant eu une chirurgie bariatrique pour une obésité morbide entre Janvier 2013 et Juillet 2018. Tous les patients ont eu une exploration pré-opératoire par une Fibroscopie digestive haute (FDH) avec des biopsies antrofundiques à la recherche d'une gastrite à HP.

Résultats : Durant la période d'étude, 56 patients ont été colligés répartis en 54 femmes (96,4%) et 2 hommes (3,6%). L'âge médian était de 31,5 ans (entre 20 et 59 ans). L'indice de masse corporelle moyen était de 44,9 kg/m² (entre 35 et 65 kg/m²). Des co-morbidités étaient associées à l'obésité dans 45% des cas : Hypertension artérielle (n=12), diabète type 2 (n=10), dyslipidémie (n=5), Hypothyroïdie (n=5), Syndrome d'apnée de sommeil (n=5) et Asthme (n=2). Une anémie normochrome normocytaire était présente dans 11 cas (20%). La plupart des patients (93%) étaient asymptomatiques sur le plan digestif. Quatre patientes (7%) avaient des épigastralgies associées à un pyrosis. En pré-opératoire, la FDH était pathologique chez 33 patients (60%) objectivant une gastrite congestive (n=17), une gastrite nodulaire (n=6), une gastrite érosive (n=5), une hernie hiatale par glissement non compliquée (n=4), une œsophagite non sévère (n=1), une bulbite érosive (n=1) et un ulcère évolutif du bulbe (n=1). Une gastrite à HP était présente chez 20 patients (35,7%). La gastrite était active dans tous les cas avec une activité sévère dans 13 cas. Deux patientes avaient une atrophie antro-fundique. Une métaplasie intestinale était notée chez une patiente. Les patients ayant une gastrite à HP (n=20) ont reçu un traitement d'éradication de HP à type de : trithérapie (n=3), traitement séquentiel (n=5), quadrithérapie concomitante non bismuthée (n=12). La chirurgie était à type de Sleeve Gastrectomie dans 86% des cas et de By-pass gastrique dans 14% des cas. 91% des patients étaient opérés par voie coelioscopique. Des complications post opératoires étaient notées dans 3 cas et étaient à type de : Dyping syndrome (n=1), éventration (n=1) et sténose anastomotique (n=1). L'âge (p=0,923), le sexe (p=0,787), les co-morbidités (p=0,154), les complications post opératoires (0,224) n'étaient pas associées à la gastrite à HP. L'anémie était le seul facteur significativement associé à la gastrite à HP (p=0,013).

Conclusion : Notre étude suggère 60% des patients subissant une chirurgie bariatrique présentaient une atteinte gastrique à la FDH préopératoire tout en sachant qu'ils étaient asymptomatiques dans 93% des cas. La prévalence de la gastrite à HP était de 35,7%. L'anémie était le seul facteur significativement associé à la gastrite à HP (p=0,013). Par conséquent, nous pensons que la FDH paraît nécessaire en tant qu'investigation préopératoire chez tous les patients candidats à une chirurgie bariatrique.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000174>

P.339

Profil histologique de la gastrite chronique à *Helicobacter pylori* : à propos de 227 casM. Kadi ⁽¹⁾, M. Eljihad ⁽¹⁾, M. Tahir Joutei Hassani ⁽¹⁾, W. Badre ⁽¹⁾, W. Hliwa ⁽¹⁾, F. Haddad ⁽¹⁾, A. Bellabah ⁽¹⁾

(1) Casablanca, MAROC.

Introduction : *Helicobacter pylori* (HP) est un bacille gram-négatif qui colonise sélectivement l'épithélium gastrique humain. Cette infection entraîne une gastrite chronique qui peut évoluer vers un ulcère, un adénocarcinome par le biais d'une gastrite atrophique ou d'un lymphome du MALT. L'objectif de notre travail est de définir les différents aspects histologiques de la gastrite associés à l'infection à HP.

Patients et Méthodes : Etude rétrospective, colligeant 227 patients admis dans notre unité entre Aout 2016 et Novembre 2016 pour endoscopie digestive haute. Critère d'inclusion : présence à l'examen histologique d'une gastrite chronique à HP. Nous avons exclu les gastrites au voisinage d'une néoplasie maligne ou d'un ulcère gastroduodénal.

Résultats : Age moyen des patients : 47,2 ans (extrémités allant de 14 à 85 ans). Sex-ratio H/F : 0,8. Dans 69,2 % des cas la fibroscopie a été réalisée pour symptomatologie gastrique (épigastralgies chroniques, vomissement, dyspepsie). Dans 30,8 % des cas une fibroscopie a été réalisée pour autre indication (bilan d'ascite exsudatif, maladie coeliaque, anémie, suspicion de MICI etc.) et complétée par des biopsies devant un aspect endoscopique de gastrite.

Le taux d'inflammation était léger dans 19,8 % des cas, modéré dans 75,8 % des cas et sévère dans 4,4 % des cas. Dans 18,5 % des cas la gastrite était non active, légère dans 37,0 % des cas, modère dans 36,6 % des cas et sévère dans 7,9 % des cas. Densité de colonisation: HP + dans 40,1 % des cas, HP++ dans 42,3 % des cas et HP+++ dans 17,6 % des cas.

L'activité de la gastrite était moyennement corrélée à la densité de la colonisation par l'HP ($R=0,423$; $p<0,001$). On trouve également une moyenne corrélation entre taux d'inflammation et l'activité de la gastrite ($R=0,438$; $p<0,001$) et une faible corrélation entre taux d'inflammation et la densité de la colonisation par l'HP ($R=0,266$; $p<0,001$).

La gastrite était atrophique dans 29,5 % des cas. L'atrophie était légère dans 68,7 % des cas, modérée dans 28,3 % des cas et sévère dans 3,0 % des cas. La prévalence de la gastrite folliculaire était de 15,0 %. Métaplasie intestinale a été trouvée dans 7,9 % des cas. Chez 6,6 % des patients la métaplasie intestinale était associée à l'atrophie gastrique.

En analyse univariée, l'âge, l'intensité d'inflammation, l'activité de la gastrite et la densité de colonisation par l'HP étaient associés à l'atrophie gastrique ($p=0,01$, $p=0,035$, $p=0,044$, $p=0,016$ respectivement). En analyse multivariée, seule l'âge était associé à l'atrophie gastrique ($p=0,02$).

Conclusion : Dans notre étude, l'atrophie gastrique était présente dans presque 1/3 des cas et était associée à un âge plus avancé. La gastrite folliculaire et la métaplasie intestinale étaient peu fréquentes.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000034>

P.340

L'infection à *Helicobacter pylori* chez les diabétiques avec dyspepsie : prévalence et résultats endoscopiquesR. Rachdi ⁽¹⁾, M. Lebdi ⁽¹⁾, N. Alaya ⁽¹⁾, M. Ayari ⁽¹⁾, Y. Htira ⁽¹⁾, A. Temessek ⁽¹⁾, F. Ben Mami ⁽¹⁾

(1) Tunis, TUNISIE.

Introduction : L'association entre l'infection à *Helicobacter pylori* (Hp) et le diabète est controversée. **Le but de notre travail** est de déterminer la prévalence de l'infection à Hp, des lésions endoscopiques hautes et des lésions histopathologiques gastriques chez les diabétiques et les non diabétiques dyspeptiques, et de déterminer l'existence ou non d'une association entre le diabète et l'infection à Hp.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude cas témoins réalisée en 2017 sur une période de 3 mois, colligeant 120 malades dyspeptiques (77 diabétiques et 43 malades non diabétiques). Tous les patients ont bénéficié d'une fibroscopie œsogastroduodénale. Des biopsies ont été réalisées en présence de lésions gastriques ou duodénales. Les données cliniques, endoscopiques et histologiques ont été analysées pour chaque patient des deux groupes.

Résultats : L'âge moyen des patients était de 50 ans. 41 malades (34,2 %) étaient de sexe masculin et 79 malades (65,8 %) étaient de sexe féminin, soit un sexe-ratio H/F de 0,51. Les deux groupes de patients étaient appariés selon l'âge et le sexe. L'infection à Hp était plus prévalente chez les patients diabétiques 19,48 % versus 11,63 % dans le groupe témoins mais sans différence significative ($p=0,27$). Le diabète était de type II dans 88,31 % des cas et de type I dans 11,69 % des cas. La prévalence de l'infection à Hp était de 16,18 % chez les diabétiques de type II versus 44,44 % chez les diabétiques de type I, avec une différence statistiquement significative ($p=0,04$). La fréquence des lésions endoscopiques hautes était de 70,13 % chez les diabétiques et de 74,42 % chez les témoins. A l'histologie, on retrouvait une gastrite chronique, une atrophie gastrique et une métaplasie intestinale dans respectivement 61 %, 3,9 %, et 2,6 % des cas dans le groupe des patients diabétiques, versus 62,79 %, 6,98 %, et 4,65 % respectivement dans le groupe témoins. Il n'y avait pas de différence significative entre les deux groupes pour les lésions endoscopiques hautes et les lésions histologiques.

Conclusion : Notre travail montre l'absence de différence significative entre les diabétiques et les non-diabétiques concernant la prévalence de l'infection à Hp et les lésions endoscopiques et histologiques gastroduodénales liées à l'Hp.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000541>

P.341

La densité bactérienne de l'*Helicobacter pylori* est-elle un facteur prédictif d'échec du traitement concomitant ? Etude prospectiveF. Bouhamou ⁽¹⁾, H. Seddik ⁽¹⁾, S. Berrag ⁽¹⁾, S. Morabit ⁽¹⁾, I. El Koti ⁽¹⁾, A. Benkirane ⁽¹⁾

(1) Rabat, MAROC.

Introduction : L'infection gastrique par *Helicobacter pylori* (*H. pylori*), découverte de 1982 couronnée par le prix Nobel en 2005, reste d'actualité en raison des données scientifiques évolutives concernant sa physiopathologie, les maladies et pathologies concernées maintenant au-delà de la sphère gastrique ou digestive et les modalités thérapeutiques confrontées au développement de la résistance aux antibiotiques. **Le but de notre travail** est d'évaluer l'influence de la densité bactérienne de l'HP sur les résultats thérapeutiques du traitement concomitant de 14 jours.

Matériels et méthodes : Il s'agit d'une étude prospective et analytique allant de janvier 2016 à janvier 2018 incluant 107 patients infectés par HP documenté histologiquement qui ont reçu le traitement concomitant de 14 jours. Nous avons analysé les données démographiques, les résultats anatomopathologiques des biopsies. L'influence de la densité bactérienne sur les résultats thérapeutiques du traitement concomitant a été analysée en analyse multi variée grâce à une régression logistique

Résultats : Notre étude avait inclus 107 malades. L'âge moyen de nos patients était de 42,8±14,2 ans avec un sexe ratio H/F de 0,8 (46,7% hommes et 53,3% femmes). Le tabagisme chronique a été retrouvé dans 14 % des. L'activité de l'antrite avait été notée dans 78,3%, par contre l'activité fundique était de 54,1%. La densité bactérienne au niveau de l'antré et du fundus était respectivement 97,16 % et 66,35 %. Le test respiratoire était négatif chez 89,7 % des malades. En analyse multi variée et en ajustant les facteurs étudiés, la densité bactérienne ne semble pas être liée de façon statistiquement significative à l'échec du traitement : densité bactérienne antrale (OR= 0,87, p=0,79, IC [0,31-2,45]) et la densité bactérienne fundique (OR= 0,96, p=0,95, IC [0,33-2,84]).

Conclusion : Actuellement, le traitement recommandé par les sociétés savantes en vue d'éradiquer l'HP est le traitement concomitant de 14 jours. Notre étude objective que la densité bactérienne de l'HP ne semble pas influencer de façon significative la réussite ou l'échec du traitement.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000241>

P.342

Détection de *Helicobacter pylori* et de la résistance à la clarithromycine par PCR en temps réel à partir de biopsies gastriques : comparaison de deux kits, Amplidiag® *H. pylori*+clarIR kit et RIDA®GENE *Helicobacter pylori*S.A. Gibaud-Papin ⁽¹⁾, E. Persyn ⁽¹⁾, N. Musquer ⁽¹⁾, J.F. Mosnier ⁽¹⁾, M. Le Rhun ⁽¹⁾, N. Chapelle ⁽¹⁾, E. Coron ⁽¹⁾, T. Matysiak-Budnik ⁽¹⁾

(1) Nantes.

Introduction : Introduction: Devant le taux croissant de résistance de souches de *H. pylori* à la clarithromycine en France, les dernières recommandations validées par l'HAS préconisent l'étude de sensibilité aux antibiotiques avant de débuter le traitement d'éradication, même en première ligne. Nous avons évalué la faisabilité de cette approche dans notre centre, en étudiant les performances diagnostiques de 2 kits de PCR qualitative en temps réel permettant de détecter rapidement à la fois la présence d'*H. pylori* et la résistance à la clarithromycine : le kit Amplidiag *H. pylori*+clarIR kit (MOBIDIAG), ciblant le gène 23S rRNA et les mutations SNPs en 2142 et 2143 du gène 23S rRNA, le plus souvent responsables de la résistance à la clarithromycine, et le kit RIDAGENE *Helicobacter pylori* (r-biopharm), ciblant les gènes 16S rRNA et 23S rRNA.

Patients et Méthodes : Les patients ayant eu l'indication d'endoscopie avec des biopsies gastriques ont été inclus. Chez chaque patient, quatre biopsies (2 antrales et 2 fundiques) ont été obtenues pour l'analyse par PCR, en plus de 2 biopsies destinées à l'analyse anatomopathologique. Les 4 biopsies prévues pour la PCR ont été poolées ensemble, avant d'être extraites sur l'automate iPrep et amplifiées (en duplicats avec le kit MOBIDIAG) sur le thermocycleur Rotorgene. L'amplification donne un résultat en 1h45 pour le kit MOBIDIAG et 70 mn pour le kit RIDAGENE..

Résultats : Cinquante patients ont été inclus. Parmi eux, 37 ont eu une PCR négative avec les 2 kits, résultats confirmés par l'anatomopathologie pour 35 patients. Un patient négatif en PCR avec les 2 kits a été rendu positif par l'anatomopathologie et pour un patient, négatif en PCR avec les deux kits, aucune biopsie n'a été transmise pour analyse anatomopathologique. Treize patients sur 50 ont eu une PCR positive pour la recherche de *H. pylori* avec les 2 kits, sans détection de résistance à la clarithromycine. Ces résultats ont été confirmés par l'anatomopathologie sauf pour un patient rendu négatif.

Conclusion : Ces résultats préliminaires montrent que l'étude de sensibilité à la clarithromycine par PCR est faisable sur le plan organisationnel, et que les 2 kits étudiés sont simples et pratiques d'utilisation, permettant d'obtenir des résultats rapides. Cette évaluation montre une excellente corrélation entre les résultats obtenus avec les 2 kits de PCR et ceux de l'anatomopathologie. Cette étude se poursuit actuellement et permettra d'obtenir des résultats, qui seront présentés ultérieurement, sur un plus grand nombre d'échantillons et de souches résistantes. Elle est d'autant plus importante qu'on attend le remboursement espéré de deux kits en 2019.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000689>

Aspects épidémiologiques, cliniques, évolutifs de l'infection à *Helicobacter pylori* en Polynésie française (Pf) : en cas d'infection active, l'obésité et l'âge sont les deux autres facteurs associés dans l'apparition des lésions pré-néoplasiques

J.A. Bronstein ⁽¹⁾, F.N. Bronstein ⁽²⁾, B. Condat ⁽¹⁾

(1) Papeete, FRANCE (POLYNÉSIE FRANÇAISE) ;

(2) Papeete, Polynésie française, FRANCE (POLYNÉSIE FRANÇAISE).

Introduction : *Helicobacter pylori* (HP) est une bactérie gram négatif ubiquitaire dont la prévalence de l'infection, importante dans les pays industrialisés (20 à 30 %), est plus élevée dans les pays les moins avancés (70 à 90 %). La Pf se distingue par son insularité et des archipels isolés, une importante ruralité, une population jeune (50% ont moins de 30 ans) et une forte prévalence d'obèse (40%). Le but de cette étude était de déterminer la prévalence, les aspects cliniques, endoscopiques, histologiques, évolutifs de l'infection à HP.

Matériels et méthodes : Il s'agissait d'une étude prospective intéressant 2863 patients (pts) présentant des symptômes digestifs et ayant bénéficié d'une gastroscopie (FOGD) entre janvier 2016 et décembre 2017. Ont été exclus: les pts avec un ulcère gastroduodénal compliqué (une hémorragie digestive haute active, une perforation, une sténose); ceux ayant reçu un traitement anti sécrétoire et/ou antibiotique lors des quatre dernières semaines précédant l'examen; les pts précédemment traités pour une infection à HP ou ayant les antécédents de maladie ulcéreuse; les pts sous un traitement anticoagulant. Pour chaque pt un questionnaire standardisé était renseigné, mentionnant l'état civil, les données socio-économiques, l'examen clinique, les résultats de la FOGD, de l'examen histologique, et le devenir après traitement. Au cours de la FOGD, 4 biopsies (2 fundiques et 2 antrales) étaient réalisées. L'infection à HP était objectivée par la présence de la bactérie en histologie.

Résultats : 2125 pts (1190H(56,0%)/935F(44,0%)-âge moyen 42,5 ans-extrêmes:14-86 ans) ont été retenus pour l'étude, 1055 pts (49,6%) provenaient d'une zone urbaine. La bactérie était retrouvée chez 1394 pts, soit une prévalence de 65,6% (64,6% - 66,6%). Le tableau suivant détaille les caractéristiques de la population en fonction du statut HP : (n,%)

	HP+	HP-	p
	1394 (65,6)	731 (34,4)	
Sexe = H	786(56,3)	404(55,2)	ns
Age (années)	≤40 567(40,6)	404(55,2)	<0,001
	>40 827(59,3)	327(44,7)	
Zone non urbaine	760(51,2)	310(42,4)	<0,001
BMI (T/P2) (m±DS:IC95%)	28,5(24,3-32,2)	26,2(22,8-30,4)	<0,001
Ulcère	185(13,2)	5(0,6)	<0,001
Cancer	12(0,8)	0	
LNH	2	0	
Oesophagite	31(2,2)	39(5,3)	<0,001
Gastrite chronique	1394(100)	537(73,4)	<0,001
Gastrite chronique active	1157 (82,9)	87(11,9)	<0,001
Atrophie	1189(85,2)	418(57,1)	<0,001
Métaplasie	130(9,3)	25(3,4)	<0,001

Il n'existait pas de différence significative en cas d'infection à HP selon le sexe. Par contre les pts plus âgés, obèses, et vivant en zone non urbaine étaient significativement plus souvent infectés par HP. Les pts HP+ avaient le plus souvent un ulcère (13,2% vs 0,6%). Aucun cancer ou lymphome n'a été diagnostiqué dans le sous groupe HP-. Une oesophagite était le plus souvent rencontrée chez les pts HP-. En analyse multivariée la présence d'un ulcère était fortement associée à l'infection HP (OR:25,2; 95%IC, 2,4 - 198; p= 0,001), mais pas à la présence d'autres facteurs comme le sexe, l'âge, l'alcool, et le tabac. Une gastrite chronique était présente chez tous les pts HP+, et le plus souvent, une gastrite active (82,9%). Une atrophie gastrique était notée dans 85% des pts HP+. A peu près 10% des pts HP+ avaient une métaplasie. En analyse multivariée, l'infection HP était fortement associée à une inflammation active(OR:38,5; 95%IC, 15,6 - 985,4; p<0,001), une inflammation chronique (OR:14,6; 95%IC, 4,9 - 61,2; p<0,001), une atrophie (OR:5,3; 95%IC, 1,3 - 8,1;

p<0,001), une métaplasie intestinale (OR:3,9; 95%IC, 1,1 - 9,7; p<0,001). Un âge > 40 ans, et un BMI > 30 aggravaient le risque d'atrophie (OR:2,9; 95%IC, 1,5 - 4,5; p<0,001) et de métaplasie intestinale (OR:3,5; 95%IC, 1,4 - 8,0; p<0,01). Sur les 1254 pts HP+ (89,9%) traités par trithérapie, 1083 avaient un test respiratoire négatif en fin de traitement, soit un taux de guérison de 86,4% (85,5%-87,3%).

Conclusion : Le taux de prévalence dans notre étude pour des pts symptomatiques est de 65%, ce qui correspond à la fourchette haute de la prévalence générale. L'obésité est un facteur de risque de portage chronique de HP en analyse univariée. En analyse multivariée, en cas d'infection active HP+, l'obésité et l'âge sont des facteurs associés au risque de carcinogénèse. Enfin, un taux de guérison de 87% dans la vraie vie est assez encourageant.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000263>

P.344

Particularités des gastrites granulomateuses

L. Nkurunziza ⁽¹⁾, I. Errabih ⁽¹⁾, N. Benzroubeir ⁽¹⁾, S. Mechhor ⁽¹⁾, L. Chahed Ouazzani ⁽¹⁾

(1) Rabat, MAROC.

Introduction : Les gastrites granulomateuses sont des entités rares; représentant 1% des gastrites chroniques, caractérisées par la présence de granulomes dans la muqueuse gastrique. Le diagnostic est anatomo-pathologique. L'objectif de notre travail est de mettre l'accent sur les particularités endoscopiques et étiologiques des gastrites granulomateuses.

Patients et Méthodes : Etude rétrospective de 25 cas de gastrites granulomateuses sur une période de 41 ans (1976 à 2017). Les antécédents recherchés étaient la tuberculose, le contagio tuberculeux, la sarcoïdose et les antécédents de la Maladie de Crohn. Tous les patients ont bénéficié d'une gastroscopie, imagerie et bilan biologique.

Résultats : 25 gastrites granulomateuses dont 15 femmes et 10 hommes, sexe ratio F/H de 1,5; l'âge moyen de 39ans. La symptomatologie clinique était dominée par des épigastralgies et vomissements. La gastroscopie a montré dans 20 cas des érosions et ulcérations gastriques associées dans 13 cas à de gros plis gastroduodénaux; dans 4 cas un aspect de lésion ulcero-bourgeonnante et dans un cas un aspect infiltrant. L'histologie a mis en évidence dans tous les cas la présence de granulome épithélio-gigantocellulaire (GEGC). L'étiologie de la granulomatose gastrique était, une maladie de Crohn dans 13 cas, une tuberculose gastrique dans 11 cas dont 2 cas étaient associés à un ADK et une sarcoïdose dans un seul cas.

Conclusion : Les gastrites granulomateuses sont d'étiologie variées, il faudrait penser à faire des biopsies multiples devant toute lésion évocatrice vu l'absence de corrélation entre aspect endoscopique et histologique.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000647>

P.345

Le syndrome d'hyperémèse au cannabis : une série de 9 cas

L. Bridet ⁽¹⁾, M. Fiallegas Cano ⁽¹⁾, A. Fernandez-Atuxa ⁽¹⁾, J.L. Cabriada Nuno ⁽¹⁾

(1) Galdakao, ESPAGNE.

Introduction : Le cannabis représente la substance illicite la plus consommée au monde. Alors que cette substance est connue en médecine pour son effet anti-émétique, sa consommation chronique peut induire de façon paradoxale le syndrome d'hyperémèse au cannabis, décrit pour la première fois en 2004 (1). Celui-ci survient après une longue période de consommation et se caractérise par l'association de vomissements incoercibles à caractère cyclique et de douleurs abdominales (moins fréquentes) qui sont soulagées par la prise compulsive de bains chauds. Son explication serait la sur-stimulation par le delta-9 tétrahydrocannabinol (THC) des récepteurs cannabinoïdes CB1 du système neuroentérique au cours d'un phénomène de lipolyse (comme par exemple une période de stress ou de jeûne). Cette sur-stimulation serait responsable dans ce cas d'un retard de vidange gastrique et d'une inhibition du péristaltisme intestinal.

Patients et Méthodes : Nous rapportons une série de patients diagnostiqués de syndrome d'hyperémèse au cannabis suivant les critères de Simonetto (2) répertoriés de manière rétrospective entre 2016 et 2018. La consommation de cannabis s'établissait grâce à l'interrogatoire et un prélèvement urinaire

Résultats : Il s'agit de neuf consommateurs chroniques de cannabis (8 hommes et une femme), d'âge moyen de 29,8 ans (20-41 ans) admis pour vomissements incoercibles, rebelles aux anti-émétiques usuels. La consommation de cannabis représentait au moins 6 joints quotidiens et s'associait dans la quasi-totalité des cas à la prise d'autres toxiques (tabac et alcool). La triade diagnostique classique (vomissements, douleurs abdominales et soulagement par des douches/bains chauds) étaient retrouvés dans 89% des cas.

Durant ces 2 années, les patients ont été en moyenne hospitalisés 9 fois et 4 d'entre eux ont présenté des complications sous la forme d'un syndrome de Mallory-Weiss, deux invaginations intestinales ou bien un pneumomédiastin. Sur le plan biologique, tous présentaient une polynucléose à leur admission, un seul présentait une altération de la fonction rénale. Une exploration endoscopique oeso-gastro-duodénale fut réalisée dans 8 cas et un scanner abdominal dans 5 cas. Le traitement symptomatique (rehydratation, antiémétiques, antalgiques, douches chaudes) a permis dans tous les cas la résolution des symptômes.

Aucun d'entre eux n'a jusqu'à présent réussi à stopper de façon durable sa consommation de cannabis, malgré un suivi addictologique ambulatoire.

Conclusion : La consommation de cannabis est en constante augmentation et les médecins gastro-entérologues doivent connaître le syndrome d'hyperémèse au cannabis (ou syndrome « cannabis-douche ») responsable d'hospitalisations multiples et de possibles complications, parfois graves. Les critères de Simonetto sont faciles à utiliser. L'amélioration des symptômes par la prise de douches chaudes, parfois compulsives, pourrait s'expliquer par l'action thermorégulatrice du THC au niveau de l'hypothalamus.

Le suivi de ces patients, dont l'addiction est le plus souvent multiple, montre la difficulté d'obtenir un sevrage complet, seule option permettant d'atteindre un rémission.

Références Bibliographiques : 2.Simonetto and al. Cannabinoid hyperemesis: a case series of 98 patients. Mayo Clin Proc.2012;87(2):114-9

1.Allen JH and al .Cannabinoid hyperemesis :cyclical hyperemesis in association with chronic cannabis abuse. Gut.2004;53(11):1566-70

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000036>

P.346

Evaluation des prescriptions des IPP dans un centre hospitalier et proposition d'un document de bon usageC. Beyron ⁽¹⁾, E. Puzenat ⁽²⁾, P. Brulet ⁽³⁾, E. Pont ⁽³⁾

(1) Lyon ; (2) Contamine-sur-Arve ; (3) Bourgoin-Jallieu.

Introduction : Habituellement prescrits pour une durée limitée, l'utilisation à long terme des inhibiteurs de pompes à proton (IPP), souvent sans indication justifiée, est de plus en plus courante en France. Plusieurs études ont récemment mis en évidence de nombreux effets indésirables associés à une utilisation prolongée des IPP (infections digestives à *clostridium difficile*, infections respiratoires, hypomagnésémies, les néphrites interstitielles...). Au sein de notre centre hospitalier (CH), un groupe de travail pluridisciplinaire (médecins, pharmaciens et internes) a été créé dans le cadre de la COMEDIMS afin de réaliser un audit clinique et de sensibiliser les prescripteurs à la juste prescription des IPP.

Patients et Méthodes : Une revue de la littérature a été réalisée afin d'élaborer un document de bon usage des IPP destiné à servir de support au groupe de travail lors de l'audit. Il reprend les indications de la Haute Autorité de Santé (HAS 2009), les indications acceptables au vu des données bibliographiques disponibles, les posologies et les durées de traitement. Une grille d'audit a été élaborée, testée et validée. Les critères étudiés concernaient les données démographiques du patient, l'indication de l'IPP, le contexte de prescription (instauration, poursuite), la posologie, le moment de prise et la voie d'administration, et enfin le devenir de l'IPP en sortie d'hospitalisation. Des items spécifiques ont été ajoutés pour les services de Réanimation et de Soins continus (patients intubés, nutrition entérale). L'audit a été réalisé un jour donné, sur l'ensemble des unités de soins à l'exception des services pédiatriques. Tous les patients présentant une prescription d'IPP (PI) ce jour ont été inclus.

Résultats : 138 PI ont été auditées sur 297 prescriptions de patients hospitalisés, soit un taux d'imprégnation de 46.5%. Le sex-ratio était de 1,1, pour un âge moyen de 73,7 ans. Le nombre de traitements par IPP poursuivis pendant l'hospitalisation s'élevait à 102. 36 traitements étaient instaurés au cours du séjour. Concernant les poursuites de traitement, 20 PI (18.7%) avaient été réévaluées conduisant à 2 arrêts d'IPP et à une baisse de posologie dans moins d'un tiers des cas. Seulement 28 PI (20%) avaient une indication conforme aux recommandations HAS. En prenant en compte les indications acceptables, ce chiffre monte à 49 PI conformes (35%). L'administration se faisait majoritairement le soir. La voie orale était majoritaire (voie IV réservée aux hémorragies digestives hautes ou si voie per os non envisageable). En sortie d'hospitalisation, l'audit a montré que 80% des PI antérieures à l'hospitalisation ont été reconduites sans date de fin de traitement, et que 50% des PI instaurées au cours de l'hospitalisation ne sont pas bornées. Concernant les services de Réanimation et Soins Continus, une prévention de l'hémorragie digestive haute par IPP a été réalisée chez 11 patients : 4 (36.3%) sous ventilation mécanique, 5 (45.4%) sans nutrition entérale, et 6 (54.5%) avec une prescription de corticoïdes, d'AINS, ou d'antiagrégant plaquettaire. Suite à l'audit, les résultats ont été restitués aux services et le document de bon usage a été complété en rajoutant des modalités de déprescription des IPP.

Discussion : Du fait du peu de dossiers avec une indication conforme, les données concernant la posologie n'étaient pas interprétables. L'étude étant réalisée sur les prescriptions comportant un IPP le jour de l'audit, les PI arrêtées à l'entrée de l'hospitalisation n'étaient pas prises en compte. Un défaut de réévaluation des PI antérieures à l'hospitalisation a été observé, conduisant au maintien souvent non justifié de l'IPP. Peu de PI étaient bornées à la sortie d'hospitalisation, ce qui contribue à la reconduction de ces prescriptions par le médecin traitant.

Conclusion : L'audit montrait une hétérogénéité des pratiques de prescription des IPP et un manque de connaissance sur leur bon usage. Ce document a été présenté et validé en COMEDIMS, puis diffusé à tous les professionnels de santé du CH. En cas d'arrêt des IPP pendant le séjour, une information du patient et du médecin traitant sont indispensables afin d'effectuer un suivi et de pérenniser cet arrêt.

Pour consulter ce résumé en ligne :
<https://www.snfge.org/resumes-2019/000426>

P.347

Approche par séquençage parallèle massif (next-generation sequencing) des loci HLA chez des patients présentant une maladie de Biermer avec ou sans contexte familialA. Oussalah ⁽¹⁾, C. Chery ⁽²⁾, T. Josse ⁽¹⁾, R.M. Guéant-Rodriguez ⁽¹⁾, E. Jeannesson ⁽²⁾, P. Perrin ⁽²⁾, J. Seeleuthner ⁽³⁾, V. Rattina ⁽³⁾, C. Cobat ⁽³⁾, L. Abel ⁽³⁾, J.L. Guéant ⁽²⁾

(1) Vandœuvre-lès-Nancy ; (2) Nancy ; (3) Paris.

Introduction : La maladie de Biermer, appelée aussi maladie d'Addison-Biermer ou anémie pernicieuse, est produite par une gastrite auto-immune à prédominance fundique dont les symptômes résultent d'une carence en vitamine B12 secondaire à l'effondrement de la sécrétion fundique du facteur intrinsèque. La maladie de Biermer est fréquemment associée à d'autres pathologies auto-immunes, dont les thyroïdites auto-immunes. Les formes familiales de maladie de Biermer sont peu décrites dans la littérature. Nous avons testé l'hypothèse d'une prédisposition génétique de la maladie de Biermer liée aux loci HLA utilisant une approche par séquençage parallèle massif (next-generation sequencing : NGS) pour explorer les patients présentant une anémie de Biermer.

Patients et Méthodes : Nous avons étudié 7 familles recrutées dans le centre national de référence des maladies rares du métabolisme du CHRU de Nancy et incluant 29 patients présentant un phénotype de maladie de Biermer et 10 apparentés sains ainsi que 10 patients présentant une maladie de Biermer sans contexte familial connu. Deux panels de séquençage NGS ont été utilisés (TruSight HLA [Illumina®, France] et TruSight One [Illumina®, France]) sur un séquenceur MiSeq (Illumina®, France) pour séquençer les loci correspondant aux allèles HLA classiques : HLA-A, HLA-B, HLA-C, HLA-DQA1, HLA-DQB1 et HLA-DRB1. Les assignations d'allèles ont été réalisées par l'algorithme xHLA pour générer un typage d'allèles HLA spécifique à au moins 6 digits avec une précision rapportée à 99-100 % (1). Le calcul d'enrichissement des allèles HLA a été réalisé par une comparaison avec les fréquences alléliques obtenues à partir de la base de données mondiale Allele Frequency Net Database (2).

Résultats : Sur la base de la comparaison des fréquences alléliques des populations témoins, nous avons recensé neuf allèles HLA présentant un risque accru d'enrichissement chez les patients présentant une maladie de Biermer : DRB1*13:03:01 (risk ratio [RR] = 10,0) ; A*23:01:01 (RR = 3,8) ; C*06:02:01:01 (RR = 3,6) ; B*38:01:01 (RR = 3,6) ; B*44:03:01:01 (RR = 1,9) ; B*07:02:01 (RR = 1,9) ; DPB1*02:01:02 (RR = 1,8) ; DQB1*06:03:01 (RR = 1,7) ; DQB1*03:02:01 (RR = 1,6). La plupart de ces allèles ont été rapportés dans la littérature pour leur association avec des manifestations dysimmunitaires (sclérose en plaque, psoriasis, arthrite rhumatoïde, syndrome de polyendocrinopathie auto-immune de type 1).

Conclusion : Nos résultats suggèrent une prédisposition génétique de la maladie de Biermer liée à certains allèles HLA. Une étude de réplication sur un nombre plus important de patients permettra de préciser si certains loci HLA sont spécifiquement associés aux formes familiales observées notamment chez les femmes jeunes.

Remerciements : • Nous remercions tous les patients et leur famille pour avoir accepté de participer à l'étude ;

- Le Centre de référence des maladies héréditaires du métabolisme ;
- l'INSERM UMR_S 1256 (NGERE : nutrition génétique et exposition aux Risques Environnementaux)
- l'INSERM UMR_S 1163 IHU IMAGINE – Institut des Maladies Génétiques. Laboratory of Human Genetics of Infectious Diseases, Necker Branch.

Références Bibliographiques : 2.González-Galarza FF, et al. Allele frequency net 2015 update: new features for HLA epitopes, KIR and disease and HLA adverse drug reaction associations. *Nucleic Acids Res.* 2015 Jan;43(Database issue):D784-8.

1.Xie C, et al. Fast and accurate HLA typing from short-read next-generation sequence data with xHLA. *Proc Natl Acad Sci U S A.* 2017;114:8059-8064.

Pour consulter ce résumé en ligne :
<https://www.snfge.org/resumes-2019/001089>

P.348

Ulcères gastroduodénaux hémorragiques : aspects épidémiologiques, cliniques, endoscopiques et thérapeutiques (à propos de 129 cas)M. Nachit ⁽¹⁾, F. Haddad ⁽¹⁾, M. Tahiri Joutei Hassani ⁽¹⁾, W. Hliwa ⁽¹⁾, A. Bellabab ⁽¹⁾, W. Badre ⁽¹⁾

(1) Casablanca, MAROC.

Introduction : L'ulcère gastroduodénal est une cause fréquente d'hémorragie digestive haute responsable de plus de 50% des hémorragies non variqueuses. **Le but de notre travail** est de décrire les caractéristiques cliniques, endoscopiques et thérapeutiques de l'ulcère gastroduodénal hémorragique.

Patients et Méthodes : Une étude rétrospective a été menée sur 27 mois allant de Mai 2015 à Août 2017 incluant les patients hospitalisés dans notre service pour hémorragie digestive d'origine ulcéreuse.

Résultats : Nous avons colligé 129 patients, d'âge moyen 53,7ans (14-95), répartis en 28 femmes et 101 hommes soit un sex ratio à 3,6. Un tabagisme actif était noté dans 41% des cas, l'alcoolisme dans 22,5% des cas, une prise d'AINS et/ou d'aspirine dans 38,76% des cas, une prise d'anticoagulant dans 3% des cas et un antécédent d'ulcère dans 6,98% des cas. La présentation de l'hémorragie était hématoméuse dans 26,35% des cas, hématoméuse associée à des mélénas dans 64% des cas et des mélénas dans 8,5% des cas, 8,5% des malades ont nécessité un séjour en réanimation. L'examen clinique initial a retrouvé un état hémodynamique instable dans 2,3% des cas, des signes d'anémie dans 70% des cas, une sensibilité épigastrique dans 52% des cas, des mélénas au TR dans 73% des cas, 67% des malades ont nécessité une transfusion sanguine, le taux d'hémoglobine moyen était de 5,8g/dl (2,5à 13,8). La fibroscopie oeso-gastro-duodénale a objectivé un lac sanglant dans 10% des cas, un ulcère bulbaire dans 63,5% des cas, et gastrique dans 33,33% des cas, le stade de Forrest était III dans 63% des cas, IIb dans 19,4% des cas, IIc dans 10% des cas, IIa dans 4 malades, Ib chez 3 malades et la chez 2 malades. Tous les malades ont reçu un traitement par IPP injectable, un traitement endoscopique était préconisé chez 11 malades (injection d'adrénaline + pose de clips), 8 malades ont été opérés après échec du traitement endoscopique. La sérologie d'HP a été demandée chez tous nos malades. Aucun décès n'a été noté.

Conclusion : L'ulcère gastroduodénal hémorragique garde une morbi-mortalité élevée malgré l'avènement du traitement anti-sécrétoire et les gestes endoscopiques. L'infection à HP reste l'étiologie la plus fréquente dans notre contexte.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000524>

P.349

Les lésions digestives hautes chez les hémodialysés chroniquesB. Hasnaoui ⁽¹⁾, A. Khsiba ⁽¹⁾, A. Ouni ⁽¹⁾, M. Mahmoudi ⁽¹⁾, M. Medhioub ⁽¹⁾, L. Hamzaoui ⁽¹⁾, M.M. Azouz ⁽¹⁾

(1) Nabeul, TUNISIE.

Introduction : L'insuffisance rénale chronique est fréquemment associée à une altération de la muqueuse gastroduodénale pouvant engendrer des lésions, dont la fréquence augmente avec l'évolution de la maladie. Plusieurs facteurs étiologiques ont été incriminés notamment la modification de la sécrétion acide gastrique et l'hyperurémie. **Le but de ce travail** était d'étudier la fréquence et le type de lésions gastroduodénales chez les patients hémodialysés.

Patients et Méthodes : Il s'agissait d'une étude rétrospective descriptive étalée sur 5 ans allant de Janvier 2013 à Décembre 2017, colligeant tous les patients hémodialysés ayant eu une fibroscopie oeso-gastroduodénale (FOGD) au service d'hépatogastro-entérologie de Taher Maamouri Nabeul.

Résultats : Durant la période de l'étude, 57 patients ont été colligés. Il s'agissait de 36 hommes (63,15%) et de 21 femmes (36,85%). L'âge moyen était de 51 ans (extrêmes : 9 à 88 ans). Le bilan pré-greffe rénale était l'indication la plus fréquente de la FOGD (29,8%), suivi par la dyspepsie (21%), l'anémie ferriprive (17,54%), les vomissements (15,78%) et l'hémorragie digestive haute (10,5%). Les lésions endoscopiques étaient présentes dans 79% des cas, elles étaient dominées par les gastrobulbites érythémateuse et ulcéreuse dans 47,36% et 36,84% des cas respectivement, suivies par l'ulcère gastroduodénal (12,28%), les lésions d'angiodysplasies (8,77%) et les oesophagites peptiques (5,26%). Des varices oesophagiennes et des lésions de lymphangiectasie duodénale étaient retrouvées dans 2 cas chacune. L'infection à *helicobacter pylori* était notée dans 82,4% des cas. Douze malades (21%) avaient une FOGD normale.

Conclusion : Dans notre étude, Les lésions digestives hautes chez les patients hémodialysés chroniques étaient fréquentes, 79% de nos malades présentaient des lésions dominées par les gastro-bulbites érythémateuse et ulcérée.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000632>

P.350

Prévalence des lésions digestives hautes chez les insuffisants rénaux chroniques au stade d'hémodialyse

S. Bizid ⁽¹⁾, A. Baffoun ⁽¹⁾, A. Ouni ⁽²⁾, B. Ben Slimane ⁽¹⁾, M. Ghanem ⁽¹⁾, H. Ben Abdallah ⁽¹⁾, M.R. Bouali ⁽¹⁾, N. Abdellil ⁽¹⁾

(1) Tunis, TUNISIE ; (2) Bizerte, TUNISIE.

Introduction : Les lésions gastroduodénales sont fréquentes chez les insuffisants rénaux chroniques hémodialysés. Elles constituent une source de grande morbi-mortalité. Leur pathogénie est complexe et multifactorielle. **Le but de notre travail** était d'évaluer la prévalence des lésions digestives hautes chez cette population, d'identifier les facteurs de risque de survenue et de sévérité de ces lésions ainsi que de déterminer la prévalence de l'infection chronique à *Helicobacter pylori* chez ces patients.

Patients et Méthodes : Nous avons mené une étude prospective entre janvier 2014 et décembre 2017, colligeant 100 patients présentant une insuffisance rénale terminale au stade d'hémodialyse, suivis au centre d'Hémodialyse de l'Hôpital Militaire de Tunis. Tous les patients ont bénéficié d'une endoscopie digestive haute avec biopsies gastriques au service de Gastro-entérologie du même hôpital.

Résultats : L'étude a inclus 67 hommes et 33 femmes (sex-ratio=2), d'âge moyen 53 ans (extrêmes : 20-82 ans). La durée moyenne d'incidence en hémodialyse était de 61 ± 84 mois (extrêmes : 1 mois-408 mois). Une symptomatologie digestive était rapportée dans 53% des cas. La prévalence des lésions digestives hautes endoscopiques était de 86%. Ces lésions étaient de siège gastrique dans 86% des cas et de siège duodénal, cardiaque et œsophagien dans respectivement 39,5%, 13,9% et 12,8% des cas.

L'examen histologique des biopsies gastriques a objectivé une gastrite chronique chez tous les patients, une gastrite atrophique et une métaplasie intestinale chez respectivement 28% et 17% d'entre eux. La prévalence de l'infection à HP était de 61%.

La présence d'une symptomatologie digestive ($p=0,04$), le nombre de médicaments reçus ($p=0,014$) et l'absence d'hyponatrémie ($p=0,015$) étaient retenus comme facteurs de risque indépendants de lésions digestives hautes.

Aucun facteur de risque indépendant de sévérité des lésions digestives hautes n'a été isolé.

Concernant l'infection chronique à *Helicobacter pylori*, deux facteurs indépendants lui étaient associés, la symptomatologie digestive faite de troubles de transit ($p=0,02$) et l'activité de la gastrite à l'examen histologique ($p=0,001$).

Conclusion : Nos résultats significatifs méritent d'être validés par des études prospectives multicentriques. Ils permettent ainsi de définir un groupe à haut risque de développer des lésions digestives hautes chez qui une évaluation endoscopique et histologique est nécessaire.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000739>

P.351

Analyse démographique et endoscopique des patients atteints d'ulcère gastroduodénal hémorragique : à propos de 125 cas

I. Jemni ⁽¹⁾, H.L. Mohamed ⁽¹⁾, S. Ben Amor ⁽¹⁾, F. Aissaoui ⁽²⁾, M. Zakhama ⁽¹⁾, A. Guediche ⁽¹⁾, W. Boulhel ⁽¹⁾, W. Ben Mansour ⁽¹⁾, B.C. Nabil ⁽¹⁾, L. Safer ⁽¹⁾

(1) Monastir, TUNISIE ; (2) Tunis, TUNISIE.

Introduction : Les ulcères gastroduodénaux hémorragiques sont la principale cause d'hémorragie digestive haute. Le vieillissement de la population peut s'accompagner d'une modification du profil épidémiologique de cette maladie. Le but de notre étude est de déterminer la fréquence et les particularités anatomo-cliniques et endoscopiques des ulcères gastro-duodénaux hémorragiques en fonction de l'âge.

Patients et Méthodes : Nous avons mené une étude rétrospective incluant tous les patients ayant bénéficié d'une endoscopie digestive haute pour hémorragie ulcéreuse au sein de notre unité d'endoscopie digestive entre 2006 et 2018. Nous avons recueilli les caractéristiques épidémiologiques, anatomo-cliniques, endoscopiques des patients avec UGD hémorragique. Tous nos patients ont eu un geste d'hémostase endoscopique. On a comparé par la suite les deux tranches d'âge avant et après 65 ans à la recherche de modification des données épidémiologiques et des caractéristiques endoscopiques.

Résultats : notre étude a colligé 125 patients. La complication hémorragique de l'UGD montre une nette prédominance masculine avec un sexe ratio à 3,4 (97 hommes et 28 femmes). Cinquante-quatre pour cent de la population sont âgés de moins de 65 ans avec un âge moyen de 58,64 ans [17-92 ans]. Des antécédents de maladie ulcéreuse ont été notés dans 30,4 % des cas, les antécédents de maladie ulcéreuse compliquée d'hémorragie étaient présents dans 6,4% de la population. La présence de tare était constatée dans 49,6 % ($n=62$) dominée par les maladies cardio-vasculaires : HTA : 43,54 % et l'insuffisance cardiaque : 25,8%. La prise médicamenteuse était notée dans 56,8 % avec en tête de liste la prise de l'aspirine 29,6%. La prise de traitement anti coagulant était notée dans 15,2 % des cas. Le principal mode de révélation était l'association d'hématémèse avec méléna dans 36% des cas, l'instabilité hémodynamique initiale était notée chez 20 % des malades. Le siège de prédilection de l'ulcère hémorragique était duodénal (78,4%). Dans notre série on a noté une égalité de fréquence entre ulcère de la face antérieure et postérieure du bulbe (36,8%) et un seul cas de kissing ulcère. On n'avait pas retrouvé une différence statistiquement significative en matière de siège de l'ulcère selon le sexe, l'âge ou le statut tabagique. Malgré l'augmentation de la prise de traitement gastro-toxique chez les sujets âgés de plus de 65 ans on n'avait pas noté une augmentation significative de la localisation gastrique de l'ulcère hémorragique. Seule la prise d'AINS était significativement associée à une localisation antrale de l'ulcère ($p=0,015$). La taille moyenne de l'ulcère était de 11,5 mm, allant jusqu'à 30 mm. Une taille > à 20 mm est observée chez 18,5 % de la population. La présence de tare (surtout cardio-vasculaire) est corrélée à une taille d'ulcère > 20 mm contrairement à l'âge, sexe et la prise d'AINS où on n'a pas noté de différence statistiquement significative. Un saignement actif à l'endoscopie était noté dans 66,4 % de la population soit 83 patients dont 87,3% sont classés Forest Ib et 12,04% sont classés Forest Ia. On n'a pas noté une modification statistiquement significative de la prévalence de saignement actif selon l'âge ($p=0,18$). La prise d'anticoagulant était significativement corrélée à la présence d'un saignement actif ($p=0,05$). Le caractère creusant de l'ulcère était noté dans 53,6% des cas soit chez 67 patients. Les facteurs corrélés au caractère creusant de l'ulcère étaient la présence de tares ($p=0,015$) et l'antécédent d'hémorragie ulcéreuse ($p=0,024$) et la prise d'aspirine.

Conclusion : L'ulcère gastro duodénal hémorragique touche surtout l'homme, avec un siège duodénal prédominant. Au cours des dernières années on pourrait assister à une modification de ces caractéristiques épidémiologiques et

endoscopiques et ceci est dû à un changement de profil des malades, qui sont plus âgés, ont plus de tares et utilisent plus de médicaments gastro-agressifs. Ceci n'a pas été démontré dans notre études mais des études de plus larges spectres sont nécessaires afin d'adapter la prise en charge aux données imposées par la transition démographique.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000610>

P.352

Facteurs prédictifs de mortalité au cours des hémorragies digestives hautes : à propos de 363 cas

E.H. Ould Mahfoud ⁽¹⁾, H. Omari ⁽¹⁾, M. Tahiri Joutei Hassani ⁽¹⁾, F. Haddad ⁽¹⁾, W. Hliwa ⁽¹⁾, A. Bellabah ⁽¹⁾, W. Badre ⁽¹⁾

(1) Casablanca, MAROC.

Introduction : L'hémorragie digestive haute (HDH) représente une urgence médicochirurgicale et un motif d'admission fréquent. Le pronostic reste péjoratif dans les formes graves et la mortalité globale demeure encore élevée (5 à 30%). Notre objectif est d'analyser les facteurs de risque de mortalité hospitalière chez les patients admis pour une hémorragie digestive haute (HDH)

Matériels et méthodes : Etude rétrospective concernant tous les patients admis dans notre service entre Janvier 2016 et Mars 2018. Nous avons relevé les paramètres anamnestiques, clinico-biologiques, endoscopiques et thérapeutiques. Ces données ont été utilisées pour déterminer les facteurs corrélés à la mortalité.

Résultats : 363 patients ont été colligés, d'âge moyen de 55,46 ans [15-95 ans] prédominance masculine avec sex-ratio (H/F de 1,24). 33,7% des patients avaient une hépatopathie connue, un ATCD de maladie ulcéreuse gastroduodénale chez 3,5 % des patients. 21% des cas avaient une notion de prise médicamenteuse (AINS, AAP, AVK). 22,3% étaient tabagiques et 8,4 % alcooliques. Le motif d'hospitalisation était des hématemèses et des mélénas chez respectivement 84,3 % et 68,4% des patients. Seuls 3,8 % avaient des rectorragies. Le score de Rockall initial moyen était de 2,36 [0-6] et le score de Glasgow-blatchford moyen 10,77 [2-16]. Score de Meld moyen 13,95 et le score de Child 8,22. L'étiologie du saignement était liée à l'hypertension portale (43% des cas). 50% des patients avaient des étiologies non liées à l'hypertension portale. Le score de Rockall complet moyen était de 4,3 [0-7]. Un traitement endoscopique (LVO, encollage, clip...) était réalisé chez 166 patients soit 46% des cas. Le recours à la chirurgie était nécessaire chez 3% des patients. En ce qui concerne l'évolution, une récurrence hémorragique a été observée chez 15,7%. Le décès est survenu chez 7,4%. Les facteurs prédictifs de mortalité étaient : l'âge avance, antécédent d'hépatopathie, alcoolisme, présence de rectorragies à l'admission, le score de Rockall élevé, le score de Glasgow-blatchford élevé et la récurrence hémorragique

Conclusion : La mortalité globale dans notre étude était 7,4%. Les facteurs associés à cette mortalité étaient : âge avance, antécédent d'hépatopathie, alcoolisme, présence de rectorragies à l'admission, le score de Rockall, le score de Glasgow-blatchford, la récurrence hémorragique

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000582>

P.353

Facteurs prédictifs de la récurrence hémorragique dans la pathologie ulcéreuse

I. Akoch ⁽¹⁾, H. Abid ⁽¹⁾, M. Lahlali ⁽¹⁾, A. Lamine ⁽¹⁾, N. Lahmidani ⁽¹⁾, M. Elyoussfi ⁽¹⁾, D.A. Benajah ⁽¹⁾, M. Elabkari ⁽¹⁾, S.A. Ibrahim ⁽¹⁾

(1) Fès, MAROC.

Introduction : Le but de notre étude est de tracer le profil épidémiologique et évolutif de la maladie ulcéreuse, et de déterminer les facteurs prédictifs de récurrence hémorragique.

Patients et Méthodes : Notre travail consiste en une analyse prospective des patients colligés dans une unité d'endoscopie entre Janvier 2017 et Juillet 2018.

Résultats : 89 malades ont été inclus (sexe masculin=69.66%, âge moyen=84.48 ans). Les facteurs de risque sont dominés essentiellement par le tabagisme chronique (26.96%) et la prise d'AINS (23.59%). Le diagnostic positif était basé sur les données de la fibroscopie oesogastroduodénale qui a objectivé un ulcère gastrique dans 77.52%, et un ulcère duodénal dans 22.47%, en concluant à un ulcère à haut risque de récurrence hémorragique dans 13.48%, la taille de l'ulcère > 2cm a été notée dans 22 cas. Nos patients ont reçu un traitement à base d'inhibiteurs de la pompe à proton (IPP) seuls dans 78.65% des cas, une hémostase endoscopique associée à un traitement par IPP a été réalisée dans 7.86% des cas. La récurrence hémorragique a été objectivée chez 13 patients. Le taux de mortalité était de 6.56%. En ce qui concernait les facteurs prédictifs de récurrence hémorragique en analyse univariée, on trouve : L'abondance de l'hémorragie, la présence initiale des signes de l'état de choc, Forrest I à IIb, un score de blanchford supérieur à 3, un score de Rockall supérieur à 2, les besoins transfusionnels élevés, et le recours à la chirurgie d'hémostase. En analyse multivariée, sept variables ont été retrouvées : Il s'agit essentiellement d'un choc hémorragique, une thrombopénie, un ulcère de localisation postérieur, puis la durée d'hospitalisation.

Conclusion : Le traitement chirurgical d'urgence de l'ulcère hémorragique garde une morbidité et une mortalité élevées. La récurrence hémorragique n'apparaît pas aggraver le pronostic alors que la persistance de l'hémorragie est un facteur de gravité.

Références Bibliographiques : Morsy KH1, Ghaliouy MA, Mohammed HS. Outcomes and pre-dictors of in-hospital mortality among cirrhotic patients with non-variceal upper gastrointestinal bleeding in upper Egypt. Turk JGastroenterol 2014;25:707–13
SNFGE, AFEF, SFCD. Les traitements d'urgence des hémorragies digestives hautes de l'hypertension portale de la cirrhose. Réunion de consensus. rapport final de la conférence. Nov 1989; Paris. Gas-troenterol Clin Biol 1990;14:63B–7B

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000855>

P.354

Les hémorragies digestives hautes variqueuses en réanimation chirurgicale CHU-JRA Antananarivo : effet de l'ocytocine sur une période de 8 ans

N.M.P. Rahanitriniaina ⁽¹⁾, A. Rakotondrainibe ⁽¹⁾, H.A. Rakotondrabe ⁽¹⁾, H.M.R. Randriamzao ⁽¹⁾, A.T. Rajaonera ⁽¹⁾

(1) Tananarive, MADAGASCAR.

Introduction : L'hémorragie digestive haute variqueuse demeure une cause importante de morbi-mortalité. Les médicaments vaso-actifs recommandés ne sont pas disponibles dans notre milieu. L'ocytocine a été utilisée comme alternative. L'objectif de cette étude était d'analyser et de comparer les paramètres hémodynamiques selon l'utilisation d'ocytocine dans les hémorragies digestives hautes variqueuses.

Patients et Méthodes : Une étude cas – témoin était effectuée dans le service de Réanimation Chirurgicale HJRA, sur 8 ans (2010 – 2017). La population d'étude était divisée en deux groupes : Groupe O(+) et Groupe O(-). Les paramètres hémodynamiques des patients présentant une hémorragie digestive variqueuse ont été étudiés. La comparaison de ces paramètres entre les deux groupes, les corrélations entre l'utilisation de l'ocytocine et les paramètres hémodynamiques ainsi que la mortalité ont été analysées (SIGMASTAT® 3.5).

Résultats : Ont été recensés 269 patients (47.1 ± 13.7 ans ; à prédominance masculine, sex ratio de 2,53). L'ocytocine a été administrée chez 175 patients Groupe O(+) contre 94 patients Groupe O(-). La pression artérielle systolique (100,3 ± 24,3 vs 98,5 ± 7,5 mmHg), la fréquence cardiaque (73 ± 13,7 vs 77,5 ± 8,7 bpm) ainsi que l'indice de choc (0,7 ± 0,23 vs 0,7 ± 0,1) n'ont pas été corrélés avec l'utilisation de l'ocytocine et étaient similaires dans les deux groupes. L'ocytocine avait un impact significatif sur la pression artérielle moyenne (p=0,0237) et ce paramètre différait entre les deux groupes (p=0,026). La mortalité (18,3% vs 11,7%) n'était pas corrélée avec l'utilisation d'ocytocine.

Conclusion : La prise en charge des hémorragies digestives variqueuses repose entre autre sur l'optimisation de la pression artérielle moyenne. L'ocytocine possède des propriétés cardio-vasculaires, qui pourraient ainsi agir sur ce paramètre sans impact sur la mortalité.

Mots clés : Hémorragies digestives, Réanimation, Oxytocine, Varices œsophagiennes.

Remerciements : (Présentation affichée)

Références Bibliographiques : 1.Ghassemi K.A, Jensen D.M. Lower GI bleeding: epidemiology and management. Curr Gastroenterol Rep 2013 ; 15(7) : 333. 2.Razafimahefa S.H, Rabenjanahary T.H, Rakotozafindraibe R et al. Hémorragies digestives hautes : aspects cliniques, endoscopiques et évolutifs. A propos d'une série de 62 patients malgaches. Rev. méd. Madagascar. 2011;1(1):6-10. 3.Rakotovo M.A, Nanantenantoa R, Rasamoelina N et al : Aspects épidémiologique-clinique et thérapeutique des hémorragies digestives vues au CHU Tambohohe Fianarantsoa. Rev. méd. Madagascar. 2016 ; 6(1): 689-93. 4.De Franchis R on behalf of the Baveno VI Faculty. Expanding consensus in portal hypertension. Report of the Baveno VI Consensus Workshop: Stratifying risk and individualizing care for portal hypertension. J Hepatol 2015;63:743-52. 5.Gutkowska J, Jankowski M. Oxytocin Revisited: Its Role in Cardiovascular Regulation. Journal of Neuroendocrinology, 2012, 24, 599–608. 6.Gutkowska J, Jankowski M et Antunes-Rodrigues J. The role of oxytocin in cardiovascular regulation. Brazilian Journal of Medical and Biological Research. 2014; 47(3): 206-14.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000668>

Y a-t-il une place au score de Baylor dans la prise en charge de l'ulcère gastroduodénal hémorragique ?

I. Jemni ⁽¹⁾, H.L. Mohamed ⁽¹⁾, S. Ben Amor ⁽¹⁾, F. Aissaoui ⁽²⁾, M. Zakhama ⁽¹⁾, A. Guediche ⁽¹⁾, W. Bouheli ⁽¹⁾, W. Ben Mansour ⁽¹⁾, B.C. Nabil ⁽¹⁾, L. Safer ⁽¹⁾

(1) Monastir, TUNISIE ; (2) Tunis, TUNISIE.

Introduction : L'hémostase endoscopique est la pierre angulaire de la prise en charge de l'ulcère gastroduodénal hémorragique. De nombreux scores ont été établis pour stratifier le risque des patients et contribuer à la prise en charge en planifiant l'horaire de l'endoscopie et prédire le pronostic. Le score de Baylor (BBS : Baylor Bleeding Score) est un score pré-endoscopique (variant de 0 à 15), et post endoscopique (variant de 0 à 9) proposé essentiellement pour prédire le risque de récurrence hémorragique. L'objectif de ce travail est d'évaluer la place du BBS dans la stratégie de prise en charge de l'ulcère gastroduodénal hémorragique.

Patients et Méthodes : il s'agit d'une étude rétrospective ayant colligé 125 patients sur une période étendue de 2007 à 2018. On a inclus les patients qui se sont présentés aux urgences pour hémorragie digestive haute quel que soit le mode d'extériorisation et qui ont bénéficié d'un geste d'hémostase endoscopique. Le score de Baylor a été évalué en pré endoscopique et post endoscopique et la somme des 2 versants a été calculé. On a étudié la valeur prédictive du risque de récurrence hémorragique, de recours à la chirurgie, de décès précoce et la corrélation entre le score calculé et la fréquence de saignement actif à l'endoscopie.

Résultats : on a inclus 125 patients qui ont présenté une hémorragie digestive haute en rapport avec un ulcère gastroduodénal dont 97 hommes et 28 femmes. L'âge moyen est 58,64 ans avec des extrêmes de [17 à 92 ans]. Le score de Baylor total moyen est de 11,09 (2-19). Le score de Baylor pré-endoscopique moyen est de 5,70 (0-15). Le score post endoscopique moyen est de 5,37 (0-9). Dans notre série un score de Baylor pré endoscopique > 5 était prédictif de la présence de saignement actif à l'endoscopie ($p=0,011$), mais n'était pas statistiquement corrélé à un sur-risque de récurrence hémorragique ($p=0,09$) ou de recours à la chirurgie ($p=0,24$). Un score de Baylor total ≥ 11 n'était pas significativement associé au risque de récurrence hémorragique ($p=0,46$) ni prédictif de risque de recours à la chirurgie ($p=0,16$) ou de mortalité à j30 ($p=0,36$).

Conclusion : Dans notre population d'étude, un score de Baylor pré-endoscopique supérieur à 5 était prédictif de saignement actif à l'endoscopie. Cependant ce score n'avait pas démontré un intérêt comme facteur pronostic prédictif de récurrence hémorragique ou de recours à la chirurgie.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000616>

Hémorragie digestive haute : quand peut-on envisager un traitement en ambulatoire ?

I. Akoch ⁽¹⁾, H. Abid ⁽¹⁾, M. Lahlali ⁽¹⁾, A. Lamine ⁽¹⁾, N. Lahmidani ⁽¹⁾, M. Élyoussfi ⁽¹⁾, D.A. Benajah ⁽¹⁾, M. Elabkari ⁽¹⁾, S.A. Ibrahim ⁽¹⁾, R. Benjira ⁽¹⁾

(1) Fès, MAROC.

Introduction : L'hémorragie digestive haute (HDH) représente une urgence médico-chirurgicale, et un motif fréquent de consultation en hépato-gastro-entérologie. Le développement des scores d'hémorragie digestive a eu pour but de mieux évaluer le pronostic et de guider la prise en charge. L'utilisation d'un score peut apparaître comme une solution pour décider d'une prise en charge en ambulatoire ou au contraire en hospitalisation. **Le but de notre travail** est d'identifier les facteurs prédictifs de récurrence hémorragique et de mortalité précoce après un épisode hémorragique.

Patients et Méthodes : C'est une étude rétrospective, descriptive et analytique intéressant 137 patients colligés dans une structure hospitalière entre Mars 2017 jusqu'à Avril 2018. Le score de Blatchford et le score de Rockall ont été calculés pour chaque patient. Une analyse uni et multivariée à la recherche d'une association entre la récurrence hémorragique, la mortalité, et les caractéristiques sociodémographiques, clinico biologiques, endoscopiques et évolutives de nos patients, a été réalisée.

Résultats : L'âge moyen de nos patients était de 54.36 [17-95 ans], avec un sexe ratio H/F de 1.79. Les comorbidités ont été notées dans 53.28% des cas ($n=73$). Il s'agissait essentiellement d'une hypertension portale sur foie de cirrhose (46.57%), une cardiopathie ischémique (15%), et une insuffisance rénale chronique (10.95%). Une hématomérose avec méléna concomitant étaient le motif de consultation le plus dominant ($n=82,59\%$). L'endoscopie a permis de porter le diagnostic lésionnel avec comme principales étiologies l'ulcère gastroduodénal dans 51.1% ($n=70$) et les varices œsophagiennes dans 29.92% ($n=41$). La fibroscopie œso-gastro-duodénale a été réalisée dans un délai moyen de 39.81 h, concluant en cas de la maladie ulcéreuse à un ulcère à haut risque de récurrence (Forrest I-IIb) dans 10% des cas ($n=7$). La taille de l'ulcère > 2cm a été notée dans 16 cas (22.85%). Quant à l'hémorragie par hypertension portale, de grosses varices œsophagiennes VO (grade II-III) ont été notées dans 90.24% des cas ($n=37$). La présence des signes rouges a été observée chez 36 patients (87.80%). Un saignement actif a été présent dans 36.58 % des cas ($n=36,58\%$). La moyenne des scores de Blatchford et de Rockall étaient respectivement de 5.29 et 3.40. La récurrence hémorragique a été observée chez 23 (16.78%) patients avec un délai moyen de 3.5 jours [1-6 j]. Le taux de mortalité était de 6.56% ($n=9$). Les facteurs prédictifs de récurrence hémorragique étaient : La présence des comorbidités ($p=0,02$), le délai entre le début de l'hémorragie et l'admission ($p=0,001$), l'abondance initiale de l'hémorragie ($OR=8,573$, $p=0,014$), les besoins transfusionnels élevés ($p=0,001$), le nombre élevé des VO ($p=0,015$), la présence des signes rouges ($OR=6,292$, $p=0,003$), la taille > 2 cm de l'ulcère ($p=0,040$), le traitement vaso-actif par la somatostatine ($p=0,025$), un score de Blatchford supérieur à 3 ($p=0,04$), et un score de Rockall supérieur à 2 ($p=0,034$). Les scores de Blatchford ($p=0,012$) et de Rockall élevés ($p=0,01$) sont associés significativement à une augmentation du risque de décès.

Conclusion : Une prise en charge en ambulatoire des hémorragies digestives hautes non liées à l'hypertension portale est possible. Cette prise en charge doit être réservée aux hémorragies non abondantes à faible risque de récurrence hémorragique chez des sujets sans comorbidités. Les malades doivent être informés de la conduite à tenir en cas de récurrence hémorragique et en état de pouvoir se rendre à nouveau en centre spécialisé.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000857>

Prévalence de la dyspepsie fonctionnelle chez les patients obèses et en surcharge pondérale

I. Elhidaoui⁽¹⁾, Y. Dannouni⁽¹⁾, H. Sghir⁽²⁾, K. Benjouad⁽¹⁾, S. Oubaha⁽¹⁾, Z. Samlani⁽¹⁾, K. Krati⁽¹⁾

(1) Marrakech, MAROC ; (2) Marrakech , MAROC.

Introduction : La dyspepsie est une pathologie chronique, polymorphe, touchant environ 10 % de la population adulte et dont les symptômes peuvent évoluer au cours du temps. C'est un motif de consultation fréquent qui entraîne un coût non négligeable pour la société. **Le but de notre travail** est d'évaluer la prévalence de cette pathologie parfois invalidante chez les patients souffrants d'une surcharge pondérale ou une obésité.

Patients et Méthodes : Cent huit patients souffrant d'une obésité ou une surcharge pondérale. Les données épidémiologiques et cliniques ont été recueillies dans un questionnaire basé sur les critères de ROME IV. La surcharge pondérale était définie par un IMC ≥ 25 et l'obésité par un IMC ≥ 30 .

Résultats : Il s'agissait de 79 femmes et de 29 hommes avec un sex-ratio de 0.36. L'âge moyen était de 27 ans (entre 23-56 ans). La population étudiée était composée de 78 patients souffrants d'une obésité (72.2%), 30 en surcharge pondérale (27.8%). 10,1% des participants souffraient d'une anxiété chronique, 9,2% avaient un antécédent familial de dépression ou d'anxiété chronique et 35,1% avait un antécédent familial de diabète avec HTA. La notion de tabagisme actif ou passif était relevée chez 12% des participants. Selon les critères de ROME IV, la prévalence de la dyspepsie fonctionnelle était estimée à 58,3%. Sur le plan clinique, 39,8 % avait un syndrome dyspeptique postprandial, un syndrome douloureux épigastrique chez 27,7% et 32,4% avaient les 2 types de dyspepsie. Aucun participant ne présentait de signes d'alarme. 13,8 % des participants avaient consulté pour ce trouble et une FOGD était pratiquée chez 7,4 % d'entre eux avec mise en évidence d'une gastrite à *Helicobacter Pylori* positive dans 5,5% des cas. Une automédication était notée chez 50% des participants.

Conclusion : La prévalence de la dyspepsie fonctionnelle chez les patients obèses ou ayant une surcharge pondérale n'est pas négligeable (>50%). Le rôle de l'obésité est sans doute à ne pas méconnaître dans la dyspepsie fonctionnelle.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000709>

Résultats apres pancréatectomie pour TNE et évaluation de la nouvelle classification OMS 2017 : étude rétrospective multicentrique de 138 patients

R. Souche⁽¹⁾, A. Coignac⁽¹⁾, M. Dupuy⁽¹⁾, B. Rivière⁽¹⁾, J. Ramos⁽¹⁾, I. Raingeard⁽¹⁾, F. Borie⁽²⁾, S. Obled⁽²⁾, F. Quenet⁽¹⁾, P.E. Colombo⁽¹⁾, F. Portales⁽¹⁾, M. Prudhomme⁽²⁾, E. Assenat⁽¹⁾, J.M. Fabre⁽¹⁾

(1) Montpellier ; (2) Nîmes.

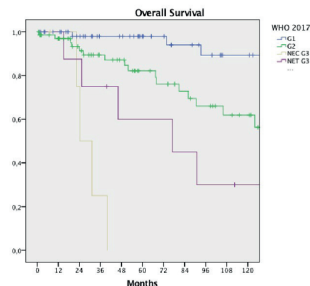
Introduction : Les objectifs de cette étude étaient d'évaluer les facteurs pronostiques de survie globale, de récidive et la nouvelle classification OMS 2017 (cOMS2017) sur une cohorte de patients opérés d'une TNE du pancréas (pNET).

Patients et Méthodes : Les données collectées entre 1997 et 2017 ont été rétrospectivement analysées. Les grades histologiques ont été revus et convertis selon la cOMS2017 par 2 anatopathologistes du réseau Renaten. Les résultats apres chirurgie et les facteurs prédictifs de survie globale (SG)/sans récidive (SSR) ont été analysés.

Résultats : 138 patients (67 femme, 48%) ont eu une résection pancréatique pour pNET (40 DPC, 80 PG, 12 énucléations, 6 PM) avec un taux de morbi/mortalité de 44% et 0.7%. Vingt patients présentaient des métastases synchrones. 7/24 patients avec une TNE asymptomatique de taille inférieure à 2 cm se révélaient NETG2 selon la cOMS2017. Parmi eux, aucun n'était N+ sur les 10 patients qui ont bénéficié d'un curage ganglionnaire. La SG à 5 ans selon la cOMS2017 était de 98% pour les 57 patients avec pNETG1, 82% pour les 68 patients avec pNETG2, 60% pour les 8 patients avec pNETG3 and 0% pour les 5 patients avec pNECG3 (p<0.0001). Apres analyse multivariée, les facteurs de mauvais pronostic sur la survie globale étaient un âge > 60 (p=0.014), des métastases synchrones (p=0.005), un grade cOMS2017 élevé (NETG1 versus NETG2 (HR: 3.084, IC95% 1.5-9; p=0.005), NETG3 (HR: 10.758, IC95% 2.8-40; p<0.001) et NECG3 (HR: 29.747, IC95% 6.2-141; p<0.001). Une pNET symptomatique (p=0.038), un statut N+ (p=0.027) et un grade cOMS2017 élevé (NETG1 versus NETG3 (HR: 5.7, IC95% 1.4-22; p=0.014) et NECG3 (HR: 15, IC95% 2-114; p=0.009) étaient indépendamment associés à la récidive. Il existait une différence significative entre NET G3 vs NEC G3 concernant la SG (p=0.028) et la SSR (p=0.046).

Conclusion : Les résections pancréatiques pour TNE ont une morbidité non négligeable et une mortalité inférieure à 1%. L'âge, la présence de métastases synchrones influencent indépendamment la SG; le caractère symptomatique, le statut N+ sont prédictifs de récidive. Le grade selon la cOMS2017 est indépendamment associé à la SG/SSR. Les patients avec tumeurs différenciées classées désormais NETG3 semblent justifier d'un traitement chirurgical avec un pronostic intermédiaire (60% de survie à 5 ans) entre ceux des NETG2 et NECG3.

Remerciements : Remerciements à l'équipe de Radiologie, de gastro-entérologie, d'anesthésie-reanimation et aux équipes paramédicales pour les soins donnés aux patients. Université de Montpellier (UM).



Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000094>

Cholangiopancréatographie rétrograde endoscopique dans la pathologie lithiasique chez les sujets âgés de plus de 75 ans ?

F. Bouhamou ⁽¹⁾, H. Seddik ⁽¹⁾, S. Morabit ⁽¹⁾, I. El Koti ⁽¹⁾, A. Benkirane ⁽¹⁾

(1) Rabat, MAROC.

Introduction : Devant une population à traiter de plus en plus âgée, la CPRE pose la question du bénéfice chez le sujet âgé. Nous nous sommes donc fixé comme objectif de comparer les résultats de la CPRE dans la pathologie lithiasique chez les sujets âgés respectivement de moins et de plus de 75ans.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive et analytique menée sur une période allant de Mai 2002 à Février 2017, incluant 846 patients ayant bénéficié d'une CPRE pour une pathologie lithiasique. Nous avons réparti nos patients en deux groupes : le groupe I pour les patients âgés de moins de 75ans, et le groupe II pour les patients âgés de plus de 75ans. Nous avons réalisé initialement une étude descriptive des caractéristiques de la population âgée, suivie d'une étude analytique comparative des résultats entre les deux groupes concernant le taux de succès et le taux de complications.

Résultats : Le groupe des sujets âgés (groupe I) représentait 12,3% de la population (n=101), avec un âge moyen de 80,17±5,43ans et des extrêmes allant de 75 à 96ans, le sexe ratio H/F était de 1,2. Parmi ces patients, 67,3% n'avait pas d'antécédents chirurgicaux notables (n=68), 28,7% étaient cholécystectomisés, et 4% seulement avant un antécédent de sphinctérotomie biliaire endoscopique. 5% des patients étaient admis pour une pancréatite aiguë (n=5) et 25,7% étaient en angiocholite aiguë (n=26). Sur le plan radiologique, le diamètre moyen de la VBP était de 15,2±4,2mm. Un empiérement cholédocien a été retrouvé chez 37,8% des patients (n=38), un gros calcul a été retrouvé chez 10,9% des patients (n=11). Une SBE a été performée chez 94,1% des patients (n=95). La vacuité de la VBP a été obtenue dans 61,4% des cas dans le groupe des patients âgés, comparée à 78,4% dans le groupe I (p<0,001), le recours aux manœuvres endoscopiques supplémentaires était de 30,7% dans le groupe II, comparé à 18,3% seulement dans le groupe I (p=0,003). Le taux de succès global était de 85,2% dans le groupe II, comparé à 92,5% dans le groupe I (p=0,012). Le taux de complications précoces était de 50,5% dans le groupe des sujets âgés, comparé à 40,7% dans le groupe I, sans différence statistiquement significative (p=0,06).

Conclusion : Malgré que le taux de succès global reste meilleur chez le sujet jeune, les résultats de la CPRE dans la pathologie lithiasique chez le sujet âgé de plus de 75ans restent satisfaisants, sans différence statistiquement significative en terme de complications précoces de la CPRE. Ceci nous permet de déduire que la CPRE garde tout son intérêt même chez le sujet âgé.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/001047>

Le syndrome LPAC : une cause rare de pancréatite aiguë à ne pas négliger !

N. Gille ⁽¹⁾, P. Karila-Cohen ⁽¹⁾, G. Goujon ⁽¹⁾, D. Konstantinou ⁽¹⁾, S. Rekik ⁽¹⁾, H. Becheur ⁽¹⁾, A.L. Pelletier ⁽¹⁾

(1) Paris.

Introduction : Le syndrome LPAC (Low Phospholipid Associated Cholelithiasis) associe un excès de sécrétion du cholestérol dans la bile et une diminution de sécrétion de phospholipides. Il entraîne la formation de calculs aussi bien dans le foie que dans la vésicule. Le diagnostic, porté dans moins de la moitié des cas, est fait par une échographie experte (radiologie sensibilisée) et le traitement est basé sur l'acide urso-desoxycholique (AUDC). Cette étude a cherché à définir les caractéristiques des patients atteints du syndrome LPAC afin d'en favoriser le diagnostic.

Patients et Méthodes : Tous les patients majeurs hospitalisés ou évalués en consultation de gastro-entérologie dans deux centres hospitaliers, présentant une suspicion clinique de syndrome LPAC confirmée à l'échographie réalisée par une radiologue spécialiste, ont été inclus prospectivement entre octobre 2017 et août 2018. La suspicion clinique était basée sur la présence d'au moins un des critères suivants : douleur biliaire survenant avant l'âge de 30 ans ou récidivante après cholécystectomie, antécédent de pancréatite aiguë sans étiologie retrouvée ou de cholestase gravidique, ou antécédent familial de lithiase biliaire au 1^{er} degré avant 30 ans. Les signes échographiques de syndrome LPAC étaient la présence dans les voies biliaires intra-hépatiques : de dépôts cholestéroliques avec un aspect en queues de comète, ou/et de microlithiases ou/et de macrocalculs avec cônes d'ombres postérieurs. Les patients ayant une autre cause de pancréatite aiguë ou de dilatation des voies biliaires intra-hépatiques, un éthyisme chronique, une stéatose hépatique importante, ou une dysmorphie hépatique à l'échographie étaient exclus. Le recueil a été fait lors de la consultation de suivi, par téléphone et/ou par consultation du dossier médical.

Résultats : Caractéristiques : Vingt-quatre patients ont été inclus. Il s'agissait de patients jeunes (âge médian au diagnostic de 37 ans), essentiellement de sexe masculin (58%) et sans surpoids (IMC médian à 24,0). Les antécédents de pancréatite aiguë et de cholécystectomie étaient fréquents (respectivement 54% et 42%) ainsi que les antécédents familiaux au 1^{er} degré de lithiase (30%). Peu de patients avaient des antécédents de cholécystite (13%), d'angiocholite (13%) ou de pancréatite chronique (4%). Aucun patient n'avait de cholestase chronique ou gravidique.

Mode de révélation : 88% des patients étaient symptomatiques et présentaient une douleur biliaire récurrente. La douleur était associée à une pancréatite aiguë dans 38% des cas et plus rarement à une cholécystite ou à une angiocholite (respectivement 14% et 4%). Une cytolyse et une cholestase fugaces étaient présentes dans 57% des cas et étaient modérées (médiane à 2,0 N).

Imagerie : Les signes échographiques associaient l'aspect en queues de comètes par dépôts cholestéroliques (96%), à des microlithiases des voies biliaires intra-hépatiques (83%) avec des cônes d'ombre (73%). Des macro-calculs des voies biliaires intra-hépatiques étaient retrouvés dans 14% des cas et du sludge dans 9% des cas. 5 patients seulement avaient une lithiase vésiculaire associée.

Le scanner, l'IRM et la biopsie hépatique n'ont pas mis en évidence de microlithiase intra-hépatique.

Traitement : L'AUDC a été administré chez 71% des patients et a permis une régression des symptômes dans une grande majorité des cas (93%), rapidement (délai moyen de 3,4 semaines). Aucun effet indésirable n'a été décrit par les patients.

Conclusion : Le Syndrome LPAC concerne majoritairement des hommes jeunes et sans surpoids, à la différence de la lithiase vésiculaire banale. Il est souvent révélé par une pancréatite aiguë. Le diagnostic repose sur une symptomatologie biliaire récurrente et des signes spécifiques échographiques. Les autres examens complémentaires sont inutiles.

Le traitement par AUDC est simple, rapidement efficace et bien toléré. Une sensibilisation des hépato-gastroentérologues, des radiologues et des chirurgiens digestifs est donc nécessaire afin de ne pas méconnaître le diagnostic. On pourrait réaliser une échographie hépatique par un radiologue sensibilisé chez tous les patients présentant une douleur biliaire résiduelle récurrente après une pancréatite aiguë.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000409>

P.361

Drainage biliaire percutané dans les ictères obstructifs malins : à propos d'une série hospitalière de 210 cas

T. Bassaid ⁽¹⁾, M. Kaci ⁽¹⁾

(1) Oran, ALGÉRIE.

Introduction : Les possibilités curatives de l'ictère par obstacle néoplasique des voies biliaires sont souvent dépassées au moment du diagnostic et le traitement est palliatif. Le drainage biliaire transhépatique a pris une place importante dans l'arsenal thérapeutique, il vise à améliorer la qualité de survie du patient, sans prurit, sans surinfection biliaire et permet ainsi d'instaurer une chimiothérapie palliative.

Le but de ce travail est d'évaluer l'efficacité et les complications du drainage biliaire transhépatique à travers une étude rétrospective de 210 cas.

Patients et Méthodes : Durant une période de 5ans allant de Janvier 2012 à Décembre 2017, deux cent dix patients âgés de 18 à 92 ans ont bénéficié d'un drainage biliaire dans le service de radiologie et d'imagerie médicale. Un drainage biliaire externe, interne ou une mise en place d'une endoprothèse métallique a été réalisé selon l'indication et l'état du patient. L'efficacité et les complications du drainage ont été évaluées sur des critères cliniques et biologiques.

Résultats : Le drainage a été réalisé avec succès dans 98,5% cas.

Un seul abord des voies biliaires a été utilisé dans 71,4% des cas (150 patients) et deux abords (droit et gauche) dans 28,6% (60 patients).

113patients (53,8%) ont pu bénéficier de la mise en place d'une ou de plusieurs endoprothèses.

70 patients (33,3%) ont eu un drainage biliaire externe et 25 patients (12%) ont eu un drainage biliaire interne-externe. Le drainage biliaire n'a pas été possible dans 2 cas (0,9%), en raison d'une tumeur localement avancée occupant la quasi-totalité du foie et de métastases hépatiques multiples.

Une amélioration clinique et biologique a été notée dans 95,2% des cas. Des complications mineures sont survenues dans 33 cas à type d'hémobilie ayant tarit spontanément dans 15cas, de chute du drain secondairement remplacé dans 11cas. Une obstruction de la prothèse a été notée dans 7cas, traitée par mise en place d'une deuxième endoprothèse. Aucune complication majeure n'est survenue.

Conclusion : Le drainage biliaire percutané constitue une méthode efficace pour le traitement des obstacles biliaires néoplasiques, améliorant le confort de vie avec une faible morbidité.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000636>

Étude observationnelle prospective de l'épidémiologie bactériologique des patients avec une obstruction biliaire BLIBAC

P. Zhong ⁽¹⁾, I. Patry ⁽¹⁾, C. Catherine ⁽¹⁾, L. Vuitton ⁽¹⁾, S. Koch ⁽¹⁾

(1) Besançon.

Introduction : les principales causes. Peu d'études prospectives sur l'écologie bactérienne biliaire sont disponibles et le consensus français sur le choix de l'antibiothérapie à adopter n'est plus à jour.

L'objectif principal de l'étude était de décrire l'écologie bactérienne ainsi que le profil de résistance lors d'obstructions biliaires.

L'objectif secondaire était de décrire le profil bactériologique et le profil de résistance en fonction de l'étiologie.

Patients et Méthodes : Il s'agissait d'une étude prospective mono centrée observationnelle entre Mars 2018 et Juin 2019. Tous les patients consécutifs admis pour une obstruction biliaire avec ou sans critères d'angiocholites étaient inclus de manière prospective. Des prélèvements bactériologiques sanguins et biliaires standardisés étaient réalisés et envoyés pour une analyse microbiologique.

Résultats : Parmi les 54 patient inclus, 27 patients (50%) présentaient des critères d'angiocholites. Le taux de mortalité globale à 30 jours était de 7,4% dont 2 décès suite à choc septique après drainage biliaire sans documentation bactériologique. Les bêta lactamines étaient la classe d'antibiotiques la plus fréquemment prescrite avec une majorité de céphalosporines de 3e génération (C3G) (78%) et Métronidazole (88%).

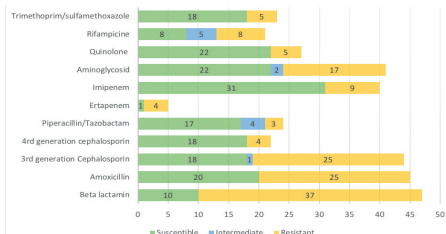
Les bactéries les plus fréquemment isolées sont les bacilles gram négatifs (48,9%) avec une majorité d'*Escherichia Coli* (31%) ainsi que les cocci gram positifs (48,9%) avec une majorité d'*Enterococcus Faecium* (22%) et *Faecalis* (16%). Aucun pathogènes anaérobie sensible au Métronidazole n'a été isolé au cours de l'étude.

Plus de la moitié des bactéries isolées présentait une résistance à au moins une bêta lactamine, aux C3G dans 57% des cas. Des bactéries multi résistants (BMR) ont été identifiées chez 7 patients (15%) tous avec une angiocholite. Parmi eux, 3 *Escherichia Coli* producteur de bêta lactamase à spectre étendue (BLSE). Dans le groupe angiocholite, la proportion de cocci gram positifs était plus importante (61,1% vs 40%) avec une majorité d'*Enterococcus Faecalis* (27,8%) et *Faecium* (22,2%) que chez les non infectés.

Les sténoses malignes étaient associées à proportion importante de germes résistants à plusieurs classes d'antibiotiques dont les C3G (80%). Les principales bactéries isolées chez les patients porteurs d'une prothèse biliaire étaient des entérocoques (40%) dont une productrice céphalosporinase de bas niveau et une résistante à la vancomycine.

Les cultures fongiques étaient positives chez 17 patients (34%) dont 13 patients avec une angiocholite. L'espèce la plus fréquemment isolée était *Candida Albicans* (58%) notamment en cas d'antibiothérapie 3 mois auparavant.

Conclusion : Notre étude est une étude française prospective fournissant des données actualisées sur l'épidémiologie bactérienne dans le cadre des obstructions biliaires. Les principales bactéries retrouvées sont *Escherichia Coli*, *Enterococcus Faecium* et *Faecalis*. Une majorité de ces bactéries était résistante aux C3G, qui représente pourtant, la principale antibiothérapie prescrite en cas d'angiocholite. Pour confirmer ces résultats, nous envisageons de réaliser une étude multicentrique française de grande envergure afin de guider les prescriptions européennes.



Biopsie endobiliaire par voie percutanée pour suspicion d'obstruction tumorale endo-biliaire : analyse de l'efficacité et de la tolérance à partir de 14 cas

M. Lapeyre ⁽¹⁾, M. Guivarch ⁽¹⁾, H. Blasco-Perrin ⁽¹⁾, J. Reyre ⁽¹⁾, O. Rouquet ⁽¹⁾, O. Croizet ⁽¹⁾, J.P. Caucanas ⁽¹⁾, E. Dupuis ⁽¹⁾, P. Faure ⁽¹⁾

(1) Toulouse.

Introduction : Le diagnostic étiologique d'une obstruction tumorale des voies biliaires est toujours difficile à établir. Nous avons étudié sur 14 patients, la faisabilité et les performances d'une biopsie endobiliaire obtenue par voie percutanée sous guidage radiologique en utilisant une Pince à biopsie de diamètre 5,3 F.

Matériels et méthodes : Sur une période de 16 mois, nous avons réalisé 14 biopsies chez 14 patients (11 hommes et 3 femmes, âge moyen 69 ans), adressés pour icterus obstructif. La dilatation des voies biliaires était jugée importante dans 12 cas et modérée dans 2 cas. Un scanner préopératoire était systématiquement réalisé dans les 48 heures avant le geste pour choisir la voie d'abord et préciser le niveau de l'obstacle. Le cathétérisme de la papille était impossible dans 10 cas en raison d'un montage chirurgical (5 cas) ou pour anatomie défavorable (diverticule 2 cas, sténose duodénale, 3 cas). Dans 4 cas, le drainage percutané a été réalisé en première intention. Nous avons effectué ces biopsies après ponction trans-hépatique échoguidée des voies biliaires. Pour chaque patient, 2 à 4 prélèvements ont été effectués grâce à une pince Transluminal Biliary Biopsy Forceps (COOK medical), de 5,3 F introduite à travers un introducteur de 7F.

La biopsie était réalisée en regard du hile (7), dans une voie tronculaire intra-hépatique (1), dans le cholédoque proximal (2) et dans le cholédoque distal périampullaire (4).

Résultats : Pour chacun des 14 patients, le prélèvement a été jugé exploitable par le pathologiste. Un faux-négatif a été enregistré et le diagnostic de cholangiocarcinome a été porté sur une biopsie hépatique percutanée réalisée 3 mois après la biopsie endobiliaire. 1 sténose anastomotique bénigne a été suggérée par la présence d'un tissu fibreux et confirmée par l'absence d'évolution à 8 mois. 12 prélèvements ont mis en évidence un tissu tumoral consistant en 7 cholangiocarcinomes, 5 adénocarcinomes pancréatiques, une métastase d'un adénocarcinome gastrique en récurrence locale radiologique et une métastase d'un adénocarcinome rénal. Ces diagnostics ont également été confirmés par l'évolution clinique. Dans 12 cas, une endoprothèse métallique a été posée par voie percutanée au cours de la même procédure et dans 2 cas un drain biliaire interne-externe a été introduit temporairement dans l'attente du résultat histologique.

Aucun décès dans les 48 h et aucune complication grave n'ont été enregistrés. Aucune hémobilie ou déglobulisation post-opératoire (chute de plus de 2 points d'hémoglobine) n'ont été constatées.

Conclusion : Dans une population à forte probabilité d'ictère obstructif par lésion tissulaire, la biopsie par voie endobiliaire après ponction trans-hépatique est une procédure à faible morbidité et forte rentabilité diagnostique. Elle présente un intérêt particulier dans les cas où le cathétérisme endoscopique est impossible ou pour les sténoses intra hépatiques.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000401>

P.364

Valeur prédictive de la sarcopénie et de la lymphopénie pré-opératoires sur la survie sans récurrence dans le cancer du pancréas opérable

J. Raillat ⁽¹⁾, A. Vienot ⁽¹⁾, J. Grillot ⁽¹⁾, M. Stouvenot ⁽¹⁾, F. Fein ⁽¹⁾, S. Koch ⁽¹⁾, L. Vuitton ⁽¹⁾, D. Vernerey ⁽¹⁾, L. Chanut ⁽¹⁾, C. Borg ⁽¹⁾, C. d'Engremont ⁽¹⁾

(1) Besançon.

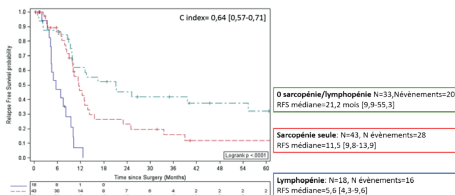
Introduction : La chirurgie permet la survie à long terme dans le cancer du pancréas localisé (CaP), cependant le risque de récurrence reste élevé traduisant une maladie micrométastatique. La morbidité étant de 40 à 60%, il est nécessaire d'identifier des marqueurs pré-opératoires afin de mieux sélectionner les patients éligibles à la chirurgie. Plusieurs marqueurs pronostiques pré-opératoires, incluant la lymphopénie, ont été identifiés. La sarcopénie est corrélée à la morbidité dans le cancer du pancréas mais son rôle pronostique reste à démontrer.

Matériels et méthodes : 146 patients opérés d'un LPDAC au CHRU de Besançon entre 2006 et 2014 ont été rétrospectivement inclus. Les paramètres habituels et nutritionnels ont été recueillis avant et un mois après la chirurgie. La dénutrition était définie selon les critères de la Société Francophone de Nutrition Clinique et Métabolisme (SNFCM). La sarcopénie était définie par un index de surface musculaire sur coupe scannographique en L3 inférieur à 38,5 cm²/m² chez la femme et 52,4 cm²/m² chez l'homme. La lymphopénie était définie comme un taux de lymphocytes inférieur à 1000/mm³. Les analyses statistiques ont permis de développer un score pronostique.

Résultats : 58,5 % des 94 patients inclus dans l'analyse finale étaient sarcopéniques en pré-opératoire et 18,7% présentaient une lymphopénie. En analyse univariée, les paramètres suivants étaient corrélés à la survie sans récurrence (SSR): la taille tumorale, le taux sérique de Ca 19,9, la lymphopénie et la sarcopénie.

En analyse multivariée, seules la lymphopénie et la sarcopénie étaient indépendamment corrélées à la SSR (HR=4,6; p<0,0001 et HR=1,8; p=0,0047 respectivement). La constitution d'un score incluant ces 2 paramètres a permis d'identifier 3 groupes de patients avec un profil pronostique différent (SSR: 21,2; 11,5 et 5,6 mois p<0,0001, figure 1). La sévérité de la sarcopénie au diagnostic, définie à partir de la valeur continue de l'index musculaire squelettique, était corrélée au pronostic. Les patients ayant une lymphopénie post-opératoire étaient dans la majorité des cas (77,8 %) sarcopéniques avant la chirurgie. L'existence d'une sarcopénie pré-opératoire pourrait donc être prédictive d'une lymphopénie post-opératoire, elle même corrélée à un pronostic péjoratif.

Conclusion : La sarcopénie apparaît en plus de la lymphopénie comme un marqueur pronostic dans le CaP localisé et devrait être évaluée en pratique courante pour améliorer la prise en charge néo adjuvante éventuelle.



Pour consulter ce résumé en ligne :
<https://www.snfge.org/resumes-2019/000403>

P.365

Pancréatite aiguë médicamenteuse à l'azathioprine dans le cadre de maladies inflammatoires chroniques de l'intestin

Z. Bouhoun ⁽¹⁾, H. Horma ⁽¹⁾, H. Abid ⁽¹⁾, N. Lahmidani ⁽¹⁾, N. Aqodad ⁽¹⁾, D.A. Benajah ⁽¹⁾, M. Elabkari ⁽¹⁾, A. Ibrahim ⁽¹⁾, M. Elyoussfi ⁽¹⁾

(1) Fès, MAROC.

Introduction : L'implication d'un médicament dans le déclenchement d'une pancréatite aiguë (PA) est une éventualité rare mais non exceptionnelle. Parmi les médicaments incriminés, nous citons l'Azathioprine, largement utilisé dans les MICI et dont l'effet allergique est non dose dépendante. **Le but de ce travail** est de présenter 4 cas de PA secondaire à l'Azathioprine dans le cadre de MICI.

Patients et Méthodes : Nous rapportons 4 cas de PA médicamenteuse à l'Azathioprine chez des malades suivis pour MICI au sein de notre service.

Résultats : Quatre patients, 3 hommes et 1 femme, âgés respectivement de 54, 71, 36 et 59 ans sous Azathioprine comme traitement d'entretien, avaient développés une PA. Un des patients était suivi pour une maladie de Crohn (MC) classée A3L3B1p (classification de Montréal) et les 3 restant pour rectocolite hémorragique (RCH) dont 2 à activité modérée (Mayo ≤9) et une à activité sévère (Mayo >9). Le délai d'apparition des symptômes était de 12 jours après début du traitement pour la MC et de 6 heures, 5 jours et 20 jours pour la RCH. La symptomatologie s'est présentée sous forme d'épigastralgies transfixiantes seule dans la MC et épigastralgies associées à des vomissements dans la RCH. La lipasémie était à 22N dans la MC et 17N, 15N et 8N dans la RCH ; le bilan radiologique (Echographie abdominale en premiers puis TDM abdominale) a objectivé une pancréatite stade B (élargissement focal du pancréas) pour la MC et 2 stades C (pancréas hétérogène avec densification de la graisse péripancréatique) et 1 stade B pour la RCH. Le diagnostic de PA médicamenteuse a été retenu après négativité du bilan étiologique et amélioration clinico-biologique après arrêt de l'Azathioprine. L'Azathioprine a été remplacé par l'Infliximab chez tous les malades.

Conclusion : L'Azathioprine est un médicament dont la pancréatototoxicité est bien établie avec une imputabilité extrinsèque de grade B3. La PA secondaire à l'Azathioprine est volontiers de type oedémateux et est réversible après arrêt du traitement.

Pour consulter ce résumé en ligne :
<https://www.snfge.org/resumes-2019/000819>

Intérêt de la sphinctérotomie endoscopique (SE) dans la prise en charge des pancréatites aiguës (PA) biliaires au sein d'un service marocain : à propos de 48 cas

S. Jamal ⁽¹⁾, H. Seddik ⁽¹⁾, K. Loubaris ⁽¹⁾, H. Boutallaka ⁽¹⁾, S. Morabit ⁽¹⁾, F. Bouhamou ⁽¹⁾, A. Aomari ⁽¹⁾, I. El Koti ⁽¹⁾, A. Benkirane ⁽¹⁾

(1) Rabat, MAROC.

Introduction : La lithias biliaire représente l'étiologie principale des pancréatites aiguës.

L'objectif de notre travail est d'évaluer l'intérêt thérapeutique de la SE dans la prise en charge des pancréatites aiguës biliaires à travers l'analyse des résultats obtenus dans un service marocain et d'une revue de littérature.

Matériels et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective colligée au sein du service d'Hépatogastroentérologie II de l'Hôpital Militaire d'Instruction Mohamed V de Rabat s'étalant sur une période allant de Septembre 2010 jusqu'au Septembre 2016 de regroupant des malades porteurs de pancréatite aigue d'origine biliaire et ayant bénéficié d'une Cholangio-pancréatographie rétrograde endoscopique (CPRE) dans un but diagnostique et thérapeutique.

Résultats : 48 patients porteurs d'une pancréatite aigue ont bénéficié d'une CPRE avec intention de sphinctérotomie endoscopique. Le diagnostic de l'origine biliaire des PA a été posé sur des arguments cliniques, biologiques et morphologiques. Le taux de succès de la SE était de 89 %. La CPRE a permis l'extraction d'un ou de plusieurs calculs biliaires chez 25 patients. L'évolution de la pancréatite aigue après CPRE était favorable dans la majorité des cas, la guérison a été soulevée chez 43 patients soit un taux de réussite de 89 %.

Discussion : La décompression en urgence des voies biliaires est un objectif thérapeutique prioritaire dans la prise en charge des PA d'origine biliaire. La SE a montré son efficacité sur l'évolution de la PA sur des séries de quatre études prospectives randomisées sous réserve d'un respect de ses indications résumées comme suit ; PA avec angiocholite et ou ictère obstructif, PA grave, SE peut être réalisée < 72° heure.

Conclusion : A travers cette étude nous pouvons conclure que la sphinctérotomie endoscopique est une méthode efficace dans la prise en charge des pancréatites aiguës biliaires.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000886>

Profil étiologique des pancréatites aiguës : résultats d'une étude prospective marocaine

T. Addajou ⁽¹⁾, S. Ouahid ⁽¹⁾, Y. Azali ⁽¹⁾, S. Berrag ⁽¹⁾, M. Fidèle ⁽¹⁾, L. Ndayikeza ⁽¹⁾, S. Jamal ⁽¹⁾, M. Tamzaourte ⁽¹⁾, A. Aourarh ⁽¹⁾

(1) Rabat, MAROC.

Introduction : La pancréatite aigue est pathologie médico-chirurgicale, qui continue à poser des difficultés en matière de diagnostic étiologique, pronostique, et d'attitudes thérapeutiques.

Elle est définie comme étant une inflammation aigue de la glande pancréatique souvent étendue aux tissus voisins. Deux formes distinctes sont à différencier, les PA oedémateuses dites bénignes correspondant à un oedème interstitiel de la glande pancréatique et les PA nécrosantes dites graves, caractérisées par une nécrose plus ou moins étendue de la glande pancréatique.

Le but de notre travail est de tracer le profil étiologique de cette affection.

Matériels et méthodes : Il s'agit d'une étude prospective menée au sein de notre service portant sur 45 cas recensés depuis Janvier 2018.

Les données cliniques, biologiques et morphologiques ont été collectées et analysées par le logiciel SPSS 20.

Tous nos patients ont bénéficié d'un dosage de lipasémie, CRP, une TDM abdominale, d'une echoendoscopie ou bili IRM.

Résultats : Depuis janvier 2018 et juillet 2018, 45 malades ont été hospitalisés pour une pancréatite aigue.

- Il s'agit de 24 femmes et 21 hommes

- l'âge moyen était de 56, 8 ans

- 40 % des patients n'avaient aucun ATCD

- 20,1% étaient diabétiques et hypertendus

- 13,3 % alcoolique

- Sur le plan clinique, tous nos malades avaient des douleurs abdominales de type pancréatique

- Sur le plan biologique : La lipasémie moyenne est de 808.

- Le score SIRS était présent à l'admission chez 18 patients soit 40 %

-L'échographie abdominale :

non faite : 33 %

normal : 40 %

lithias de la voie biliaire principale : 6.7 %

lithias vésiculaire et dilatation des voies biliaires intra hépatiques : 6.7 %

dilatation de la VBP et vois biliaires intra hépatiques : 13.7 %

-La classification de Balthazar au scanner abdominal:

Une pancréatite stade A chez 9 malades (20%)

Une pancréatite stade B chez 3 malades (6,7%)

Une pancréatite stade C chez 6 malades (13,4%)

Une pancréatite stade D chez 3 malades (6,7%)

Une pancréatite stade E chez 24 malades (53,3%)

- L'échoendoscopie a été faite chez 9 patients soit 20 % des cas et 15 patients soit 33,3 % ont bénéficié d'une CPRE.

Les principales étiologies de la pancréatite aigue :

•origine biliaire (40%)

•Origine alcoolique (13,4%)

•Hypertriglycéridémie (6,7%)

•Iatrogène (6,7%)

•Idiopathique (33,3%)

Conclusion : Notre étude conforte les données de la littérature sur le profil épidémiologique des pancréatites aiguës qui est dominé par lithias biliaire et l'alcool.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000377>

Evolution à long terme et facteurs de récurrences des pancréatites auto-immunes

B. Bournet ⁽¹⁾, M. Jeune ⁽¹⁾, D. Ribes ⁽¹⁾, C. Gilletta de Saint-Joseph ⁽¹⁾, A. Cuiletto ⁽¹⁾, P. Otaï ⁽¹⁾, T. Kaighobadi ⁽¹⁾, M. Rouanet ⁽¹⁾, L. Buscail ⁽¹⁾

(1) Toulouse.

Introduction : Les pancréatites auto-immunes (PAI) sont des affections rares. Leur classification est assez bien établie avec PAI de type 1 (PAI-1) (ou atteinte pancréatique de la maladie à IgG4) et la PAI de type 2 (PAI-2) avec atteinte pancréatique isolée (sauf présence d'une MICI dans 10 à 30% des cas). Par contre, l'évolution à long terme en ce qui concerne la récurrence et les séquelles sont moins connues. Les buts étaient d'étudier l'évolution à long terme d'une cohorte de patient(e)s tous suivis et traités dans notre centre référent tertiaire pour les maladies du pancréas.

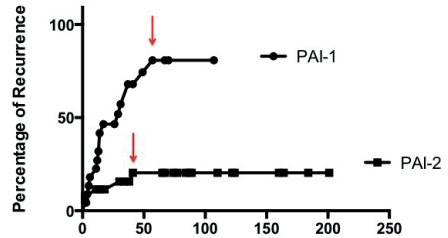
Patients et Méthodes : Pour tous les patient(e)s chez qui le diagnostic de PAI a été établi selon les critères IDCDC (International Consensus Diagnostic Criteria for autoimmune pancreatitis – Shimosegawa T. et al. Pancreas 2011;40:352-8) et qui ont été suivis plus de 24 mois après début du traitement dans notre centre, ont été recueillis de façon rétrospective : caractéristiques cliniques, biologiques, radiologiques (TDM, IRM, Echoendoscopie pour chaque patient), complications, localisations extra-pancréatiques, traitements, récurrences, facteurs de récurrence (régression logistique uni- et multivariée) et séquelles éventuelles.

Résultats : Cette cohorte comportait 49 patients consécutifs (H/F : 2.5), âge moyen 51 ans, avec un suivi moyen de 83 mois et médian de 77 mois après le diagnostic. Ce dernier a été établi sur : la présence de critères radiologiques ± sérologiques ± localisation extra-pancréatique et une réponse rapide à la corticothérapie n = 34 ; critères radiologiques et localisation extra-pancréatique n = 5 ; Critères histologiques n = 10. Il s'agissait d'une PAI -1 dans 23 cas (47%) et d'une PAI-2 dans 26 cas (53%). Au diagnostic, une différence statistiquement significative ($0.0001 < p < 0.02$) était observée en comparant les PAI-1 versus PAI-2 en terme de sexe (H : 91 versus 58%), délai moyen entre premier signes et diagnostic (2.3 ± 3 Vs 18 ± 14 mois), tabagisme (30 versus 69%), atteintes extra-pancréatiques (82 versus 42%), élévation sérique des IgG4 (56 versus 0 %) et diabète (26 versus 4%).

Après primo-traitement, une récurrence a été observée chez 21 patients (43% - temps médian de récurrence 14 mois – 1,3 récurrences en moyenne – PAI-1 : 76% Vs PAI-2 : 24% %, $p = 0.001$) avec cortico-dépendance chez 13 patients (26.5% ; significativement plus fréquente pour les PAI-1 – $p = 0.002$). Le pourcentage de récurrences dans le temps était plus prolongé dans le temps au cours des PAI-1 par rapport aux PAI-2 (figure). Ces récurrences ont été traitées par une nouvelle corticothérapie seule (0,6 mg/kg/j) ou associée à l'azathioprine, par Rituximab seul (7 patients, incluant un immuno-monitoring), par azathioprine seule ou par biothérapies (Infliximab ou Adalimumab). Une réponse prolongée (définie par un suivi > 24 mois sans récurrence) a été observée chez 40 patients (81%). Tous les patients sous Rituximab sont en rémission prolongée. Les facteurs de récurrence statistiquement significatifs en analyse univariée étaient : une PAI-1, avec présence au moins d'une manifestations extra-pancréatique et le nombre de manifestations extra-pancréatiques ≥ 2 . En analyse multivariée seul le caractère PAI de type 1 était significativement associé à la récurrence (OR 8,7 ; 95% IC 1,1 – 68 ; $p = 0.02$). A long terme sont survenus : un diabète (20%, significativement plus fréquent pour les PAI-1), insuffisance pancréatique exocrine (33%), 18% ont eu un cancer extra-pancréatique, 1 seul patient est décédé (sans relation avec la PAI).

Conclusion : Contrairement aux pays asiatiques, le taux de PAI de type 1 est similaire au taux de PAI de type 2 dans notre pays. Un suivi médian de plus de 6 ans explique le fait que le taux de récurrence est plus élevé que celui décrit dans la littérature, soit 43%, significativement plus fréquent au cours des PAI de type 1 avec localisation(s) extra-pancréatique(s), exposant à la cortico-dépendance dans 23% des cas et nécessitant des immunosuppresseurs ou biothérapies incluant le Rituximab. Néanmoins le taux de rémission prolongée est à ce jour de 81% avec un bon pronostic au prix d'une insuffisance pancréatique endocrine et/ou exocrine dans 20 à 30% des cas.

PROBABILITE DE RECIDIVE AU COURS DU TEMPS DES 2 SOUS-TYPES DE PANCREATITE AUTOIMMUNE



Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000471>

Kystogastrostomie sous contrôle échoendoscopique dans le drainage des collections pancréatiques

S. Morabit ⁽¹⁾, H. Seddik ⁽¹⁾, F. Bouhamou ⁽¹⁾, S. Mrabti ⁽¹⁾, I. El Koti ⁽¹⁾, S. Sentissi ⁽¹⁾, A. Benkirane ⁽¹⁾

(1) Rabat, MAROC.

Introduction : La prise en charge des collections pancréatiques, compliquant une pancréatite (pseudokystes) ou survenant après chirurgie pancréatique, a bénéficié ces dernières années de méthodes moins invasives afin d'améliorer l'efficacité du drainage et éviter ses complications. L'utilisation de l'échoendoscopie au cours de la kystogastrostomie permet de drainer en un seul temps, les collections liquidiennes même en l'absence de bombement dans la lumière digestive. Le but du travail est d'évaluer l'efficacité et l'innocuité de la kystogastrostomie guidée par échoendoscopie dans le traitement des collections pancréatiques.

Matériels et méthodes : c'est une étude rétrospective et descriptive s'étalant de septembre 2010 à Mai 2018 incluant 24 patients présentant des pseudo kystes pancréatiques symptomatiques et persistants après un délai de six semaines. Tous ces malades ont bénéficié d'une kystogastrostomie qui a été réalisée en utilisant un échoendoscope linéaire et un cystotome permettant la mise en place d'une ou plusieurs prothèses selon la taille de la collection et son contenu.

Résultats : 24 patients avaient bénéficié d'une kystogastrostomie guidée par échoendoscopie. Le sexe ratio était de 14H/9F. Les pseudokystes compliquant une pancréatite aigüe chez 22 patients ; une chirurgie pancréatique chez 1 patient et un traumatisme chez 1 patient. L'âge moyen des patients était de 52.69±12.85 ans. La taille moyenne des collections pancréatiques était de 11.95±3.24 cm. Le taux de succès technique était de 95.65%. Le taux de complication est de 4.5% au cours d'un suivi moyen de 8.7±5.26 mois. Le succès du traitement thérapeutique était de 90.9% ; deux patients ont présenté une récurrence clinique en raison d'une surinfection ; traitée par chirurgie. Le taux de létalité était de 4.35%.

Conclusion : les résultats de notre étude confirment l'efficacité et l'innocuité de la kystogastrostomie guidée par échoendoscopie dans le traitement de première ligne des pseudo kystes pancréatiques ; et nous invitent à donc l'utiliser à chaque fois que les moyens le permettent.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000352>

Peut-on prédire l'échec du drainage seul pour les infections de coulées de nécrose ? Résultats d'une étude multicentrique sur 72 patients hospitalisés pour pancréatite aiguë nécrosante

C. Garret ⁽¹⁾, M. Douillard ⁽¹⁾, A. David ⁽¹⁾, A. Lethuaut ⁽¹⁾, R.P. Arnachellum ⁽²⁾, F. Cholet ⁽²⁾, M. Péron ⁽¹⁾, I. Archambeau ⁽¹⁾, A. Jirka ⁽¹⁾, F. Douane ⁽¹⁾, N. Regenet ⁽¹⁾, J. Gournay ⁽¹⁾, J. Reignier ⁽¹⁾, L. Legros ⁽³⁾, T. Wallenhorst ⁽³⁾, E. Frampas ⁽¹⁾, E. Coron ⁽¹⁾

(1) Nantes ; (2) Brest ; (3) Rennes.

Introduction : L'infection de coulée de nécrose (ICN) est une complication grave de la pancréatite aiguë nécrosante. Bien que la stratégie mini-invasive dite en « step-up » ait permis d'améliorer le pronostic des patients développant une ICN, la mortalité reste élevée et plus de la moitié des patients auront besoin d'une nécorectomie complémentaire après le drainage. Actuellement nous manquons d'outils prédictifs en pratique pour identifier précocement les patients à risque d'échec du drainage. Une étude récente (1) a identifié 4 facteurs prédictifs d'échec du drainage : le sexe masculin, le pourcentage de nécrose pancréatique, le caractère hétérogène de la collection et la défaillance multiple d'organes, à partir desquels un nomogramme prédictif a été construit, permettant de prédire l'échec du drainage avec une aire sous la courbe ROC de 0.76. L'objectif principal de notre étude était d'évaluer les performances du nomogramme d'Holleman pour prédire le risque d'échec de drainage dans une population en conditions de vie réelle. Les objectifs secondaires étaient de rechercher les facteurs prédictifs d'échec du drainage et de décrire les résultats microbiologiques et les modalités de l'antibiothérapie au cours de l'ICN.

Patients et Méthodes : Nous avons inclus rétrospectivement les patients hospitalisés entre le 01/01/2012 et le 31/12/2016 dans les Centres Hospitaliers Universitaires de Nantes, Rennes et Brest pour une ICN prouvée ou suspectée et traitée par drainage en première intention (ClinicalTrialsGov NCT03234166). Nous avons testé le nomogramme d'Holleman dans la population en calculant l'aire sous la courbe ROC. Puis nous avons recherché l'association entre échec du drainage (nécessité d'une nécorectomie complémentaire et/ou survenue du décès) et des facteurs démographiques, clinico-biologiques et iconographiques en utilisant une régression logistique. Pour chaque patient, le scanner avant drainage était relu par un radiologue spécialisé en imagerie digestive, en aveugle, pour recueillir les données d'imagerie.

Résultats : 72 patients ont été inclus dans l'étude. Le traitement par drainage était un succès dans 44.4%. Le drainage était réalisé par voie percutanée sous contrôle radiologique chez 72.2 % des patients et par voie endoscopique chez 27.7 % des patients. Le nomogramme permettait de prédire l'échec du drainage avec une aire sous la courbe ROC de 0.71. Un score ≤ 8 correspondait à une probabilité de succès de drainage de 100 %. A l'inverse, un score égal à 40 correspondait à une probabilité de succès du drainage de 0 %. Les facteurs prédictifs d'échec de drainage en analyse multivariée étaient l'indice de masse corporelle (IMC) (OR 1,14 ; IC95% : 1,01-1,29 ; p=0,02), le caractère hétérogène de la collection sur le scanner avant drainage (OR 18,84 ; IC95% : 2,02-175,86 ; p=0,01) et la défaillance respiratoire au cours des 24h précédant le drainage (OR 16,76 ; IC95% : 1,94-144,4 ; p=0,01). On comptait 70.6 % d'infections pluri-microbiennes, 33.3 % d'infections à germes résistants, 54.1 % de bactériémies et 18 % d'infections à levures. La durée de l'antibiothérapie atteignait 47 jours en moyenne et les antibiotiques étaient poursuivis 21 jours en moyenne après la dernière intervention.

Conclusion : Plus de la moitié des patients traités pour une ICN ont besoin d'une nécorectomie complémentaire au drainage. Le nomogramme d'Holleman semble constituer un outil intéressant en pratique pour prédire l'échec du drainage, en particulier pour les valeurs extrêmes du score. Par ailleurs, l'hétérogénéité de la collection et la défaillance respiratoire précédant le drainage étaient fortement corrélés à l'échec

du drainage dans notre étude. L'identification précoce des patients à risque d'échec du drainage permettrait d'optimiser leur prise en charge et de diminuer la durée globale de l'antibiothérapie.

Références Bibliographiques : 1. Hollemans RA, Bollen TL, van Brunschot S, Bakker OJ, Ahmed Ali U, van Goor H, et al. Predicting Success of Catheter Drainage in Infected Necrotizing Pancreatitis. Ann Surg. avr 2016;263(4):787-92.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000493>

P.371

Validation du nouveau consensus européen 2018 pour la prise en charge des TIPMP : étude d'une cohorte monocentrique de 124 cas opérés

E. Buscail ⁽¹⁾, B. Fernandez ⁽¹⁾, T. Cauvin ⁽¹⁾, C. Buscail ⁽²⁾, J.P. Adam ⁽¹⁾, M. Marty ⁽¹⁾, B. Lapuyade ⁽³⁾, C. Subtil ⁽¹⁾, C. Laurent ⁽³⁾, L. Chiche ⁽³⁾

(1) Bordeaux ; (2) Paris ; (3) Pessac.

Introduction : Le consensus européen (CE) 2018 a établi des critères d'indication opératoire (relatifs, absolus) des TIPMP plus restrictifs. Le but de cette étude était de valider de façon rétrospective ces critères de résection.

Patients et Méthodes : Entre 2003 et 2017 toutes les data cliniques, radiologiques, histologiques et chirurgicales ont été colligées dans notre base de données prospective des patients opérés pour TIPMP. Les critères du CE ont été évalués avec analyse par régression logistique (uni et multivariée) et détermination des valeurs prédictives diagnostiques (positive VPP, négative VPN).

Résultats : 124 patients ont eu une résection de leur TIPMP : hommes 67%, âge médian 65 ans ; canaux secondaire 26,5%, canal principal 37%, mixtes 36,5%, 50% étaient dégénérées. La valeur diagnostique des critères absolus étaient VPP : comprise entre 53% et 87%, VPN comprise entre 50% et 58%, l'association de 3 critères relatifs produit une spécificité de 100%. Un ictere, un kyste $\geq$ à 4 cm, un canal de Wirsung compris entre 5 et 9,9 mm ou $\geq$ à 10 mm en préopératoire étaient des critères significatifs de malignité ($4,77 < OR < 11,85$; $0,04 < p < 0,0001$).

Conclusion : Plusieurs autres critères non disponibles n'ont pu être analysés et doivent désormais être obtenus dans la prise en charge des TIPMP (Ca 19.9, cytologie).

Notre étude valide les autres critères avec une mauvaise VPN mais montre que l'association de 3 critères relatifs est l'élément le plus performant.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000295>

Traitement de la nécrose pancréatique infectée : résultats finaux de l'étude SUN « Step-Up Nécrose »

C. Valentin ⁽¹⁾, A. Culetto ⁽¹⁾, G. Tuyeras ⁽¹⁾, K. Barange ⁽¹⁾, N. Carrere ⁽¹⁾, F. Muscari ⁽¹⁾, F.Z. Mokrane ⁽¹⁾, P. Otal ⁽¹⁾, B. Bournet ⁽¹⁾, B. Suc ⁽¹⁾, L. Buscail ⁽¹⁾

(1) Toulouse.

Introduction : Pancréatites aiguës (PA) graves ont une mortalité élevée de l'ordre de 25 à 30 %, le plus souvent secondaire à la surinfection de la nécrose pancréatique. La conférence de consensus de 2012 a validé comme traitement de la nécrose pancréatique infectée, l'approche dite « Step-Up ». Les objectifs de notre étude étaient d'évaluer la faisabilité, l'efficacité sur la résolution de l'infection, la morbi-mortalité de cette stratégie step-up dans le traitement de la nécrose infectée ainsi que les facteurs de risque associés au décès possibles des patients (Etude SUN « Step-Up Nécrose »).

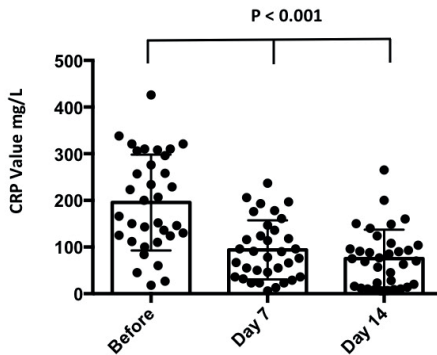
Patients et Méthodes : Tous les patients avec PA compliquée d'une infection de nécrose, suspectée ou prouvée, et ont été inclus de manière consécutive entre septembre 2013 et janvier 2018. La stratégie « step-up » comportait 3 étapes : Etape 1 : après discussion multidisciplinaire, drainage/lavage par abord radiologique et/ou endoscopique (sous échodopie avec mise en place d'une prothèse diabol) (si possible à la 4^{ème} semaine d'évolution de la PA avec organisation de la nécrose); Etape 2 : en l'absence de résolution ou en présence de récurrence ou persistance de défaillance d'organe, nécorectomie endoscopique au travers de la prothèse diabol et/ou nécorectomie chirurgicale mini-invasive ; Etape 3 : en l'absence d'amélioration, chirurgie ouverte par laparotomie. Les résultats étaient évalués sur : la faisabilité et la morbidité des différentes procédures, l'efficacité sur la résolution de l'infection (critère composite : résolution de la défaillance d'organe, apyrexie, régression d'au moins 50% du taux de la CRP et d'au moins 25% du taux de PNN), l'évolution de la PA, la mortalité à 6 mois et ses facteurs (analyse par régression logistique uni- et multivariée) et les séquelles.

Résultats : 41 patients (H : 31; âge moyen : 60,2 ans; PA biliaire n = 25) consécutifs ont été inclus. Ils étaient porteurs de défaillance(s) viscérale(s) (n = 14, 34%) et/ou d'une infection documentée n = 38 (bactérienne 60,5%, fongique 8%, les deux 31,5%), incluant 21 patients (51%) avec au moins un séjour en réanimation. La taille moyenne de la collection principale était de 15 cm (8 – 25), le délai moyen du premier geste par rapport au début de la PA était de 45 jours. Etape 1 : 23 patients (56%) ont eu un drainage endoscopique, 11 radiologique (27%) et 7 les deux (17%). Etape 2 : 16 patients (39%) ont eu une ou plusieurs nécorectomies endoscopiques et/ou chirurgicales mini-invasives. Etape 3 : 4 patients ont eu une chirurgie ouverte. La faisabilité de l'approche step-up a été de 100%, la morbidité est très faible (< 5%) (hémorragie lors du geste endoscopique rapidement résolutive, migration de prothèse dans le tube digestif). L'efficacité sur l'infection (critère composite) a été observée chez 80,5% des patients (délai de résolution de l'infection 33,7 jours) (figure 1). La mortalité à 6 mois était de 19,5% (8 patients décédés d'hémorragie, de nécrose mésentérique, de sepsis majeur ou de défaillance d'organes). Les facteurs prédictifs statistiquement significatifs de mortalité à 6 mois étaient (analyse multivariée): présence d'un SIRS à l'admission, présence d'une ou plusieurs défaillance(s) d'organe avant l'étape 1, présence d'une infection fongique et une taille de la collection ≥ 16 cm ($6 < OR < 16$; $0.014 < p < 0.02$). Les séquelles à long terme étaient une insuffisance pancréatique exocrine et endocrine dans respectivement 33,5 et 36,5 % des cas et une fistule pancréatique dans 27,5% des cas.

Conclusion : Cette étude pilote réalisée dans un centre tertiaire, avec une approche multidisciplinaire stricte, incluant des patients consécutifs non sélectionnés, permet de conclure à une faisabilité de l'approche « step-up » dans le traitement de la nécrose pancréatique infectée. Cette approche est douée d'une morbidité-mortalité (19%) et une efficacité clinico-biologique (80%) acceptables et équivalentes

aux résultats des études randomisées publiées. Elle valide le consensus établi en terme de délais et hiérarchie des traitements. Cette évaluation doit se poursuivre pour affiner le rythme des séances de nécorectomie et les critères clinico-biologiques et radiologiques d'efficacité à court terme de la stratégie.

SUIVI DU TAUX DE CRP APRES DRAINAGE/NECORECTOMIE



Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes/2019/000680>

P.373

Comparaison, avec une nouvelle génération de séquençage (NGS), de l'analyse mutationnelle de l'ADN présent dans le liquide et dans les cellules de tumeurs kystiques pancréatiques opérées : étude pilote

A. Laquière ⁽¹⁾, A. Lagarde ⁽¹⁾, B. Napoléon ⁽²⁾, R. Bourdariat ⁽²⁾, G. Donatelli ⁽³⁾, B. Pol ⁽¹⁾, O. Croizet ⁽⁴⁾, T. Helbert ⁽¹⁾, V. Valantin ⁽¹⁾, P. Grandval ⁽¹⁾, S. Olschwang ⁽¹⁾

(1) Marseille ; (2) Lyon ; (3) Bobigny ; (4) Toulouse.

Introduction : Les mutations de proto-oncogènes (GNAS, KRAS, NRAS) et de gènes suppresseurs de tumeurs (CDK2NA, RNF43, SMAD4, TP53) retrouvées dans l'ADN du liquide de tumeurs kystiques pancréatiques (TKP) semblent corrélées au risque de dégénérescence. Aucune étude n'a cependant montré que les mutations de l'ADN présent dans le liquide kystique et dans le tissu tumoral des TKP étaient concordantes. Le but de notre étude était de comparer les mutations de l'ADN présent dans le liquide et dans les cellules tumorales de TKP.

Patients et Méthodes : 20 patients atteints de TKP avec des critères morphologiques de mauvais pronostic indiquant une chirurgie de résection ont été inclus de manière prospective dans cette étude pilote, multicentrique. Les mutations KRAS, GNAS, RAF, PTPRD, CTNNB1, RNF43, POLD1 de l'ADN du liquide de ponction prélevé sous échodopsonographie et du tissu tumoral prélevé en per-opératoire ont fait l'objet d'une analyse en NGS et ont été comparées. Les prélèvements étaient traités au sein de l'unité UMR_S910 : extraction des acides nucléiques, séquençage haut débit (NGS), analyses informatiques et statistiques. La technologie de séquençage choisie était l'HaloPlexHS® (Agilent) du fait d'une importante dégradation nucléaire et de l'hétérogénéité clonale. (ClinicalTrials.gov database N° CT Cyst Gen : NCT03305146)

Résultats : Trois patients n'ont pas été opérés, du fait d'un risque opératoire majeur. Pour les 17 autres patients l'analyse des mutations de l'ADN en NGS dans le liquide kystique et dans la tumeur ont été effectuées dans 100% des cas. Les mutations présentes dans le liquide et dans la tumeur étaient concordantes dans 88% des cas (15/17). Dans 1 cas seul l'ADN du liquide de ponction comportait des mutations dans l'autre cas seul le tissu tumoral en comportait. Pour 3 patients qui avaient une TKP dégénérée aucune mutation n'était retrouvée dans les deux prélèvements. La sensibilité et la spécificité de l'analyse en NGS des mutations KRAS et GNAS du liquide kystique collecté par échodopsonographie pour conclure à une TKP dégénérée étaient respectivement de 88% et 62%.

Conclusion : Les mutations génétiques présentes dans l'ADN du liquide et de la tumeur des TKP, sont concordantes dans 88% des cas. Ceci conforte le potentiel de l'analyse mutationnelle du liquide des TKP pour estimer la présence d'une dégénérescence.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000247>

P.374

Application d'une matrice peptidique auto-assemblée en prévention de la formation d'une sténose œsophagienne circonférentielle après dissection sous-muqueuse endoscopique chez un modèle porc

S. Oumrani ⁽¹⁾, B. Bordacahar ⁽¹⁾, F. Beuvon ⁽¹⁾, C. Nicco ⁽¹⁾, S. Chaussade ⁽¹⁾, F. Batteux ⁽¹⁾, F. Prat ⁽¹⁾, M. Barret ⁽¹⁾

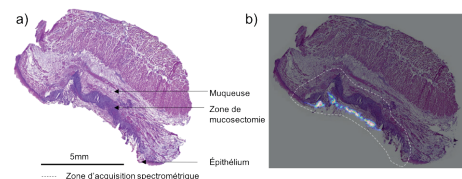
(1) Paris.

Introduction : La dissection sous-muqueuse endoscopique circonférentielle permet de traiter de vastes néoplasies superficielles œsophagiennes avec cependant un risque élevé de développement de sténose œsophagienne. Dans un travail antérieur, il a été démontré que l'application d'un prototype de matrice peptidique auto-assemblée sur une cicatrice œsophagienne après dissection sous-muqueuse endoscopique circonférentielle a permis de retarder le développement d'une sténose œsophagienne dans un modèle porc (1). Le but de cette étude était de consolider ces résultats évaluant la version finale, stable, de cette matrice peptidique sous forme de court peptide "RADA16" (4 [Arg-Ala-Asp-Ala]), actuellement commercialisée en tant qu'agent hémostatique.

Matériels et méthodes : Une dissection sous-muqueuse endoscopique œsophagienne circonférentielle de 2 centimètres de diamètre a été réalisée chez un porc sur laquelle 1ml de matrice peptidique a été apposé. Une œsophagectomie partielle a été réalisée à 24 heures en vue d'une analyse spectrophotométrique de type MALDI (Imabiotech, Lille, France). Secondairement, une dissection sous-muqueuse endoscopique œsophagienne circonférentielle de 5 cm de hauteur a été réalisée chez onze porcs sous anesthésie générale. Cinq porcs ont été inclus dans le groupe contrôle et six porcs ont été traités avec la matrice peptidique. Dans le groupe traité, 3,5ml de la version finale de la matrice peptidique ont été immédiatement appliqués sur la cicatrice de la zone traitée avec un cathéter dédié. A J14, une endoscopie ainsi qu'un transit œsophagien étaient réalisés. Les porcs étaient euthanasiés et une œsophagectomie était réalisée. Une analyse histologique avec coloration Hématoxyline-éosine-safran et immunohistochimique avec utilisation d'anticorps anti-Collagène I et III et Alpha smooth muscle actine (alpha-SMA) étaient effectuées.

Résultats : L'analyse spectrophotométrique a permis de détecter la matrice peptidique à 24h sur la zone de résection. Figure. A J14, deux animaux du groupe traité avaient une sténose œsophagienne sans symptôme associé versus tous les animaux du groupe contrôle qui avaient une sténose symptomatique (22 vs. 100%, $p = 0,045$). Dans le groupe traité, la médiane du diamètre œsophagien à J14 était de $9,5 \pm 0,98$ millimètres vs. $4 \pm 0,6$ mm dans le groupe contrôle ($p = 0,004$). L'analyse histologique a permis de mettre en évidence que la longueur du néo épithélium était plus élevée dans le groupe traité par la matrice peptidique auto-assemblée que dans le groupe contrôle ($3075 \mu\text{m}$ vs. $1155 \mu\text{m}$, $p = 0,014$). En immunohistochimie, le marquage alpha-SMA était significativement plus faible dans le groupe traité que dans le groupe contrôle.

Figure: Distribution du RADA16 par spectrométrie de type MALDI sur la zone de résection sous muqueuse. a) coloration par Hématoxyline et éosine (HE). b) superposition de la distribution du RADA16 et de la coloration à l'IHE.



Conclusion : L'application d'une matrice peptidique auto-assemblée immédiatement après une dissection sous-muqueuse œsophagienne circonférentielle permet de réduire de 67% le taux de sténose à J14 en favorisant la ré-épithélialisation de la zone réséquée.

Remerciements : Les auteurs remercient 3D-Matrix Europe pour leur soutien matériel et financier.

Références Bibliographiques : 1. Self-assembling peptide matrix for the prevention of esophageal stricture after endoscopic resection: a randomized controlled trial in a porcine model. Barret M, Bordaçahar B, Beuvon F, Terris B, Camus M, Coriat R, Chaussade S, Batteux F, Prat F. Dis Esophagus. 2017 May 1;30(5):1-7. doi: 10.1093/dote/dow015

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000125>

P.375

Réponse à la chimiothérapie des cancers de l'estomac et impact sur la survie : découverte d'une boucle d'auto-contrôle HDAC4/miR-140/p53 / p73

B. Romain ⁽¹⁾, A. Gries ⁽¹⁾, A. Venkatasamy ⁽¹⁾, E. Guérin ⁽¹⁾, C. Orvain ⁽¹⁾, G. Mellitzer ⁽¹⁾, C. Gaiddon ⁽¹⁾

(1) Strasbourg.

Introduction : Les cancers de l'estomac (GC) ont un mauvais pronostic en raison d'une faible efficacité des chimiothérapies habituelles comme le cisplatine.

Matériels et méthodes : Nous avons étudié l'expression de l'histone désacétylase 4 (HDAC4) dans des biopsies de patients atteints de GC, et dans des lignées cellulaires de cancer de l'estomac. Nous avons corrélié les variations d'expression de HDAC4 avec la survie des patients, leur réponse à la chimiothérapie avec du cisplatine, et les mécanismes moléculaires de régulation et d'activité de HDAC4. Nous avons évalué l'efficacité d'une combinaison d'un inhibiteur de HDAC le vorinostat avec du cisplatine sur la croissance tumorale de tumeurs de l'estomac xénogreffées chez la souris nude.

Résultats : La dérégulation de HDAC4 a un impact sur la sensibilité des cellules GC au cisplatine et sur la survie des patients. Le cisplatine inhibe l'expression de HDAC4 via le miR-140, qui lui-même est réprimé par les protéines de la famille p53 (p53, TAp73). Cette boucle d'autorégulation HDAC4/miR-140/p53 / p73 dépend du statut mutationnel de p53 et de l'expression de miR-140. L'expression de HDAC4 est élevée dans certains sous-groupes moléculaires de patients et semble être corrélée au pronostic. La surexpression de HDAC4 semble protéger les cellules GC de l'action du cisplatine, alors que l'inhibition de HDAC4 semble favoriser l'apoptose induite par le cisplatine et inhiber la croissance tumorale. Le rôle anti-apoptotique de HDAC4 est associé à une inhibition de plusieurs mécanismes moléculaires, y compris l'apoptose en régulant l'expression des protéines p53 et de son homologue TAp73, ainsi que l'expression du gène cible de p53 : PMAIP1 (NOXA). La combinaison de vorinostat au cisplatine permet une inhibition importante de la croissance tumorale chez la souris.

Conclusion : Ces résultats montrent l'existence d'une boucle d'autocontrôle impliquant p53 / TAp73, miR-140 et HDAC4. Cette boucle semble contrôler la réponse des cellules cancéreuses gastriques au cisplatine et avoir un impact sur la survie des patients. Une combinaison de traitement de cisplatine et vorinostat semble avoir un impact significatif sur la croissance tumorale.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000480>

Modifications du système nerveux entérique au cours de la carcinogénèse gastrique dans un modèle de souris C57BL6 infectées par *Helicobacter felis*

M. Péron⁽¹⁾, C. Varon⁽²⁾, T. Oullier⁽³⁾, N. Chapelle⁽³⁾, C. Tiffon⁽²⁾, M. Neunlist⁽³⁾, T. Matysiak-Budnik⁽³⁾

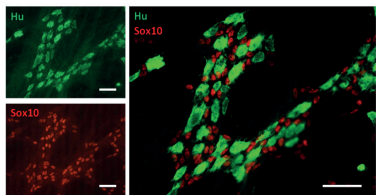
(1) Unité Mixte de Recherche INSERM U1235, Université de Nantes ; (2) Bordeaux ; (3) Nantes.

Introduction : La carcinogénèse gastrique induite par *Helicobacter pylori* est un processus multi-étape caractérisé par la succession de lésions précancéreuses: gastrite atrophique (GA), métaplasie intestinale (MI), dysplasie (D), et enfin adénocarcinome (ADK). Le rôle du système nerveux entérique (SNE), acteur clé du microenvironnement tumoral, est inconnu au cours de ce processus. Notre objectif était d'étudier les modifications du SNE au cours de la carcinogénèse gastrique dans un modèle de souris infectées par *Helicobacter felis* (H. felis).

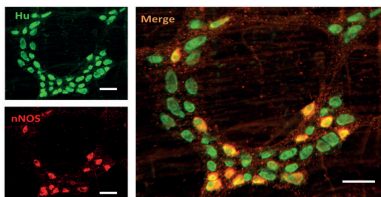
Matériels et méthodes : Deux groupes de souris ont été comparés : 85 souris infectées par H. felis et 40 souris témoins, sacrifiées à 3, 6, 12 et 18 mois post infection. Après coloration à l'hématoxyline-éosine, la présence et l'intensité des lésions précancéreuses a été évaluée à l'aide d'échelles visuelles validées. Les modifications phénotypiques du SNE ont été étudiées par immunohistochimie sur les estomacs étirés selon la technique du "whole mount", en utilisant un logiciel de traitement d'image (ImageJ). Les paramètres suivants ont été évalués: la surface ganglionnaire, le nombre des neurones Hu-immunoréactifs (Hu-IR), de cellules gliales Sox10-immunoréactives (Sox10-IR), et le nombre des neurones nitreurgiques nNOS-immunoréactifs (nNOS-IR) par ganglion. L'analyse statistique a été réalisée en utilisant le logiciel GraphPad Prism. Toutes les valeurs ont été comparées entre les souris infectées et les souris témoins, ainsi qu'entre les différents temps de sacrifice.

Résultats : Tout d'abord, nous avons confirmé la validité du modèle utilisé: 1) l'ADN bactérien de H. felis était détecté par PCR chez l'ensemble des souris infectées hormis une souris exclue de l'étude, et chez aucune souris témoin, 2) l'intensité de gastrite était significativement supérieure chez les souris infectées par rapport aux souris témoins à chaque temps de sacrifice, 3) toutes les souris infectées présentaient des lésions de MI et de D et 2 d'entre elles présentaient un ADK à 18 mois, alors qu'aucune de souris contrôle n'avait de lésions précancéreuses ni d'ADK. L'étude du SNE a montré : 1) l'absence de différence significative du périmètre ganglionnaire ou de la moyenne ganglionnaire neuronale entre les souris témoins et infectées à tous les temps de sacrifice, 2) l'absence de cellules gliales entériques Sox10-IR chez les souris infectées sacrifiées à 3 mois, puis leur réapparition à 6 mois post-infection, 3) des modifications du nombre moyen des neurones nNOS-IR par ganglion, qui était significativement supérieur chez les souris infectées par rapport aux souris témoins à 12 mois post infection ($8,8 \pm 0,3$ versus $5,4 \pm 0,4$, respectivement, $p=0,002$), 4) l'augmentation progressive de 3 à 12 mois post-infection du nombre moyen des neurones nNOS-IR par ganglion chez les souris infectées et une tendance inverse chez les souris témoins.

Conclusion : Dans ce modèle de carcinogénèse gastrique, nous avons observé des modifications du phénotype cellulaire et neurochimique du SNE qui pourraient être impliquées dans la carcinogénèse. En particulier, le rôle des neurones nitreurgiques reste à définir et fera l'objet de nos futures études.



Captures au microscope à fluorescence du « whole mount » d'une souris contrôle sacrifiée à 3 mois. Les neurones (verts) étaient marqués avec des anticorps anti-Hu et les cellules gliales par des anticorps anti-Sox10. Echelle: 50 μ m.



Captures au microscope à fluorescence du « whole mount » d'une souris contrôle sacrifiée à 6 mois. Neurones (verts) marqués par des anticorps anti-Hu et neurones producteurs de Neuronal Nitric Oxide Synthase (rouges) marqués par des anticorps anti-nNOS. Echelle: 50 μ m.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000178>

Etude de la potentialisation de la chimiothérapie par la cavitation ultrasonore sur un modèle in vitro de co-culture tridimensionnelle d'adénocarcinome pancréatique

R. Leenhardt ⁽¹⁾, E. Abou Ali ⁽¹⁾, B. Bordacahar ⁽¹⁾, J.L. Mestas ⁽²⁾, C. Lafont ⁽²⁾, F. Batteux ⁽¹⁾, M. Camus ⁽¹⁾, F. Prat ⁽¹⁾

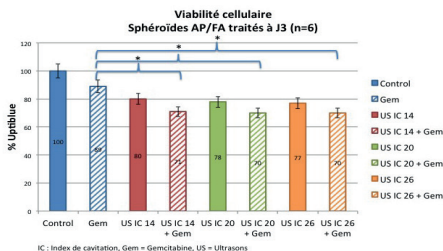
(1) Paris ; (2) Lyon.

Introduction : L'adénocarcinome pancréatique (AP) connaît une forte augmentation d'incidence qui en fait la quatrième cause de mortalité par cancer avec un pronostic extrêmement sombre, moins de 5% des patients étant en vie à 5 ans. L'AP est caractérisé par une chimiorésistance accrue de par son stroma tumoral très dense. L'objectif de ce travail était de développer un modèle de co-culture tridimensionnelle associant des cellules d'AP à des cellules fibroblastiques actives (FA) et d'étudier l'efficacité d'un traitement par cavitation ultrasonore (US) intertelle en association avec une chimiothérapie dans ce modèle.

Matériels et méthodes : Les cellules tumorales étaient issues d'une lignée cellulaire d'AP murin DT66066 issue de souris transgéniques KPC (LSL-KrasG12D/+; LSLTrp53R172H/+; Pdx-1-Cre). Les fibroblastes étaient issus de cellules souches embryonnaires de souris (MEF). La première étape était le développement et la caractérisation du modèle par les techniques suivantes : microscopie confocale à fluorescence, anatomopathologie, amplification génique par RT-qPCR, cytométrie de flux et étude de la viabilité cellulaire. Une deuxième étape a concerné l'application thérapeutique. L'effet des ultrasons était étudié selon quatre conditions (contrôle, gemcitabine seule, cavitation US seule, cavitation US + gemcitabine) et trois index de cavitation ultrasonore d'intensité croissante. L'efficacité des différents traitements était évaluée à 24 heures par la mesure de la taille des sphéroïdes ainsi que la viabilité cellulaire mesurée en cytométrie de flux et par Uptilube.

Résultats : Concernant le développement et la caractérisation du modèle, l'utilisation de nanoparticules magnétiques permettait la formation rapide de sphéroïdes de co-culture AP/FA et facilitait leur manipulation. Le modèle de co-culture tridimensionnelle développé était pertinent et reproductible. La détection de fibres de collagène synthétisées par les fibroblastes était le témoin de la constitution d'un microenvironnement tumoral. La présence de fibroblastes apparaissait comme étant un facteur responsable de chimiorésistance en comparaison avec un modèle sphéroïdal monocellulaire de cellules tumorales seules. Concernant l'application thérapeutique, six sphéroïdes AP/FA étaient analysés pour chaque condition de traitement. Un traitement par US était associé à une diminution significative de 22% de la viabilité cellulaire par rapport au groupe contrôle ($p=0,031$). L'application d'ultrasons (US) associée à la Gemcitabine (5uM) permettait une réduction significative de la viabilité cellulaire de 19% par rapport au groupe chimiothérapie seul ($p=0,031$) (Figure 1). Il existait un effet significatif du traitement sur la réduction de la taille des sphéroïdes pour certains index de cavitation.

Conclusion : Ce travail a permis d'élaborer un modèle pertinent de co-culture tridimensionnelle d'AP murin in vitro. L'application d'un traitement par US réduisait la viabilité des cellules tumorales et sa combinaison à la chimiothérapie permettait de diminuer de façon significative la viabilité cellulaire et la taille des sphéroïdes par rapport à la chimiothérapie seule.



Physiopathologie du gène homéotique CDX2 dans le pancréas

B. Caron ⁽¹⁾, A. Nair ⁽¹⁾, G. Averous ⁽¹⁾, E. Martin ⁽¹⁾, J.N. Freund ⁽¹⁾, J.M. Reimund ⁽¹⁾, I. Duluc ⁽¹⁾

(1) Strasbourg.

Introduction : Le gène homéotique CDX2 est exprimé exclusivement dans l'épithélium intestinal et y joue un rôle essentiel dans le contrôle de l'homéostasie intestinale. Il peut s'exprimer de manière ectopique dans certains organes d'origine endodermique, et est alors associé au développement d'une métaplasie intestinale (comme dans l'estomac et l'œsophage), considérée comme une lésion précancéreuse, voire dans les adénocarcinomes correspondants. Une étude réalisée sur des échantillons humains d'adénocarcinomes du pancréas a montré que CDX2 s'exprime de façon ectopique dans plus de la moitié d'entre eux et qu'il existe un lien entre l'expression de CDX2 dans l'adénocarcinome pancréatique et la survie, l'expression de CDX2 semblant être un facteur de bon pronostic. L'objectif de ce travail était de déterminer les conséquences fonctionnelles de l'expression ectopique de CDX2 dans le pancréas en utilisant un modèle murin transgénique.

Matériels et méthodes : Cette étude a été réalisée à l'aide de 2 modèles murins originaux développés au laboratoire : d'une part le modèle d'expression ectopique inducible de la protéine humaine CDX2 dans le pancréas exocrine et d'autre part le modèle d'expression ectopique inducible du variant d'épissage miniCDX2 dépourvu d'activité transcriptionnelle. L'expression de CDX2 et de la mucine MUC2 dans le pancréas a été recherchée par immunohistochimie.

Résultats : La protéine CDX2 ne s'exprime pas dans le pancréas chez la souris. L'expression ectopique de CDX2 dans le pancréas des souris transgéniques entraîne l'apparition d'une métaplasie acino-canaulaire (15/17), associée à l'apparition de marqueurs intestinaux au sein de cette métaplasie tels que la mucine MUC2 en faveur d'une trans-différenciation intestinale. Ce phénotype est évocateur de TIPMP de type intestinal débutante. L'expression ectopique du variant d'épissage miniCDX2 dépourvu d'activité transcriptionnelle est à l'origine du développement d'une métaplasie acino-canaulaire (8/20), mais celle-ci n'exprime pas de marqueurs intestinaux. Ceci suggère qu'il existe une dissociation de la fonction d'induction de la métaplasie acino-canaulaire liée au domaine de liaison à l'ADN commun à CDX2 et miniCDX2, et la fonction d'induction de la trans-différenciation intestinale requérant le domaine de transactivation de CDX2. Les métaplasies acino-canaulaires induites par CDX2 ou miniCDX2 n'évoluent pas spontanément en adénocarcinomes, même chez les souris âgées de plus de 14 mois. Pour étudier l'évolution de ces lésions dans un contexte de prédisposition au cancer, le modèle d'expression ectopique de la protéine CDX2 dans le pancréas a été couplé avec un modèle de cancérogenèse intestinale, Apc+Δ14, en raison d'une augmentation du risque de cancer du pancréas de 4.5 fois chez l'homme en cas de polyposse familiale liée au gène APC. Aucune évolution néoplasique n'a été observée au niveau du pancréas chez les souris correspondantes (0/6).

Conclusion : L'expression ectopique de CDX2 dans le pancréas murin induit l'apparition de lésions considérées comme précancéreuses chez l'homme. Cependant ces lésions n'évoluent en cancer ni spontanément ni dans le contexte de prédisposition cancéreuse liée au gène APC. Le développement de ces modèles précliniques permettra à terme une meilleure connaissance des acteurs moléculaires impliqués dans l'initiation et la progression tumorale dans le pancréas.

Remerciements : Les auteurs remercient la Ligue Contre le Cancer du Bas-Rhin pour le soutien financier qu'elle apporte à ce projet

Pour consulter ce résumé en ligne :
<https://www.snfge.org/resumes-2019/000221>

P.379

Sensibilisation de l'adénocarcinome pancréatique canalaire à la chimiothérapie et à la radiothérapie par des molécules bioactives issues de l'alimentation

V. Vendrely ⁽¹⁾, S. Amintas ⁽¹⁾, C. Noël ⁽¹⁾, I. Moranvillier ⁽¹⁾, I. Lamrissi ⁽¹⁾, B. Rousseau ⁽¹⁾, S. Coulbaly ⁽¹⁾, A. Bedel ⁽¹⁾, F. Moreau-Gaudry ⁽¹⁾, E. Buiscaul ⁽¹⁾, L. Chiche ⁽²⁾, G. Belleannée ⁽¹⁾, C. Dupin ⁽¹⁾, S. Dabernat ⁽¹⁾

(1) Bordeaux ; (2) Pessac.

Introduction : Contexte : L'adénocarcinome pancréatique canalaire (PDAC) est un cancer de mauvais pronostic en partie en raison de la résistance aux traitements conventionnels de chimiothérapie ou de radiothérapie. Certaines substances bioactives issues de l'alimentation (BFCs), pro-oxydantes sont capables de potentialiser l'action cytotoxique des drogues conventionnelles dans le PDAC. Par ailleurs ces BFCs pourraient augmenter les cassures de l'ADN induites par les radiations ionisantes.

Objectifs : évaluer l'action combinée de BFCs en association avec la chimiothérapie et la radiothérapie dans des modèles de PDAC et identifier les mécanismes impliqués dans la chimio/radiosensibilisation.

Matériels et méthodes : La survie cellulaire a été évaluée in vitro en présence de BFCs en combinaison sur 4 lignées tumorales pancréatiques. La production d'espèces réactives de l'oxygène (ROS) a été mesurée par cytométrie en flux et par microscopie à fluorescence. Les mécanismes moléculaires ont été décryptés par western-blot (voies de signalisation) et cytométrie en flux (cycle cellulaire et apoptose). Enfin nous avons évalué l'association de BFCs en gavage avec la chimiothérapie par gemcitabine intrapéritonéale et avec la radiothérapie de 2 Gy par fraction in vivo, sur des greffes sous-cutanée de cellules CAPAN-2.

Résultats : In vitro, le resvératrol (R), la capsaïcine (C) et le sulforaphane (S) étaient cytotoxiques avec effet inhibiteur significativement plus élevé en combinaison (R+C), (C+S) ou (R+C+S), sans effet sur les fibroblastes. Par ailleurs, les combinaisons potentialisaient l'action autrement limitée de la gemcitabine sur les cellules testées in vitro. In vivo, l'addition de R+C au traitement par gemcitabine à dose réduite a permis une régression tumorale équivalente à celle obtenue avec la gemcitabine à pleine dose. Par ailleurs, in vitro, l'ajout des BFCs seuls et combinés à la radiothérapie augmente de façon significative la toxicité cellulaire sur la lignée épithéliale CAPAN-2, comparé au traitement par radiothérapie seule comme aux traitements par BFCs seuls ou combinés. In vivo, la combinaison R+C associée à la radiothérapie a permis une diminution significative des volumes tumoraux comparée à la radiothérapie seule. L'étude des voies de signalisation a montré une augmentation de protéines pro-apoptotiques avec l'association R+C, en rapport avec une induction augmentée de ROS, mais aussi, de façon surprenante, une inhibition de la réparation de l'ADN par inhibition de la phosphorylation d'ATM. Ces deux effets combinés précipitaient la mort des cellules tumorales.

Conclusion : Les combinaisons de R+C ont un effet chimiosensibilisant et radiosensibilisant dans un modèle préclinique de PDAC, avec des mécanismes moléculaires identifiés pertinents dans le contexte des thérapies testées. En associant les BFCs, à la radiochimiothérapie avec gemcitabine, on peut espérer une double potentialisation de la radiothérapie et de la chimiothérapie, en augmentant l'efficacité de la RT, et en diminuant la dose de gemcitabine associée pour une même efficacité et une meilleure tolérance du traitement.

Remerciements : Ce travail a été financé par la Ligue régionale contre le cancer (Comité Dordogne), France.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfgc.org/resumes-2019/000354>

P.380

Etude de l'interaction entre des dérivés du tryptophane et le récepteur aryl hydrocarbène dans un modèle in vitro de fibrose intestinale

A. Amamou ⁽¹⁾, L. Yaker ⁽¹⁾, C. Bole-Feysot ⁽¹⁾, G. Savoye ⁽¹⁾, R. Marion-Letellier ⁽¹⁾

(1) Rouen.

Introduction : La fibrose intestinale est une complication fréquente chez les patients atteints de maladies inflammatoires chroniques de l'intestin. Elle se caractérise par un dépôt excessif de protéines de la matrice extracellulaire produites par les myofibroblastes activés. Dans des modèles expérimentaux de fibrose extra-intestinale, il a été montré que les dérivés du tryptophane tel que le 6-formylindolo[3,2-b]carbazole (FICZ), la kynurénine et le (1'H-indole-3'-carbonyl)thiazole-4-acide carboxylique méthyl ester (ITE) exercent des propriétés anti-fibrotiques via le récepteur aryl hydrocarbène (AhR). **Le but de ce travail** a été d'étudier l'effet des dérivés du tryptophane dans un modèle de fibrose intestinale in vitro et leurs effets sur le récepteur AhR.

Matériels et méthodes : La lignée cellulaire de fibroblastes humains coliques CCD-18Co a été induite par 10ng/ml de TGFβ pendant 24h pour reproduire un modèle in vitro de fibrose intestinale. Les cellules ont ensuite été incubées 24h avec le FICZ (10-100-1000 nM), la kynurénine (0,1-1-10 μM) ou l'ITE (1-10-100 μM) : (n= 4 expériences indépendantes). La modulation de l'AhR et des marqueurs de fibrose tels que α-SMA, CTGF, COL1A1 et COL3A1 ont été étudiés par Western Blot ou RT-qPCR. L'activité des métalloprotéinases matricielles 2 et 9 a été étudiée par zymographie.

Résultats : Le TGFβ augmente l'expression des ARNm codant pour les marqueurs de fibrose CTGF, COL1A1 et COL3A1 (TGFβ vs CT : p=0,0286) et augmente sans atteindre le seuil de significativité l'expression protéique de l'α-SMA (p=0,0571). Aucune différence significative de l'expression de l'AhR ou des marqueurs fibrotiques n'a été mise en évidence après traitement des cellules par le FICZ, la kynurénine ou l'ITE.

Conclusion : Le traitement par le TGFβ induit l'expression de marqueurs de fibrose dans la lignée CCD-18Co. Cependant, les dérivés du tryptophane testés n'ont pas modifié de façon significative les marqueurs de fibrose intestinale dans les conditions testées.

Remerciements : Asma Amamou est allocataire d'une bourse de thèse financée par l'INSERM à 100%.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfgc.org/resumes-2019/000086>

P.381

Effet d'un régime riche en sel sur la fibrose intestinale dans un modèle murin de colite chronique

A. Amamou ⁽¹⁾, M. Rouland ⁽¹⁾, E. Salameh ⁽¹⁾, L. Yaker ⁽¹⁾, M. Jarbeau ⁽¹⁾, C. Guérin ⁽¹⁾, A. Goichon ⁽¹⁾, G. Savoye ⁽¹⁾, R. Marion-Letellier ⁽¹⁾

(1) Rouen.

Introduction : La fibrose intestinale est une complication fréquente chez les patients atteints de maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI). Les MICI se développent chez des personnes avec une susceptibilité génétique sous l'influence de facteurs environnementaux comme l'alimentation. Une alimentation riche en sel est délétère dans les fibroses extra-intestinales et dans le développement de colites expérimentales. **Le but de ce travail** a été d'étudier l'effet d'une alimentation riche en sel sur la fibrose intestinale dans un modèle de colite chimio-induite chronique chez le Rat.

Matériels et méthodes : La colite chronique a été induite de façon hebdomadaire par une injection rectale de 2,4,6 trinitrobenzène sulfonic acid (TNBS) à doses croissantes (15, 30, 45 mg) chez des rats Sprague-Dawley pendant 3 semaines. Les animaux ont reçu une alimentation standard pour les groupes contrôles (n=10) et TNBS (n=6) ou une alimentation enrichie à 4% de NaCl pour le groupe TNBS+sel (n=9) pendant 4 semaines. Le poids et la composition corporelle ont été mesurés. Différents marqueurs de l'inflammation (longueur/poids du colon) et de la fibrose intestinale (α -SMA, COL1A1, CTGF) ont été évalués par Western Blot ou par qPCR. L'activité des métalloprotéinases matricielles 2 et 9 (MMP2 et MMP9) a été évaluée par zymographie.

Résultats : La colite chronique induit une diminution significative de la prise de poids (-8,7% ; $p<0,001$) sans modification significative de la composition corporelle. La colite chronique induit une augmentation du ratio taille/poids du colon, marqueur inflammatoire (CT $0,08\pm0,01$ vs TNBS $0,23\pm0,04$; $p<0,001$). L'alimentation riche en sel diminue significativement la prise de poids des animaux colitiques (-10% ; $p<0,01$) ainsi que leurs masses maigre (-17% ; $p<0,001$) et grasse (-31% ; $p<0,05$). L'alimentation riche en sel augmente significativement l'activité de la MMP-9 colique ($p<0,001$).

Conclusion : Cette étude montre qu'une alimentation riche en sel a des effets délétères sur les animaux avec une colite chronique : perte de poids plus marquée et augmentation de marqueurs de fibrose. Le sel pourrait être un facteur environnemental qui contribue au développement de la fibrose intestinale.

Remerciements : Asma Amamou est allocataire d'une bourse de thèse financée par l'INSERM à 100%.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000085>

P.382

Etude de l'effet thérapeutique de Pistacia lentiscus contre la colite aiguë chez la souris

I.M. Boutemine ⁽¹⁾, M. Amri ⁽¹⁾, K. Dorgham ⁽²⁾, K. Layaida ⁽¹⁾, Y. Hans ⁽²⁾, C. Touil-Boukoffa ⁽¹⁾

(1) Alger, ALGÉRIE ; (2) Paris.

Introduction : Pistacia lentiscus L. (PL) est une plante à fleurs traditionnellement utilisée dans le traitement des troubles gastro-intestinaux. L'extrait aqueux des feuilles de la plante est doté de fortes activités pharmacologiques, telles que les activités anti-oxydantes et anti-inflammatoires. Dans ce sens, l'objectif de la présente étude était d'évaluer les effets thérapeutiques et anti-inflammatoires de l'extrait aqueux de Pistacia lentiscus (PLAE), in vivo, contre la colite aiguë induite par le DSS chez la souris.

Matériels et méthodes : Le PLAE a été administré par voie orale à un groupe de souris (n=8) au moment de l'induction de la colite aiguë par le DSS. Les lésions de la muqueuse ont été évaluées par un examen macroscopique et histopathologique. En outre, le taux du monoxyde d'azote (NO) et des cytokines pro-inflammatoires [facteur de nécrose tumorale- α (TNF- α) et interleukine-6 (IL-6)] dans les plasmas ainsi que dans les surnageants de cultures d'explant ont été mesurés.

Résultats : Nos résultats montrent que le PLAE diminue significativement les signes cliniques de la colite aiguë. De plus, une diminution significative des taux de NO, d'IL-6 et de TNF- α a été observée dans les plasmas et dans les surnageants de culture. De plus, l'analyse histologique des muqueuses a indiqué que les groupes traités par PLAE présentaient une histologie pratiquement normale.

Conclusion : Nos résultats suggèrent un effet bénéfique de l'extrait aqueux des feuilles de la plante Pistacia lentiscus, se traduisant par des propriétés anti-inflammatoires systémiques et locales améliorant les signes cliniques de la colite aiguë.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000645>

P.383

Stimulation de la croissance de *Bacteroides fragilis* par le TNF α humainT. Bazin ⁽¹⁾, T. Schaevebeke ⁽¹⁾, F. M'zali ⁽¹⁾

(1) Bordeaux.

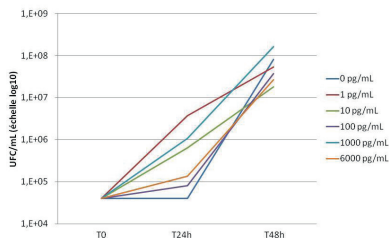
Introduction : L'écosystème digestif est un lieu d'interaction majeur entre les cellules de l'hôte et les nombreux microorganismes présents dans la lumière digestive. On retrouve dans ce milieu une grande diversité de molécules, d'origine eucaryote, procaryote, virale ou environnementale. Il est connu depuis de nombreuses années que les cellules eucaryotes sont capables de détecter de nombreuses molécules étrangères comme le LPS. Plus récemment, il a été montré que les bactéries communiquaient entre elles via des molécules de quorum sensing, mais aussi qu'elles pouvaient détecter une grande variété de signaux eucaryotes, y compris des cytokines. En réponse à ces signaux, elles peuvent moduler leur croissance, leur capacité d'adhésion, d'invasion ou de virulence. En particulier, une stimulation de la croissance a déjà été observée lorsque des bactéries pathogènes sont exposées à des cytokines, dont le TNF α . Les microorganismes de la lumière du tube digestif pourraient donc moduler leur comportement en fonction de leur micro-environnement inflammatoire. Le but de la présente étude était d'évaluer in vitro les effets du TNF α sur plusieurs micro-organismes, y compris des membres du microbiote intestinal.

Matériels et méthodes : Nous avons utilisé un panel de microorganismes comprenant plusieurs souches de référence de type sauvage et des souches d'origine clinique. Les microorganismes ont été cultivés pendant 48 heures en milieu liquide en présence de diverses concentrations de TNF α humain. La croissance a été mesurée par comptage automatisé des colonies et exprimée en UFC/mL. Les expériences ont été réalisées indépendamment six fois par souche. Une analyse ANOVA a été effectuée, suivie des tests post-hoc de Tukey et Dunnet comprenant une correction pour tests multiples.

Résultats : Nous avons observé une augmentation significative de la croissance bactérienne à T24h dans les cultures de *Bacteroides fragilis*. Cet effet était statistiquement significatif uniquement pour la plus faible concentration de TNF α (1 pg/mL). Aucun des autres microorganismes ne présentait de modulation de croissance significative.

Discussion : *Bacteroides fragilis* est une bactérie anaérobie fréquemment retrouvée lors des infections à point de départ digestif. On la retrouve dans le microbiote intestinal des sujets sains. Le caractère pathogène est toujours lié à un événement favorisant. Hors contexte infectieux, cette bactérie possède des propriétés anti-inflammatoires à l'échelle digestive mais aussi systémique. L'augmentation de croissance déclenchée par le TNF α pourrait être interprétée comme un rétrocontrôle négatif visant à réduire l'inflammation locale et in fine à restaurer un état d'homéostasie bénéficiant à la fois à la bactérie et à l'hôte.

Conclusion : Il s'agit de la première étude montrant une modulation de la croissance d'un membre du microbiote anaérobie, *Bacteroides fragilis*, par la cytokine humaine TNF α . En cas de confirmation, ces résultats pourraient être d'un intérêt particulier dans la prise en charge des patients atteints de maladies inflammatoires chroniques, en permettant de prédire l'efficacité des traitements ou de personnaliser les interventions thérapeutiques.

Figure : Courbe de croissance de *Bacteroides fragilis* en présence de TNF α .

P.384

Expression de la cadhérine atypique MUCDHL dans les maladies inflammatoires chroniques intestinalesL. Le Com ⁽¹⁾, E. Bersuder ⁽¹⁾, E. Martin ⁽¹⁾, J.N. Freund ⁽¹⁾, I. Gross ⁽¹⁾, J.M. Reimund ⁽¹⁾

(1) Strasbourg.

Introduction : L'augmentation de la perméabilité intestinale est un des éléments majeurs contribuant à la physiopathologie des maladies inflammatoires chroniques intestinales (MICI). Plusieurs composants de cette barrière sont altérés dans les MICI. MUCDHL est une cadhérine atypique essentiellement exprimée au pôle apical des cellules intestinales, et est une cible directe de CDX2 (1), un facteur de transcription homéotique jouant un rôle clé dans la détermination de l'identité intestinale et la régulation de l'homéostasie de l'épithélium intestinal. L'expression de MUCDHL est diminuée dans les cancers colo-rectaux (2), et la mesalazine, anti-inflammatoire communément utilisé dans les MICI et en particulier dans la rectocolite hémorragique (RCH), augmente son expression in vitro dans des cellules cancéreuses coliques. Plus récemment, MUCDHL a été identifiée comme ayant un rôle majeur dans l'architecture de la bordure en brosse intestinale, via son implication dans les liaisons inter-microvillositaires assurant leur arrangement spatial (3). Les objectifs de notre travail étaient de caractériser l'expression de MUCDHL dans la muqueuse colique de patients atteints de MICI.

Matériels et méthodes : Des patients présentant une maladie de Crohn (MC) ou une RCH ont été inclus prospectivement entre mars 2016 et juillet 2018. Des prélèvements de muqueuse colique ont été réalisés en zone macroscopiquement saine et/ou inflammatoire. L'expression transcriptionnelle de MUCDHL a été évaluée dans la muqueuse colique non-inflammatoire et inflammatoire des patients par RT-qPCR, et son expression protéique par immunohistochimie et immunofluorescence.

Résultats : Parmi les 79 patients inclus, 49 (62 %) étaient des hommes. Trente-huit patients (48 %) avaient une RCH et 41 (52 %) une MC. Vingt-sept (34 %) avaient une maladie quiescente, 23 (29 %) une maladie peu active et 29 (37 %) une maladie active. L'expression de l'interleukine-6, de l'interleukine-1- β et du TNF α était significativement augmentée dans les échantillons de muqueuse colique inflammatoire. L'expression transcriptionnelle de MUCDHL était diminuée de 17% en moyenne dans la muqueuse colique inflammatoire des patients atteints de MICI, comparativement à la muqueuse non inflammatoire. Parallèlement, l'expression de CDX2 était diminuée dans la muqueuse colique inflammatoire. L'expression protéique de MUCDHL était également diminuée en muqueuse inflammatoire. Il n'y avait pas de différence d'expression de MUCDHL entre MC et RCH, entre les MICI peu active et les MICI actives, ni en fonction de l'ancienneté de la maladie. Nous n'avons pas trouvé de différence d'expression de MUCDHL en fonction du traitement en cours au moment du prélèvement (5-ASA, anticorps anti-TNF α ou autres traitements).

Conclusion : Ces résultats suggèrent que l'expression de MUCDHL est diminuée dans l'inflammation intestinale associée aux MICI. Les mécanismes impliqués dans la réduction d'expression de MUCDHL dans les MICI et ses conséquences restent à déterminer.

Remerciements : Les auteurs remercient l'Association Francois Aupetit (AFA) pour le soutien financier qu'elle apporte à ce projet.

Références Bibliographiques : (3) Losi et al., Hum Pathol. 2011 Jul;42(7):960-71
(2) Crawley et al., Cell. 2014 Apr; 157(2), 433-446
(1) Hinkel et al., Gastroenterology. 2012 Apr;142(4):875-885.
e3

Pour consulter ce résumé en ligne :
<https://www.snfgc.org/resumes-2019/000344>

P.385

La lyophilisation : une procédure pour la conservation de longue durée des selles pour la transplantation de microbiote fécal

N. Kapel ⁽¹⁾, J. Reynier ⁽¹⁾, J. Delannoy ⁽¹⁾,
C. Mayeur ⁽²⁾, V. Robert ⁽²⁾, J. Augustin ⁽¹⁾,
C. Charrueau ⁽¹⁾, F. Joly ⁽³⁾, A.J. Waligora-Dupriet ⁽¹⁾,
M. Thomas ⁽²⁾

(1) Paris ; (2) Jouy-en-Josas ; (3) Clichy-la-Garenne.

Introduction : La transplantation de microbiote fécal (TMF) a pour but de restaurer l'homéostasie du microbiote intestinal d'un sujet malade par le transfert d'un microbiote provenant d'un donneur sain. Depuis 2014, cette procédure est le traitement recommandé pour la prise en charge des infections récidivantes à *Clostridium difficile* avec un taux d'efficacité supérieure à 80%. Malgré sa grande efficacité et son statut de médicament en France, la procédure de préparation des selles pour la TMF reste artisanale, n'est pas standardisée et nécessite la mise en place d'une logistique complexe. De plus, l'intervention reste désagréable pour le patient et ce quel que soit le mode d'administration (lavement, administration par sonde naso-duodénale ou coloscopie). L'objectif de notre projet s'inscrit dans une dynamique d'optimisation des conditions de préparation du microbiote fécal pour en faciliter l'accès aux patients. En particulier il vise à évaluer les effets de la conservation par congélation à -80°C ou lyophilisation de la suspension fécale sur l'équilibre du microbiote, sa viabilité et sa fonctionnalité, et sur son efficacité pour traiter l'infection à *Clostridium difficile* dans un modèle expérimental murin.

Matériels et méthodes : L'intégrité de l'équilibre bactérien et sa viabilité ont été évalués au sein de la préparation fécale fraîche, congelée en présence de glycérol 10% (G10), 80% (G80) ou lyophilisée (LYO), en privilégiant des critères fonctionnels. Pour cela nous avons utilisé des méthodes in vitro de cultures bactériennes, de dosage des acides gras à chaîne courte comme reflet du métabolisme bactérien, et de mesure de l'effet inhibiteur anti-*Clostridium difficile* du microbiote sur 6 échantillons fécaux provenant de différents donneurs sains; et in vivo de mesure de l'efficacité d'un transfert de microbiote pour éradiquer *Clostridium difficile* dans un modèle expérimental murin.

Résultats : La viabilité bactérienne, la synthèse de métabolites ainsi que l'activité anti-*Clostridium difficile* ont été préservées pour l'ensemble des échantillons congelés et lyophilisés (n=6) jusqu'à 12 mois post-préparation. In vivo, le traitement par TMF a permis d'améliorer significativement le taux de survie des animaux qui a atteint 53 à 60% chez les animaux ayant reçus une TMF avec des selles congelées et 70% chez les animaux ayant reçus les selles lyophilisées (p<0,05) comparativement à 20% chez les souris non traitées. Dans ce modèle, la TMF a permis une diminution significative de l'inflammation colique caractérisée par une diminution de la myéloperoxydase colique (p<0,001) et du score histopathologique associé au cæcum et au côlon (p<0,01). Une méthode de remplissage des gélules répondant aux exigences de la pharmacopée a été développée pour le lyophilisat.

Conclusion : Notre projet a permis d'établir un protocole standardisé de préparation du matériel fécal par congélation et lyophilisation qui garantit le maintien de la diversité bactérienne, de sa viabilité et de sa fonctionnalité jusqu'à 12 mois de stockage. En plus d'optimiser le mode de préparation et de conservation des matières fécales, notre méthode de lyophilisation brevetée permet de faciliter l'administration de la TMF aux patients par la prise orale de gélules

Remerciements : Les auteurs remercient l'ANSM pour son soutien financier

Références Bibliographiques : Patent n°WO2017103225A1. Lyophilized composition for preserving microbiota in its ecosystem; Priority date: 18/12/2015; Publication date: 22/06/2017

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000268>

P.386

L'impact des effets trophiques d'une préparation de probiotiques multi-souches sur la perméabilité paracellulaire

L. Laterza ⁽¹⁾, V. Petit ⁽¹⁾, C. Graziani ⁽¹⁾,
A. Boninsegna ⁽¹⁾, D. Lucchetti ⁽¹⁾, L. Lopetuso ⁽¹⁾,
F. Scaldaferri ⁽¹⁾, A. Sgambato ⁽¹⁾, A. Gasbarrini ⁽¹⁾

(1) Rome, ITALIE.

Introduction : Les probiotiques sont des bactéries vivantes, non pathogènes, qui ont des effets bénéfiques sur la santé. En particulier, il a été démontré que VSL#3, un mélange de probiotiques contenant 4 souches de lactobacilles (*L. paracasei*, *L. plantarum*, *L. acidophilus* et *L. delbrueckii* ssp. *bulgaricus**), 3 souches de bifidobactéries (*B. longum***, *B. infantis***, *B. breve*) et *Streptococcus thermophilus*, était efficace dans la prise en charge de maladies caractérisées par une augmentation de la perméabilité intestinale, telles que le syndrome de l'intestin irritable et la colite ulcéreuse.

La présente étude a pour but d'évaluer le mécanisme d'action de VSL#3 permettant de réduire la perméabilité intestinale, ainsi que son effet sur la modulation de l'activité sur les jonctions serrées, en se concentrant sur les effets des facteurs bioactifs sécrétés.

*Récemment reclassé sous *L. helveticus*.

**Récemment reclassée sous *B. animalis* ssp. *lactis*.

Matériels et méthodes : Deux lots différents de VSL#3 (fabricant: Nutrilinea Srl, Gallarate (VA), Italie) ont été utilisés. Une lignée cellulaire Caco-2 a été traitée avec un milieu de conditionnement (MC) préparé au moyen de 1 g de formule probiotique cultivée dans un milieu de culture cellulaire DMEM (exempt de sérum et d'antibiotiques) à 37 °C pendant 48 heures sans agitation et en conditions anaérobies. Les effets des probiotiques sur la prolifération des cellules ont été évalués par courbe de croissance cellulaire, test MTT et test scratch. La courbe de croissance a été réalisée par procédé de détection par impédance électrique de substrats cellulaires (ECIS), l'augmentation de l'impédance étant directement proportionnelle à l'augmentation du nombre de cellules dans le puits. L'effet sur l'apoptose sera analysé par cytométrie par coloration double avec annexe V-FITC et iodeure de propidium. L'effet sur l'expression des jonctions serrées, en particulier l'occludine et ZO1, sera étudié par transfert Western blot. L'analyse protéomique du milieu de culture de cellules Caco-2 traitées avec le milieu de culture à base de VSL#3 a été réalisée par spectrométrie MS/MS couplée à la CLHP.

Résultats : La formule probiotique multisouches augmente la prolifération cellulaire et le pourcentage d'activité métabolique des cellules (jusqu'à 20 %), tout en favorisant la diminution des cellules apoptotiques et l'augmentation de la ré-épithélialisation lors du test scratch. Ces effets trophiques peuvent avoir un impact sur la perméabilité paracellulaire. L'expression des protéines des jonctions serrées augmente dans les 24 heures pour ZO1, et au bout de 48 heures de traitement dans le cas de l'occludine. Les résultats sont les mêmes avec deux lots différents. L'analyse protéomique a fourni des données plus intéressantes: dans le milieu de culture, plusieurs peptides spécifiquement synthétisés par les 8 souches présentes dans la préparation de probiotiques ont été reconnus. Par ailleurs, des protéines *Homo sapiens*, c'est-à-dire des molécules synthétisées à partir des cellules Caco-2, ont également été identifiées, en particulier les protéines de choc thermique 70-1a et 71, la caspase 1 et l'IL18: chacune est impliquée dans l'autophagie, phase de la réponse immunitaire innée.

Conclusion : Ces données préliminaires in vitro pourraient expliquer l'action de VSL#3 au niveau de la muqueuse intestinale, en particulier par la sécrétion de facteurs qui améliorent l'intégrité de la barrière. Les stimuli prolifératifs et l'augmentation de l'expression des protéines des jonctions serrées concordent avec un effet sur la régénération et la ré-épithélialisation de la muqueuse. Dans les maladies inflammatoires de l'intestin, les loci les plus sensibles sont impliqués dans le processus d'autophagie (par ex. NOD2 et ATG16L1), ce qui s'accompagne d'une perte de fonction de ces protéines. Il semble que le mécanisme d'action de VSL#3 renforce le processus cellulaire d'autophagie, ce qui pourrait également expliquer son efficacité dans le traitement des maladies inflammatoires de l'intestin.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000080>

P.387

Combinaisons d'expositions au pesticide, régime obésogène et prébiotique : impact sur la dysbiose intestinale et la translocation bactérienne lors de la gestation chez le rat

N. Djekoun⁽¹⁾, A. Brasseur⁽²⁾, M. Guibourdenche⁽²⁾, H. El Khayat El Sabbouri⁽²⁾, F. Depeint⁽³⁾, M. Biendo⁽²⁾, J. Gay-Quéheillard⁽²⁾, L. Rouabah⁽⁴⁾, F. Hamdad⁽²⁾, V. Bach⁽²⁾, H. Khorsi-Cauet⁽²⁾

(1) AMIENS ; (2) Amiens ; (3) Beauvais ; (4) Constantine, ALGERIE.

Introduction : La santé publique est touchée par deux problématiques majeures en lien avec l'alimentation : les pesticides et l'excès calorique. Les conséquences sur l'Homme et l'environnement sont nombreuses. Il existe notamment un lien entre le développement des maladies chroniques et la modulation du microbiote intestinal, première barrière que rencontre l'alimentation. L'un des pesticides retrouvés très largement dans l'environnement est le chlorpyrifos. Nos études précédentes ont montré d'une part, une translocation bactérienne, une prédisposition au diabète de type 2 et l'apparition d'un syndrome métabolique suite à l'exposition chronique au CPF. D'autre part une supplémentation en inuline, prébiotique inhiberait les effets délétères.

Objectif : Etudier les effets sur le microbiote intestinal après une co-exposition au pesticide et au régime obésogène (High Fat Diet HFD). Le HFD potentialiserait-il les effets en exacerbant la nocivité du CPF ? Cet effet néfaste sera-t-il inhibé par l'inuline ayant pour indication le rétablissement de la symbiose entre microbiote intestinal et hôte ?

Matériels et méthodes : 8 groupes de femelles Wistar (n=32) ont été exposées à plusieurs traitements : régime contrôle (C), contrôle+inuline (Ci), régime obésogène (HFD), HFD+inuline (HFDi), chlorpyrifos (CPF), CPF+inuline (CPFi), CPF+HFD (CPFHFD) et CPF+HFD+inuline (CPFHFDi). L'exposition a été faite par gavage durant 4 mois avant accouplement, puis durant la gestation, la lactation et jusqu'au sevrage. La descendance a ensuite reçu une alimentation normale jusqu'à l'âge adulte. Un suivi de poids a été réalisé à la fois chez les mères et la descendance. Après sacrifice, différents prélèvements ont été réalisés afin de caractériser le microbiote intestinal, une éventuelle translocation bactérienne au niveau des organes internes stériles, et un prélèvement intracardiaque. Seuls les résultats relatifs aux mères seront présentés dans ce travail

Résultats : Les courbes de poids indiquent que les rates nourries avec le HFD seul ou en combinaison avec une prise de poids plus important lors de la phase de pré-gestation que les animaux « contrôle » et CPF seuls. La prise de poids pendant la gestation semble également plus importante pour les animaux HFD, indépendamment de la co-exposition avec l'inuline ou le CPF. La co-exposition aux facteurs de risque représentés par le CPF et le régime HFD semble avoir un moindre impact sur les paramètres sanguins que chacun des facteurs pris séparément.

La flore bactérienne intestinale est déséquilibrée en particulier chez les groupes exposés au HFD et CPFHFD. Cette dysbiose semble se rétablir lors d'une supplémentation du prébiotique en association avec le groupe HFD. La dysbiose est à l'origine d'une translocation bactérienne accrue chez les groupes HFD et CPFHFD. La fréquence de translocation est importante au niveau du foie et du tissu adipeux mésentérique en particulier chez le groupe CPFHFD.

Conclusion : Les résultats préliminaires ont montré que la co-exposition potentialise les risques de dysbiose, à l'origine de la translocation bactérienne. L'inuline semble rétablir l'effet néfaste de la co-exposition. Cependant l'impact du régime obésogène semble plus important que celui du pesticide. Un typage moléculaire des micro-organismes est en cours et permettra de compléter l'étude. Les mesures effectuées sur la descendance seront analysées afin de déterminer l'effet trans-générationnel et un éventuel effet sexe-dépendant.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000555>

P.388

Programmation périnatale de l'homéostasie intestinale suite à l'exposition à un régime obésogène et à un pesticide chez le rat mâle

M. Guibourdenche⁽¹⁾, H. El Khayat El Sabbouri⁽¹⁾, N. Djekoun⁽²⁾, H. Khorsi-Cauet⁽¹⁾, V. Bach⁽¹⁾, P. Anton⁽³⁾, J. Gay-Quéheillard⁽¹⁾

(1) Amiens ; (2) AMIENS ; (3) Beauvais.

Introduction : La période périnatale se caractérise par des phases de développement pendant lesquelles la plasticité est maximale et la sensibilité de l'individu aux facteurs environnementaux est d'autant plus accrue. Parmi les facteurs de risque, la malnutrition, l'obésité maternelle et l'exposition aux pesticides sont maintenant reconnus pour programmer le métabolisme des enfants et favoriser la survenue d'une obésité ou du diabète de type 2.

Les objectifs de ce projet sont de : 1) déterminer si une exposition péri-gestationnelle de mères (modèle animal : rat) à un pesticide (chlorpyrifos, CPF) et à un régime obésogène (High Fat Diet, HFD) augmente la survenue de l'obésité, des troubles métaboliques associés et des perturbations de la fonction digestive chez sa descendance mâle ; 2) d'étudier si l'apport complémentaire d'inuline, une fibre alimentaire prébiotique, peut limiter les troubles observés.

Matériels et méthodes : Huit rates Wistar ont été exposées au CPF (1mg/kg pc), supplémentées ou non en inuline (10 g/L dans l'eau de boisson). Huit autres rates ont été nourries avec un régime riche en graisses (HFD) (5,24 kcal/g soit 60% matières grasses), supplémentées ou non en inuline. Et enfin, huit rates contrôles ont été nourries avec un régime alimentaire standard sans exposition aux pesticides, supplémentées ou non en inuline. Les rates ont suivi ces conditions expérimentales pendant une période pré-gestationnelle de 4 mois ainsi que durant les périodes de gestation et lactation. A la suite de cela, les 81 rats mâles ont été étudiés à l'âge jeune adulte (J60), période durant laquelle ils n'ont été soumis à aucun traitement. Des échantillons provenant de différents segments de l'intestin et des organes d'intérêt ont été étudiés. La prise de poids et la prise alimentaire ont été évaluées tout au long de l'étude.

Résultats : Les rats issus de mères exposées au CPF présentent des poids inférieurs aux rats contrôles à la naissance (p=0.01) mais aussi au sevrage (p=0.03), mais plus à 60 jours. L'inuline n'a pas d'effet significatif sur l'effet du CPF. Le régime obésogène induit une augmentation significative de la prise de poids des rats par rapport aux contrôles en fin de sevrage (p<0.0001), et l'inuline semble limiter cette prise de poids (HFD vs HFD inuline : p=0.0009). A 60 jours, l'effet du HFD est toujours présent (p=0.01) et atténué par l'inuline (p=0.0007).

Discussion : Les résultats préliminaires de cette étude révèlent que des rats issus de mères en contact avec un pesticide durant la période péri-gestationnelle présentent des troubles du développement caractérisés par un plus faible poids de naissance qui perdure jusqu'au sevrage. Cet effet n'est plus observé à l'âge jeune adulte. Nos résultats indiquent également que des rats issus de mères ayant un régime alimentaire hyperlipidique sont sujets à l'embonpoint au sevrage et à l'âge jeune adulte. De façon intéressante, l'inuline limite la prise de poids de ces animaux, probablement en modifiant la fonction barrière intestinale et le statut de microflore. Différentes analyses sont actuellement en cours afin d'étudier l'intégrité de la barrière intestinale, l'inflammation qui peut y être associée, ainsi que les altérations anatomofonctionnelles du système digestif.

Conclusion : Nos résultats préliminaires permettent de suggérer que le pesticide ralentit le développement fœtal et postnatal mais que cet impact ne perdure pas, tout du moins sur la prise de poids après sevrage. Le régime obésogène de la mère favorise la survenue d'une obésité chez la descendance mâle et un complément alimentaire à base d'inuline pourrait permettre de limiter ces effets délétères. Cette hypothèse reste à confirmer après analyse d'autres paramètres.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000201>

P.389

Comment infuser des cellules souches mésenchymateuses en toute sécurité ?

L. Coppin ⁽¹⁾, M. Najimi ⁽¹⁾, J. Bodart ⁽¹⁾, M.S. Rouchon ⁽¹⁾, P. Van Der Smissen ⁽¹⁾, S. Eeckhoudt ⁽¹⁾, G. Dahlqvist ⁽¹⁾, D. Castanères ⁽¹⁾, J. Heemskerk ⁽²⁾, S. Horman ⁽¹⁾, N. Belmonte ⁽³⁾, E. Sokal ⁽⁴⁾, X. Stéphane ⁽⁵⁾

(1) Woluwe-Saint-Lambert, BELGIQUE ; (2) Maastricht, PAYS-BAS ; (3) Mont-Saint-Guibert, BELGIQUE ; (4) Bruxelles, BELGIQUE ; (5) Bruxelles, BELGIQUE.

Introduction : Les infusions de cellules souches mésenchymateuses (MSC) sont actuellement étudiées dans de nombreuses études cliniques. Des thrombi post-infusion ont été décrits chez différents patients. La plupart des MSCs expriment en effet une activité procoagulante (APC) due à l'expression du facteur tissulaire (FT), qui est l'élément activant la cascade de coagulation. **Le but de ce travail** était d'étudier comment infuser des cellules progénitrices hépatique humaines, ou Adult Derived Human Liver Stem Cells (ADHSLCs) en toute sécurité, c'est-à-dire, sans induire un risque thrombogène chez le patient infusé ; soit des hautes doses chez des patients présentant une maladie métabolique hépatique, soit des petites doses chez des patients cirrhotiques, présentant une hémostasie rééquilibrée fragile.

Matériels et méthodes : L'effet « dose cellulaire » a été étudié dans un modèle de xénotransplantation (rats Wistars sains, avec ou sans anticoagulants). Par la suite le rôle capital du FT dans l'APC a été confirmé en utilisant des chambres de flux (Shear Stress). Finalement, nous avons caractérisé in vitro la coagulation intravasculaire disséminée (CIVD) induite par l'infusion d'ADHSLCs et investigué comment contrôler le risque thrombogène et hémorragique qui s'en suit, dans du sang total et du plasma pauvre en plaquettes (PPP) humain sain et de patient cirrhotique en décompensation aiguë (modèle de génération de fibrine et de tubing loop, mimant un flux vasculaire).

Résultats : Dans le modèle de xénotransplantation, nous avons démontré que le risque thrombogène induit par l'infusion d'ADHSLCs est dose dépendant. L'infusion de haute dose cellulaire, tel que 50x10⁶cellules/kg, induit une CIVD 1h après transplantation, caractérisé par une consommation significative de plaquettes (p<0.01), fibrinogène (p<0.001) et facteur de coagulation II, V et VIII (p<0.01) comparé au rat contrôle infusé uniquement avec du PBS. L'infusion d'une dose cellulaire plus basse, tel que 5x10⁶cellules/kg n'induit pas l'activation de la coagulation. L'ajout d'anticoagulants lors de l'infusion de hautes doses cellulaires, tel que l'héparine (300 I.U./5x10⁶ cellules) ou la combinaison de l'héparine (10 I.U./ 5x10⁶ cellules) et la bivalirudine permet de contrôler ce risque thrombogène. In vitro nous avons démontré entubing loop dans du sang non anticoagulé, que les ADHSLCs induisent une réaction nettement moins explosive dans du sang de patients cirrhotique comparé au sang humain sain. Les ADHSLCs induisent uniquement une consommation significative des plaquettes (p<0.01), du fibrinogène (p<0.01) et non des facteurs de coagulations. En étudiant la génération de fibrine dans du plasma pauvre en plaquettes (PPP) nous avons d'ailleurs pu identifier deux types de populations, une première ou l'ajout d'héparine 10 I.U. /5x10⁶ cellules permettait de contrôler l'APC des ADHSLCs, et une deuxième nécessitant l'ajout de 300 I.U. d'héparine /5x10⁶ cellules comme pour le plasma sain. La population plus sensible à l'ajout de l'héparine présentait des taux de fibrinogène et d'antithrombine significativement (p<0.05) plus bas. Cette réponse distincte à l'héparine n'a par contre pas pu être reproduite lorsque les ADHSLCs étaient exposées à du sang total dans les tubing loops.

Conclusion : Nous pouvons conclure que l'infusion d'une faible dose de MSCs, exprimant du FT, 5x10⁶cellules/kg, n'induit pas de risque thrombogène et pourrait être utilisé dans des études cliniques futures pour traiter des patients cirrhotiques en décompensation aiguë, tout en monitorant le taux de plaquettes et de fibrinogène. Le risque thrombogène induit par l'infusion de hautes doses cellulaires, 50x10⁶cellules/kg, peut être contrôlé par l'addition d'anticoagulants, tel que l'héparine et/ou la bivalirudine. Cette dose cellulaire peut dès lors être utilisée pour traiter des patients présentant une maladie métabolique hépatique.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000365>

P.390

Etude in vitro des interactions entre cellules gliales entériques et lymphocytes T dans un contexte pro-inflammatoire

J. Pabois ⁽¹⁾, C. Le Berre ⁽¹⁾, T. Durand ⁽¹⁾, M. Neunlist ⁽¹⁾, A. Bourreille ⁽¹⁾, I. Neveu ⁽¹⁾, P. Naveilhan ⁽¹⁾

(1) Nantes.

Introduction : Les avancées dans les biotechnologies, ont permis une amélioration dans la prise en charge thérapeutique des patients atteints par la maladie de Crohn. Cependant 80% d'entre eux subissent encore au moins une résection chirurgicale et parmi eux, 60% récidivent. Afin de mieux comprendre l'évolution de cette pathologie intestinale inflammatoire chronique, il est nécessaire d'étudier les interactions entre les cellules présentes au sein de la paroi intestinale, et particulièrement les relations entre les cellules du système nerveux entériques et les cellules immunitaires. En effet, plusieurs équipes de recherche ont démontré une corrélation positive entre la récurrence post-opératoire et la présence de plexites myentériques en marge proximale de la résection iléo-colique. Une plexite myentérique étant définie par la présence d'au moins une cellule immunitaire en périphérie ou au sein d'un ganglion myentérique, nous avons choisi d'étudier les relations entre les cellules gliales entériques (CGE) et les lymphocytes T (LT) dans un environnement pro-inflammatoire afin de comprendre les mécanismes aboutissant à la formation des plexites myentériques.

Matériels et méthodes : Pour étudier les interactions entre CGE et LT, nous avons utilisé un modèle de co-culture de cellules de rat. Les CGE sont isolées à partir de ganglions myentériques et pour simuler une inflammation, elles sont pré-incubées durant 24h avec du LPS ou un cocktail de cytokines pro-inflammatoires (TNF α et IL1- β). Les LT sont quant à eux, triés à partir de la rate ou des ganglions mésentériques. Leur activation est assurée par incubation avec des anticorps anti-CD3 et anti-CD28. Les LT sont ensuite co-cultivés en présence de CGE pendant deux heures. Après l'élimination des LT non adhérents, les LT interagissant physiquement avec les CGE (S100 β +) sont dénombrés et caractérisés par immunocytochimie (anticorps anti-CD4 et anti-CD8). En parallèle, l'expression des molécules d'adhésion, comme ICAM-1, dans les CGE est étudiée par q-PCR et immunocytochimie.

Résultats : L'activation des LT a pour effet d'augmenter le nombre de contacts cellulaires entre les LT et les CGE. La stimulation pro-inflammatoire (LPS ou TNF α /IL1- β) des CGE favorise également ces contacts, y compris lors de leur co-culture avec des LT naïfs. La caractérisation des sous-populations de LT indique que l'inflammation gliale favorise autant les contacts des CGE avec les LT CD4+ qu'avec les LT CD8+. Les deux types de stimulations pro-inflammatoires testés sur les CGE induisent une surexpression d'ICAM-1 dans les CGE.

Conclusion : Ces résultats démontrent que les LT peuvent interagir physiquement avec les CGE. L'activation lymphocytaire ainsi que la stimulation pro-inflammatoire gliale favorisent ces contacts entre CGE et LT CD4+ et CD8+. L'augmentation de l'expression d'ICAM-1 après traitement des CGE par des LPS ou par un cocktail TNF α /IL1- β suggère une implication de cette molécule d'adhésion dans les interactions CGE-LT. Des expérimentations complémentaires sont en cours, afin de déterminer le rôle exact d'ICAM-1 et de son ligand LFA-1 dans l'établissement de contacts cellulaires neuro-immuns.

Remerciements : Ce travail a été subventionné par l'association François Aupetit.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000750>

P.391

Détection des lésions inflammatoires de la muqueuse gastrique par analyse multispectrale de la réflectance dans un modèle murin d'infection à *H. pylori*

V. Camilo ⁽¹⁾, A. Krebs ⁽²⁾, A. Jobart-Malfait ⁽³⁾, V. Michel ⁽¹⁾, Y. Benezeth ⁽²⁾, T. Bazin ⁽⁴⁾, F. Marzani ⁽²⁾, E. Totaï ⁽¹⁾, D. Lamarque ⁽⁵⁾

(1) Paris ; (2) Dijon ; (3) Saint Quentin en Yvelines ; (4) Bordeaux ; (5) Boulogne-Billancourt.

Introduction : Les lésions inflammatoires associées à l'infection à *H. pylori* ne sont le plus souvent pas détectables par l'examen endoscopique de la muqueuse gastrique en lumière blanche. L'intensité de la lumière qui est renvoyée par la muqueuse éclairée ou réflectance résulte de différents processus (absorption, réflexion, diffusion, transmission, autofluorescence). L'influence de ces différents processus est différente en fonction des longueurs d'onde de la lumière. Il est ainsi probable que l'analyse de la réflectance à différentes longueurs d'onde puisse permettre la détection de lésions inflammatoires de la muqueuse digestive. Le but de cette étude a été de mesurer la réflectance de la muqueuse gastrique dans des modèles murins d'infection chronique et aigüe à *H. pylori*.

Matériels et méthodes : Des souris male C57BL/6, ont été sacrifiées 1, 3, 6, 12 et 18 mois après avoir été infectés par voie orale par la souche SS1 de *H. pylori*. Les témoins avaient reçu du sérum physiologique. La muqueuse gastrique était exposée ex vivo à la lumière blanche d'un spectroscope qui mesurait la réflectance entre 348 et 1100 nm. La charge bactérienne était mesurée à partir de prélèvements. La muqueuse était ensuite fixée dans le liquide Carnoy pour permettre l'analyse histologique et analyser le spectre d'autofluorescence sous illumination séquentielle entre 470 et 670 nm de coupes déparaffinées. Par ailleurs, des explants d'estomac issues de souris nouveaux nés étaient mis en culture en présence de la souche SS1 de *H. pylori*. Une analyse multispectrale de la réflectance était réalisée après 2h et 24 heures de culture tissulaire.

Résultats : Toutes les souris infectées avaient des densités bactériennes équivalentes quel que soit la durée de l'infection. Une infiltration lympho-plasmocytaire du chorion et une hyperplasie des cryptes glandulaires apparaissaient à 12 mois et devenaient marquées à 18 mois (charge moyen 6,4 sur 8). L'analyse de la réflectance était exprimée en ratio par rapport à une valeur de référence. A un mois et 3 mois suivant l'infection aucune modification n'était observée par rapport au témoin. A 12 mois une baisse moyenne significative de 14% de la réflectance (n=6) était observée sur toutes les longueurs d'onde de 867 à 1100 nm par rapport au témoin (n=6). A 18 mois une baisse de 21% était constamment observée de 604 et 1100 nm (n=6) par rapport au témoin (n=6). Un accroissement significatif de 15% de l'autofluorescence sur coupe histologique était observée à 532 et 542 nm pour une excitation à 510 et 520 nm en cas d'infection (n=6) par rapport aux témoins (n=6). Aucune de ces modifications n'étaient corrélées au grade histologique. L'analyse multispectrale des explants gastriques de souris nouveau-né trouvait une augmentation significative de la réflectance entre 400 et 600 nm en cas d'infection à *H. pylori* (N=4) par rapport aux témoins (N=4). Cette différence disparaissait 24 heures après l'infection.

Conclusion : L'analyse multispectrale de la réflectance de la muqueuse gastrique dans un modèle murin d'infection chronique à *H. pylori* permet de détecter une inflammation non visible par l'œil humain quelque soit son grade de sévérité. Cette différence apparaît dans la lumière rouge et infrarouge. L'inflammation chronique s'accompagne également d'un accroissement de l'autofluorescence dans la lumière verte. L'infection aigüe par *H. pylori* provoque une augmentation transitoire de la réflectance dans une grande partie du spectre visible. Ces résultats témoignent de l'intérêt du développement de l'imagerie multispectrale en endoscopie digestive pour le dépistage des lésions inflammatoires.

Remerciements : Financement du projet ANR-15-CE17-0015

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/001025>

P.392

La production de prostaglandine E2 par les cellules gliales entériques régule la perméabilité intestinale et la motricité digestive de manière différente chez les mâles et les femelles

A. Le ⁽¹⁾, S. Gigli ⁽²⁾, A. Bessard ⁽¹⁾, E. Durieu ⁽¹⁾, T. Oullier ⁽¹⁾, M. Mahe ⁽¹⁾, N. Cenac ⁽³⁾, G. Esposito ⁽²⁾, M. Neunlist ⁽¹⁾, M. Rolli-Derkinderen ⁽¹⁾

(1) Nantes ; (2) Rome, ITALIE ; (3) Toulouse.

Introduction : Les cellules gliales entériques (CGE) sont impliquées dans la modulation de la motilité et de la perméabilité intestinales. La prostaglandine E2 (PGE2) participe au contrôle des fonctions intestinales, mais les effets de la PGE2 libérée spécifiquement par les CGE font toujours défaut.

Matériels et méthodes : Nous avons évalué in vivo l'impact de la délétion de la mPGES1 (une enzyme productrice de PGE2) induite dans les cellules S100b positives dans des conditions contrôlées (S100b-Cre-ERT2 – mpeg1 fl-fl) mais aussi lors du développement de colite (DSS 4% pendant 4 jours). Les fonctions intestinales ont été mesurées chez les animaux mâles et femelles. Ces travaux ont été complétés par des analyses de motricité en cuve à organe isolé et par des mesures de perméabilité en chambre de Ussing. Enfin l'impact de la PGE2 gliale a été évalué sur la barrière épithéliale intestinale (BEI) dans un modèle de co-culture indirect avec des Caco-2 et sur des explants de muqueuse et des entéroïdes.

Résultats : Une analyse immunohistologique valide bien que l'expression de la mPGES1 observée dans les CGE des ganglions myentériques n'est plus détectable après induction de la délétion par le tamoxifène. 14 jours après le début de l'induction de la délétion de la mPGES1 par le tamoxifène, nous avons observé une diminution significative de la perméabilité intestinale chez les souris femelles déléetées pour la mPGES1 en comparaison avec les souris femelles témoins. Cette différence n'a pas été observée chez les souris mâles. Le DSS induit une augmentation de l'expression de mPGES1 dans les ganglions myentériques, comme la production de PGE2 est augmentée dans les CGE traitées avec le TNFα et l'IL-1 ou LPS. La perméabilité induite par le traitement au DSS a augmenté plus tôt, 2 jours au lieu de 4, et le remodelage tissulaire était plus important dans les animaux déléetés pour la mPGES1 que chez les souris témoins. Le temps de transit total était augmenté 14 jours après la première injection de tamoxifène chez les mâles et 16 jours chez les femelles sans effet supplémentaire significatif du traitement par DSS. In vitro, la PGE2 régule la résistance et la perméabilité, accélère la réparation de la BEI et le développement des entéroïdes.

Conclusion : Ce travail représente la première preuve in vivo d'une implication directe de la PGE2 dérivée des cellules gliales dans la physiopathologie de l'intestin. Nos travaux suggèrent que la PGE2 dérivée des cellules gliales peut réguler la perméabilité et la motilité intestinales et sensibiliser au développement de la colite en fonction du sexe.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000219>

P.393

Résultats définitifs de la première campagne de dépistage organisé du cancer colorectal par test immunologique dans une région française

B. Denis ⁽¹⁾, F. Arnold ⁽²⁾, M.O. Berardi ⁽³⁾, J. Botokey ⁽⁴⁾, I. Gendre ⁽¹⁾, M. Guerbaz ⁽⁵⁾, C. Morel ⁽⁶⁾, M.C. Scandola-Guyot ⁽⁷⁾, M. Thirion ⁽²⁾, P. Perrin ⁽¹⁾

(1) Colmar ; (2) Reims ; (3) Épinal ; (4) Charleville-Mézières ; (5) Metz ; (6) Nancy ; (7) Saint-Dizier.

Introduction : Le programme français de dépistage organisé du cancer colorectal (DO CCR) a notamment changé depuis mai 2015 : remplacement du test au gaïac Hemoccult par le test immunologique quantitatif OC-Sensor et abandon de l'envoi postal du test. **Le but de ce travail** était de rapporter les résultats définitifs de la 1^{ère} campagne du programme de DO CCR par test OC-Sensor.

Patients et Méthodes : Evaluation des résultats de la 1^{ère} campagne (du 01/06/2015 au 31/05/2017) et du rendement des coloscopies pour OC-Sensor positif au seuil de 30 µg Hb/g dans les 10 départements de la région Grand Est (Alsace-Lorraine-Champagne-Ardenne). Les résultats des tests OC-Sensor étaient comparés avec les résultats des tests Hemoccult des années 2013-2014.

Résultats : La population cible était évaluée à 1,658 million de personnes, soit 8,6% de la population nationale. Au 31/05/2017, 256.448 personnes (14,4%, de 8,1 à 19,3 selon le département) étaient exclues. 564.946 personnes (34,1%, de 31,3 à 37,6 selon le département) avaient réalisé un test et 557.506 étaient dépistées (33,7%, de 30,9 à 37,1 selon le département), soit un taux de participation Santé Publique France de 40,4% (34,6 à 46,4 selon le département) et un taux de personnes effectivement dépistées de 39,8% (34,1 à 45,7 selon le département). Cela correspondait à des taux de couverture pour le dépistage du CCR, soit par test immunologique, soit par coloscopie, d'au moins 49% (40 à 56 selon le département). Le taux de tests non analysables était de 6,0% (de 5,2 à 6,8 selon le département) et fluctuait de 4 à 15% selon le mois. Le taux de tests positifs était de 5,0% (de 4,8 à 5,3 selon le département). Le taux de coloscopies faites à 1 an du test positif était de 87,4% (de 84,5 à 90,8 selon le département) avec le test immunologique, sans différence avec le test au gaïac (87,0%). Par contre, le délai médian de réalisation des coloscopies augmentait de 62 jours à 73 jours avec le nouveau test. 25.129 (89,5% des tests positifs) coloscopies étaient colligées au 31/07/2018 (de 86,4 à 92,0 selon le département). Les valeurs prédictives positives (VPP) et rendements des tests Hemoccult et OC-Sensor étaient significativement différents (tableaux 1 et 2). Les stades I et II représentaient 65,1% des cancers invasifs de stade connu. Le taux de détection des adénomes (TDA) global était de 57,0% et variait de 16 à 87% selon l'endoscopiste (189 avaient réalisé ≥ 30 coloscopies). 88,9% des endoscopistes avaient un TDA ≥ 45% et 45,5% un TDA ≥ 60%. La médiane du TDA était de 58%. En Alsace, les taux globaux de détection des adénomes/polypes festonnés sessiles et des lésions festonnées (hyperplasiques compris) du colon proximal étaient respectivement de 2,3% (de 0 à 13% selon l'endoscopiste) et de 6,3% (0 à 27% selon l'endoscopiste).

Conclusion : La plupart des indicateurs mesurés au cours de la 1^{ère} campagne de DO CCR par test immunologique se situent en deçà des seuils recommandés par les instances européennes : participation de 40% (vs > 45%) ; taux de tests non analysables 6% (vs < 3%) ; taux de coloscopies 87% (vs > 90%) ; délai moyen pour la coloscopie 73 jours (vs < 31 jours). Le taux de couverture pour le dépistage du CCR, soit par test immunologique, soit par coloscopie, se situe autour de 50% (40% à 56% selon le département). Pourtant, l'efficacité préventive des coloscopies du programme de DO CCR par test immunologique est inégale, ce dont témoigne la valeur prédictive positive pour un adénome avancé multipliée par 2 entre test au gaïac et test immunologique, et le nombre d'adénomes avancés dépistés multiplié par 3,5. Il se confirme que le seuil de TDA minimal exigible doit se situer à 45%, voire 50%, et que le taux de 60% est optimal, dépassé par la plupart.

Tableau 1 - VPP	Hemoccult 2013-4	OC-Sensor 2015-7	p
Cancer invasif n (%)	518 (5,8)	1259 (5,8)	0,6
Adénome avancé n (%)	1893 (21,6)	7435 (41,6)	<0,01
Adénome non avancé n (%)	1273 (14,5)	4933 (19,6)	<0,01
Néoplasie avancée n (%)	2411 (27,5)	10007 (39,8)	<0,01
Total néoplasies n (%)	3684 (42,0)	14940 (59,5)	<0,01

Tableau 2 - Rendements / 100.000 dépistés	Hemoccult 2013-14	OC-Sensor 2015-17	OC-Sensor / Hemoccult
Nombre coloscopies	1758	4507	x 2,6
Nb cancers invasifs dépistés	104	226	x 2,2
Nb adénomes avancés dépistés	380	1333	x 3,5

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000222>

Cancer d'intervalle et sensibilité du programme de dépistage du cancer colorectal par test immunologique. Etude de population en France

S. Manfredi ⁽¹⁾, G. Antoni ⁽²⁾, E. Marrer ⁽³⁾, P. Perrin ⁽⁴⁾, V. Dancourt ⁽¹⁾, C. Piette ⁽⁵⁾, G. Durand ⁽⁵⁾, J. Faivre ⁽¹⁾

(1) Dijon ; (2) Le Kremlin-Bicêtre ; (3) Mulhouse ; (4) Colmar ; (5) Rennes.

Introduction : Les cancers d'intervalle, diagnostiqués dans les 2 ans après un test de dépistage négatif représentent une des limites du programme de dépistage de masse du cancer colorectal (CRC). L'enregistrement de ces cancers d'intervalle permet d'estimer la sensibilité du programme ; c'est un indicateur indirect d'efficacité. L'estimation de la sensibilité du programme nécessite de suivre tous les individus ayant un test négatif pendant l'intervalle de 2 ans entre 2 campagnes. Le test immunologique (FIT) étant utilisé depuis peu il n'existe que peu de données d'études en population concernant la sensibilité d'un programme avec FIT. Les performances supérieures du FIT sur les tests au gaïac pour détecter les CRC et les adénomes à risque devraient théoriquement réduire le nombre de cancers d'intervalle. Le but de cette étude est de décrire les caractéristiques des cancers d'intervalle et d'évaluer la sensibilité du programme à partir des données de 3 départements français couverts par des registres de cancer ou assurant le suivi des individus avec test de dépistage négatif.

Patients et Méthodes : Les individus à risque moyen de CCR, de 3 départements français, étaient invités à réaliser un test immunologique de recherche de sang dans les selles (OC-Sensor® au seuil de 30µg Hb/g feces pour un département, FOB-Gold® au seuil de 35µg Hb/g feces pour les 2 autres. Au total 65 905 individus ont réalisés un FIT et ont été suivis pendant l'intervalle de 2 ans entre 2 campagnes. Les cancers d'intervalle étaient définis par les cancers survenant après un test négatif dans cet intervalle de 2 ans. La localisation des cancers était enregistrée, les cancers étaient classés en 4 stades selon le TNM, l'âge des patients était divisé en 2 groupes (50-64 ans et 65-74 ans). Pour le calcul de la sensibilité du programme nous avons utilisé, pour sa simplicité, la méthode directe : rapport des cancers dépistés sur la somme des cancers dépistés et d'intervalle. Nous avons estimé la sensibilité du programme par sexe, âge, localisation du cancer, stade TNM et type de test utilisé.

Résultats : Parmi les 65 905 participants 252 CRC ont été diagnostiqués, 202 dépistés et 50 cancers d'intervalle. Les taux de positivité étaient de 5,2% pour le test FOB Gold® et de 3,7% pour le test OC Sensor® ; les taux de coloscopie après test positif étaient respectivement de 91,7% et de 93,7%. Les cancers dépistés étaient diagnostiqués à un stade moins avancé que les cancers d'intervalle : les stades TNM 0 à 2 représentaient respectivement 75% et 54% (p=0,001). Les cancers dépistés étaient significativement plus souvent traités à visée curative : 93,7% vs 54,5% (p<0,001). La proportion de cancers d'intervalle n'était pas influencée par le sexe, l'âge, la localisation du cancer et par le type de test utilisé.

La sensibilité du programme de dépistage était de 80%, similaire pour les femmes (75%, IC95% [66-84]) et les hommes (83%, IC95% [77-89]). La sensibilité du programme augmentait avec l'âge de 76% (IC95% [68-83]) pour les 50-64 ans à 84% (IC95% [78-90]) pour les 65-74 ans. Peu de différences de sensibilité étaient observées pour la localisation des cancers : 78% pour les cancers du côlon droit (IC95% [68-88]), 81% pour les cancers du côlon gauche (IC95% [73-88]), 87% pour les cancers de la jonction rectosigmoïdienne (IC95% [75-99]) et 79% pour les cancers rectaux (IC95% [68-90]). La sensibilité variait de 86% à 79% pour les stades TNM 0 à 3 et diminuait à 48% pour les stades TNM 4. La sensibilité du programme était identique pour les 2 tests utilisés : 82% (IC95% [75-89]) pour OC-Sensor® et 79% (IC95% [72-86]) pour FOB-Gold®.

Conclusion : Cette étude réalisée en population apporte pour la 1ère fois des données de sensibilité d'un programme de dépistage utilisant le FIT avec le seuil de positivité actuellement retenu en France. L'utilisation du FIT permet d'obtenir une sensibilité élevée du programme de dépistage de masse du CRC, supérieure à celle obtenue avec les tests au gaïac (40 à 60%). Cette étude fournit des données sur ce qui devrait être la sensibilité du programme à l'échelon national.

Remerciements : subvention INCa

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfige.org/resumes-2019/000747>

Devenir en deuxième campagne de dépistage organisé du cancer colorectal d'un test négatif en première campagne selon le dosage d'hémoglobine fécale

A. Kaufmanis ⁽¹⁾, C. Vincelet ⁽²⁾, A. Koivogui ⁽³⁾, H. Delattre-Massy ⁽⁴⁾, J. Deyra ⁽⁵⁾, H. Ait Hadad ⁽⁶⁾, S. Bixi ⁽⁷⁾, S. Bercier ⁽⁷⁾, T. Le Trung ⁽⁸⁾

(1) Lieusaint ; (2) Le Chesnay ; (3) Bondy ; (4) Nanterre ; (5) Paris ; (6) Briss-sous-Forges ; (7) Joinville-le-Pont ; (8) Cergy.

Introduction : En France, le test fécal immunologique (FIT) a été introduit dans le Dépistage Organisé du Cancer Colorectal (DOCCR) en 2015 avec un seuil de positivité établi à 30 µgHb/g de selles. La coloscopie est recommandée en cas de test positif alors qu'en-dessous de ce seuil, les personnes sont réinvitées à refaire le test deux ans plus tard. Le seuil de positivité étant choisi en partie en adaptation à l'offre de soin en coloscopies, il varie d'un pays à l'autre. Le choix du seuil résulte également d'analyse de sensibilité, visant en outre à limiter la part des faux négatifs. Cependant, le risque de diagnostiquer un cancer ou un adénome avancé à distance est plus élevé lorsque le dosage est supérieur à 10µgHb/g de selles tout en étant inférieur au seuil de 30 conduisant à ce jour à une exploration à visée diagnostique.

Notre objectif est d'analyser l'évolution du dosage d'hémoglobine fécale entre deux tests afin de proposer des pistes visant à améliorer la stratégie de dépistage.

Matériels et méthodes : La population de l'étude comprenait tous les individus âgés de 50 à 74 ans, résidant en Ile-de-France, ayant effectué un test de dépistage négatif dans le cadre du DO CCR au cours de la période 2015-2016 (R1) et refait un deuxième test dans la campagne suivante (R2) dans les délais compris entre 1.5 et 3 ans. Les résultats ont été analysés par niveaux de la valeur quantitative du test en R1 ([0-10] (fortement négatifs) et [10-15] ; [15-20] ; [20-25] ; [25-30] (intermédiaires) µgHb/g de selles, ainsi qu'en R2 avec en plus la classe ≥ 30.

Résultats : Au total, 547 782 personnes (54.7% femmes, âge moyen : 61.4 ans pour les femmes et 60.9 ans pour les hommes) avaient un test négatif en R1. Parmi eux 230 791 (40.2 %) (55.8 % femmes, âge moyen : 63.4 ans pour les femmes et 63.1 ans pour les hommes) ont réalisé un test en R2. En R1, 95% des tests sont « fortement négatifs ». Parmi les tests avec une valeur comprise entre [0-10], 2.9% sont positifs en R2, mais cette proportion passe à plus de 10% lorsque le dosage en R1 est > 10. La proportion de test en catégorie intermédiaire est également beaucoup plus élevée lors que le premier test était > 10 (11,6% versus 3,9%). Voir les résultats détaillés dans le tableau 1.

Tableau 1 : Données croisées des dosages quantitatifs d'hémoglobine fécale par le test immunologique entre deux campagnes de dépistage

Dosage R1	Dosage R2 (%)			
	Nombre de tests en R2			
µgHb/g				
		[0-10] µgHb/g		
		[10-30] µgHb/g		
		[30-...] µgHb/g		
[00-10]	219 286	93,2	3,9	2,9
[10-15]	5 439	78,8	10,8	10,4
[15-20]	2 844	76,2	11,6	12,3
[20-25]	1 939	70,9	12,7	16,4
[25-30]	1 284	69,2	13,6	17,2
[10-30]	11 506	75,7	11,6	12,6

Conclusion : Ces données montrent que les résultats d'un premier dosage d'hémoglobine fécale par le test immunologique permettent d'identifier des personnes ayant un risque plus élevé d'avoir un test positif deux ans plus tard. Ceci suggère que l'attente de deux ans est peut-être trop longue et que la stratégie de dépistage pourrait évoluer dans le sens d'un délai de renouvellement stratifié sur les résultats du test (taux de Hb dans les selles). Selon les données disponibles, environ 5% des tests considérés négatifs à ce jour seraient concernés. De même, l'intérêt de réaliser une coloscopie aux personnes qui resteraient dans le groupe intermédiaire lors du deuxième test mérite d'être étudié (moins de 1% de la population négative en R1).

Nous suggérons de conduire des études randomisées pour définir les délais optimaux en tenant compte du dosage d'hémoglobine en R1 et les critères de recours à la coloscopie afin de limiter les pertes de chances pour les personnes dont le résultat à un premier dosage se situe dans la catégorie intermédiaire

Remerciements : Ce sont des résultats provisoires issus du DO CCR, et seront complétés et approfondis avant le congrès.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000539>

P.396

Évaluation de l'incidence des adénomes coliques en fonction du type de mutation, chez des patients âgés de moins de 50 ans suivis pour un syndrome de Lynch

C. Lekhal⁽¹⁾, E. Samaha⁽²⁾, G. Perrod⁽²⁾, A. Hamon⁽²⁾, A. Ravaux⁽²⁾, G. Rahmi⁽²⁾, C. Cellier⁽²⁾

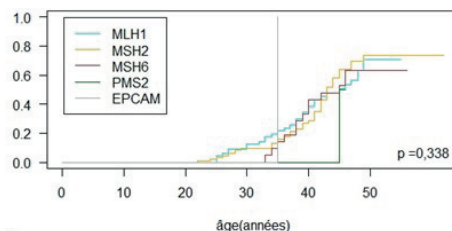
(1) Bobigny ; (2) Paris.

Introduction : L'incidence des lésions coliques pré-cancéreuses chez les patients atteints du Syndrome de Lynch est mal connue. Cette incidence pourrait varier selon le type de mutation, et en conséquent avoir un impact sur le suivi de ces patients. L'objectif de cette étude est de déterminer l'incidence des adénomes coliques en fonction du type de mutation, pour les patients âgés de moins de 50 ans suivis pour syndrome de Lynch au sein d'un réseau spécialisé.

Matériels et méthodes : Tous les patients âgés de moins de 50 ans ayant un Syndrome de Lynch génétiquement confirmé et suivis dans notre centre ont été rétrospectivement inclus. Les caractéristiques cliniques des patients ainsi que les données endoscopiques ont été recueillies. Nous avons calculé l'incidence cumulée à 35 et 50 ans des différents types de lésion néoplasique colique tels que les adénomes, les polypes festonnés, les polypes hyperplasiques et le cancer colorectal, en fonction du type de mutation mais également en fonction d'autres facteurs comme le sexe, l'antécédent familial de cancer colorectal, l'IMC et le tabagisme.

Résultats : De Janvier 2010 à Mars 2018, 200 patients (H/F = 72/118, âge médian = 39 ans [29 ; 49]), ayant un syndrome de Lynch suivis au sein du réseau PRED-IdF ont été inclus (MLH1 = 35%, MSH2 = 46%, MSH6 = 16%, PMS2 = 2%, EPCAM = 1%). La durée médiane du suivi était de 63 mois [7 ; 119]. L'incidence cumulée à 50 ans des adénomes coliques était de 70,5% [59,6 ; 78,4 IC95%] et celle des cancers colorectaux était de 20,7% [10,8 ; 29,4 IC95%]. L'incidence cumulée à 35 ans des adénomes en fonction du type de mutation était de 21,5% [10,3 ; 31,3 IC95%] pour MLH1; 16,1% [7,2 ; 24,2 IC95%] pour MSH2, et 14,3% [0 ; 28 IC95%] pour MSH6 ($p = 0.252$). L'incidence cumulée à 50 ans des adénomes en fonction du type de mutation étaient de 70,5% [50,7 ; 82,4 IC95%] pour MLH1, 73,6% [55,2 ; 88,4 IC95%] pour MSH2 et 63,3% [34,8 ; 79,4 IC95%] pour MSH6, ($p = 0.338$). (Figure)

Conclusion : L'incidence des adénomes chez les patients ayant un syndrome de Lynch âgés de moins de 50 ans n'est pas significativement différente en fonction du type de mutation, bien qu'une tendance chez les patients ayant des mutations de MSH6 à développer des adénomes plus tardivement ait été observée. Une étude à plus grande échelle permettrait peut-être de mettre en évidence une telle différence.



Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000972>

Risque de cancer colorectal ou d'adénome avancé au second rang du dépistage en fonction du taux d'hémoglobine dans les selles lors du premier rang de dépistage par le test fécal Immunologique

A. Kaufmanis ⁽¹⁾, C. Vincelet ⁽²⁾, A. Koivogui ⁽³⁾, H. Delattre-Massy ⁽⁴⁾, J. Deyra ⁽⁵⁾, H. Ait Hadad ⁽⁶⁾, Z. Brixi ⁽⁷⁾, S. Bercier ⁽⁷⁾, T. Le Trung ⁽⁸⁾

(1) Lieusaint ; (2) Le Chesnay ; (3) Bondy ; (4) Nanterre ; (5) Paris ; (6) Briss-sous-Forges ; (7) Joinville-le-Pont ; (8) Cergy.

Introduction : En France, le test fécal immunologique (FIT) a été introduit dans le Dépistage Organisé du Cancer Colorectal (DOCCR) en 2015 avec un seuil de positivité établi à 30 µgHb/g de selles. La coloscopie est recommandée en cas de test positif alors qu'en-dessous de ce seuil, les personnes sont réinvitées à refaire le test deux ans plus tard. Le seuil de positivité étant choisi en partie en adaptation à l'offre de soin en coloscopies, il varie d'un pays à l'autre. Toutefois, le risque d'avoir un cancer est corrélé à l'augmentation de la quantité d'hémoglobine dans les selles, ce qui s'applique aussi aux résultats négatifs.

Nos objectifs étaient d'une part d'estimer, la probabilité de dépister un cancer colorectal (CCR) ou un adénome avancé (AA) lors d'un nouveau dépistage deux ans après (R2) un résultat de dépistage jugé négatif, d'autre part décrire cette probabilité en fonction du taux d'hémoglobine dans les selles lors du premier dépistage (R1).

Matériels et méthodes : La population de l'étude comprenait tous les individus âgés de 50 à 74 ans, résidant en Ile-de-France, ayant effectué un test de dépistage négatif dans le cadre du DOCCR au cours de la période 2015-2016 (R1) et refait un deuxième test dans la campagne suivante (R2) dans les délais compris entre 1.5 et 3 ans. Les résultats ont été stratifiés par niveaux de la valeur quantitative du test en R1 ([0-10] et [10-15] ; [15-20] ; [20-25] ; [25-30] µgHb/g de selles). La probabilité a été décrite en termes de risque relatif (RR) de survenue d'AA ou de CCR chez les personnes ayant un test positif en R2.

Résultats : Au total, 547 782 personnes (54.7% femmes, âge moyen : 61.4 ans pour les femmes et 60.9 ans pour les hommes) avaient un test négatif en R1. Parmi eux 230 791 (40.2 %) (55.8 % femmes, âge moyen : 63.4 ans pour les femmes et 63.1 ans pour les hommes) ont réalisé un test en R2. Parmi ces tests réalisés en R2, 5809 (3.4 %) sont alors positifs, avec une augmentation du risque selon le niveau d'Hb en R1.

Tableau 1 : Participation au dépistage en R2 et résultats selon le dosage d'hémoglobine fécale en R1

Niveau Hb en R1	R1 (n)	R2 (n)	R2/R1 (%)	Positifs (n)	RR (%)
[00-10[	544277	219285	40,3	6446	2,9
[10-15[	14310	5439	38,0	566	10,4
[15-20[	7552	2844	37,7	349	12,3
[20-25[	4910	1841	37,5	242	13,1
[25-30[	3733	1382	37,0	236	17,1
TOTAL	574782	230791	40,2	7839	3,4

Conclusion : Il est observé une augmentation du taux de positivité en R2 ainsi que du risque relatif de dépister un CCR ou un AA en R2 pour les personnes ayant un dosage d'hémoglobine compris entre 10 et 30 en R1 comparées aux personnes ayant un dosage inférieur à 10. Dans la mesure où le seuil est choisi en partie en fonction de l'offre de coloscopie, il se pose la question d'une évolution de la stratégie de dépistage pour les personnes ayant un résultat entre 10 et 30 afin de limiter le risque de perte de chance. Faut-il maintenir le délai de deux ans entre deux tests pour toutes les personnes ? Faut-il envisager une coloscopie si le second test est toujours supérieur à 10 ? Des études plus poussées au regard de ces données méritent d'être conduites, notamment une analyse ciblant les cancers de l'intervalle.

Tableau 2 : Coloscopies réalisées après un test positif et résultats en termes d'AA et de CCR

Niveau Hb en R1	Résultat coloscopie connue		AA		CCR					
(n)	(%)	(n)	VPP (%)	Taux (%)	RR	(n)	VPP (%)	Taux (%)	RR	
[00-10[	2553	39,6	597	23,4	2,7	95	3,7	0,4	1	
[10-15[	229	40,5	86	37,6	15,8	5,8	22	9,6	4,0	9,3
[15-20[	140	40,1	62	44,3	21,8	8,0	11	7,9	3,9	8,9
[20-25[	100	41,3	41	41,0	22,3	8,2	10	10,0	5,4	12,5
[25-30[	99	41,9	46	46,5	33,3	12,2	10	10,1	7,2	16,7
TOTAL	3121	39,8	832	26,7	3,6	148	4,7	0,6		

Remerciements : Les données seront actualisées et éventuellement, selon le format de communication, approfondies par une analyse par sexe.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfgc.org/resumes-2019/000350>

P.398

Résultats d'un parcours diagnostique dédié aux patients présentant un test de dépistage positif du cancer colorectal

C. Mazoyer ⁽¹⁾, C. Pogu ⁽¹⁾, C. Menard ⁽¹⁾, C. Trang Poisson ⁽¹⁾, M. Le Rhun ⁽¹⁾, T. Matysiak-Budnik ⁽¹⁾, E. Coron ⁽¹⁾, E. Duchalais ⁽¹⁾

(1) Nantes.

Introduction : L'allongement du délai entre le début des symptômes et le diagnostic du cancer colorectal est significativement associé à une réduction de la durée de vie. Afin de réduire ce délai, un parcours de soins dédié au diagnostic a été proposé dans notre étude. L'objectif était de déterminer l'impact de ce parcours de soin sur le délai diagnostique chez les patients se présentant avec un test immunologique fécal positif.

Patients et Méthodes : Tous les patients ayant reçu une coloscopie diagnostique pour un test immunologique fécal positif entre Janvier 2016 et Décembre 2017 ont été inclus. A partir de Mai 2016, 3 patients par semaine sélectionnés de façon aléatoire pouvaient bénéficier du parcours/patient dédié au diagnostic du cancer colorectal. L'éligibilité du patient à ce parcours de diagnostic rapide (PDR) (test hémocult positif et absence de coloscopie dans les 5 ans précédant) était déterminée lors de l'appel pour la prise de rendez-vous. Une consultation couplée gastro-entérologie/anesthésie était programmée dans la semaine qui suivait l'appel du patient et une coloscopie dans les 3 semaines suivantes. Les caractéristiques cliniques et le délai diagnostique étaient comparés entre le groupe PDR et le groupe « parcours diagnostique classique » (PDC).

Résultats : Un total de 178 patients (106 hommes, âge: 64±8 ans) ont été inclus dont 116 patients et 62 patients dans les groupes PDR et PDC. Les groupes PDR et PDC étaient comparables en termes d'âge (64±9 vs 64±6 ; p=0,94), de genre (57% vs 64% d'hommes; p=0,34) et de score ASA (28%, 57% et 15% vs 22%, 51% et 10% de scores ASA1, ASA2 et ASA3 respectivement ; p=0,16). Le délai diagnostique global (entre l'appel et la coloscopie) était significativement plus long dans le groupe PDR (28±16 vs 93±51 jours ; p<0,001). Les délais entre l'appel et la consultation et entre la consultation et l'endoscopie étaient également significativement inférieurs dans le groupe PDR (12±8 vs 25±33 jours et 17±15 vs 67±33 ; p<0,001). Le taux de complications après coloscopie était similaire entre les groupes (4% vs 5% ; p=0,99), de même que les taux de détection de lésions précancéreuses (65% vs 63% ; p=0,87) et de cancer colorectal (9% vs 11%, p=0,79). Chez les patients ayant eu un diagnostic de cancer colorectal, le délai thérapeutique (entre l'appel et le traitement du cancer) était significativement plus court dans le groupe PDR (56±38 vs 94±44 jours).

Conclusion : Un parcours dédié au diagnostic du cancer colorectal permet de réduire significativement le délai diagnostique sans augmenter la morbidité. Ce programme pourrait être étendu aux autres groupes de patients à risque de cancer colorectal.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/001071>

P.399

Dépistage organisé du cancer colorectal dans un département français : comparaison de la première campagne avec le test Hémocult II® et de la première campagne avec le test OC Sensor®

A. El Fettouhi ⁽¹⁾, M. Cariou ⁽¹⁾, T. Kermarrec ⁽¹⁾, F. Bommelaere ⁽¹⁾, R.P. Annachellum ⁽¹⁾, F. Tanne ⁽¹⁾, Y. Foll ⁽¹⁾, J.B. Nousbaum ⁽¹⁾, M. Robaszkiewicz ⁽¹⁾

(1) Brest.

Introduction : En avril 2015, le test immunologique OC Sensor® (FIT) a remplacé le test Hémocult II® dans le programme national de dépistage organisé du cancer colorectal (DOCCR) en raison de meilleures performances en termes de détection des cancers colorectaux (CCR) et des adénomes à haut risque (AHR). L'objectif de cette étude était de comparer les résultats de la première campagne de DOCCR organisée dans un département français avec le test immunologique (campagne C7 menée du 01/01/2016 au 31/12/2017) et ceux de la première campagne avec le test Hémocult II® (campagne C1 menée entre le 07/09/2004 et le 06/09/2006).

Matériels et méthodes : Les variables étudiées étaient le taux de participation de la population éligible au DOCCR, les indices de performances des tests de dépistage, le stade et la localisation des CCR détectés, le taux de détection des adénomes, le délai de réalisation de la coloscopie en cas de test positif. L'analyse statistique a été réalisée à l'aide du logiciel « R », version 3.1.1. Le test du χ^2 , le test exact de Fisher et le test de Student ont été utilisés pour comparer les différentes variables. Le seuil de significativité était fixé à p < 0,05.

Résultats : 35,9% de la population éligible au DOCCR du département a répondu à l'invitation et complété le processus de dépistage en C7 vs. 47,6% en C1 (p<0,0001). Le nombre de tests délivrés par les pharmaciens était plus élevé en C7 (18,3 %) qu'en C1 (13,3 %) (p<0,0001). 12,7 % des tests ont été réalisés après une relance en C7, contre 15,0 % en C1. Le nombre de tests non analysables était de 1,9 % en C7 et de 4,2 % en C1 (p<0,0001). Le taux de positivité rapporté aux tests finalement analysables était de 4,6% pour le test OC Sensor® en C7 et de 2,2% pour le test Hémocult® en C1 (p<0,0001). Au total 3252 coloscopies ont été réalisées en C7 vs 2005 en C1 ; 376 CCR et 1030 AHR ont été dépistés en C7 vs 211 CCR et 491 AHR en C1 (p<0,0001). Le taux de cancers rapporté au nombre de coloscopies réalisées était de 11,6% en C7 vs 10,5% en C1 (NS). Le taux de détection des adénomes était 63,2% en C7 et de 43,3% en C1. Le sex-ratio (H/F) des CCR dépistés était de 1,6 en C7 et de 1,8 en C1. L'âge moyen au moment du diagnostic de CCR était de 65,1 ans (IC 95% : 64,4-65,8) en C7 et de 67,1 ans (IC 95% : 66,2-68,0) en C1 (p = 0,03). La proportion de CCR diagnostiqués après 65 ans était plus faible en C7 (57,4 %) qu'en C1 (70,2 %).

Le pourcentage de cancers localisés au rectum, au colon distal et au colon proximal était respectivement de 22,6%, 52,7% et 24,7% en C7 vs 22,3%, 57,8% et 18,5% en C1 (NS). Les cancers invasifs représentaient 66,4 % des CCR en C1 et 65,4 % des CCR en C7. Il n'y avait pas de différence statistique dans la distribution des stades tumoraux entre les deux campagnes. Plus de 75 % des cancers détectés au cours des deux campagnes étaient de stade 0 (in situ), 1 ou 2. Les stades avancés (stades 3 et 4) représentaient 35,8 % des cas de CCR invasifs en C7 et 34,3 % en C1. Au cours de la campagne C7, le délai moyen de réalisation de la coloscopie après un test positif était de 84,3 jours [IC 95 % : 77,9-90,7] ; il n'existait pas de différence statistiquement significative de stade au diagnostic selon le délai de réalisation de la coloscopie, et ce jusqu'à 6 mois.

Conclusion : Le taux de participation au DOCCR était plus faible en C7 qu'en C1. Malgré ce taux, 10% inférieur aux objectifs nationaux, le test immunologique a répondu aux attentes. Avec un taux de positivité de 4,6%, le nombre de CCR et d'AHR dépistés a augmenté respectivement de 78% et de 110% lors de la campagne C7 comparativement à la campagne C1. Le taux de détection des adénomes était supérieur aux critères qualitatifs fixés par le cahier des charges ce qui laisse espérer une diminution de l'incidence du CCR et une baisse du nombre de cancers de l'intervalle dans les années à venir.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000425>

P.400

Dépistage organisé du cancer colorectal : évaluation du taux de participation selon les niveaux de précarité dans les Bouches-du-Rhône

S. Arlotto ⁽¹⁾, E. Le Cozannet ⁽¹⁾, Y. Rinaldi ⁽¹⁾, S. Gentile ⁽¹⁾, P. Heid ⁽¹⁾, J.F. Seitz ⁽¹⁾
(1) Marseille.

Introduction : Le programme national de dépistage organisé du cancer colorectal (DOCCR) a été généralisé en 2008. Il est adapté au niveau de risque et propose la réalisation d'un test de recherche de sang microscopique dans les selles, aux assurés à risque moyen, hommes et femmes de 50 à 74 ans, et une coloscopie aux sujets à risque élevé ou très élevé. Le test au Gaiac (Hemoccult®) utilisé initialement jusqu'en janvier 2015, a été remplacé par un Test Immunologique Fécal (FIT) à partir d'avril 2015. Malgré l'introduction du FIT, plus simple et plus performant, le taux de participation reste insuffisant en France (33,5% pour la période 2016-2017), très inférieur aux recommandations européennes (45%). De fortes disparités sont observées sur le territoire français. Les régions Pays-de-La-Loire, Bourgogne-Franche-Comté et Grand-Est participent mieux (respectivement 41%, 39,4% et 39,2%) que les régions Corse, Guyane et PACA (respectivement 14,2%, 15,1% et 28%). Le but de cette étude était d'évaluer si de semblables disparités existaient au sein même du département des Bouches-du-Rhône et d'étudier l'éventuelle corrélation de ces zones géographiques avec leur niveau de précarité.

Patients et Méthodes : A partir des données recueillies par l'association ARCADES (structure de gestion en charge des dépistages des cancers dans les Bouches-du-Rhône), 325 207 personnes en 2012 et 489 953 en 2017 ont été invitées à participer au programme de dépistage. La participation au DOCCR par commune a été analysée sous deux aspects : taux de participation (TP) (test réalisé) et taux de participation de ceux ayant fait un test ou ayant exprimé un refus justifié (TPJ) (antécédent personnel ou familial, MICI, autre test de moins de 2 ans, coloscopie de moins de 5 ans). Un taux de précarité moyen a également été évalué par commune à partir des données INSEE de 2012 pour la tranche d'âge concernée (50-74 ans). Les analyses statistiques ont été réalisées sur le logiciel SPSS version 20.

Résultats : Les taux de participation (TP) étaient de 18,9% en 2012 et de 14,4% en 2017 ; les taux de participation tenant compte des refus justifiés (TPJ) étaient en 2012 et 2017 respectivement de 22,8% et 16,4% pour l'ensemble du département. Le TPJ diffère significativement entre les communes du département ($p < 0,001$). Le taux de précarité moyen observé dans notre population était de 12,3 ($\pm 8,2$). Ce taux varie significativement entre les communes du département ($p < 0,001$).

L'analyse portant sur le taux moyen de précarité indique une différence significative entre ceux ayant fait un test ou ayant un refus justifié (les répondants au programme) 14,2 ($\pm 8,7$) et le reste de la population 15,9 ($\pm 10,2$) ($p < 0,001$). Le TPJ est inversement corrélé au taux de précarité : plus ce dernier est élevé, plus le taux de participation diminue ($R = -0,58$ en 2012, $R = -0,539$ en 2017 ; $p < 0,05$). En effet, pour les communes ayant un taux de précarité inférieur ou égal à la médiane (9,8 [3,6-48,6]), le taux de participation moyen en 2012 est de 25,8 $\pm$ 2,6 tandis que pour les communes le plus précaires est de 22,8 $\pm$ 0,5. En 2017 le taux de participation moyen est 19,2 $\pm$ 2 pour les communes ayant un taux de précarité inférieur ou égal à la médiane et de 16,9 $\pm$ 3,5 pour celles au-dessus.

Conclusion : Les taux de participation en 2012 et 2017 sont inférieurs aux recommandations européennes pour le département des Bouches-du-Rhône. Des différences significatives sont observées au sein même du département en ce qui concerne la participation justifiée (TPJ) au DOCCR et la participation est significativement liée au taux moyen de précarité ; les plus précaires participent moins bien. Ces résultats sont valables pour les deux années étudiées ; les comportements n'ont pas changé avec l'introduction du FIT. Des actions spécifiques envers les plus précaires sont à envisager afin d'améliorer l'adhésion au DOCCR.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfgc.org/resumes-2019/000793>

P.402

Participation au dépistage organisé du cancer colorectal (DO-CCR) par test immunologique fécal et/ou coloscopie en région Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA) vs France entière

J.F. Seitz ⁽¹⁾, F. Bremond ⁽¹⁾, F. Ettori ⁽¹⁾, Y. Rinaldi ⁽¹⁾, E. Le Cozannet ⁽¹⁾, S. Arlotto ⁽¹⁾, P. Delasalle ⁽²⁾, S. Gentile ⁽¹⁾
(1) Marseille ; (2) Grasse.

Introduction : Le cancer colorectal est le 3^{ème} cancer le plus fréquent et la 2^{ème} cause de mortalité par cancer en France. Le dépistage permet de réduire la mortalité et l'incidence de ce cancer (1,2). En France, ce dépistage est adapté au niveau de risque et propose la réalisation d'un test de recherche de sang microscopique dans les selles (Hemoccult® jusqu'en 2014, puis Test Immunologique Fécal ou TIF à partir de 2015), aux assurés à risque moyen, hommes et femmes de 50 à 74 ans, et une coloscopie aux sujets à risque élevé ou très élevé. Malgré les performances du nouveau test, et sa simplicité, le taux de participation reste faible (33,5% pour la période 2016-2017), très inférieur aux recommandations européennes (>45%) et aux résultats publiés dans certains pays comme la Hollande (71%)(3). Cependant sur cette période, le taux d'exclusions médicales (sujets à haut risque ou très haut risque, et sujets ayant réalisé une coloscopie dans les 5 ans) était de 12,9%. En région (PACA), le taux de participation au FIT est plus faible, mais le nombre de coloscopies réalisées est plus élevé qu'en France entière. Dans d'autres pays, comme aux USA, la méthode de dépistage des sujets à risque moyen est laissée libre : recherche de sang dans les selles ou coloscopie. Le but de ce travail était d'évaluer le % d'assurés de 50 à 74 ans ayant bénéficié en région PACA d'un DO-CCR par FIT et/ou par coloscopie, de chercher les variations entre département, d'apprécier le taux de coloscopie thérapeutique et de comparer ces résultats à ceux de France entière.

Patients et Méthodes : Le taux de participation au FIT en PACA (2016-2017) est issu du rapport de l'INVS – INCA (février 2018). Pour les coloscopies, une extraction des actes CCAM dans le PMSI a été réalisée, pour les assurés de 50-74 ans sur la période 2013-2017.

Résultats : Le taux de participation au FIT en PACA pour une population cible INSEE de 1 570 252 assurés est de 28%. Il varie d'un département à l'autre de 24,5% dans les Alpes Maritimes à 35,8% dans les Hautes Alpes (tableau 1). Ce taux est inférieur à celui de France entière (33,5%) (Indice: 0,83). A l'inverse, il existe un sur-recours à la coloscopie en PACA : sur la période 2013-2017, 389 460 assurés parmi les 1 503 866 de la population cible de 50-74 ans ont eu une coloscopie dans les 5 ans (soit un Taux de Recours Standardisé de 25,6%), ce qui correspond à un sur-recours de 1,17 par rapport à la France entière, où seuls 4 063 385 des 18 632 124 assurés de la population cible (21,80%) ont eu une coloscopie. Le taux de coloscopie de la région PACA varie d'un département à l'autre (TRS: 20,62% dans les Alpes de Haute Provence vs 28,74% dans les Alpes Maritimes). Le total des assurés de 50 à 74 ans ayant eu un FIT et/ou une coloscopie est estimé à 54,5% en région PACA vs 55,3% en France entière. Si on enlève les coloscopies pour test fécal positif (estimé à 2,3%), on obtient 52,2 % en PACA vs 53,0% en France entière. L'analyse du sur-recours à la coloscopie montre que pour l'année 2016, le sur-recours à la coloscopie portait essentiellement sur les coloscopies diagnostiques (1,27), et peu sur les coloscopies thérapeutiques (1,05). Par ailleurs, le taux de coloscopies thérapeutiques était plus élevé pour les coloscopies associées à un FIT que pour les coloscopies sans FIT (48% vs 37%).

Conclusion : Environ la moitié de la population cible est dépistée en région PACA et en France, ce qui est encore loin de l'objectif fixé aux USA pour le dépistage multimodal ("80% en 2018"), et atteint dans certains états (2). Il faut augmenter la participation au FIT pour augmenter le taux de coloscopies thérapeutiques et ainsi mieux réduire l'incidence et la mortalité du CCR.

Références Bibliographiques : 2. Levin TR et al.

Gastroenterology 2018

1. Ventura L et al. DLD 2014; 46:82-86

3. Toes-Zoutendijk et al. Gastroenterology 2017 ;152 :767-75.

Tableau 1 : Taux d'accords de 50 744 ans après un FIT dans les 2 ans (2010-2017) et/ou une coloscopie dans les 5 ans (2010-2017)

	FIT (2010-2017)			Coloscopie (2010-2017)			Total FIT et/ou Colo	Total FIT + colo*
	Population cible (2010-2017)	Ta participation MOSE standardisé (%)	Indice	Population cible (2010-2017)	Taux Recours standardisé (%)	Indice		
FRANCE	19 373 940	33,5	1	18 032 124	21,8	1	55,3 %	53,0 %
PACA	1 970 252	28,0	0,83	1 939 886	23,6	1,17	54,5 %	52,2 %
04	59212	29,0	0,86	54 395	20,6	0,94	49,6 %	47,3 %
05	47 136	35,8	1,06	44 704	26,4	1,21	62,2 %	59,9 %
06	348 108	24,5	0,73	329 190	28,7	1,32	53,2 %	50,9 %
13	583 792	26,1	0,81	569 485	25,3	1,16	53,4 %	51,1 %
83	356 751	26,9	0,86	238 195	20,0	1,19	54,9 %	52,6 %
84	175 753	29,7	0,88	167 757	23,2	0,97	50,9 %	48,6 %

*en incluant les coloscopies pour test fécal positif, soit 2,3 %

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000527>

P.403

Impact d'un appel médical personnalisé pour améliorer la participation à la coloscopie chez les patients avec test FIT positif : étude prospective (COLOFIT+)

C. Gandilhon-Pioche ⁽¹⁾, J. Rivory ⁽¹⁾, I. Fay ⁽²⁾, P. Soler-Michel ⁽¹⁾, J.C. Saurin ⁽¹⁾, T. Ponchon ⁽¹⁾, M. Pioche ⁽¹⁾

(1) Lyon ; (2) Vals-les-Bains.

Introduction : En France, 5,9 à 24,9% des patients ayant eu un test de dépistage de sang occulte dans les selles (FIT : Faecal Immunochemical Test) positif ne subiront jamais la coloscopie recommandée malgré une séquence complète de 3 relances postales insistant sur la gravité du cancer colorectal et l'importance de réaliser la coloscopie. Le but de notre étude était de recruter ces patients réfractaires par un appel téléphonique personnalisé donné par un médecin de la structure de dépistage du Rhône (Adémas-69) après accord de leur médecin traitant.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude interventionnelle, prospective, réalisée dans le département du Rhône. Après accord de leur médecin traitant, un appel téléphonique a été donné aux patients concernés, dans le but d'obtenir les raisons de leur non participation à la coloscopie recommandée et de tenter de les convaincre de la réaliser. Le critère de jugement principal était le taux de participation à la coloscopie, chez ces patients réfractaires qui avaient pu recevoir cet appel motivationnel. La taille de l'échantillon a été évaluée 104 selon une hypothèse de participation de 20%.

Résultats : 115 patients ayant eu un FIT positif, en moyenne 20,4 mois avant l'étude ont été inclus. L'appel du médecin traitant a permis de recueillir 15 coloscopies ayant été réalisées sans que l'Adémas-69 en soit informée, 1 patient était décédé, 1 avait déménagé hors du Rhône, et 13 ont refusé que l'on appelle leurs patients. Finalement, nous avons tenté d'appeler 85 patients, 24 n'ont pas pu être joints et 5 avaient déjà réalisé la coloscopie recommandée, donc 56 patients ont été inclus.

La raison principale de refus de la coloscopie (33,9%) était liée à une mauvaise orientation du médecin généraliste ou du gastroentérologue (coloscopie contre indiquée à tort, prescription de test de contrôle). Parmi les patients inclus, 33,9% (19/56) ont finalement réalisé la coloscopie recommandée, dans un délai moyen de 22,7 mois après le FIT positif. Ces coloscopies ont permis la détection d'un adénocarcinome rectal invasif, de 18 adénomes chez 7 patients et de 9 lésions festonnées sessiles chez 2 patients.

Conclusion : L'appel téléphonique personnalisé, motivationnel par un médecin de la structure de gestion du dépistage est efficace pour recruter un tiers des patients refusant, malgré trois relances postales, la coloscopie recommandée après un FIT positif. Le renforcement des connaissances et de la motivation des médecins généralistes et des gastroentérologues envers le dépistage du cancer colorectal est nécessaire pour éviter les tests de contrôle faussement rassurants et les coloscopies contre indiquées à tort, afin d'améliorer la participation au dépistage et à la coloscopie en cas de test positif.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000026>

P.404

Dépistage du cancer colorectal à Paris avec FIT : le seuil de positivité est-il pertinent ?A. Pellat ⁽¹⁾, R. Coriat ⁽¹⁾, J. Deyra ⁽¹⁾, R. Benamouzig ⁽²⁾, S. Chaussade ⁽¹⁾

(1) Paris ; (2) Bobigny.

Introduction : En France, le cancer colorectal (CCR) est un problème de santé publique bénéficiant d'un programme de dépistage national pour une population asymptomatique âgée de 50 à 74 ans. En avril 2015, le test de dépistage FIT (Faecal immunochemical test) a remplacé le test HemoccultÔ grâce à une meilleure sensibilité et un plus haut taux de détection des adénomes et de CCR. La population éligible est invitée à participer au test par courrier tous les 2 ans. En France, quand le test est positif, c'est à dire >30µHb/g de selles, les participants sont invités à réaliser une coloscopie diagnostique et/ou thérapeutique de potentielles lésions colorectales. Le risque de CCR est normalement corrélé à la valeur de positivité : plus celle-ci est haute, plus le risque est élevé. Cependant, la valeur du seuil de positivité retenu varie selon les pays dans le cadre de système de santé et d'offres de soins différents. **Le but de notre travail** était de s'intéresser au seuil de FIT pour les résultats des premiers mois du dépistage du CCR dans la population parisienne.

Patients et Méthodes : Nous avons mené une étude rétrospective observationnelle en analysant la base de données informatique centralisée de l'organisme ADECA75, responsable du programme de dépistage du CCR à Paris. Nous avons calculé les taux de participation au test, le nombre de FIT positifs, les taux de détection et les valeurs prédictives positives (VPP) des précurseurs colorectaux et/ou du CCR. Nous avons étudié les moyennes de positivité pour les différentes lésions observées et regarder leur pourcentage de dispersion selon le seuil. Enfin, nous avons calculé le risque lésionnel lors d'une deuxième invitation après un premier FIT négatif. Nous nous sommes intéressés aux polypes colorectaux (hyperplasiques et adénomes) et au CCR. Les polypes à risque, ou adénomes avancés (AA), ont été définis comme des adénomes ≥ 10 mm ou avec un contingent villosus ou une dysplasie de haut grade à l'histologie.

Résultats : Entre le 01/04/2015 et le 31/12/2017, 701.558 individus ont été invités à participer au FIT. Un total de 130.887 participants a réalisé le test (19,2%), avec 5.676 résultats positifs (4,3%) et 122.279 résultats négatifs (93,4%). Dans la population avec un FIT positif, 3.711 individus (65,4%) ont réalisé une coloscopie dont les comptes rendus macroscopique et histologique étaient disponibles. Parmi 3.711 lésions colorectales (toutes confondues), 1.075 avaient des polypes à risque et 284 un CCR. Ainsi, les VPP pour les polypes à risque et le CCR étaient de 29% et 7,6% respectivement. La moyenne de l'ensemble des tests positifs était de 107 mgHb/g de selles. Pour les AA et CCR la moyenne était de 102,6 et 149,7 mgHb/g de selles respectivement. Malgré un test positif, 768 participants avaient une coloscopie normale (20,7%) avec un seuil moyen de positivité de 89 mg/g de selles. Pour un seuil >150 mgHb/g de selles, 11,9% des patients présentaient un CCR et 11,6% avaient une coloscopie complète normale. Enfin, en cas de test négatif lors d'une première campagne de dépistage, le risque de positivité lors de la nouvelle invitation à 2 ans était de 5,3% pour un résultat entre 25 et 29 mgHb/g de selles inclus, et de 1,2% en moyenne pour un résultat entre 0 et 29 mgHb/g de selles (résultats sur les 35% des participants à la deuxième campagne).

Conclusion : Sur 2 ans et demi de dépistage avec FIT dans la région parisienne, le taux de participation au test est faible avec un résultat de 19,2%, inférieur aux recommandations Européennes de 25%. Les VPP pour les polypes à risque et le CCR étaient de 29% et 7,6% respectivement, résultats proches de ceux attendus. Avec le seuil de 30 mgHb/g de selles, le risque de positivité lors d'une deuxième campagne de dépistage parisienne est faible si le premier test était négatif ; mais celui-ci augmente proportionnellement à la valeur du test. La moyenne de positivité était, comme attendu, élevée pour les CCR mais également pour les coloscopies normales sans explication à ce jour. Ceci pose deux questions : celle de la qualité de la coloscopie et celle d'un saignement autre que colorectal bas révélé par FIT.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000660>

P.405

Prévalence et caractéristiques des adénomes dégénérés parmi les polypes colorectaux réséqués : étude prospective, monocentriqueK. Soualah ⁽¹⁾, Y. Nedil ⁽¹⁾, A. Bouhadjela ⁽¹⁾, A. Nedjahi ⁽¹⁾, Y. Zair ⁽¹⁾, K. Layaida ⁽¹⁾, Z. Amir ⁽¹⁾, S. Berkane ⁽¹⁾

(1) Alger, ALGÉRIE.

Introduction : L'objectif de l'étude est d'estimer la prévalence et les caractéristiques des adénomes colorectaux dégénérés sur polypes réséqués par voie endoscopique.

Patients et Méthodes : Etude épidémiologique, prospective, mono-centrique, de polypes colorectaux réséqués de janvier 2016 à Mai 2018. La caractérisation du type de polypes est faite selon la classification de PARIS. La taille des polypes évaluée en per endoscopie. L'étude anatomo-pathologique des polypes réséqués effectuée dans un seul centre d'anatomie pathologie, en double lecture simultanée, le type histologique et le degré de dysplasie.

Résultats : 701 polypes réséqués chez 380 patients, sur les 677 étudiés, 114 polypes (16,83%) comportent une dysplasie de haut grade et 18 (2,65%) une dégénérescence. L'âge moyen des patients avec polypes dégénérés est de 60ans [37-89] avec un sexe ratio de 0,63 (7H/11F). 11 polypes sont pédiculés (1p), 6 sessiles (1s), et 1 plan surélevé (1la). La taille per endoscopique des polypes est ≥ à 20mm dans 13cas, entre 10 et 19mm dans 5cas [moy= 24,5mm]. Le siège des polypes est recto sigmoïdien dans 15cas, colique gauche dans 2cas et colique droit 1cas. Les polypes sont dégénérés sur des adénomes tubulo-villosus dans 16 cas avec une composante villosuse >20% dans tous les cas [moyenne 57%], villosus dans 1cas, et tubuleux dans 1 cas. La résection s'est faite en monobloc dans 12 cas, et en Peacemeal dans 6 cas. Le traitement per endoscopique a été suffisant dans 15cas, un complément chirurgical était nécessaire chez 3 patients.

Conclusion : Le dépistage et la résection systématiques de polypes a permis de détecter 16,8% de dysplasies de haut grade et 2,6% de cancers.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000020>

P.406

La latéralité dans le cancer colorectal métastatique : quels facteurs pour expliquer les différences de pronostic ?

M. Kogay ⁽¹⁾, L. Evesque ⁽¹⁾, R. Schiappa ⁽¹⁾, A. Saint ⁽¹⁾, G. Cavaglione ⁽¹⁾, G. Milano ⁽¹⁾, E. Chamorey ⁽¹⁾, E. François ⁽¹⁾

(1) Nice.

Introduction : Des études récentes ont mis en évidence l'impact prédictif et pronostic de la localisation de la tumeur primitive dans le cancer colorectal métastatique (CCRM). L'objectif de notre étude était d'analyser les différences de présentation clinique et biologiques au diagnostic pour expliquer l'impact de la latéralité.

Patients et Méthodes : À partir de notre base de données, tous les patients atteints de CCRM (à l'exclusion des tumeurs du côlon transverse) traités entre le 1/12/2007 et le 1/12/2016 dans notre établissement, avec un dossier complet, ont été étudiés.

Des analyses uni et multivariées ont été effectuées pour identifier les variables pronostiques de la survie globale (SG).

Résultats : Au total sur les 284 patients (pts): 83pts (29%) avaient avec un cancer du côlon droit (CCD) et 201pts (71%) un cancer du côlon gauche (CCG). Le statut KRAS ou RAS était connu pour 230pts (81%) ; 101pts (36%) présentaient une mutation du gène RAS (36%), sans différence significative entre les tumeurs droites et gauches ($p = 0,49$). Cependant, il y avait plus de mutations RAS dans cancers du rectum par rapport aux cancers coliques ($p = 0,009$). Lorsque il a été recherché, le statut MSI ($p = 0,07$) et la mutation BRAF ($p = 0,004$) étaient plus fréquents dans les CCD. 180pts (63%) présentaient une ou plusieurs métastases hépatiques au diagnostic. Leur fréquence ou leur nombre n'ont pas été influencés par la latéralité ($p = 0,06$). Les poumons étaient le deuxième site métastatique en fréquence (36%), suivi des métastases ganglionnaires (23%) et péritonéales (20%). Il y avait une tendance non significative ($p=0,09$) en faveur d'une atteinte péritonéale plus fréquente dans les CCD ; l'atteinte ganglionnaire était plus fréquente dans les CCD ($p = 0,005$), alors que les métastases pulmonaires étaient plus fréquentes dans les CCG ($p=0,002$). Le taux de réponse complète (RC) après le premier traitement (L1) était significativement plus élevé pour les CCD ($p = 0,02$). La SG était significativement moins bonne pour les tumeurs droites par rapport aux gauches si la lésion primitive était en place ($HR = 2,25$ $p = 0,008$).

En analyse multivariée (Tableau 1) : la résection de la tumeur primitive (RTP) ($HR = 0,31$), la réponse complète après le premier traitement ($HR = 0,79$) et la localisation gauche ($HR = 0,64$) étaient significativement associées à une meilleure SG. Alors que l'atteinte pulmonaire ($HR = 1,84$), péritonéale ($HR = 2,20$), ganglionnaire ($HR = 1,52$) étaient significativement associés à une moins bonne SG.

Tableau 1: Résultats de l'analyse multivariée sur la SG

	Hazard ratio	[IC95% OR]
CCG	0,64	[0,64 - 0,94]
RTP	0,31	[0,21 - 0,46]
Métastases pulmonaires	1,84	[1,25 - 2,72]
Carcinose péritonéale	2,20	[1,46 - 3,37]
RC après L1	0,25	[0,16 - 0,41]

Conclusion : Ces résultats suggèrent que les CCRM ont une présentation clinique différente au diagnostic. En association avec des caractéristiques moléculaires ces différences peuvent expliquer la différence de pronostic en fonction de la latéralité tumorale.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000732>

P.407

Le cancer colorectal comme complication des maladies inflammatoires de l'intestin : sensibilisation des patients

I. Popa ⁽¹⁾, M. Dranga ⁽¹⁾, A. Dorobat ⁽¹⁾, R. Popa ⁽¹⁾, A. Savin ⁽¹⁾, C. Mihai ⁽¹⁾, C. Cijevschi-Prelipcean ⁽¹⁾

(1) Iași, ROUMANIE.

Introduction : Notre objectif était d'évaluer la sensibilisation des patients atteints de la maladie inflammatoire de l'intestin (MII) au risque de développer un cancer colorectal (CCR) en tant que complication de la maladie.

Patients et Méthodes : 150 patients atteints de la MII (84 souffrent d'une colite ulcéreuse – CU, 66 souffrent de la maladie de Crohn – MC), ont été invités à répondre à une série de questions spécifiques. Les questions comprenaient des détails sur les aspects particuliers du risque de CCR dans les MII selon les dernières directives: facteurs de risque (âge au diagnostic, durée de la maladie), meilleure méthode de dépistage, moment auquel le dépistage doit commencer, options thérapeutiques, etc.

Résultats : Seulement 32% des patients étaient au courant de la possibilité de développer un CCR en tant que complication du MII (CU 42%, MC 22%, $p < 0,01$). En ce qui concerne le risque accru de CCR dans le MII, 68% des patients en étaient conscients (UC 75%, MC 61%, $p < 0,01$). Très peu de patients savaient que le jeune âge au moment du diagnostic et la durée de la maladie augmentaient le risque de CCR. Seulement 29% savaient que les coloscopies de dépistage devraient commencer 8 à 10 ans après le diagnostic. Mais la meilleure majorité des patients (89%) ont indiqué une coloscopie comme test de dépistage standard. Moitié des patients savaient que la dysplasie était une lésion précancéreuse. En ce qui concerne les options thérapeutiques, seule la moitié des patients choisiraient de subir une colectomie en cas de dysplasie.

Conclusion : Cette étude montre que les patients atteints de la MII ont un faible niveau d'éducation en ce qui concerne le CCR en tant que complication de leur maladie. Les médecins doivent sensibiliser les patients à une surveillance plus rigoureuse de la maladie et à des options thérapeutiques correctes afin de réduire la prévalence du CCR dans MII.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000184>

P.408

Les co-cultures de sphéroïdes tumoraux humains et de cellules immunitaires autologues révèlent MICA/B et NKG2A comme des cibles thérapeutiques prometteuses contre le cancer colorectal

T. Courau ⁽¹⁾, J. Bonnereau ⁽¹⁾, J. Vivier-Chicoteau ⁽¹⁾, H. Bottois ⁽¹⁾, R. Remark ⁽²⁾, L. Assante Miranda ⁽²⁾, A. Toubert ⁽¹⁾, M. Blery ⁽²⁾, T. Aparicio ⁽¹⁾, M. Allez ⁽¹⁾, L. Le Bourhis ⁽¹⁾

(1) Paris ; (2) Marseille.

Introduction : Le système immunitaire est désormais admis comme un levier essentiel dans les traitements anticancéreux, comme le montre le succès des inhibiteurs de points de contrôles de l'immunité. Cependant, bien que ces immunothérapies soient efficaces contre de nombreux cancers, elles sont peu actives dans les cas de cancer colorectal (CCR). Il paraît donc essentiel d'approfondir nos connaissances sur la réponse immunitaire impliquée spécifiquement dans ces cancers.

Pour étudier les mécanismes anti-tumoraux des cellules immunitaires, de nombreux modèles *in vitro* ont été développés mais présentent des limites. Contrairement aux modèles de culture en deux dimensions, les modèles tridimensionnels, appelés sphéroïdes ou organoïdes, sont plus représentatifs des tumeurs d'origine.

Dans cette étude, notre objectif était d'utiliser un modèle de coculture entre des sphéroïdes et des cellules immunitaires afin (i) de mieux caractériser la réponse effectrice des cellules T impliquées dans le CCR, et (ii) de tester l'effet anti-tumoral d'anticorps thérapeutiques dans ce système.

Matériels et méthodes : Pour cela, des sphéroïdes ont été formés en condition non adhérente à partir d'une lignée cellulaire HT29 puis mis en coculture avec des cellules immunitaires issues du sang de donneurs sains. Après coculture, les cellules infiltrantes et celles restants dans le milieu ont été mécaniquement séparées. Leurs capacités d'infiltration, d'activation et de destruction des sphéroïdes ont été mesurées par cytométrie en flux, immunofluorescence et vidéomicroscopie.

Ce modèle a également été transposé en conditions autologues. Des sphéroïdes issus de tumeurs primaires de patients ont été mis en coculture avec les lymphocytes autologues infiltrant la tumeur du même patient.

Résultats : Les cellules immunitaires, et plus particulièrement les lymphocytes T CD8 (LT CD8) et les cellules Natural Killer (NK), sont capables d'infiltrer les sphéroïdes et de s'activer. Ces lymphocytes induisent ainsi une augmentation de la mortalité des cellules cancéreuses et une destruction partielle de la structure tridimensionnelle des sphéroïdes.

Ces effets anti-tumoraux peuvent être modulé par l'interleukine 15 qui induit une forte augmentation de l'infiltration et de l'activation des LT CD8 et des NK. Dans ce modèle, nous avons pu mettre en évidence l'engagement de la voie du récepteur activateur NKG2D par ses ligands MICA/B. En effet, les anticorps dirigés contre NKG2D réduisent l'infiltration et la destruction des sphéroïdes. En revanche, les anti-MICA/B augmentent l'infiltration et l'activation des NK ainsi que la destruction des sphéroïdes par un processus de cytotoxicité anticorps dépendant.

En parallèle, en réponse à l'infiltration, les cellules cancéreuses surexpriment HLA-E, ligand de NKG2A, un récepteur inhibiteur des LT CD8 et des NK. La combinaison des anti-MICA/B et anti-NKG2A augmente les effets anti-tumoraux observés.

A partir de tissus primaires, les lymphocytes isolés de tumeur ne détruisent pas les sphéroïdes autologues, ce qui peut être induit par l'ajout d'IL-15. Les effets anti-tumoraux des anticorps spécifiques de MICA/B et de leur combinaison avec les anti-NKG2A sont observés dans ce modèle primaires et autologues de coculture.

Conclusion : Notre modèle de coculture entre sphéroïdes et cellules immunitaires est fonctionnel, rapide et pertinent pour étudier la réponse immunitaire impliquée dans le CCR. Ce modèle nous a permis de redémontrer l'implication du récepteur NKG2D dans ce type de cancer.

Nos résultats sur cellules primaires de patients montrent que les d'anticorps dirigés contre MICA/B ainsi que leur combinaison avec les anti-NKG2A représentent une piste thérapeutique prometteuse.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000690>

P.409

Intensification thérapeutique par FOLFIRINOX et cetuximab en 1ère ligne de traitement des patients ayant un cancer colorectal métastatique RAS wild type

E. Samalin ⁽¹⁾, T. Mazard ⁽¹⁾, E. Assenat ⁽¹⁾, F. Portales ⁽¹⁾, C. de la Fouchardière ⁽²⁾, R. Guimbaud ⁽³⁾, D. Smith ⁽⁴⁾, M. Rouyer ⁽⁴⁾, C. Fieff ⁽¹⁾, H. de Forges ⁽¹⁾, E. Lopez-Crapez ⁽¹⁾, S. Thézenas ⁽¹⁾

(1) Montpellier; (2) Lyon; (3) Toulouse; (4) Bordeaux.

Introduction : L'association d'une chimiothérapie par FOLFOX ou FOLFIRI à un anti-EGFR comme le cetuximab est considérée comme une option dans la prise en charge des cancers colorectaux métastatiques (CCRm) RAS wild type (wt) en 1ère ligne thérapeutique. L'association d'une trichimiothérapie par FOLFIRINOX et cetuximab a été évaluée en phase II avec des résultats d'efficacité prometteurs mais une forte toxicité [1]. L'objectif de notre étude était d'obtenir des données supplémentaires d'efficacité et de tolérance de la combinaison FOLFIRINOX-cetuximab chez des patients CCRm RAS wt.

Patients et Méthodes : Les données des patients inclus ont été collectées rétrospectivement à partir de 5 essais cliniques, une étude de cohorte observationnelle, et des dossiers médicaux individuels. Tous les patients ayant un CCRm RAS wt traités par FOLFIRINOX-cetuximab en 1ère ligne ont été inclus dans l'étude ESTER. En cas de statut RAS ou BRAF incomplet, les analyses supplémentaires étaient réalisées sur un bloc FFPE de tissu tumoral. L'objectif principal de l'étude était d'étudier la survie sans progression (SSP). Les critères de jugement étaient le taux de SSP à 9 mois, le taux de réponse globale (RECIST v1.1), la durée de la réponse, la survie globale (SG) et le taux de résection des métastases hépatiques, selon le statut mutationnel BRAF ou la localisation de la tumeur primaire, ainsi que la tolérance.

Résultats : Au total 70 patients ont été inclus dans l'étude, 61.4% hommes, d'âge médian de 58,7 ans (extrêmes: 40-74). La tumeur primaire était localisée dans le colon gauche pour 42% des patients, dans le colon droit pour 11,6% et dans le rectum pour 33,3%. Les métastases étaient essentiellement hépatiques (97,1%) et synchrones (88,4%). Tous les patients avaient reçu au moins un cycle de chimiothérapie (médiane [extrêmes] : 12 [2-12]). Les toxicités de grade 3-4 étaient : diarrhée (31,4%), neutropénie (21,4%), et neutropénie fébrile (2,9%). Avec un suivi médian de 49,2 mois (1,2-135,2), la SSP médiane était de 13,3 mois (IC 95%: 11,4-13,9) chez les patients BRAF wt et de 6 mois (IC 95%: 1,2-NC) chez les patients BRAF mutés (n=5). La SG médiane était de 49,2 mois (IC 95%: 45-59) chez les patients BRAF wt, et de 21,2 mois (IC 95%: 1,2-NC) chez les patients BRAF mutés. Le taux de réponse était de 85,7% (IC 95%: 75,3-92,9) avec un taux de réponse complète de 20% chez les patients BRAF wt et de 60% (IC 95%: 14,6-94,7) chez les patients BRAF mutés. La durée médiane de réponse était de 10,2 mois (0,2-133,4). Il n'y avait pas de différence en termes de SG ou de SSP selon la localisation de la tumeur primaire. Parmi les 68 patients avec métastases hépatiques (53 avec métastases hépatiques exclusives), initialement non opérables, 39 (57,4%) ont pu avoir une chirurgie, dont 31/39 (79,5%) ont pu bénéficier d'une résection R0. La SG médiane était respectivement de 55,1 mois et 30,7 mois ans chez les patients opérés et non-opérés (p=0,029).

Conclusion : L'intensification thérapeutique par FOLFIRINOX et cetuximab chez des patients ayant un CCRm initialement non résecable RAS wt est faisable et efficace. Cependant d'autres études prospectives sont nécessaires pour confirmer l'efficacité de cette association, en particulier chez les patients BRAF mutés.

Remerciements : Cette étude a été financée par Merck. Les auteurs remercient les patients ainsi que toutes les équipes participantes.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000014>

P.410

Recommandations nationales du Groupe Génétique et Cancer-Unicancer sur les modalités d'analyses en panels multi-gènes dans les prédispositions héréditaires aux tumeurs du tube digestif

M. Dhooge ⁽¹⁾, S. Baert Desurmont ⁽²⁾, N. Andrieu ⁽¹⁾, P. Berthet ⁽³⁾, V. Bonadona ⁽⁴⁾, B. Buecher ⁽¹⁾, O. Caron ⁽⁵⁾, O. Cohen Hagenauer ⁽¹⁾, C. Corsini ⁽⁶⁾, A. De Pauw ⁽¹⁾, C. Delnatte ⁽⁷⁾, S. Dussart ⁽⁴⁾, C. Jamin ⁽¹⁾, D. Leroux ⁽⁸⁾, C. Maugard ⁽⁹⁾, J. Moretta Serra ⁽¹⁰⁾, C. Popovici ⁽¹⁰⁾, C. Lasset ⁽⁴⁾, C. Nogues ⁽¹⁰⁾, C. Colas ⁽¹⁾

(1) Paris; (2) Rouen; (3) Caen; (4) Lyon; (5) Villejuif;

(6) Montpellier; (7) Nantes; (8) Grenoble; (9) Strasbourg; (10) Marseille.

Introduction : Face à une suspicion de prédisposition héréditaire aux cancers du tube digestif avec ou sans polyposse, le séquençage de nouvelle génération (ou NGS) permet d'analyser simultanément un grand nombre de gènes pouvant être associés à un risque augmenté de développer ces tumeurs. Ainsi, des panels de gènes dits «digestifs», ont été récemment mis en place et sont couramment utilisés dans de nombreux laboratoires de génétique moléculaire français. En raison de l'absence de recommandations nationales, il existe des disparités dans la composition de ces panels et dans la prise en charge médicale des patients porteurs de mutations délétères.

Matériels et méthodes : Afin d'harmoniser ces nouveaux panels, le Groupe Génétique et Cancer (GGC)-Unicancer a constitué un groupe de travail de 19 experts (génétiiciens cliniciens et moléculaires, conseiller en génétique, gastroentérologues et épidémiologistes français) qui ont procédé à une revue exhaustive de la littérature pour 31 gènes jugés d'intérêt en cas de suspicion de prédisposition héréditaire aux tumeurs gastro-intestinales.

Le groupe a identifié les articles comportant des estimations de risques de tumeurs du tube digestif. Leurs résultats et éventuels biais ont été discutés au cours de plusieurs séances de travail en présence de l'ensemble des membres du groupe afin de valider une liste des gènes dont le risque estimé semblait suffisamment fiable et élevé pour une utilisation clinique.

En raison de leur statut bien établi, les gènes MMR et APC n'ont pas été évalués. Pour le gène MUTYH, seuls les risques associés aux mutations délétères mono alléliques ont été étudiés.

Ont été retenus pour constituer le panel, les gènes dont les mutations sont associées à un risque de tumeurs du tube digestif et/ou à un phénotype digestif bien établis, justifiant une prise en charge spécifique.

Les gènes de prédisposition au cancer du pancréas ont été exclus et feront l'objet d'une expertise dédiée.

Résultats : Ce travail d'expertise a permis de définir un panel de 14 gènes d'intérêt clinique confirmé (estimations fiables des risques tumoraux, recommandations de surveillance associées et possibilité de tests génétiques pré-symptomatiques chez les apparentés) : APC, BMPR1A, CDH1, EPICAM, MLH1, MSH2, MSH6, MUTYH (mutations bi-allélique), PMS2, POLD1, POLE, PTEN, SMAD4 et STK11.

Les raisons de l'exclusion des 17 autres gènes ont été argumentées. L'insuffisance - voire l'inexistence - des estimations des risques tumoraux associés a mené à l'exclusion de certains gènes, en particulier CTNNA1, MSH3 et NTHL1, malgré des arguments physiopathologiques très évocateurs comme leur implication dans certaines voies moléculaires.

Les recommandations de dépistage, de prévention et le conseil génétique pour tous les gènes évalués ont été discutées.

Conclusion : A l'issue de ce travail d'expertise, face à une suspicion de prédisposition héréditaire aux cancers du tube digestif avec ou sans polyposse, le groupe GGC-Unicancer recommande d'utiliser ce panel de 14 gènes d'intérêt clinique établi. En raison de l'évolution rapide des connaissances, une mise à jour annuelle de la littérature est prévue pour améliorer ce panel de gènes en cas de données nouvelles sur des gènes candidats. Des études génétiques et épidémiologiques sont nécessaires pour mieux estimer les risques associés aux gènes non sélectionnés dans le panel actuel.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000257>

P.411

Caractéristiques des cancers colorectaux métastatiques mutés BRAFV600E : une analyse rétrospective de 287 cas

C. de la Fouchardière ⁽¹⁾, R. Cohen ⁽²⁾, D. Malka ⁽³⁾, R. Guimbaud ⁽⁴⁾, J. Edeline ⁽⁵⁾, A. Lièvre ⁽⁵⁾, W. Cacheux ⁽²⁾, P. Artru ⁽¹⁾, É. François ⁽⁶⁾, M. Gilibert ⁽⁷⁾, E. Samalin ⁽⁸⁾, A. Zaanani ⁽²⁾, V. Hautefeuille ⁽⁹⁾, B. Rousseau ⁽²⁾, H. Senellart ⁽¹⁰⁾, R. Coriat ⁽²⁾, F. Desseigne ⁽¹⁾, D. Tougeron ⁽¹¹⁾

(1) Lyon ; (2) Paris ; (3) Villejuif ; (4) Toulouse ; (5) Rennes ; (6) Nice ; (7) Marseille ; (8) Montpellier ; (9) Amiens ; (10) Saint-Herblain ; (11) Poitiers.

Introduction : Environ 10% des cancers colorectaux métastatiques (CCRm) présentent une mutation BRAFV600E et sont associés à un mauvais pronostic. Toutefois, les CCRm mutés BRAFV600E constituent un groupe hétérogène de patients (pts) dont les facteurs pronostiques sont mal connus. Ces tumeurs sont chimiorésistantes mais les données concernant la résistance à telle ou telle chimiothérapie (CT) ou thérapie ciblée sont parcellaires.

Patients et Méthodes : Nous avons réalisé une étude multicentrique incluant 287 pts avec un CCRm muté BRAFV600E pris en charge en France entre 2006 et 2017. L'objectif principal était de déterminer les facteurs prédictifs de survie globale (SG). Les critères secondaires incluaient notamment l'étude de la chimiosensibilité (survie sans progression (SSP) selon le traitement) et l'impact du statut microsatellitaire. Les courbes de survie ont été générées à l'aide de la méthode de Kaplan Meier et les analyses multivariées à l'aide d'un modèle de Cox.

Résultats : L'âge médian était de 67 ans (extrêmes : 28 et 95 ans) et 57% des pts étaient des femmes. La majorité des pts avaient une tumeur localement avancée au diagnostic (T3-4 : 75%; N2 : 40%) et des métastases synchrones (66%). Dans 34% des cas, un contingent histologique spécifique était noté, principalement représenté par une composante mucineuse (81%). Les tumeurs étaient à droite dans 58% des cas et une instabilité des microsatellites (MSI) était trouvée dans 44% des cas. Les sites métastatiques les plus fréquents étaient le foie (51,9%), suivi du péritoine (37,3%), des ganglions lymphatiques (31,0%) et du poumon (25,8%). Concernant les sites métastatiques rares, des métastases osseuses ont été diagnostiquées chez 11 pts (3,8%), cutanées chez 6 pts (2,1%), cérébrales chez 6 pts (2,1%) et surrénaliennes chez 5 pts (1,8%). Plus de la moitié des patients (55,4%) avaient un seul site métastatique, y compris 82 patients (28,6%) avec des métastases hépatiques isolées. La majorité des patients (89%) avaient reçu une CT de 1re ligne, principalement une bi-CT à base d'oxaliplatine (50%) et de bevacizumab (43%). 25 patients (9,7%) seulement ont reçu une tri-CT associée à une thérapie ciblée dans 16 cas (anti-angiogénique ou anti-EGFR). Une chirurgie curative de la tumeur primitive et des métastases a été réalisée chez 15% des pts. Avec un suivi médian de 47,5 mois (min: 3,3 mois - max: 210,7 mois), la SG médiane de l'ensemble de la population était de 20,8 mois (intervalle de confiance (IC) 95% [18,0-27,0]). La médiane de SSP en 1re ligne était de 4,3 mois (IC à 95% [3,8 à 5,0]). Le schéma de CT utilisé, de même que la thérapie ciblée, n'étaient pas significativement associés ni à la SG ni à la SSP. La présence de métastases synchrones (HR=0,70 [0,50-0,97]; p=0,03), l'absence de métastasectomie (HR=0,47; [IC 95% 0,29-0,775]; p=0,002) et de chirurgie de la tumeur colique (HR=0,31 ([IC 95% 0,21-0,44]; p<0,0001)) étaient statistiquement associées à une SG plus courte. Dans une analyse exploratoire du sous-groupe de patients pour lesquels le statut microsatellitaire était disponible (n=194), et après ajustement sur les autres critères pronostiques, les tumeurs MSI étaient statistiquement associées à une meilleure SG que les tumeurs MSS (HR=0,56; p=0,009). Seuls 11% des tumeurs MSI (n=10) ont été traitées par immunothérapie dans le cadre d'essais cliniques. Parmi les pts ayant reçu une 1re ligne 62% ont pu recevoir une 2e ligne et seulement 28% une 3e ligne.

Conclusion : Les CCRm mutés BRAFV600E sont associés à un mauvais pronostic et à une résistance à la CT et aux biothérapies (anti-EGFR et anti-angiogéniques). Les facteurs associés à une meilleure survie sont la présence de métastases métachrones, résécables et le statut MSI qui est donc impératif à établir en début de prise en charge. Enfin il semble indispensable d'améliorer l'accès de ces patients à des essais thérapeutiques spécifiques (B-Raf et/ou immunothérapie) afin d'en améliorer le pronostic.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/001057>

Analyse des altérations du nombre de copies des 18 gènes cibles du régorafénib et corrélation à la survie globale dans la cohorte française REBECCA (REBECCASCAN)

X. Jiang⁽¹⁾, S. Boyault⁽²⁾, E. Sohier⁽²⁾, A. Lardy-Cleaud⁽²⁾, Q. Wang⁽²⁾, S. Delaine-Clisant⁽³⁾, S. Chabaud⁽²⁾, J.Y. Blay⁽²⁾, F. Desseigne⁽²⁾, A. Adenis⁽³⁾, C. de la Fouchardière⁽²⁾

(1) Paris; (2) Lyon; (3) Montpellier.

Introduction : Le regorafenib (Stivarga®, Bayer HealthCare Pharmaceuticals, Inc) est un inhibiteur de kinases multible, avec un large profil d'inhibition. Il a obtenu une autorisation de mise sur le marché chez les patients (pts) porteurs d'un cancer colorectal métastatique (CCRM) prétraité, suite aux résultats de l'étude de phase III CORRECT. Dans une étude précédente, nous avions pu identifier une signature prédictive de l'effet du regorafenib sur la survie globale des patients atteints de mCRC par une approche basée sur l'analyse des altérations du nombre de copies de 18 gènes cibles du regorafenib (JIANG et al., 2015). Afin de valider cet algorithme (SUMSCAN) à plus grande échelle, nous avons analysé les tumeurs des patients de la cohorte française REBECCA.

Patients et Méthodes : Nous avons sélectionné les patients inclus dans la cohorte REBECCA sur la base des critères suivants : - pts ayant subi une résection chirurgicale de la tumeur colique avec pièce opératoire disponible, - PS 0 à 1, - prétraitement par bevacizumab, - suivi actualisé avec indications disponibles concernant la réponse au regorafenib, la date de progression et du décès. Le profilage du nombre de copies a été réalisé sur la plateforme Affymetrix OncoScan™ CNV FPPE Assay Kit. Le profil mutational a été établi à partir d'un panel de 48 gènes. La caractérisation du statut microsatellitaire a porté sur les mêmes échantillons.

Résultats : Soixante-six patients ont été inclus dans cette analyse. 33% d'entre eux avaient un cancer du côlon droit et 67% avaient des métastases synchrones. Le nombre médian de traitements antérieurs était 3 (2-7). Une mutation du gène KRAS et une instabilité microsatellitaire étaient présentes dans 62.5% et 4.9% des cas respectivement. 65 tumeurs ont pu être analysées par Affymetrix pour un calcul du SUMSCAN. 39 présentaient un profil favorable vs. 26, un profil défavorable. Les médianes de survie globale étaient respectivement de 5,02 mois (IC95% : 3,71- 5,81) et 4,84 mois (IC95% : 3,98 – 6,70) pour les profils favorables et défavorables (p = 0,65). Le génotype tumoral retrouvait les mutations habituelles des cancers colorectaux (KRAS, APC, PIK3CA, etc.). Aucune de ces mutations n'était prédictive de la réponse au regorafenib.

*Les gains en nombre de copie sur ces trois gènes cibles sont corrélés à une meilleure survie sous regorafenib selon les premières travaux de recherche (JIANG et al., 2015).

Sous-groupe génomique	Taux de survie à 12 mois
SUMSCAN	
Favorable	8.4% (95%CI : 8.1-32)
Défavorable	5.1% (95%CI : 0.4-20.2)
Gène NTRK1*	
Gain en nombre de copie	18.5% (95%CI : 6.3-35.5)
Perte ou normal en nombre de copie	9.9% (95%CI : 2.9-22.1)
Gène DDR2*	
Gain en nombre de copie	19.2% (95%CI : 6.6-36.7)
Perte ou normal en nombre de copie	9.6% (95%CI : 2.8-21.6)
Gène FLT4*	
Gain en nombre de copie	21.4% (95%CI : 5.2-44.8)
Perte ou normal en nombre de copie	11.4% (95%CI : 4.4-22.1)

*Les gains en nombre de copie sur ces trois gènes cibles sont corrélés à une meilleure survie sous regorafenib selon les premières travaux de recherche (JIANG et al., 2015).

Conclusion : Ces résultats ne permettent pas d'établir un lien entre les caractéristiques spécifiques (nombre de copie et mutations ciblées) et le bénéfice clinique du regorafenib.

Références Bibliographiques : Jiang X, Pissaloux D, De La Fouchardière C, Desseigne F, Wang Q, Attignon V, Fondreville ME, De La Fouchardière A, Perol M, Cassier P, Seigne C, Perol D, Ray-Coquard I, Meeus P, Fayette J, Flechon A, Le Cesne A, Penel N, Tredan O, Blay JY. The sum of gains and losses of genes encoding the protein tyrosine kinase targets predicts response to multi-kinase inhibitor treatment: Characterization, validation, and prognostic value. *Oncotarget*. 2015 Sep 22;6(28):26388-99.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/001063>

Epidémiologie, pronostic et chimio-sensibilité des mutations BRAF non V600E des adénocarcinomes colorectaux métastatiques à partir d'une cohorte multicentrique française de l'AGEO

A. Derosière⁽¹⁾, V. Nicolai⁽²⁾, A. Pozet⁽³⁾, F. Le Roy⁽⁴⁾, J. Lazartigues⁽⁵⁾, A. Turpin⁽⁶⁾, D. Tougeron⁽⁷⁾, T. Walter⁽⁸⁾, P. Artru⁽⁹⁾, J.B. Bachet⁽⁵⁾, J.M. Phelip⁽⁹⁾, C. Lepage⁽¹⁰⁾, A. Lièvre⁽¹¹⁾, M. Caulet⁽¹²⁾, E. Norguet⁽¹³⁾, N. Lourenco⁽⁵⁾, R. Coriat⁽⁵⁾, D. Sefrioui⁽¹⁴⁾, J.L. Legoux⁽¹⁵⁾, R. Desgrappes⁽¹⁶⁾, C. Louvet⁽⁵⁾, M. Brechon⁽¹⁷⁾, C. de la Fouchardière⁽⁸⁾, J. Dremaux⁽¹⁾, V. Hautefeuille⁽¹⁾

(1) Amiens; (2) Toulouse; (3) Besançon; (4) Villejuif; (5) Paris; (6) Lille; (7) Poitiers; (8) Lyon; (9) Saint-Priest-en-Jarez; (10) Dijon; (11) Rennes; (12) Tours; (13) Marseille; (14) Rouen; (15) Orléans; (16) Saint-Malo; (17) La Rochelle.

Introduction : Les avancées moléculaires avec notamment la recherche des mutations RAS et BRAF sont devenues fondamentales dans la prise en charge des cancers colorectaux métastatiques (CCRM), afin de prédire leur chimiosensibilité et leur pronostic. Les mutations BRAF sont présentes dans 5 à 15 % des cancers colorectaux, la mutation V600E étant la plus fréquente. Les CCRM avec mutation BRAF non V600E sont rares (2,2%). Leur chimiosensibilité n'a jamais été étudiée. L'objectif était d'analyser la chimiosensibilité, leurs caractéristiques cliniques, moléculaires et pronostiques.

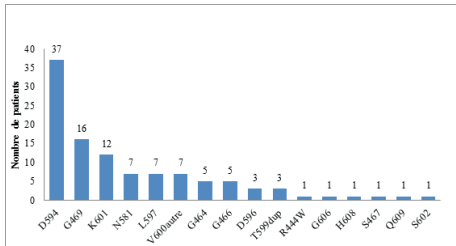
Patients et Méthodes : Il s'agissait d'une cohorte multicentrique rétrospective française incluant les CCRM mutés BRAF non V600E entre octobre 2017 et août 2018. Les patients avec mutation BRAF V600E et ceux avec mutations ayant un impact difficile à interpréter (double mutation sur le même allèle, deux clones concomitants) ont été exclus. La population était divisée en 3 groupes : prise en charge curative des métastases (groupe 1, n=35), chimiothérapie palliative (groupe 2, n=63) et soins de confort (groupe 3, n=10). Il était réalisé des analyses de survie en sous-groupe : en fonction de la localisation du primitif, du type de mutation BRAF et de leur impact fonctionnel sur la protéine. Enfin les taux de réponse et de contrôle de la maladie en 1ère ligne de traitement ont été analysés.

Résultats : Les 108 patients inclus avaient un âge médian au diagnostic métastatique de 66 ans et un état général conservé, OMS 0 ou 1 dans 86% des cas. Leur localisation ainsi que leur dissémination métastatique étaient classiques. Il y avait surtout des adénocarcinomes bien et moyennement différenciés (88%). Les métastases siégeaient majoritairement au niveau hépatique (72,5%), pulmonaire (33,0%) et ganglionnaire (39,4%). Il y avait 25,7 % de carcinome péritonéal. Les mutations BRAF non V600E les plus fréquentes étaient la D594 (34,0%), G469 (14,8%), K601 (11,0%), N581 (6,5%), L597 (6,5%) et V600autres (6,5%). La mutation D594 était préférentiellement rectale (40%). Une mutation RAS concomitante était retrouvée chez 21,9% des patients. Pour 9/23 cas, la mutation BRAF était la D594, ayant un impact fonctionnel nul sur la protéine BRAF. Une instabilité microsatellitaire n'était retrouvée que chez 3 patients (4,5 %) et parmi eux, un seul avait un syndrome de Lynch.

La chimiosensibilité était analysable pour 69 patients. Elle était bonne avec 49,2% de réponse objective et 76,8% de taux de contrôle en 1ère ligne dans les groupes 1 et 2. Les taux de réponse objective et de contrôle étaient plus élevés avec les anti-EGFR (75,0%) qu'avec les anti-VEGF. Avec les anti-EGFR, ils étaient respectivement de 75% et 85% alors qu'ils étaient de 54,5% et 73% avec les anti-VEGF. La médiane de survie globale de la population (mSG) était de 25,6 mois (IC95% = [17,1-43,8]). Les taux de survie à 1 an, 2 ans et 3 ans étaient respectivement de 72, 50 et 38%. Pour les groupes 1, 2 et 3, la mSG était de 105,1 mois, 16 mois et 8 mois. Il n'a pas été retrouvé de différence statistiquement significative en terme de survie globale selon la localisation de la tumeur primitive (proximal vs distal vs rectum, p=0,22). Il n'existait pas de différence de mSG en fonction du type de mutation (p=0,52), notamment pour D594 (p=0,47) et K601 (p=0,19), ni de l'impact fonctionnel sur BRAF (p=0,19).

Conclusion : Les CCRm mutés BRAF non V600E confèrent un pronostic moins péjoratif et une bonne chimiosensibilité. Il ne semble pas y avoir de mutation péjorative, même celles qui sont connues pour être activatrices de BRAF.

Références Bibliographiques : Jones et al JCO 2017



Pour consulter ce résumé en ligne :
<https://www.snfgc.org/resumes-2019/000076>

P.414

Relation entre polymorphismes génétiques et toxicités hématologiques sévères chez les patients atteints de cancer colorectal métastatique recevant une chimiothérapie associant irinotécan, oxaliplatine et 5-fluorouracil

A. Karaboué ⁽¹⁾, P. Innominato ⁽²⁾, M. Bouchahda ⁽³⁾, F. Lévi ⁽³⁾

(1) Montfermeil ; (2) Warwick, ANGLETERRE ; (3) Villejuif.

Introduction : L'existence de polymorphismes génétiques explique, en partie, les importantes différences observées entre les individus dans leur métabolisme des médicaments et l'apparition de toxicités. L'objectif de cette étude est de rechercher les polymorphismes génétiques prédicteurs de toxicités hématologiques sévères (grade 3-4) chez les patients atteints de cancer colorectal métastatique recevant une chimiothérapie associant Irinotécan, Oxaliplatine et 5-Fluorouracil.

Patients et Méthodes : Il a été recherché sur l'ADN circulant, 207 polymorphismes génétiques (SNPs) de 34 gènes d'intérêt chez 52/64 patients inclus dans le protocole OPTILIV [1, 2] porteurs de métastases hépatiques de cancer colorectal. Les patients ont reçu par voie intra-artérielle hépatique chronomodulée ou conventionnelle l'Irinotécan (180 mg/m²), le 5-Fluorouracil (2800 mg/m²) et l'Oxaliplatine (85 mg/m²) associée au Cetuximab (500 mg/m²) intraveineux. Cette combinaison était administrée toutes les 2 semaines jusqu'à progression, toxicité grave ou chirurgie des métastases. La toxicité était évaluée avant le début de chaque cure et gradée selon les critères NCI-CTC V3.0. Le test de Fisher exact a permis d'établir les associations entre polymorphismes génétiques et leucopénie, neutropénie, thrombopénie et anémie sévères de grade 3-4.

Résultats : Les 52 patients testés dont 16 femmes et 36 hommes étaient âgés de 33 à 76 ans. Ils étaient en très bon état général (Performance Status selon l'OMS 0 ou 1). Ils ont reçu au total 306 cures de chimiothérapie avec une médiane de 6 cures par patients. 44 patients (85%) ont développé une leucopénie dont 14 de grade 3-4 (27%). Une neutropénie a été observée chez 45 patients (87%) dont 21 de grade 3-4 (40%), une thrombopénie chez 18 patients (35%) dont 4 de grade 3-4 (8%) et une anémie 32 patients (62%) dont 2 de grade 3-4 (4%). Les polymorphismes significativement associés à la leucopénie de grade 3-4 étaient ABCB1/rs1045642/TT (43% des grades 3-4 ; p=0,001), NAT2/rs1810280/CC (50% des grades 3-4 ; p=0,030), SLC22A1/rs12208357/CC (64% des grades 3-4 ; p=0,013), SLC01B1/rs4149056/TT (79% des grades 3-4 ; p=0,041), SLC01B3/rs4149117/GT (50% des grades 3-4 ; p=0,003) et SLC01B3/rs7311358/AG (50% des grades 3-4 ; p=0,002). Ceux associés à la neutropénie sévère étaient ABCB1/rs1042642/TT (33% des grades 3-4 ; p=0,002), COMT/rs4680/AA ou GG (67% des grades 3-4 ; p=0,038), SLC01B3/rs4149117/GT (38% des grades 3-4 ; p=0,011) et SLC01B3/rs7311358/AG (38% des grades 3-4 ; p=0,010). ABCB1/rs2032582/AG (25% des grades 3-4 ; p=0,034) et CYP2D6/rs5030656/AD (50% des grades 3-4 ; p=0,015) étaient liés à la thrombopénie grade 3-4. Seul GSTM1/rs1065411/CG (100% des grades 3-4 ; p=0,024) était significativement lié à l'anémie grade 3-4.

Conclusion : La détermination de polymorphismes génétiques notamment dans les gènes ABCB1, SLC01B1, SLC01B3, CYP2D6, SLC22A1 et GSTM1 peut prédire la survenue de toxicités hématologiques sévères chez les patients atteints de cancer colorectal métastatique pouvant recevoir une chimiothérapie associant Irinotécan, Oxaliplatine et 5-Fluorouracil. Cette information permet ainsi un ajustement du régime de chimiothérapie et/ou l'instauration de médicaments préventifs afin de réduire la toxicité du traitement et optimiser son efficacité.

Références Bibliographiques : [2] Lévi F, Karaboué A, Saffroy R, et al. Pharmacogenetic determinants of outcomes on triplet hepatic artery infusion and intravenous cetuximab for liver metastases from colorectal cancer (European trial OPTILIV, NCT00852228). Br J Cancer. 2017 Sep 26;117(7):965-973.

[1] Lévi FA, Boige V, Hebbar M, et al. Conversion to resection of liver metastases from colorectal cancer with hepatic artery infusion of combined chemotherapy and systemic cetuximab in multicenter trial OPTILIV. *Ann Oncol.* 2016 Feb;27(2):267-74.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000882>

P.415

Immunophénotypage des lymphocytes infiltrant les tumeurs colorectales : optimisation du protocole d'immuno-marquage

Y. Omrani ⁽¹⁾, E. Bel Hadj Mabrouk ⁽¹⁾, R. Rekek ⁽¹⁾, Y. Zaimi ⁽¹⁾, I. Safra ⁽¹⁾, M. Ayari ⁽¹⁾, S. Ayadi ⁽¹⁾, R. Debbeche ⁽¹⁾, Z. Ben Safta ⁽¹⁾, B. Yacoubi Loueslati ⁽¹⁾, L. Mouelhi ⁽¹⁾, M. Ben Ahmed ⁽¹⁾, B. Bouhaouala-Zahar ⁽¹⁾

(1) Tunis, TUNISIE.

Introduction : Le cancer colorectal (CCR) représente le 3^{ème} cancer (en terme d'incidence et de mortalité) dans le monde et en Tunisie (GLOBOCAN 2018). Son incidence est difficile à préciser en Tunisie en raison de l'absence d'un registre national. Seuls des registres régionaux dont celui du Nord Tunisien (2004-2006) sont disponibles. Le pronostic de ce type de cancer est généralement basé sur les particularités histo-pathologiques propre à la tumeur. Cependant, les patients atteints du même stade d'évolution histo-pathologique (i.e. classification TNM) présentent souvent des conséquences cliniques différentes, reflétant l'hétérogénéité moléculaire de ce type de cancer. Dans ce cadre, nous nous sommes proposé d'étudier le pourcentage d'infiltration des différentes sous-populations lymphocytaires (TILs) chez une cohorte de patients atteints de cancer colorectal.

Matériels et méthodes : Il s'agit d'une étude prospective colligeant les patients explorés par coloscopie et/ou pris en charge pour CCR. Pour chaque patient, l'immunophénotypage des TILs a porté sur des échantillons tissulaires (biopsie ou pièce opératoire) de tissus sain et tumoral. Une optimisation des protocoles de digestion mécanique et d'immuno-marquage a été pratiquée. L'immuno-phénotypage a été déterminé en utilisant des anticorps anti-CD45 APC-H7, anti-CD3 PerCpCy5.5 et anti-CD4 FITC, sur environ 300 000 lymphocytes.

Résultats : Nous avons colligé 20 patients dont 13 de sexe masculin et 7 de sexe féminin (sexe ratio H/F= 1,85). Leur moyenne d'âge est de 64 ans (38-83 ans). Les principales circonstances de découverte de la néoplasie sont la rectorragie (30%), l'altération de l'état général (20%) et les troubles de transit (15%). La tumeur est rectale dans 40% des cas, située au niveau du colon gauche dans 35 % des cas, du colon transverse dans 10% des cas et le colon droit dans 15% des cas. L'optimisation a porté sur (i) la taille du fragment de la pièce opératoire et/ou de la biopsie, (ii) la standardisation des conditions de digestion mécanique (iii) le panel d'anticorps avec l'utilisation de l'anticorps CD45 pour un « gating » optimal et (iv) le nombre de lymphocytes à marquer.

Les résultats des marquages montrent un pourcentage de leucocytes CD45+ deux fois plus élevé dans le tissu tumoral que dans les tissus sains. Le pourcentage moyen était respectivement égal à 4,9% et à 12,03%. Par ailleurs, la proportion de cellules CD3+, CD3+CD4+ et CD3+CD8+ était plus importante au niveau des tissus tumoraux, témoignant d'une infiltration lymphocytaire. Ainsi, la population CD4+ infiltrant la tumeur est plus abondante que celle des CD8+.

Conclusion : Le cancer colorectal reste une morbi-mortalité élevée. Cela est souvent dû aux retards dans la prise en charge des patients. Nos investigations montrent que le caractère immuno-phénotypique des TILs permet d'améliorer le pronostic des CCR. Cette étude qui a permis de standardiser les protocoles de digestion mécanique et d'immuno-marquage des lymphocytes, est en cours et se poursuit sur un nombre de patients plus important, groupés selon la localisation de la tumeur.

Remerciements : Ce travail a été co-financé par les fonds propres du laboratoire des venins et biomolécules thérapeutique de l'IPT, le laboratoire d'immunologie clinique de l'IPT, le laboratoire d'hématologie de l'IPT et le projet de recherche fédérée PRFD4P1.

Références Bibliographiques : Arfa N, Hamdani I, Gharbi L, Ben Abid S, Ghariani B, Mannai S, et al. Survie et facteurs pronostiques des adénocarcinomes colorectaux : étude analytique uni- et multifactorielle de 150 cas. *Ann Chir. févr 2006;131(2):104-11.*

Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries: *Global Cancer Statistics 2018.* *CA Cancer J Clin*

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000404>

P.416

Prévalence, implication clinique et valeur pronostique de la lymphopénie pré-thérapeutique au cours des cancers colorectaux

M. Ayari ⁽¹⁾, H. Kchir ⁽¹⁾, D. Cherif ⁽¹⁾, D. Issaoui ⁽¹⁾, H. Chaabouni ⁽¹⁾, N. Maamouri ⁽¹⁾
(1) Tunis, TUNISIE.

Introduction : Le cancer colorectal est actuellement le cancer digestif le plus fréquent posant un véritable problème de santé publique. Le pronostic dépend du stade initial, de l'envahissement locorégional ou à distance mais aussi de la dysfonction du système immunitaire. BUT : Déterminer la prévalence et la valeur pronostique de la lymphopénie pré-thérapeutique au cours des cancers colorectaux (CCR).

Patients et Méthodes : Etude rétrospective colligeant les patients hospitalisés pour CCR entre 2010 et 2018. Les données clinico-biologiques, radiologiques, histologiques et thérapeutiques ont été analysées pour chaque patient. Les patients ayant eu une chimiothérapie ont été exclus. La lymphopénie était définie par un seuil < 1500/mm3.

Résultats : Quatre-vingt-dix patients ont été inclus. Il s'agissait de 52 hommes et 38 femmes, soit un sex-ratio (H/F) de 1.3. L'âge moyen était de 62 ans (extrêmes 31-84 ans). La symptomatologie clinique était dominée par les rectorragies (53%), une modification récente du transit dans (34%), et des douleurs abdominales (31%). Une altération de l'état général était constatée dans 55 cas (61%). La localisation de la tumeur primitive était rectale dans 57% des cas et colique dans 43% des cas. Une élévation du taux de antigène carcino-embryonnaire (ACE) était observée chez 30% des patients. Il s'agissait d'adenocarcinome libérkhünien dans la majorité des cas. 27 patients présentaient une lymphopénie pré-thérapeutique, soit une prévalence de 31%. Parmi eux 70% (N=19) avaient des métastases au moment du diagnostic (hépatiques N=11, pulmonaire N=4, péritonéale N=2, ovarienne N=1, cérébrale N=1) contre 10% chez les patients non lymphopéniques. La présence d'une lymphopénie était donc significativement associée à la présence de métastases ($p < 0.001$). Par ailleurs l'indice de performance statut de l'OMS était ≤ 1 dans 78% des patients ayant un taux normal de lymphocytes contre 36% chez les patients présentant une lymphopénie ($p=0.02$).

Conclusion : La lymphopénie représente un facteur pronostique péjoratif dans les CCR. Sa forte corrélation avec la présence de métastases fait de la numération lymphocytaire un outil facile, peu coûteux et accessible pour une première évaluation du pronostic des CCR.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000333>

P.417

Tolérance et efficacité du régorafenib administré chez des patients ayant un cancer colorectal métastatique (CCRM) : résultats de l'analyse finale de l'étude prospective observationnelle CORRELATE

M. Ducreux ⁽¹⁾, S. Kim ⁽²⁾, D. Genet ⁽³⁾, L.M. Dourthe ⁽⁴⁾, C. Ligeza ⁽⁵⁾, D. Tougerson ⁽⁶⁾, P. Laplaige ⁽⁷⁾, L. Miglianico ⁽⁸⁾, N. Bonichon-Lamichhane ⁽⁹⁾, M. Jary ⁽²⁾, H. Perrier ⁽¹⁰⁾, F. Bocard ⁽¹¹⁾, V. Bourgeois ⁽¹²⁾, P. Artru ⁽¹³⁾, R. Guimbaud ⁽¹⁴⁾, J.P. Metges ⁽¹⁵⁾

(1) Villejuif ; (2) Besançon ; (3) Limoges ; (4) Strasbourg ; (5) Saint-Nazaire ; (6) Poitiers ; (7) La Chaussée-Saint-Victor ; (8) Saint-Grégoire ; (9) Bordeaux ; (10) Marseille ; (11) Nancy ; (12) Boulogne-sur-Mer ; (13) Lyon ; (14) Toulouse ; (15) Brest.

Introduction : Il a été montré dans deux études randomisées de phase III (CORRECT, CONCUR) que le régorafenib augmentait significativement la survie globale des patients ayant un CCRM, par rapport au placebo. La posologie recommandée dans le cadre de l'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) est de 160 mg une fois par jour pendant 3 semaines, suivies d'une semaine de pause. CORRELATE (NCT02042144) avait pour objectifs de décrire la tolérance et l'efficacité du régorafenib administré dans la pratique quotidienne à des patients ayant un CCRM. Sont présentés ici les résultats de l'analyse finale des données de cette étude.

Patients et Méthodes : Cette étude prospective, observationnelle a été réalisée dans 13 pays en Europe, Amérique Latine et en Asie, et concernait des patients ayant un CCRM, qui avaient préalablement reçu les traitements standards et auxquels le régorafenib qui devait être administré dans le cadre de son AMM, avait été proposé par leur oncologue référent, avant toute décision d'inclusion. Des interruptions de traitement et/ou des diminutions de la posologie pouvaient s'avérer nécessaires en fonction de la tolérance individuelle. Le critère principal d'évaluation concernait l'incidence de survenue des effets indésirables (EI) sous traitement (NCI-CTCAE v4.03). Les critères secondaires incluaient la survie globale (SG), la survie sans progression (SSP) et le taux de contrôle de la maladie (TCM).

Résultats : 1037 patients (hommes/femmes : 61%/39%) ont reçu le traitement. L'âge médian à l'inclusion était de 65 ans (extrêmes : 24-93). La plupart des patients avaient un indice de performance ECOG de 0-1 (87%) ; 6% avaient un indice de 2-4. 56% des patients avaient une tumeur mutée KRAS, alors que 37% avaient une tumeur exprimant le gène KRAS de type sauvage. Les localisations métastatiques les plus fréquentes étaient hépatiques (72%) et pulmonaires (57%). La durée médiane de traitement a été de 2,5 mois (extrêmes : 0,03-29,5). La dose initiale administrée de régorafenib a été de 160 mg chez 57% des patients, 120 mg chez 30% et de 80 mg chez 12%. Une diminution de la posologie a été nécessaire chez 40% des patients ; une interruption du traitement a été observée chez 48%, et, pour 35% des patients, aucune modification de la posologie n'a été nécessaire.

Des EI de tous grades ont été observés sous traitement chez 95% des patients ; 80% des patients ont eu au moins un EI lié au traitement. 62% des patients ont eu au moins un EI sous traitement de grade ≥ 3 , et pour 36% des patients, il a été considéré comme lié au traitement. Les EI sous traitement de grade ≥ 3 , les plus fréquents ont été la fatigue (10%), l'hypertension (8%) et le syndrome main-pied (SMP) (7%). Les incidences des EI liés ont été de 9% (fatigue), 7% (SMP) et 6% (hypertension). Des EI sous traitement de grade 5 ont été observés chez 17% des patients et ont été considérés comme étant liés au traitement chez 1% des patients.

La durée médiane de a été de 7,6 mois (intervalle de confiance à 95% [IC95%] : 7,1 – 8,2) et la SSP médiane de 2,8 mois (IC95% : 2,6 – 2,8). Le TCM a été de 21% (évaluation radiologique) avec une réponse partielle comme meilleure réponse, dans 3,1% des cas.

Conclusion : Dans cette étude observationnelle, de 'vraie vie', la nature des EI a été en général, cohérente avec le profil connu de tolérance du régorafenib dans le CCRM,

même si les incidences rapportées pour certains EI ont été inférieures à celles observées dans les essais cliniques interventionnels. La dose initiale a été inférieure à 160 mg/jour chez près de la moitié des patients. Les durées médianes de SG et de SSP étaient similaires à celles des études de phase III réalisées dans cette indication.

Remerciements : Remerciements à l'ensemble des patients et des investigateurs de l'étude CORRELATE

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000525>

P.418

L'introduction retardée de l'anti-EGFR est-elle inférieure à l'utilisation immédiate d'un anti-VEGF en 1ère ligne de traitement des cancers colorectaux métastatiques RAS/RAF sauvages ? Résultats finaux de l'étude AGE0 multicentrique "WAIT or ACT"

L.J. Palmieri ⁽¹⁾, L. Mineur ⁽²⁾, D. Tougeron ⁽³⁾, B. Rousseau ⁽⁴⁾, V. Granger ⁽⁵⁾, J.M. Gornet ⁽¹⁾, D. Smith ⁽⁴⁾, A. Lièvre ⁽⁶⁾, M.P. Galais ⁽⁷⁾, S. Doat ⁽¹⁾, S. Pernot ⁽¹⁾, A.L. Bignon ⁽⁷⁾, J.P. Metges ⁽⁸⁾, N. Baba Hamed ⁽¹⁾, S. Obled ⁽⁹⁾, C. Vitellius ⁽¹⁰⁾, O. Bouché ⁽¹¹⁾, L. Saban-Roche ⁽¹²⁾, B. Buecher ⁽¹⁾, G. des Guetz ⁽¹³⁾, C. Locher ⁽¹⁴⁾, I. Trouilloud ⁽¹⁾, J. Henriques ⁽¹⁵⁾, R. Coriat ⁽¹⁾

(1) Paris ; (2) Avignon ; (3) Poitiers ; (4) Bordeaux ;

(5) Grenoble ; (6) Rennes ; (7) Caen ; (8) Brest ;

(9) Nîmes ; (10) Angers ; (11) Reims ; (12) Saint-Priest-

en-Jarez ; (13) Limoges ; (14) Meaux ; (15) Besançon.

Introduction : En 1ère ligne de traitement des patients en bon état général avec un cancer colorectal métastatique (CCRM) non résecable RAS sauvage, une bi-chimiothérapie associée soit à un anti-VEGF (Vascular Endothelial Growth Factor), soit à un anti-EGFR (Epidermal Growth Factor Receptor), est une des options thérapeutiques les plus couramment utilisées. Deux études randomisées prospectives de phase III ont comparé ces deux schémas (1,2), sans trouver de différence significative en terme de survie sans progression (SSP).

Le délai moyen de rendu de résultat pour l'analyse du statut RAS en France est de 25 jours (3). Ainsi, parfois le statut RAS n'est pas connu au 1^{er} cycle de la chimiothérapie et la thérapie ciblée est introduite ultérieurement, à réception de celui-ci, c'est-à-dire au 2^{ème} ou 3^{ème} cycle.

L'objectif de cette étude était d'évaluer la stratégie de bi-chimiothérapie avec introduction retardée de l'anti-EGFR, comparée à l'introduction immédiate de l'anti-VEGF dès le 1^{er} cycle.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une cohorte rétrospective de 2013 à 2016, multicentrique (28 centres) via l'Association des Gastro-entérologues Oncologues (AGEO). Tous les patients consécutifs avec un CCRM non résecable, traités entre le 01/01/2013 et le 30/09/2016, RAS et BRAF sauvages ont été inclus. Ils devaient avoir reçu en 1ère ligne: une bi-chimiothérapie avec soit un anti-VEGF introduit dès le 1^{er} cycle, soit un anti-EGFR introduit au 2^{ème} ou 3^{ème} cycle (stratégie anti-EGFR retardé), jusqu'à progression, ou toxicité limitante.

Le critère de jugement principal était la SSP. Les secondaires étaient la survie globale (SG) et le taux de réponse objective. Les survies ont été estimées par la méthode de Kaplan-Meier et comparées par le test du Log-Rank. Les hazard ratios (HR) et leurs intervalles de confiance à 95% (IC95%) ont été estimés par des modèles de Cox et pondérés par un score de propension afin de limiter les biais potentiels dus aux différences éventuelles entre les deux groupes.

Résultats : Au total, 262 patients ont été inclus, dont 129 dans le groupe anti-VEGF et 133 dans le groupe anti-EGFR retardé. L'anti-EGFR a été introduit au 2^{ème} (n=92) et 3^{ème} (n=40) cycle dans 69% et 31% des cas, respectivement. Le suivi médian était de 37,9 mois. Le délai médian d'analyse du statut RAS, de la demande jusqu'à réception du résultat, était de 19 jours (q1-q3: 13-26).

L'âge moyen était de 62,8 ans ; il y avait 62% d'hommes. Le groupe anti-VEGF comprenait, comparativement au groupe anti-EGFR, plus d'hommes (68% contre 56%, p=0,0484), et plus de sites métastatiques (>2 sites: 15% versus 9%, p=0,0194).

La stratégie anti-EGFR retardés était associée à une meilleure SSP comparativement à la stratégie anti-VEGF immédiats: 13,8 versus 11,0 mois, p= 0,0244. Le score de propension incluait le nombre de sites métastatiques et un traitement adjuvant éventuel. Ainsi, après pondération, la stratégie anti-EGFR retardés était toujours associée à une meilleure SSP: HR 0,74, IC95% [0.61 – 0.90], p= 0,0024.

La SG n'était pas différente entre les deux bras (30,5 pour la stratégie anti-VEGF immédiats versus 29,9 mois pour la stratégie anti-EGFR retardés, p= 0,3934), même après

pondération (HR 0,86, IC95% [0,69 – 1,08], $p = 0,024$). Il y avait un meilleur taux de réponse tumorale objective avec la stratégie anti-EGFR retardés: 66,7% contre 45,6%, $p = 0,0007$.

Conclusion : L'introduction retardée des anti-EGFRs, en attendant le statut RAS, n'était pas associée à une diminution de la SSP et de la SG, par rapport à l'introduction immédiate d'un anti-VEGF avec la chimiothérapie. Il a été mis en évidence dans le groupe anti-EGFR retardés un bénéfice significatif en SSP et un meilleur taux de réponse objective.

Références Bibliographiques : (1) Venook AP, Niedzwiecki D, Lenz H-J, et al. Effect of First-Line Chemotherapy Combined With Cetuximab or Bevacizumab on Overall Survival in Patients With KRAS Wild-Type Advanced or Metastatic Colorectal Cancer: A Randomized Clinical Trial. *JAMA* 2017;317(23):2392–401.

(2) Heinemann V, von Weikersthal LF, Decker T, et al. FOLFIRI plus cetuximab versus FOLFIRI plus bevacizumab as first-line treatment for patients with metastatic colorectal cancer (FIRE-3): a randomised, open-label, phase 3 trial. *Lancet Oncol* 2014;15(10):1065–75.

(3) Lièvre A, Merlin J-L, Sabourin J-C, et al. RAS mutation testing in patients with metastatic colorectal cancer in French clinical practice: A status report in 2014. *Digestive and Liver Disease* 2018; 50(5):507-12.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000041>

P.419

Sécurité d'emploi et efficacité de trifluridine/tipiracil chez des patients atteints de cancer colorectal métastatique (CCRM) préalablement traités : résultats préliminaires de l'étude de phase 3b internationale PRECONNECT

F. Portales⁽¹⁾, A. Falcone⁽²⁾, T. André⁽³⁾, J. Edeline⁽⁴⁾, E. François⁽⁵⁾, J. Taïeb⁽³⁾, J.M. Phelip⁽⁶⁾, T. Price⁽⁷⁾, M. Becquart⁽³⁾, S. Moreno⁽³⁾, N. Mounedji⁽³⁾, E. Van Cutsem⁽⁸⁾, J.F. Seitz⁽⁹⁾

(1) Montpellier ; (2) Pise, ITALIE ; (3) Paris ; (4) Rennes ; (5) Nice ; (6) Saint-Priest-en-Jarez ; (7) Woodville South, AUSTRALIE ; (8) Louvain, BELGIQUE ; (9) Marseille.

Introduction : Trifluridine/tipiracil (FTD/TPI) est approuvé en L3 du CCRM suite aux résultats de l'étude de phase III RECOURSE (Mayer et al. *N Engl J Med* 2015;372:1909-19) montrant que FTD/TPI améliore significativement la survie globale (SG) et la survie sans progression (SSP) versus placebo. En octobre 2016, une étude internationale de phase 3b, PRECONNECT, a été initiée chez des patients avec un CCRM pour évaluer la tolérance et l'efficacité de la FTD/TPI en pratique courante (NCT03306394).

Patients et Méthodes : Les patients inclus dans PRECONNECT présentaient un CCRM histologiquement prouvé, en échec ou non éligibles aux CT cytotoxiques et aux Ac antiEGFR, avec un ECOG PS de 0 ou 1. Les patients étaient traités par FTD/TPI à la dose initiale de 35 mg/m² deux fois par jour, per os, de J1 à J5 puis de J8 à J12 (J1=J28). Les patients ont été suivis jusqu'à leur sortie d'étude. Les critères de sorties d'étude incluaient la progression de la maladie, une toxicité inacceptable et la disponibilité commerciale de la FTD/TPI. Le critère primaire était l'évaluation de la tolérance et les critères secondaires incluaient l'évaluation de la SSP.

Résultats : Une cohorte de 462 patients venant de 10 pays a reçu au moins une dose de FTD/TPI à la date limite du 1^{er} novembre 2017. L'âge médian était de 64 ans (écart 28-87) ; 63,6 % étaient des hommes ; 46,5 % étaient âgés d'au moins 65 ans. Sur les 450 patients évaluable, 46 % et 54 % avaient un ECOG PS respectivement de 0 et 1 à l'inclusion. Une mutation RAS était présente chez 52,2 % des patients. La tumeur primitive était située à gauche dans 62,8 % des cas et à droite dans 24,5 % des cas (non spécifiée dans 12,8 % des cas). Avant le début de l'étude, plus de 94 % des patients ont reçu une fluoropyrimidine et/ou de l'oxaliplatine et/ou de l'irinotécan, alors que respectivement 83% et 41 % ont reçu un anti-VEGF et un anti-EGFR et seulement 35 % des patients ont reçu du regorafenib. Des événements indésirables (EI) sous traitement ont été rapportés chez 92,4 % des patients. Ils étaient reliés au traitement dans 74,5 % des cas ; les plus courants étaient une neutropénie, des nausées et diarrhées survenant respectivement chez 49,5 %, 27,7 %, et 20,6 % des patients. Des EI de grade ≥ 3 reliés au traitement ont été rapportés chez 48,6 % des patients ; les EI hématologiques les plus courants étaient : neutropénie (38 %), anémie (7,1%), neutropénie fébrile (1,7 %), et thrombocytopénie (1,3 %) alors que les EI non hématologiques les plus courants étaient : diarrhée (3,5 %) et fatigue (2,2 %). À la date limite, 29 patients restaient sous traitement (6,2 %). Sur les 435 patients sortis d'étude, 77,4 % l'ont été pour progression de la maladie, 6,7 % pour EI et 6,4 % pour manque de disponibilité commerciale de l'association FTD/TPI. La durée médiane de traitement par FTD/TPI et le nombre de cycles sous traitement étaient respectivement de 12,9 semaines (écart 2-48) et de 3 (écart 1-12). La dose délivrée relative médiane était de 89 % de la dose théorique. La dose de FTD/TPI a été diminuée pour EI chez 8 % des patients, principalement en raison d'une neutropénie (2,8 %). Chez les 414 patients traités avec évaluation morphologique post-traitement renseignée, la SSP médiane était de 3,2 mois (IC 95 % 2,8-3,4) et le taux de contrôle de la maladie était de 41,1 % (IC95 % 36,3-46). La durée médiane de détérioration de l'ECOG PS ≥ 2 était de 8,7 mois.

Conclusion : Les données préliminaires de tolérance et d'efficacité sur cette large cohorte de patients inclus hors USA et Japon font de FTD/TPI, conformément aux données issues des essais thérapeutiques, valident la place de FTD/TPI comme option thérapeutique efficace du CCRM réfractaire aux thérapeutiques usuelles.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000675>

Immuno-TEP préciblée avec l'anticorps bispécifique anti-ACE et le peptide IMP-288 marqué au gallium-68 pour l'imagerie des métastases de cancers colorectaux

Y. Touchefeu ⁽¹⁾, C. Bailly ⁽¹⁾, E. Frampas ⁽¹⁾, T. Eugène ⁽¹⁾, C. Rousseau ⁽²⁾, A. Faivre-Chauvet ⁽¹⁾, A. Rauscher ⁽²⁾, E. Cerato ⁽¹⁾, T. Carlier ⁽¹⁾, D. Goldenberg ⁽³⁾, C. Bodet-Milin ⁽¹⁾, F. Kraeber-Bodere ⁽¹⁾

(1) Nantes ; (2) Saint-Herblain ; (3) Morris Plains, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE.

Introduction : L'immuno-TEP (iTEP) utilisant le système de préciblage avec l'anticorps bispécifique TF2 anti-antigène carcinoembryonnaire (ACE) et anti-histamine-succinyl-glycine (HSG) et le peptide IMP-288 marqué au Gallium-68 avait une meilleure sensibilité que le TEP-FDG pour la détection des métastases hépatiques dans un modèle murin de cancer colorectal (CCR) (1). **L'objectif de notre étude** était de confirmer ces données chez l'homme et ainsi de comparer les performances de l'immuno-TEP à celle du bilan conventionnel pour la détection des métastases des CCR.

Patients et Méthodes : Onze patients pour lesquels un bilan d'imagerie de métastases de CCR potentiellement accessibles à un traitement curateur (chirurgie d'exérèse ou thermoablation), avec élévation sérique de l'ACE (10 patients [5,6-365ng/ml]) et/ou expression d'ACE en immunohistochimie sur biopsie tumorale (1 patient) ont été inclus. 10 patients ont été inclus au moment de la récurrence du CCR et 1 patient au diagnostic initial. Tous les patients ont bénéficié d'une iTEP 60min après l'injection de 150 MBq de 68Ga-IMP288 pré-ciblée par 120 nmol de TF2 injecté 30 h plus tôt. Le bilan conventionnel d'imagerie comprenait un TDM thoraco-abdomino-pelvien (TDM-TAP), une échographie et IRM hépatiques et une TEP-FDG. Le gold standard (GS) était l'histologie et/ou le suivi évolutif et/ou la visualisation d'une lésion par au moins 2 modalités d'imagerie différentes.

Résultats : Selon une analyse par patients, l'iTEP était positive chez 9/11 patients. Les 2 patients négatifs étaient respectivement 1 faux négatif (métastase pulmonaire unique non fixante) et un vrai négatif (sarcoïdose médiastino-pulmonaire et patient considéré comme non progressif sur le bilan conventionnel avec ACE stable à 3 mois). Selon une analyse par lésions, 15 lésions visualisées par l'iTEP ont été considérées comme positives selon le GS. Les sensibilités, spécificités, valeurs prédictives positives, valeur prédictive négatives étaient respectivement de 82%, 25%, 82% et 25% pour le bilan morphologique (TDM TAP+échographie +IRM hépatique), 76%, 67%, 87% et 33% pour la TEP-FDG et 88%, 100%, 100%, 67% pour l'iTEP. Le résultat de l'iTEP avait eu un impact thérapeutique chez 2 patients : résection chirurgicale de métastases hépatiques multiples chez un patient et modification de la chirurgie chez un autre patient (exérèse chirurgicale de la rechute pariétale (lésion iTEP +) sans intervention sur une suspicion de récurrence locale de cancer rectal (lésion iTEP-), confirmée comme étant une lésion bénigne dans le suivi (fistule anastomotique inflammatoire).

Conclusion : Ces résultats démontrent l'impact potentiel de l'iTEP utilisant l'anticorps anti-ACE pré-ciblé pour le bilan d'extension des métastases de CCR avec des valeurs de sensibilité et de spécificité qui semblent supérieures à celles du bilan morphologique et de la TEP-FDG.

Remerciements : (1) Foubert F, Gouard S, Saï-Maurel C, Chérel M, Faivre-Chauvet A, Goldenberg DM, Barbet J, Bailly C, Bodet-Milin C, Carlier T, Kraeber-Bodéré F, Touchefeu Y, Frampas E. Sensitivity of pretargeted immunoPET using 68Ga-peptide to detect colonic carcinoma liver metastases in a murine xenograft model: Comparison with 18FDG PET-CT. Oncotarget. 2018 Jun 8;9(44):27502-27513

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000474>

FOLFIRINOX avant hépatectomie pour MHCCR : impact sur l'évolution postopératoire immédiate ? Résultats d'une étude cas-témoins (étude FRENCH)

M. Gelli ⁽¹⁾, B. Suc ⁽²⁾, G. Passot ⁽³⁾, P. Bucur ⁽⁴⁾, P. Ortega-Deballon ⁽⁵⁾, M.A. Allard ⁽¹⁾, P. Pessaix ⁽⁶⁾, L. Schwarz ⁽⁷⁾, A. Abdelrafée ⁽⁸⁾, M. Razafimanahana ⁽⁸⁾, S. Benoist ⁽⁸⁾, D. Goéré ⁽¹⁾

(1) Villejuif ; (2) Toulouse ; (3) Lyon ; (4) Tours ; (5) Dijon ; (6) Strasbourg ; (7) Rouen ; (8) Le Kremlin-Bicêtre.

Introduction : Le but de ce travail était d'analyser l'évolution postopératoire immédiate des patients opérés de métastases hépatiques colorectales (MHCCR) après trichimiothérapie (Folfinirox) systémique

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective multicentrique. Les patients opérés après Folfinirox (groupe FF) étaient appariés à un groupe contrôle de patients opérés après Folfox et/ou Folfiri (groupe F). Les critères d'appariement étaient le nombre de cycles de chimiothérapie préopératoire (< ou > 6), le BMI (< vs > 25), le type d'hépatectomie (mineure vs majeure), la réalisation d'une anastomose digestive (oui vs non).

Résultats : Entre 2006 et 2018, 92 patients opérés après Folfinirox étaient appariés à 301 patients opérés après bi-chimiothérapie. Le nombre de cures de chimiothérapie préopératoire médian était de 6.6 ± 3.4 et 7.4 ± 4.2 ($p=0.079$). Une hépatectomie majeure était réalisée chez 43.5 et 33.6% ($p=0.08$) des patients, une anastomose digestive chez 18.6 et 23.2% ($p=0.37$) des patients. La morbidité globale à 30 et 90 jours était similaire dans les 2 groupes (43.3 vs 37.9%, $p=0.357$). Le taux de complications majeures à 30 jours était de 13.6 et 18% dans le groupe FF et F, respectivement ($p=0.352$). Le taux de complications majeures à 90 jours ne différait pas entre les 2 groupes ($p=0.947$). Sept patients sont décédés ($n=1$ groupe FF et $n=6$ groupe F).

Conclusion : En conclusion, une chimiothérapie par Folfinirox avant résection de MHCCR ne semble pas impacter négativement l'évolution postopératoire à 90 jours, comparativement aux patients opérés après une chimiothérapie de type Folfox ou Folfiri.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000907>

P.422

Étude de phase II évaluant l'association trifluridine/tipiracil + bévaccizumab et capécitabine + bévaccizumab chez des patients atteints d'un cancer colorectal métastatique (CCRm) non résecable en première ligne et non éligibles pour un traitement intensif

C. Borg ⁽¹⁾, L.K.K. ⁽²⁾, V. Moiseenko ⁽³⁾, M. Saunders ⁽⁴⁾, H. Wasan ⁽⁵⁾, G. Argiles ⁽⁶⁾, G. Creemers ⁽⁷⁾, M. Fedyanin ⁽⁸⁾, R. Glynne-Jones ⁽⁹⁾, P. Pfeiffer ⁽¹⁰⁾, C. Punt ⁽¹¹⁾, D. Stroyakovskiy ⁽¹²⁾, T.A. Ten D.W.A. Van ⁽¹³⁾, A. Kanehisa ⁽¹⁴⁾, R. Fougeray ⁽¹⁵⁾, N. Lopez Busto ⁽¹⁴⁾, N. Amellal ⁽¹⁴⁾, E. Van Cutsem ⁽¹⁵⁾

(1) Besançon ; (2) Gdynia, POLOGNE ; (3) Saint-Petersbourg, RUSSIE ; (4) Cambridge, ANGLETERRE ; (5) Londres, ANGLETERRE ; (6) Barcelone, ESPAGNE ; (7) Eindhoven, PAYS-BAS ; (8) Moscou, RUSSIE ; (9) Northwich, ANGLETERRE ; (10) Odense, DANEMARK ; (11) Amsterdam, PAYS-BAS ; (12) Bréda, PAYS-BAS ; (13) Venlo, PAYS-BAS ; (14) Suresnes ; (15) Louvain, BELGIQUE.

Introduction : L'association trifluridine/tipiracil (TT), connue aussi sous le nom de TAS-102, est une nouvelle chimiothérapie autorisée chez des patients atteints d'un cancer colorectal métastatique (CCRm) réfractaire ou non candidat aux traitements standards. Une étude de phase I/II a évalué l'association de trifluridine/tipiracil et de bévaccizumab chez des patients atteints d'un CCRm, réfractaires aux traitements standards et a montré une activité antitumorale encourageante pour une toxicité acceptable et gérable (C-TASK FORCE) (Kuboki Y et al Lancet Oncology, 2017). Ces résultats prometteurs ont conduit à la mise en place d'une étude de phase II internationale non comparative, TASCO1, pour évaluer l'efficacité et la sécurité d'emploi de l'association trifluridine/tipiracil + bévaccizumab (TT-B) et capécitabine + bévaccizumab (C-B) chez des patients atteints d'un CCRm non résecable, non éligibles pour un traitement standard de première ligne.

Patients et Méthodes : Les patients atteints d'un CCRm en première ligne, non candidats pour une chimiothérapie intensive à base d'oxaliplatine ou irinotécan et ne pouvant pas recevoir de traitement de chimiothérapie intensive selon l'avis de l'investigateur, ont été randomisés (dans un rapport 1 : 1 ; stratifiés par statut RAS, performance ECOG et pays) pour recevoir trifluridine/tipiracil (35 mg/m² par voie orale deux fois par jour aux jours 1-5 puis aux jours 8-12 de chaque cycle de traitement de 28 jours) plus bévaccizumab (5 mg/kg aux jours 1 et 15 d'un cycle de traitement de 28 jours) ou capécitabine (1 250 ou 1 000 mg/m²/dose deux fois par jour aux jours 1-14 d'un cycle de traitement de 21 jours) plus bévaccizumab (7,5 mg/kg au jour 1 d'un cycle de traitement de 21 jours).

Résultats : Le critère primaire est la survie sans progression, le critère secondaire comprend la survie globale, la sécurité d'emploi et la qualité de vie évaluée par les questionnaires EORTC QLQ-C30 et QLQ-CR29.

Conclusion : Les résultats concernant les critères principaux de l'étude TACO1 seront présentés.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000683>

P.423

Impact de la latéralité de la tumeur primitive chez des patients traités par cétuximab en première ligne métastatique d'un cancer colorectal (CCRm)

F. Roulet ⁽¹⁾, A. Gouverneur ⁽²⁾, M. Rouyer ⁽²⁾, E. François ⁽³⁾, A. Sa Cunha ⁽⁴⁾, P. Noize ⁽²⁾, N. Moore ⁽²⁾, C. Droz-Perroteau ⁽²⁾, A. Fourrier-Réglat ⁽²⁾, A. Monnerieu ⁽²⁾, D. Smith ⁽²⁾

(1) Pessac ; (2) Bordeaux ; (3) Nice ; (4) Villejuif.

Introduction : Dans le CCRm, les caractéristiques clinico-biologiques et moléculaires diffèrent selon la localisation de la tumeur primitive et le pronostic semble meilleur pour les tumeurs du colon gauche. Toutefois, les recommandations officielles actuelles ne prennent pas en compte la latéralité dans la prise en charge thérapeutique des CCRm. **L'objectif de notre étude** était d'évaluer en situation réelle de soins l'impact de la latéralité sur l'efficacité du Cétuximab utilisé en première ligne.

Matériels et méthodes : EREBUS est une étude de cohorte française, multicentrique, en situation réelle de soins incluant des patients atteints de CCRm non résecables d'emblée et ayant débuté un traitement par Cétuximab en première ligne métastatique entre janvier 2009 et décembre 2010. L'étude n'incluait que les patients de statut RAS sauvage étendu. Les analyses étaient stratifiées selon la localisation de leur tumeur primitive : droite (du caecum au colon transverse) ou gauche/rectum (en aval de l'empreinte splénique). Les critères de jugement étaient le taux de résection secondaire des métastases, le taux de réponse globale à 24 mois, la survie sans progression à 12 mois et la survie globale à 36 mois.

Résultats : Au total 248 patients étaient inclus (colon droit (CCRD) : 55, colon gauche/rectum (CCRG) : 193). Les CCRD étaient plus souvent associés à une mutation BRAF, à des métastases de localisation péritonéale et à la présence d'une anémie. Les métastases des CCRG étaient plus souvent de localisation hépatique exclusive par rapport aux CCRD. La médiane de survie était significativement plus longue chez les patients avec un CCRG (29,1 mois) comparée à ceux ayant un CCRD (15,7 mois) ($p=0,0007$). Le taux de réponse tumorale était significativement plus élevé dans le groupe CCRG (66,8% vs 25,5% dans le groupe CCRD) ($p<0,0001$), comme le taux de résection secondaire des métastases (31,1% de la cohorte totale : 35,8% dans le groupe CCRG vs 14,6% dans le groupe CCRD, $p=0,0027$). La survie sans progression n'était pas différente entre les 2 groupes (10,1 vs 8,1 ; $p=0,0923$). La localisation colique droite était associée à un moins bon pronostic en analyse univariée ($RR=1,95$) mais cette association n'était pas statistiquement significative en multivariée. En analyse multivariée, le score ECOG ≥ 2 ($RR=2,76$), une anémie au diagnostic ($RR=1,91$), une tumeur peu différenciée ($RR=3,5$), la mutation BRAF ($RR=3,43$) et l'absence de chirurgie des métastases ($RR=4,17$) étaient associés à un moins bon pronostic. Dans l'analyse en sous-groupes, en l'absence de résection la survie était meilleure dans les CCRG (21,4 mois [17,8 - 26,3] vs 13,5 mois [6,2 - 18,2], NS), les plus longues survies sont observées pour les groupes réséqués de leurs métastases quelle que soit la localisation de la tumeur primitive (probabilité de survie à 36 mois pour CCRG de 73,3% [61,0 - 82,3] vs 62,5% [22,9 - 86,1]).

Conclusion : Dans l'étude EREBUS, restreinte à la population tout RAS sauvage, la survie globale des patients atteints de CCRG est supérieure à la survie des patients CCRD. La localisation de la tumeur primitive n'apparaît toutefois pas comme un facteur pronostique indépendant. Les taux de réponse objective et de résection secondaire des métastases sont significativement supérieurs chez les patients CCRG suggérant que le Cétuximab en première ligne métastatique serait plus efficace dans ce groupe.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000887>

Aflibercept en association avec FOLFIRI en première ligne thérapeutique chez les patients atteints d'un cancer colorectal métastatique (CCRm) : une étude multicentrique de phase II

A. Lapeyre-Prost ⁽¹⁾, S. Pernot ⁽¹⁾, J. Sigrand ⁽²⁾, F. Mary ⁽³⁾, K. Le Malicot ⁽⁴⁾, T. Aparicio ⁽¹⁾, L. Dahan ⁽²⁾, F.X. Caroli-Bosc ⁽⁶⁾, T. Lecomte ⁽⁶⁾, S. Doat ⁽¹⁾, L. Marthey ⁽⁷⁾, J. Desrame ⁽⁸⁾, C. Lepage ⁽⁴⁾, J. Taieb ⁽¹⁾

(1) Paris ; (2) Marseille ; (3) Bobigny ; (4) Dijon ;

(5) Angers ; (6) Tours ; (7) Clamart ; (8) Lyon.

Introduction : L'association FOLFIRI (5FU / leucovorine / irinotécan) + aflibercept améliore significativement la survie globale (SG), la survie sans progression (SSP) et le taux de réponse objective chez les patients atteints de cancer colorectal métastatique (CCRm) préalablement traités. L'objectif de cette étude était d'étudier l'efficacité et la tolérance de la combinaison aflibercept + FOLFIRI en première ligne de traitement chez des patients atteints de CCRm.

Patients et Méthodes : Nous avons conduit un essai multicentrique de phase II. Les patients ayant un CCRm prouvé histologiquement naïfs de tout traitement recevaient de l'aflibercept en association au FOLFIRI tous les 14 jours jusqu'à progression ou toxicité inacceptable. Le critère de jugement principal était le taux de SSP après 6 mois. Les critères d'évaluation secondaires étaient la SSP, la SG et la tolérance. Un modèle de Simon en deux étapes a été utilisé avec H0: 55% et H1: 75%, respectivement (α unilatéral = 5%, 1- β = 90%). Les données ont été analysées en intention de traiter. L'étude a été interrompue à la première étape car le critère de jugement de l'étude n'a pas été atteint. Nous présentons ici les résultats finaux de l'étude sur la totalité des patients inclus.

Résultats : 41 patients ont été inclus et 40 analysés (1 retrait de consentement) dans 9 centres français entre 10/2014 et 02/2017. L'âge médian était de 65 ans (46-81), 42% étaient des hommes, 55% avaient au minimum deux sites métastatiques. L'OMS était de 0 pour 40% des patients et 1 pour 55% d'entre eux. Vingt-deux patients (54,5%, IC à 95% [38,9; 69,5]) étaient vivants et non progressifs à 6 mois. Le suivi médian était de 34 mois (IC à 95% [20,9; 35,7]). Le taux de réponse objective (RECIST) était de 55% (IC à 95% [38,5; 70,7]) et le taux de contrôle de la maladie était de 80% (IC à 95% [64,3; 90,9]). La durée médiane du traitement était de 5,3 mois, la SSP médiane et la SG étaient respectivement de 8,2 et 18,6 mois. Les effets indésirables de grade 3 ou 4 étaient principalement : mucite (15%), diarrhée (12,5%), douleurs abdominales (12,5%), hypertension (17,5%) et thrombose veineuse (17,5%). Des toxicités hématologiques de grade 3-4 sont survenues chez 7,5% des patients, 87,5% des patients ont eu au moins une modification de dose pendant le traitement. Trente-et-un patients (78%) ont reçu un traitement de deuxième ligne.

Conclusion : L'association FOLFIRI + aflibercept en première ligne chez des patients atteints de CCRm est faisable mais avec des toxicités significatives conduisant à une réduction de la dose chez la majorité des patients. Le taux de réponse, de contrôle de la maladie, la SSP médiane et la SG étaient proches de celles rapportées après double chimiothérapie + thérapie ciblée utilisés classiquement dans cette indication.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000369>

Évaluation rétrospective de l'intérêt d'une chimiothérapie adjuvante chez les patients présentant un adénocarcinome rectal, non métastatique opéré après radiochimiothérapie

M. Sondag ⁽¹⁾, M. Nguimpi-Tambou ⁽¹⁾, M. Ben Abdelghani ⁽¹⁾, J.M. Reimund ⁽¹⁾, B. Duclos ⁽¹⁾

(1) Strasbourg.

Introduction : Le traitement du cancer du rectum localement avancé non métastatique repose sur l'association radiochimiothérapie suivie d'une chirurgie avec exérèse du mésorectum. Par contre, l'administration d'un traitement adjuvant, chez les stades II et III sur la pièce opératoire n'est actuellement pas consensuelle. C'est dans ce cadre que nous avons analysé de façon rétrospective la survie sans récurrence (SSR) et la survie globale (SG) ainsi que leurs facteurs prédictifs dans une population de patients ayant bénéficié de la séquence thérapeutique radiochimiothérapie - chirurgie suivie ou non d'un traitement post opératoire pour un cancer du rectum.

Patients et Méthodes : Il s'agissait d'une étude rétrospective multicentrique incluant les patients présentant un cancer du rectum localement avancé, non métastatique, diagnostiqué entre le 01/01/06 au 31/12/16 et ayant bénéficié d'une radiochimiothérapie et suivie d'une chirurgie effectuée dans différents centres. Les données cliniques au diagnostic, les caractéristiques des traitements néoadjuvants et adjuvants, du traitement chirurgical, de la pièce opératoire ainsi que les données de survie étaient recueillies. Les méthodes statistiques utilisées étaient la méthode de Kaplan-Meier, le test de Log-rank et le modèle de Cox ($p < 0,05$ étant considéré comme statistiquement significative).

Résultats : Trois-cent trente et un patients ont été inclus (231 hommes, 100 femmes, âge médian 64 ans [32 - 87]. Cent soixante-six patients (50,2 %) ont bénéficié d'un traitement adjuvant alors que 165 (49,8 %) n'en ont pas reçu. Quatre-vingt-six patients sont décédés et 83 ont présenté une récurrence. Au terme d'un suivi médian de 64,4 mois [60,4 - 69,3], la médiane de SSR n'était pas atteinte la médiane de SG était de 126,3 mois (IC 95 % [114,7 - NA]). Les taux de SSR à 2, 3 et 5 ans étaient respectivement de 78,9 % [74,5 - 83,5], 74,7 % [70 - 79,8 %] et 66,0 % [69,6 - 71,9]. La SSR était de 114,7 mois [90,3 - 130,5] dans le bras chimiothérapie adjuvante versus de 145,9 mois [121,0 - 145,9] dans le bras sans chimiothérapie ($p = 0,01$). La SG n'était pas différente (119,1 mois [91,1 - NA] versus 126,3 mois [109,1 - NA] ; $p = 0,152$). Chez les patients avec une tumeur de stade II sur la pièce opératoire, un traitement adjuvant n'améliorait ni la SSR (médianes non atteintes ; $p = 0,579$) ni la SG ($p = 0,152$). A l'inverse, chez les patients de stade III, la chimiothérapie adjuvante améliorait significativement la survie globale (91 mois [65,4 - NA] versus 36,4 mois [23,9 - 44,2] ; $p = 0,005$). En analyse multivariée, les facteurs significatifs prédictifs de survie étaient l'atteinte ganglionnaire post-opératoire et le statut OMS.

Conclusion : Le facteur prédictif de survie le plus important est le statut ganglionnaire post-opératoire. Notre travail suggère que l'administration d'une chimiothérapie adjuvante chez les patients avec une tumeur de stade II post-opératoire n'améliorerait pas la survie et ce quel que soit le statut ganglionnaire initial. Toutefois, elle garderait un intérêt chez les patients avec une tumeur de stade III en améliorant la survie globale.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000509>

Anastomose colo-anale différée sans stomie prophylactique versus anastomose colo-anale immédiate avec réservoir et stomie pour les cancers des bas et moyens rectums traités par radiochimiothérapie néoadjuvante : double phases 2 parallèles multicentriques

S. Evrard ⁽¹⁾, C. Bellera ⁽¹⁾, C. Cantarel ⁽¹⁾, G. Desolneux ⁽¹⁾, J.L. Faucheron ⁽²⁾, M. Rivoire ⁽³⁾, J.Y. Mabrut ⁽³⁾, L. Bresler ⁽⁴⁾, F. Marchal ⁽⁵⁾, C. Laurent ⁽⁶⁾, E. Rullier ⁽⁶⁾

(1) Bordeaux ; (2) Grenoble ; (3) Lyon ; (4) Vandœuvre-lès-Nancy ; (5) Nancy ; (6) Pessac.

Introduction : Le traitement chirurgical des cancers des bas et moyen rectums prétraités par radiochimiothérapie expose à un risque élevé de morbidité, de lâchage anastomotique (LA) et de stomie définitive. Le traitement standard soit l'anastomose coloanale (ACA) avec réservoir et iléostomie prophylactique (IP) induit un risque de LA de variant de 2,9% à 20%. L'anastomose coloanale différée ou en 2 temps (ACAD) décrite par Turnbull et Cutait en 1961 est connue pour sa fiabilité même en situation de sauvetage. En situation de routine, peut-elle prétendre faire mieux ou aussi bien que l'ACA et ceci sans IP ?

Patients et Méthodes : Double phase 2 parallèles et multicentriques (NCT01876901) recrutant des patients avec tumeurs T3 ou N+ des bas et moyens rectums traités par radiochimiothérapie néoadjuvante. Chaque centre ne pratiquait qu'un seul type d'anastomose (2 pour ACAD et 5 pour ACA). Les critères d'inclusion et d'exclusion (T4 et M+) étaient strictement identiques. L'objectif principal était le taux de fistule symptomatique nécessitant une stomie de décharge à 30 jours. Les objectifs secondaires étaient la morbi-mortalité, la survie sans récidive à 1 et 2 ans, la qualité de vie (QLQ-C30) et l'évaluation fonctionnelle selon Wexner. Considérant efficace une anastomose induisant moins de 15% de LA avec un test binomial, une erreur α de 5% et une puissance de 80%, 53 patients étaient nécessaires dans chaque bras avec un seuil d'efficacité fixé à 4 LA au plus par bras.

Résultats : Avec un LA pour 48 patients analysables, l'ACAD sans stomie est apparue efficace (97.9% [88.9%; 100%]) avec une puissance de 77%. Avec 5 LA avec stomie, l'ACA ne l'était pas (90.4% [79.0%; 96.8%], puissance 80%). Aucune mortalité. La morbidité était de 13 patients (27.1%) pour ACAD et 10 patients (19.2%) pour ACA. Un anneau anastomotique était noté pour 7 patients (20.6%) ACAD et pour 7 patients (19.4%) ACA. La contraction sphinctérienne à 1 an était plus faible après ACAD (6 patients, 24%) qu'après ACA (2 patients, 5.7%) mais les scores médians de Wexner à 1 an étaient comparables (12 pour ACAD et 13,5 pour ACA). En qualité de vie, l'image corporelle à 6 mois était supérieure après ACAD du fait de l'absence de stomie.

Discussion : Il n'a pas été possible de concevoir en 2010 un essai randomisé, chaque centre se considérant expert pour une des deux techniques (absence d'ambivalence). A l'inverse, ceci exclu le biais d'apprentissage et constitue un réel critère de qualité.

Conclusion : L'ACAD est efficace avec des résultats fonctionnels peu différents du traitement standard mais ceci, sans stomie et sans réhospitalisation. Elle devrait devenir le nouveau standard du rétablissement après proctectomie totale et radiochimiothérapie néoadjuvante.

Remerciements : A tous nos patients et à nos ARCs dévoués. A la Fondation de l'Avenir pour son soutien financier.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000271>

Cancer du rectum d'emblée métastatique : étude rétrospective sur 243 patients

L. Muzellec ⁽¹⁾, E. Fremont ⁽²⁾, L. Campion ⁽¹⁾, H. Senellart ⁽³⁾, J. Moreau ⁽⁴⁾, O. Bouché ⁽⁴⁾, M. Garric ⁽⁵⁾, R. Guimbaud ⁽⁵⁾, C. Saintes ⁽⁶⁾, A. Bodere ⁽⁷⁾, P. Girot ⁽⁶⁾, Y. Touchefeu ⁽¹⁾, D. Tougeron ⁽²⁾, J. Bennouna ⁽¹⁾

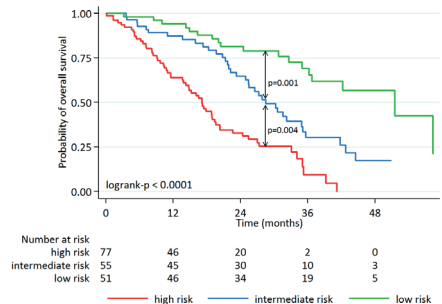
(1) Nantes ; (2) Poitiers ; (3) Saint-Herblain ; (4) Reims ; (5) Toulouse ; (6) La Roche-sur-Yon ; (7) Rennes.

Introduction : La prise en charge des cancers du rectum d'emblée métastatique au diagnostic est peu codifiée. Elle est le plus souvent guidée par l'importance de l'extension métastatique et par l'intensité de la symptomatologie rectale. L'objectif de cette étude est de décrire la prise en charge de patients avec un cancer rectal métastatique synchrone, en France, entre janvier 2012 et janvier 2015.

Patients et Méthodes : Nous avons mené une étude rétrospective multicentrique avec recueil des données cliniques, biologiques et thérapeutiques. Les patients inclus étaient porteurs d'un cancer rectal histologiquement prouvé, métastatique synchrone, dont le diagnostic était réalisé dans dix-huit hôpitaux français entre janvier 2012 et janvier 2015. L'objectif principal est la médiane de survie globale (SG). L'objectif secondaire est de comparer les médianes de SG en fonction de la résection de la tumeur primitive, de la prise en charge des lésions métastatiques et de la localisation tumorale primitive et métastatique.

Résultats : Entre janvier 2012 et janvier 2015, 243 patients traités dans 18 centres hospitaliers ont été inclus. La majorité des patients étaient des hommes (67%), avec un indice OMS 0 ou 1 (82%). La médiane de SG était de 24,4 mois. Les variables associées de façon indépendante à une meilleure SG étaient la résection de la tumeur primitive, notamment dans la population avec un indice OMS 0 ou 1 : 34,9 mois versus 17,2 mois lorsqu'elle n'est pas réalisée (HR=0,49 ; IC95% [0,32-0,75], p=0,001), la réalisation de tout traitement à visée curatrice des métastases (HR=0,39 ; IC95% [0,24-0,64], p<0,001), une localisation de la tumeur primitive au moyen (30,8 mois) ou haut rectum (24,9 mois) versus au bas rectum (17,9 mois) (HR=0,65 ; IC95% [0,44-0,98], p=0,040) et une localisation métastatique uniquement pulmonaire : 36,2 mois (HR=0,37 ; IC95% [0,15-0,94], p=0,037). Un score pronostic comprenant ces 4 facteurs protecteurs a été établi. Trois populations ont été distinguées : la population à haut risque (0 ou 1 facteur protecteur), la population à risque intermédiaire (2 facteurs) et la population à bas risque (3 facteurs). Leur médiane de survie globale a été statistiquement différente (figure 1).

Conclusion : Cette étude rétrospective portant sur les cancers du rectum d'emblée métastatique suggère un impact positif sur la survie globale de la résection de la tumeur primitive rectale, de la réalisation d'un traitement à visée curatrice des métastases, de la localisation primitive haute ou moyenne et de la localisation métastatique uniquement pulmonaire. Un score pronostic combinant ces 4 facteurs protecteurs permet de distinguer trois groupes de patients de pronostics distincts.



Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000169>

Résultats de la CIAH en traitement de métastases hépatiques de carcinomes colorectaux avec modalités de contrôle du cathéter allégées

C. Toullec ⁽¹⁾, L. Mineur ⁽¹⁾, F. Decrozas ⁽¹⁾, G. Roumieu ⁽¹⁾

(1) Avignon.

Introduction : La chimiothérapie intra-artérielle hépatique (CIAH) donne des résultats prometteurs en phase II en 1^{ère} ligne et 2^{ème} ligne de traitement des métastases hépatiques exclusives des adénocarcinomes colo-rectaux. Les taux de réponse objective vont jusqu'à 64% en 2^{ème} ligne (1). Cette technique permet de parvenir à une chirurgie hépatique à visée curative dans 52% des cas dans certains travaux (2). Des études sont en cours en 1^{ère} ligne et en adjuvant (3). Cette technique nécessite cependant des contrôles angiographiques réguliers qui peuvent représenter un frein à son utilisation. Notre étude avait pour objectif de valider un allègement de la surveillance avec contrôle radiographique simple du cathéter de CIAH.

Patients et Méthodes : 50 patients présentant un adénocarcinome colo-rectal avec métastases hépatiques exclusives ou prédominantes, ont été traités par CIAH dans notre établissement de janvier 2011 à juin 2018. 96% des cathéters intra-artériels ont été posés par voie radiologique et la surveillance a consisté dans 94% des cas en un simple contrôle par abdomen sans préparation (ASP) tous les 15 jours, sans contrôle angiographique supplémentaire en l'absence de complication et avec mise en place par l'oncologue de l'aiguille de Huber. 70% des patients traités étaient des hommes. L'âge médian au diagnostic était 63.0 ans. 72% étaient des localisations coliques et 86% des métastases hépatiques étaient synchrones. La tumeur primitive était en place dans seulement 34% des cas. La biologie moléculaire retrouvait un statut RAS sauvage pour 62% des patients et BRAF muté pour 4% d'entre eux. La CIAH a été réalisée en 1^{ère} ligne pour 4 patients, en 2^{ème} ligne pour 21 patients et en 3^{ème} ligne et plus pour 25 patients. 26% des patients ont reçu un traitement angiogénique intra-veineux de façon concomitante et 40% des patients ont reçu une trichimiothérapie avec 1 des molécules en intra-artériel. Dans 74% des cas, seul l'Oxaliplatine a été administré en intra-artériel (IA). 8% des patients n'ont reçu que de l'Irinotécan en IA, 16% ont reçu d'abord de l'Oxaliplatine puis de l'Irinotécan et 2% ont reçu de l'Oxaliplatine puis de la Mitomycine. Le nombre médian de cures s'élevait à 6. Le délai médian entre la pose du cathéter et la 1^{ère} injection de CIAH était de 14 jours.

Résultats : Le taux de complication était de 36% (N=18) tous grades confondus dont 5% de grades 3. La complication la plus fréquente était l'épigastralgie en rapport avec une diffusion gastro-duodénale de la chimiothérapie (8 patients). Les autres complications concernaient 2 cholestyctites chimiques, 2 désunions/extériorisation du cathéter, 2 extravasations avec infection, 2 hématomes et 3 occlusions. La CIAH a pu être reprise dans 44% des cas (N=8) dont 6 grâce à une embolisation complémentaire. 4 cathéters ont du être retirés, entraînant un arrêt du traitement intra-artériel. 28% des complications sont survenues lors de la 1^{ère} cure de CIAH et 22% après la 4^{ème} cure. Parmi les complications, 16 sont survenues chez des patients ayant bénéficié d'une surveillance allégée (ASP tous les 15 jours), 1 avec un contrôle angiographique tous les 28 jours et 1 avec un contrôle angiographique seulement à la première cure. Sur les 50 patients traités par CIAH, 16 ont pu bénéficier d'une résection hépatique à but curatif (32%). La survie globale médiane était de 31.7 mois. La survie sans progression médiane était de 8.48 mois. Le nombre médian de lignes ultérieures était 1.0.

Conclusion : Le taux de complications liées au cathéter avec surveillance simplifiée (ASP tous les 15 jours), qui s'élève à 36%, est similaire à ceux observés dans la littérature (jusqu'à 35% (4)) avec une surveillance renforcée (contrôle angiographique tous les 15 jours). Il serait licite de proposer un allègement de la surveillance et une simplification des procédures de CIAH afin de faciliter et d'élargir l'utilisation de cette technique. D'autre part, la survie médiane rejoint celle des patients inclus dans les essais de phase III en 1^{ère} ligne

(31.7 mois), alors que la majorité de nos patients bénéficient de la CIAH en rattrapage (2^{ème} ligne et plus). Le taux de résection hépatique, qui s'élève à 32%, est supérieur à celui observé dans la littérature (jusqu'à 26% (4)).

Références Bibliographiques : 4. Goéré D et al., Prolonged survival of initially unresectable hepatic colorectal cancer patients treated with hepatic arterial infusion of oxaliplatin followed by radical surgery of metastases. Ann Surg. 2010 Apr;251(4):686-91.
3. Goéré D et al., Postoperative hepatic arterial chemotherapy in high-risk patients as adjuvant treatment after resection of colorectal liver metastases - a randomized phase III/III trial - PACHA-01 (NCT02494973). BMC Cancer. 2018 Aug 6;18(1):787.
2. Pak LM. Et al., Prospective phase II trial of combination hepatic artery infusion and systemic chemotherapy for unresectable colorectal liver metastases: Long term results and curative potential. J Surg Oncol. 2018 Mar;117(4):634-643.
1. Ducreux M et al., Hepatic arterial oxaliplatin infusion plus intravenous chemotherapy in colorectal cancer with inoperable hepatic metastases: a trial of the gastrointestinal group of the Federation Nationale des Centres de Lutte Contre le Cancer. J Clin Oncol. 2005 Aug 1;23(22):4881-7.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000666>

Impact de la sarcopénie diagnostiquée par différentes mesures en imagerie pré-opératoire sur la morbi-mortalité des patients opérés d'un cancer du rectum

F. Seita ⁽¹⁾, Y. Eid ⁽¹⁾, J.P. Pelage ⁽¹⁾, G. Lebreton ⁽¹⁾, A. Alves ⁽¹⁾, R. Morello ⁽¹⁾, A. Fohlen ⁽¹⁾
(1) Caen.

Introduction : La sarcopénie est un facteur prédictif de morbi-mortalité chez les patients traités pour différents types de cancer. Différents types de méthode et différents seuils de mesures en imagerie sont utilisés pour porter le diagnostic de sarcopénie. L'objectif de cette étude était d'analyser et de comparer l'impact en termes de morbi-mortalité de la sarcopénie sur une population de patients opérés d'un cancer du rectum en utilisant les différents critères scannographiques de sarcopénie.

Matériels et méthodes : Etude rétrospective unicentrique des patients opérés d'un cancer du rectum au CHU de Caen entre 2006 et 2016. La population a été scindée en sarcopénique et non sarcopénique selon 3 critères d'imagerie et 8 seuils validés, appliqués sur les scanners pré-opératoires. Les mesures scannographiques du skeletal muscle index (SMI), du Total psoas area (TPA) et du Transversal psoas muscle thickness (TPMT) ont été effectuées et comparées aux données chirurgicales, à l'albuminémie pré-opératoire ainsi qu'aux suites post-opératoires (complications et mortalité).

Résultats : Au total, 106 patients opérés ont été inclus avec une prévalence de sarcopénie qui variait de 28 à 83% en fonction des seuils retenus. Les patients sarcopéniques présentaient une durée moyenne de séjour significativement plus longue ($p=0,03$) et une survie plus courte comparativement aux patients non sarcopéniques, en utilisant le critère SMI ($p=0,037$). Les patients sarcopéniques-hypoalbuminémiques présentaient des complications post-opératoires plus sévères et un taux de mortalité plus élevé. Les complications sévères (Score de Dindo-Clavien ≥ 3) sont significativement plus fréquemment survenues chez les patients sarcopéniques-hypoalbuminémiques (57% versus 22% respectivement, $p=0,003$). Enfin un taux de mortalité significativement plus important dans le groupe sarcopénique-hypoalbuminémique (52% versus 29%, $p=0,048$).

Discussion : Les critères scannographiques ainsi que leurs seuils définissant la sarcopénie sont très variables dans la littérature et ne se sont intéressés que très récemment aux patients opérés spécifiquement d'un cancer du rectum. Les études présentent le plus souvent des populations atteintes d'un cancer du rectum ou du colon alors que la prise en charge notamment chirurgicale est différente. Aucune étude de la sarcopénie n'avait été effectuée uniquement sur une population de patients opérés d'un cancer du rectum à la mise en place de notre protocole. C'est en avril 2018 que la première étude traitant du sujet a été publiée par Takeda et al. [91].

Dans notre étude, selon les critères retenus, la prévalence de la sarcopénie variait entre 28% et 81%. La variabilité de cette prévalence s'explique par la diversité des mesures effectuées et l'application de différents seuils plus ou moins sensibles. Le moment de la réalisation du scanner dans la prise en charge thérapeutique du patient a son importance dans la prévalence de la sarcopénie. En effet dans l'étude de Elliot et al. le taux de patients sarcopéniques variait de 15,9% au moment du diagnostic du cancer de l'œsophage, à 30,8% en période pré-opératoire et à 34,8% à 1 an après l'opération [18]. Ceci met en évidence une tendance à l'augmentation de la prévalence de la sarcopénie avec l'avancement de la prise en charge thérapeutique du patient. Nos analyses portaient sur un scanner effectué le plus souvent post-radiochimiothérapie et dans la période pré-opératoire, ce qui pourrait expliquer une prévalence de sarcopénie plus élevée par rapport à des études utilisant le scanner au moment du diagnostic du cancer [44].

Après analyse des différents résultats, il ressort que les critères du consensus de Fearon à savoir : SMI <55 cm²/m² chez l'homme et <39 cm²/m² chez la femme sont les plus pertinents pour identifier la sarcopénie au sein d'une

population atteinte d'un cancer du rectum et ainsi prédire les suites opératoires.

En application des critères de Fearon et al., 61% des patients étaient sarcopéniques. La survie des patients sarcopéniques était significativement moins importante sur une période de 8 ans (p -value=0,037), avec une durée d'hospitalisation significativement allongée (15,6 jours contre 12,3 jours avec un intervalle de confiance à 95% [13,5-17,7] pour un p -value à 0,03) en comparaison aux patients non sarcopéniques.

Conclusion : Les patients sarcopéniques opérés d'un cancer du rectum présentaient une survie plus courte et une durée d'hospitalisation plus longue que les patients non sarcopéniques. Le critère composite associant la mesure de SMI avec un seuil < 55 cm²/m² chez l'homme et < 39 cm²/m² chez la femme associée à une hypoalbuminémie était le plus pertinent pour prédire la morbi-mortalité post-opératoire.

Références Bibliographiques : Eckman M, Gigliotti C, Sutermaster S, Mehta K. Get a grip! Handgrip strength as a health screening tool. *IEEE Glob Humanit Technol Conf (GHTC)* 2014; 2014:242-8. doi:10.1109/GHTC.2014.6970288. [12]Bean JF, Kiely DK, LaRose S, Allan J, Frontera WR. Is Stair Climb Power a Clinically Relevant Measure of Leg Power Impairments in At-Risk Older Adults? *Arch Phys Med Rehabil* 2007;88:604-9. doi:10.1016/j.apmr.2007.02.004. [13]Podsiadlo D, Richardson S. The timed "Up & Go": a test of basic functional mobility for frail elderly persons. *J Am Geriatr Soc* 1991;39:142-8. [14]Vandervoort AA. Aging of the human neuromuscular system. *Motor Nerve* 2002;25:17-25. [15]Barbat-Artigas S, Dupontgang S, Pion CH, Feiter-Murphy Y, Auerbin-Leheudre M. Identifying recreational physical activities associated with muscle quality in men and women aged 50 years and over. *J Cachexia Sarcopenia Muscle* 2014;5:221-8. doi:10.1007/s13539-014-0143-0. [16]Kim TN, Choi KM. Sarcopenia: Definition, Epidemiology, and Pathophysiologic 2013;1-10. [17]Dam TT, Peters KW, Fragala M, Cawthon PM, Harris TB, McLean R, et al. An evidence-based comparison of operational criteria for the presence of sarcopenia. *Journals Gerontol - Ser A Biol Sci Med Sci* 2014;69 A:584-90. doi:10.1093/gerona/glu013. [18] Elliott JA, Doyle ASL, Murphy ÁCF, King AS, Guinan EM, Beddy P, et al. Sarcopenia: Prevalence, and Impact on Operative and Oncologic Outcomes in the Multimodal Management of Locally Advanced Esophageal Cancer 2017;XX:1-9. doi:10.1097/SLA.0000000000002398. [19] Paddon-jones D, Short KR, Campbell WW, Volpi E, Wolfe RR. Role of dietary protein in the sarcopenia of aging 1 - 4 2008;87:1562-6. [20]Harimoto N, Shirabe K, Yamashita Y-I, Ikegami T, Yoshizumi T, Soejima Y, et al. Sarcopenia as a predictor of prognosis in patients following hepatectomy for hepatocellular carcinoma. *Br J Surg* 2013;100:1523-30. doi:10.1002/bjs.9258. [21]Levolger S, Vledder MGAN, Muslem R, Koek M, Niessen WJ, Man ROBADE, et al. Sarcopenia Impairs Survival in Patients With Potentially Curable Hepatocellular Carcinoma Clinical Characteristics and Body Composition 2015:208-13. doi:10.1002/jso.23976. [22]Iritani S, Imai K, Takai K, Hanai T, Ideta T, Miyazaki T, et al. Skeletal muscle depletion is an independent prognostic factor for hepatocellular carcinoma. *J Gastroenterol* 2015;50:323-32. doi:10.1007/s00535-014-0964-9. [23]Voron T, Teslikas L, Pietrasz D, Pigneur F, Laurent A, Compagnon P, et al. Sarcopenia Impacts on Short- and Long-term Results of Hepatectomy for Hepatocellular Carcinoma. *Ann Surg* 2015;261:1173-83. doi:10.1097/SLA.0000000000000743. [24]Rolland Y, Czerwinski S, Abellan Van Kan G, Morley JE, Cesari M, Onder G, et al. Sarcopenia: its assessment, etiology, pathogenesis, consequences and future perspectives. *J Nutr Health Aging* n.d.;12:433-50. [25]Taaffe DR, Duret C, Wheeler S, Marcus R. Once-weekly resistance exercise improves muscle strength and neuromuscular performance in older adults. *J Am Geriatr Soc* 1999;47:1208-14. [26]Volkert D. [Protein requirements in the elderly]. *Dtsch Med Wochenschr* 2012;137:633-5. doi:10.1055/s-0031-1298993. [27]Dillon EL, Sheffield-Moore M, Paddon-Jones D, Gilkison C, Sanford AP, Casperson SL, et al. Amino acid supplementation increases lean body mass, basal muscle protein synthesis, and insulin-like growth factor-I expression in older women. *J Clin Endocrinol Metab* 2009;94:1630-7. doi:10.1210/jc.2008-1564. [28]Volpi E, Mittendorfer B, Wolf SE, Wolfe RR. Oral amino acids stimulate muscle protein anabolism in the elderly despite higher first-pass splanchnic extraction. *Am J Physiol* 1999;277:E513-20.

[29]Paddon-Jones D. Exogenous amino acids stimulate human muscle anabolism without interfering with the response to mixed meal ingestion. *AJP Endocrinol Metab* 2004;288:E761–7. doi:10.1152/ajpendo.00291.2004. [30] Paddon-Jones D, Sheffield-Moore M, Katsanos CS, Zhang XJ, Wolfe RR. Differential stimulation of muscle protein synthesis in elderly humans following isocaloric ingestion of amino acids or whey protein. *Exp Gerontol* 2006;41:215–9. doi:10.1016/j.exger.2005.10.006. [31]Paddon-Jones D, Rasmussen BB. Dietary protein recommendations and the prevention of sarcopenia. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care* 2009;12:86–90. doi:10.1097/MCO.0b013e32831cefb. [32] Fujita S, Volpi E. Nutrition and sarcopenia of ageing. *Nutr Res Rev* 2004;17:69–76. doi:10.1079/NRR2004081. [33]Atkinson RA, Srinivas-Shankar U, Roberts SA, Connolly MJ, Adams JE, Oldham JA, et al. Effects of Testosterone on Skeletal Muscle Architecture in Intermediate-Frail and Frail Elderly Men. *Journals Gerontol Ser A Biol Sci Med Sci* 2010;65A:1215–9. doi:10.1093/gerona/gliq118. [34]Cook NL, Romashkan S. Why do we need a trial on the effects of testosterone therapy in older men? *Clin Pharmacol Ther* 2011;89:29–31. doi:10.1038/clpt.2010.217. [35]Baker WL, Karan S, Kenny AM. Effect of dehydroepiandrosterone on muscle strength and physical function in older adults: A systematic review. *J Am Geriatr Soc* 2011;59:997–1002. doi:10.1111/j.1532-5415.2011.03410.x. [36]Nass R, Pezzoli SS, Oliveri MC, Patrie JT, Harrell FE, Clasey JL, et al. Effects of an oral ghrelin mimetic on body composition and clinical outcomes in healthy older adults: A randomized trial. *Ann Intern Med* 2008;149:601–11. doi:10.7326/0003-4819-149-9-200811040-00003. [37] Fearon K, Strasser F, Anker SD, Bosaeus I, Bruera E, Fainsinger RL, et al. Definition and classification of cancer cachexia: an international consensus. *Lancet Oncol* 2011;12:489–95. [38]Shen W. Total body skeletal muscle and adipose tissue volumes: estimation from a single abdominal cross-sectional image. *J Appl Physiol* 2004;97:2333–8. doi:10.1152/japplphysiol.00744.2004. [39]Mitsiopoulos N, Baumgartner RN, Heymsfield SB, Lyons W, Gallagher D, Ross R. Cadaver validation of skeletal muscle measurement by magnetic resonance imaging and computerized tomography. *J Appl Physiol* 1998;85:115–22. [40]Mourtzakis M, Prado CMM, Lieffers JR, Reiman T, McCargar LJ, Baracos VE. A practical and precise approach to quantification of body composition in cancer patients using computed tomography images acquired during routine care. *Appl Physiol Nutr Metab* 2008;33:997–1006. doi:10.1139/H08-075. [41]Prado CMM, Lieffers JR, McCargar LJ, Reiman T, Sawyer MB, Martin L, et al. Prevalence and clinical implications of sarcopenic obesity in patients with solid tumours of the respiratory and gastrointestinal tracts: a population-based study. *Lancet Oncol* 2008;9:629–35. [42]Durand F, Buyse S, Francoz C, Laouenan C, Bruno O, Belghiti J, et al. Prognostic value of muscle atrophy in cirrhosis using psoas muscle thickness on computed tomography. *J Hepatol* 2014;60:1151–7. doi:10.1016/j.jhep.2014.02.026. [43]Dodson RM, Firoozmand A, Hyder O, Tacher V, Cosgrove DP, Bhagat N, et al. Impact of Sarcopenia on Outcomes Following Intra-arterial Therapy of Hepatic Malignancies. *J Gastrointest Surg* 2013;17:2123–32. doi:10.1007/s11605-013-2348-5. [44]Prado CM, Lieffers JR, McCargar LJ, Reiman T, Sawyer MB, Martin L, et al. Prevalence and clinical implications of sarcopenic obesity in patients with solid tumours of the respiratory and gastrointestinal tracts: a population-based study. *Lancet Oncol* 2008;9:629–635. [45]Mourtzakis M, Prado CMM, Lieffers JR, Reiman T, McCargar LJ, Baracos VE. A practical and precise approach to quantification of body composition in cancer patients using computed tomography images acquired during routine care. *Appl Physiol Nutr Metab* 2008;33:997–1006. doi:10.1139/H08-075. [46]Englesbe MJ, Lee JS, He K, Fan L, Schaubel DE, Sheetz KH, et al. Analytic Morphomics, Core Muscle Size, and Surgical Outcomes. *Ann Surg* 2012;256:255–61. doi:10.1097/SLA.0b013e32826028b1. [47] Lieffers JR, Bathe OF, Fassbender K, Winget M, Baracos VE. Sarcopenia is associated with postoperative infection and delayed recovery from colorectal cancer resection surgery. *Br J Cancer* 2012;107:931–6. doi:10.1038/bjc.2012.350. [48] Martin L, Birdsell L, MacDonald N, Reiman T, Clandinin MT, McCargar LJ, et al. Cancer cachexia in the age of obesity: Skeletal muscle depletion is a powerful prognostic factor, independent of body mass index. *J Clin Oncol* 2013;31:1539–47. doi:10.1200/JCO.2012.45.2722. [49]Valero V, Amini N, Spolverato G, Weiss MJ, Hirose K, Dagher NN, et al. Sarcopenia Adversely Impacts Postoperative Complications

Following Resection or Transplantation in Patients with Primary Liver Tumors. *J Gastrointest Surg* 2015;19:272–81. doi:10.1007/s11605-014-2680-4. [50]Amini N, Spolverato G, Gupta R, Margonis GA, Kim Y, Wagner D, et al. Impact Total Psoas Volume on Short- and Long-Term Outcomes in Patients Undergoing Curative Resection for Pancreatic Adenocarcinoma: a New Tool to Assess Sarcopenia. *J Gastrointest Surg* 2015;19:1593–602. doi:10.1007/s11605-015-2835-y. [51]Lodewick TM, Van Nijnatten TJAA, Van Dam RM, Van Mierlo K, Dello SAWGWG, Neumann UP, et al. Are sarcopenia, obesity and sarcopenic obesity predictive of outcome in patients with colorectal liver metastases? *HPB Off J Int Hepato Pancreato Biliary Assoc* 2015;17:438–46. doi:10.1111/hpb.12373. [52]Huang D-D, Wang S-L, Zhuang C-L, Zheng B-S, Lu J-X, Chen F-F, et al. Sarcopenia, as defined by low muscle mass, strength and physical performance, predicts complications after surgery for colorectal cancer. *Color Dis Off J Assoc Coloproctology Gt Britain Irel* 2015;17:O256-264. doi:10.1111/codi.13067. [53] Nault J-C, Pigneur F, Nelson AC, Costentin C, Tselikas L, Katsahian S, et al. Visceral fat area predicts survival in patients with advanced hepatocellular carcinoma treated with tyrosine kinase inhibitors. *Dig Liver Dis* 2015;47:869–76. doi:10.1016/j.dld.2015.07.001. [54]Hamaguchi Y, Kaido T, Okumura S, Ito T, Fujimoto Y, Ogawa K, et al. Preoperative intramuscular adipose tissue content is a novel prognostic predictor after hepatectomy for hepatocellular carcinoma. *J Hepatobiliary Pancreat Sci* 2015;22:475–85. doi:10.1002/jhpb.236. [55]Grottenhuis BA, Shapiro J, van Adrichem S, de Vries M, Koek M, Wijnhoven BPL, et al. Sarcopenia/Muscle Mass is not a Prognostic Factor for Short- and Long-Term Outcome After Esophagectomy for Cancer. *World J Surg* 2016;40:2698–704. doi:10.1007/s00268-016-3603-1. [56] Kudou K, Saeki H, Nakashima Y, Edahiro K, Korehisa S, Taniguchi D, et al. Prognostic Significance of Sarcopenia in Patients with Esophagogastric Junction Cancer or Upper Gastric Cancer. *Ann Surg Oncol* 2017;24:1804–10. doi:10.1245/s10434-017-5811-9. [57]Cespedes Feliciano EM, Kroenke CH, Meyerhardt JA, Prado CM, Bradshaw PT, Kwan ML, et al. Association of Systemic Inflammation and Sarcopenia With Survival in Nonmetastatic Colorectal Cancer. *JAMA Oncol* 2017;94612:e172319. doi:10.1001/jamaoncol.2017.2319. [58]Song M-Y, Ruts E, Kim J, Janumala I, Heymsfield S, Gallagher D. Sarcopenia and increased adipose tissue infiltration of muscle in elderly African American women. *Am J Clin Nutr* 2004;79:874–80. [59]Takai Y, Ohta M, Akagi R, Kato E, Wakahara T, Kawakami Y. Validity of ultrasound muscle thickness measurements for predicting leg skeletal muscle mass in healthy Japanese middle-aged and older individuals 2013;1–5. [60]Takai Y, Ohta M, Akagi R, Kato E, Wakahara T, Kawakami Y, et al. APPLICABILITY OF ULTRASOUND MUSCLE THICKNESS MEASUREMENTS FOR PREDICTING FAT-FREE MASS IN ELDERLY POPULATION 2014;18. [61]Evans WJ, Morley JE, Argiles J, Bales C, Baracos V, Guttridge D, et al. Cachexia: A new definition. *Clin Nutr* 2008;27:793–9. doi:10.1016/j.clnu.2008.06.013. [62]Argiles JM, Busquets S, Stemmler B, López-Soriano FJ. Cancer cachexia: understanding the molecular basis. *Nat Rev Cancer* 2014;14:754–62. doi:10.1038/nrc3829. [63]Agustsson T, Wikrantz P, Rydén M, Brismar T, Isaksson B. Adipose tissue volume is decreased in recently diagnosed cancer patients with cachexia. *Nutrition* 2012;28:851–5. doi:10.1016/j.nut.2011.11.026. [64]Peng P, Hyder O, Firoozmand A, Kneuert P, Schullik RD, Huang D, et al. Impact of Sarcopenia on Outcomes Following Resection of Pancreatic Adenocarcinoma. *J Gastrointest Surg* 2012;16:1478–86. doi:10.1007/s11605-012-1923-5. [65] Miyamoto Y, Baba Y, Sakamoto Y, Ohuchi M, Tokunaga R, Kurashige J, et al. Sarcopenia is a Negative Prognostic Factor After Curative Resection of Colorectal Cancer. *Ann Surg Oncol* 2015;22:2663–8. doi:10.1245/s10434-014-4281-6. [66] Harada K, Ida S, Baba Y, Ishimoto T, Kosumi K, Tokunaga R, et al. Prognostic and clinical impact of sarcopenia in esophageal squamous cell carcinoma. *Dis Esophagus* 2016;29:627–33. doi:10.1111/dote.12381. [67]Wang SL, Zhuang C-L, Huang DD, Peng WY, Lou N, Chen FF, et al. Sarcopenia Adversely Impacts Postoperative Clinical Outcomes Following Gastrectomy in Patients with Gastric Cancer: A Prospective Study. *Ann Surg Oncol* 2016;23:556–64. doi:10.1245/s10434-015-4887-3. [68]Voron T, Tselikas L, Pietrasz D, Pigneur F, Laurent A, Compagnon P, et al. Sarcopenia Impacts on Short- and Long-term Results of Hepatectomy for Hepatocellular Carcinoma. *Ann Surg*

- 2015;261:1173–83. doi:10.1097/SLA.0000000000000743.
- [69]Thésaurus national de cancérologie digestive - chapitre 5 - cancer du rectum - 01/03/2016 n.d. <http://www.tncd.org/>. [70]Epidémiologie des cancers - Les chiffres du cancer en France Institut National Du Cancer n.d. <http://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Les-chiffres-du-cancer-en-France/Epidemiologie-des-cancers>. [71]Bouvier A-M, Launoy G. [Epidemiology of colorectal cancer]. *Rev Prat* 2015;65:767–73. [72]Haute autorité de santé HAS - Dépistage et prévention du cancer colorectal - Actualisation du référentiel de pratiques de l'examen périodique de santé (EPS) - Juin 2013 n.d. https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1623732/fr/dépistage-et-prévention-du-cancer-colorectal. [73]Diagnosis and management of colorectal cancer A national clinical guideline. Edinburgh: SIGN; 2011 2011. doi:10.1097/SLA.0b013e3180602ff5. [74]Alves A, Panis Y, Mantion G, Kwiatkowski F, Vicaut E. The AFC Score : Validation of a 4-Item Predicting Score of Postoperative Mortality After Colorectal Resection for Cancer or Diverticulitis 2007;246:91–6. doi:10.1097/SLA.0b013e3180602ff5. [75]Owens WD, Felts JA, Spitznagel EL. ASA physical status classifications: a study of consistency of ratings. *Anesthesiology* 1978;49:239–43. [76]Rullier E, Laurent C, Bretagnol F, Rullier A, Vendrey V, Zerbib F. Sphincter-saving resection for all rectal carcinomas: the end of the 2-cm distal rule. *Ann Surg* 2005;241:465–9. [77]Lakkis Z, Manceau G, Briday V, Brouquet A, Kirzin S, Maggiori L, et al. Management of rectal cancer: the 2016 French guidelines. *Color Dis* 2017;19:115–22. doi:10.1111/codi.13550. [78]Heald RJ, Moran BJ, Ryall RD, Sexton R, MacFarlane JK. Rectal cancer: the Basingstoke experience of total mesorectal excision, 1978–1997. *Arch Surg* 1998;133:894–9. [79]Sauer R, Liersch T, Merkel S, Fietkau R, Hohenberger W, Hess C, et al. Preoperative versus postoperative chemoradiotherapy for locally advanced rectal cancer: Results of the German CAO/ARO/AIO-94 randomized phase III trial after a median follow-up of 11 years. *J Clin Oncol* 2012;30:1926–33. doi:10.1200/JCO.2011.40.1836. [80]Kapiteijn E, Marijnen CA, Nagtegaal ID, Putter H, Steup WH, Wiggers T, et al. Preoperative radiotherapy combined with total mesorectal excision for resectable rectal cancer. *N Engl J Med* 2001;345:638–46. doi:10.1056/NEJMoa010580. [81]Van Gijn W, Marijnen CAM, Nagtegaal ID, Kranenburg EMK, Putter H, Wiggers T, et al. Preoperative radiotherapy combined with total mesorectal excision for resectable rectal cancer: 12-year follow-up of the multicentre, randomised controlled TME trial. *Lancet Oncol* 2011;12:575–82. doi:10.1016/S1470-2045(11)70097-3. [82]Gérard JP, Conroy T, Bonnetain F, Bouché O, Chapet O, Cluson-Dejardin MT, et al. Preoperative radiotherapy with or without concurrent fluorouracil and leucovorin in T3-4 rectal cancers: Results of FFCD 9203. *J Clin Oncol* 2006;24:4620–5. doi:10.1200/JCO.2006.06.7629. [83]Bossset J-F, Collette L, Calais G, Mineur L, Maingon P, Radosevic-Jelic L, et al. Chemotherapy with preoperative radiotherapy in rectal cancer. *N Engl J Med* 2006;355:1114–23. doi:10.1056/NEJMoa060829. [84]Kirchhoff P, Clavien P-A, Hahnloser D. Complications in colorectal surgery: Risk factors and preventive strategies. *Patient Saf Surg* 2010;4:1–13. doi:10.1186/1754-9493-4-5. [85]Longo WE, Virgo KS, Johnson FE, Oprian CA, Vernava AM, Wade TP, et al. Risk factors for morbidity and mortality after colectomy for colon cancer. *Dis Colon Rectum* 2000;43:83–91. [86]Kim HJ, Huh JW, Kim HR, Kim YJ. Oncologic impact of anastomotic leakage in rectal cancer surgery according to the use of fibrin glue: Case-control study using propensity score matching method. *Am J Surg* 2014;207:840–6. doi:10.1016/j.amjsurg.2013.07.047. [87]Dindo F, Demartines N, Clavien P-A. Classification of Surgical Complications: A New Proposal With Evaluation in a Cohort of 6336 Patients and Results of a Survey. *Ann Surg* 2004;240:205–13. doi:10.1097/01.sla.0000133083.54934.ae. [88]Prado CM, Lieffers JR, McCargar LJ, Reiman T, Sawyer MB, Martin L, et al. Prevalence and clinical implications of sarcopenic obesity in patients with solid tumours of the respiratory and gastrointestinal tracts: a population-based study. *Lancet Oncol* 2008;9:629–35. doi:10.1016/S1470-2045(08)70153-0. [89]Peng P, Hyder O, Firoozmand A, Kneuerz P, Schulick RD, Huang D, et al. Impact of Sarcopenia on Outcomes Following Resection of Pancreatic Adenocarcinoma. *J Gastrointest Surg* 2012;16:1478–86. doi:10.1007/s11605-012-1923-5. [90]Fearon K, Strasser F, Anker SD, Bosaeus I, Bruera E, Fainsinger RL, et al. Definition and classification of cancer cachexia: An international consensus. *Lancet Oncol* 2011;12:489–95. doi:10.1016/S1470-2045(10)70218-7. [91]Takeda Y, Akiyoshi T, Matsueda K, Fukuoka H, Ogura A, Miki H, et al. Skeletal muscle loss is an independent negative prognostic factor in patients with advanced lower rectal cancer treated with neoadjuvant chemoradiotherapy. *PLoS One* 2018;13:1–11. doi:10.1371/journal.pone.0195406. [92]Raynaud-Simon A, Revel-Delhom C, Hébuterne X. Clinical practice guidelines from the French health high authority: Nutritional support strategy in protein-energy malnutrition in the elderly. *Clin Nutr* 2011;30:312–9. doi:10.1016/j.clnu.2010.12.003. [93]Gibbs J, Cull W, Henderson W, Daley J, Hur K, Khuri SF. Preoperative serum albumin level as a predictor of operative mortality and morbidity: results from the National VA Surgical Risk Study. *Arch Surg* 1999;134:36–42. [94]Bendersky V, Sun Z, Adam MA, Rushing C, Kim J, Youngwirth L, et al. Determining the Optimal Quantitative Threshold for Preoperative Albumin Level Before Elective Colorectal Surgery. *J Gastrointest Surg* 2017;21:692–9. doi:10.1007/s11605-017-3370-9. [95]Chambrier C, Sztafak F, Société Francophone de nutrition clinique et métabolisme (SFNEP), Société française d'anesthésie et réanimation (SFAR). French clinical guidelines on perioperative nutrition. Update of the 1994 consensus conference on perioperative artificial nutrition for elective surgery in adults. *J Visc Surg* 2012;149:635–36. doi:10.1016/j.jvisurg.2012.06.006. [96]Englesbe MJ, Patel SP, He K, Lynch RJ, Schaubel DE, Harbaugh C, et al. Sarcopenia and Mortality after Liver Transplantation. *J Am Coll Surg* 2010;211:271–8. doi:10.1016/j.jamcollsurg.2010.03.039. [97]GBD 2015 Obesity Collaborators, Afshin A, Forouzanfar MH, Reitsma MB, Sur P, Estep K, et al. Health Effects of Overweight and Obesity in 195 Countries over 25 Years. *N Engl J Med* 2017;377:13–27. doi:10.1056/NEJMoa1614362. [98]Bardou M, Barkun AN, Martel M. Obesity and colorectal cancer. *Gut* 2013;62:933–47. doi:10.1136/gutjnl-2013-304701. [99]Joglekar S, Nau PN, Mezhr JJ. The impact of sarcopenia on survival and complications in surgical oncology: A review of the current literature. *J Surg Oncol* 2015;112:503–9. doi:10.1002/jso.24025. [100]Sabel MS, Lee J, Cai S, Englesbe MJ, Holcombe S, Wang S. Sarcopenia as a Prognostic Factor among Patients with Stage III Melanoma. *Ann Surg Oncol* 2011;18:3579–85. doi:10.1245/s10434-011-1976-9. [101]Baumgartner RN, Koehler KM, Gallagher D, Romero L, Heymsfield SB, Ross RR, et al. Epidemiology of sarcopenia among the elderly in New Mexico. *Am J Epidemiol* 1998;147:755–63. [102]van Vugt JLA, Levogler S, Gharbharan A, Koek M, Niessen WJ, Burger JWA, et al. A comparative study of software programmes for cross-sectional skeletal muscle and adipose tissue measurements on abdominal computed tomography scans of rectal cancer patients. *J Cachexia Sarcopenia Muscle* 2017;8:285–97. doi:10.1002/jcsm.12158. [103]Crenn P, Bouteloup C, Michallet M, Senesse P. Nutrition chez le patient adulte atteint de cancer : place de la nutrition artificielle dans la prise en charge des patients atteints de cancer. *Nutr Clin Métabolisme*. 2012;26(4):278–95 n.d. [104]Bowen TS, Schuler G, Adams V. Skeletal muscle wasting in cachexia and sarcopenia: molecular pathophysiology and impact of exercise training 2015:197–207. doi:10.1002/jcsm.12043. [105]Indrio F, Riezzo G, Raimondi F, Di Mauro A, Francavilla R, Elena M, et al. Hydrogen breath tests in gastrointestinal diseases. *Good Nutr Perspect* 21st Century 2016;29:31–44. doi:10.3945/ajcn.112.037556. [106]Prado CMM, Baracos VE, McCargar LJ, Mountzakis M, Mulder KE, Reiman T, et al. Body composition as an independent determinant of 5-fluorouracil-based chemotherapy toxicity. *Clin Cancer Res* 2007;13:3264–8. doi:10.1158/1078-0432.CCR-06-3067. [107]Tan BHL, Brammer K, Randhawa N, Welch NT, Parsons SL, James EJ, et al. Sarcopenia is associated with toxicity in patients undergoing neo-adjuvant chemotherapy for oesophago-gastric cancer. *Eur J Surg Oncol* 2015;41:333–8. doi:10.1016/j.ejso.2014.11.040. [108]Prado CMM, Lima ISF, Baracos VE, Bies RR, McCargar LJ, Reiman T, et al. An exploratory study of body composition as a determinant of epirubicin pharmacokinetics and toxicity. *Cancer Chemother Pharmacol* 2011;67:93–101. doi:10.1007/s00280-010-1288-y. [109]Clark BC, Manini TM. What is dynapnea? *Nutrition* 2012;28:495–503. doi:10.1016/j.nut.2011.12.002. [110]Van Vliedder MG, Levogler S, Ayez N, Verhoef C, Tran TCK, Ijzermans JNM. Body composition and outcome in patients undergoing resection of colorectal liver metastases. *Br J Surg* 2012;99:550–7. doi:10.1002/bjs.7823. [111]Peng PD, van Vliedder MG, Tsai S, de Jong MC, Makary M, Ng J, et al. Sarcopenia negatively impacts short-term outcomes

in patients undergoing hepatic resection for colorectal liver metastasis. HPB Off J Int Hepato Pancreato Biliary Assoc 2011;13:439–46. doi:10.1111/j.1477-2574.2011.00301.x

Chen LK, Liu LK, Woo J, Assantachai P, Auyeung TW, Bahyah KS, et al. Sarcopenia in Asia: Consensus report of the Asian working group for sarcopenia. J Am Med Dir Assoc 2014;15:95–101. doi:10.1016/j.jamda.2013.11.025

Fielding RA, Vellas B, Evans WJ, Bhasin S, Morley JE, Newman AB, et al. Sarcopenia: An Undiagnosed Condition in Older Adults. Current Consensus Definition: Prevalence, Etiology, and Consequences. International Working Group on Sarcopenia. J Am Med Dir Assoc 2011;12:249–56. doi:10.1016/j.jamda.2011.01.003

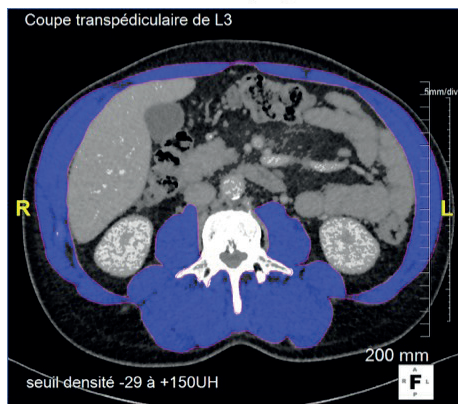
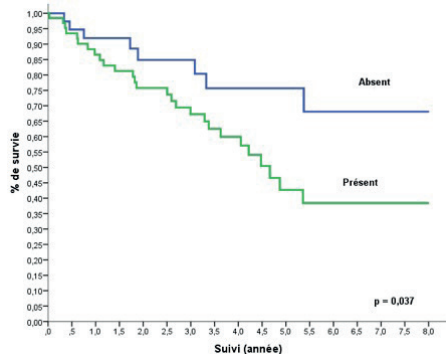
Cruz-Jentoft AJ, Landi F, Schneider SM, Zuniga C, Arai H, Boirie Y, et al. Prevalence of and interventions for sarcopenia in ageing adults: a systematic review. Report of the International Sarcopenia Initiative (EWGSP and IWGS). Age Ageing 2014;43:748–59. doi:10.1093/ageing/afu115

Cruz-Jentoft AJ, Baeyens JP, Bauer JM, Boirie Y, Cederholm T, Landi F, et al. Sarcopenia: European consensus on definition and diagnosis: Report of the European Working Group on Sarcopenia in Older People. Age Ageing 2010;39:412–23. doi:10.1093/ageing/afq034

Morley JE, Baumgartner RN, Roubenoff R, Mayer J, Nair KS. Sarcopenia. J Lab Clin Med 2001;137:231–43. doi:10.1067/mlc.2001.113504

Rosenberg IH. Sarcopenia: origins and clinical relevance. J Nutr 1997;127:990S–991S

Rosenberg IH. Epidemiologic and methodologic problems in determining nutritional status of older persons. Proceedings of a conference. Albuquerque, New Mexico, October 19–21, 1988. Am J Clin Nutr 1989;50:1121–235



Pour consulter ce résumé en ligne :
<https://www.snfgc.org/resumes-2019/000822>

P.430

Etude prospective de faisabilité sur l'implémentation d'un programme de réhabilitation digestive après exérèse rectale pour cancer : programme BOREAL (BOwel REhAbiLitation)

V. Assenat ⁽¹⁾, E. Rullier ⁽¹⁾, E. Chabrun ⁽¹⁾, F. Zerbib ⁽¹⁾, B. Celerier ⁽¹⁾, Q. Denost ⁽¹⁾

(1) Bordeaux.

Introduction : Un syndrome de résection antérieure majeur (LARS>30) associant fragmentation des selles, impériosité et incontinence anale est rapporté chez 50% des patients opérés d'une exérèse totale du mésorectum pour cancer. Nous avons émis l'hypothèse que la mise en place précoce d'un programme de réhabilitation (BOREAL) permettrait d'améliorer significativement la fonction digestive des patients.

Matériels et méthodes : Il s'agit d'une étude prospective de faisabilité sur l'implémentation du programme BOREAL comportant 4 étapes (E) successives avant la réalisation d'une colostomie en cas d'échec : médicale (E1), rééducation/irrigation rétrograde (E2), neurostimulation (E3) et caecostomie/irrigation antérograde (E4). L'objectif principal de cette étude était de montrer une diminution du taux de LARS majeur de 50% à 25%. Avec un risque α de 5% et une puissance β de 95%, la taille de l'échantillon nécessaire était de 50 patients. Les déterminants liés au patient, à la chirurgie et à l'organisation des soins ont été analysés.

Résultats : De février 2017 à avril 2018, 53 patients ont été inclus. Avec un suivi médian de 6,3 mois, 6 (11%) patients rapportaient un LARS majeur dû à la non-compliance au programme. Tous les patients compliants avaient un LARS<30, 72% après E1, 15% après E2 et 2% après E4. La sensibilisation préopératoire améliorait significativement le délai d'obtention d'un bon résultat fonctionnel ($p=0,023$).

Conclusion : L'implémentation du programme BOREAL a permis d'obtenir une réduction très significative du taux de LARS majeur de 50% à 11% en intention de traiter, et 100% des patients compliants n'avaient pas de LARS à l'issue du programme BOREAL.

Pour consulter ce résumé en ligne :
<https://www.snfgc.org/resumes-2019/000514>

P.431

Evaluation de la distance par rapport à la marge anale au cours du cancer du rectum : quel est l'examen le plus performant ?

H. Yacoub ⁽¹⁾, M. Sabbah ⁽¹⁾, A. Ouakaa Kchaou ⁽¹⁾, N. Bibani ⁽¹⁾, D. Trad ⁽¹⁾, H. Eloumi ⁽¹⁾, D. Gargouri ⁽¹⁾
 (1) Tunis, TUNISIE.

Introduction : L'évaluation de la distance d'une tumeur rectale par rapport à la marge anale est parfois délicate d'autant plus que l'implication thérapeutique est majeure (amputation abdominopérinéale versus résection antérieure). L'objectif de cette étude était d'évaluer la concordance de l'endoscopie et de l'imagerie par rapport aux constatations per-opératoire dans l'évaluation de la distance par rapport à la marge anale au cours du cancer du bas et moyen rectum.

Patients et Méthodes : Une étude rétrospective a été réalisée, colligeant tous les patients ayant un cancer du rectum sur une période de 4 ans (Janvier 2014-Décembre 2017). Chez tous les patients, le bilan d'extension a comporté une colonoscopie et une imagerie par IRM pelvienne et un scanner thoraco-abdomino-pelvien. Les patients opérés en urgence, dont on ne disposait pas de colonoscopie ou d'IRM ainsi que les tumeurs métastatiques non opérées, ainsi que les patients ayant un cancer du haut rectum ont été exclus de l'étude. Les données épidémiologiques, les caractéristiques endoscopiques, radiologiques, per opératoires et anatomopathologiques des patients ont été colligées. La concordance entre les différents examens a été calculée (logiciel SPSS, test t, p significatif si <0,05).

Résultats : Trente-six cancers du rectum ont été inclus. Douze patients ont été exclus (6 cancer du haut rectum, 6 métastatiques). Vingt-quatre patients ont été inclus (12 moyen et 12 bas rectum). L'âge moyen était de 64,7 ans [32-85] avec un sex ratio de 2,3. Quinze patients ont eu une résection antérieure et 9 ont eu une amputation abdominopérinéale. La distance moyenne par rapport à la marge anale en endoscopie, imagerie et chirurgie était respectivement de 5,8 cm, 5,3 cm et 5,2 cm. La concordance entre l'imagerie et les résultats de l'évaluation chirurgicale dans l'estimation de la distance de la tumeur par rapport à la marge anale était de 91,7%. Il existe une bonne corrélation entre l'imagerie et la chirurgie (différence non significative entre les moyens d'évaluation, p=0,295). Par ailleurs cette corrélation était moins bonne entre l'endoscopie et la chirurgie (concordance de 85% avec une différence significative entre les deux moyens, p=0,008).

Conclusion : Cette étude de corrélation confirme que l'IRM est l'examen de référence dans le bilan d'extension locorégional du cancer du rectum et notamment dans l'évaluation de la distance de la tumeur par rapport à la marge anale. La colonoscopie est moins performante probablement en raison de l'insufflation de l'air rendant les mesures moins exactes.

Pour consulter ce résumé en ligne :
<https://www.snfge.org/resumes-2019/000628>

P.432

Le devenir des patients âgés de plus de 75 ans avec néoplasie du rectum non métastatique

M. Boudreau-Frenette ⁽¹⁾, M.A. Bureau ⁽¹⁾, F. Lemay ⁽¹⁾, A. Beaudoin ⁽¹⁾
 (1) Sherbrooke, CANADA.

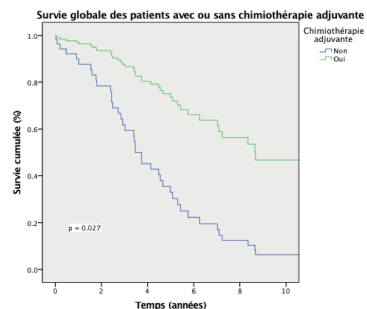
Introduction : Il existe peu de données par rapport au devenir ainsi que la prise en charge des patients âgés de 75 ans et plus avec néoplasie rectale non métastatique. Les évidences actuelles ne nous permettent pas d'affirmer avec certitude si ces patients bénéficient réellement des mêmes protocoles de traitements offerts aux patients plus jeunes. La balance entre les bénéfices escomptés et les risques associés au traitement est fragile et d'autres études sont nécessaires pour statuer sur la question.

Patients et Méthodes : À l'aide d'un devis rétrospectif non expérimental, nous avons analysé les données des patients de 75 ans et plus avec une néoplasie rectale non métastatique ayant subi une procédure à visée curative dans notre établissement entre les années 2000 et 2014. Des données démographiques, paracliniques et propres à la tumeur ont été analysées. Nous avons comparé la survie globale et la survie sans récurrence à 3 et 5 ans en fonction des différents types de traitement en utilisant des courbes de Kaplan-Meier (Type de chirurgie, traitement néoadjuvant et traitement adjuvant). Des analyses multivariées ont été faites en utilisant un modèle de régression de Cox, en contrôlant pour l'âge, le sexe, le stade, la localisation tumorale et le grade histologique. Les données ont été interprétées à l'aide du logiciel IBM SPSS (Version 24.0). Les données manquantes ont été exclues de l'analyse.

Résultats : 118 patients ont été inclus. L'âge médian était de 79,0 (76,75 – 82,00). La mortalité postopératoire était de 3,4 %. La survie globale à 3 et 5 ans était de 76 % et 57 % respectivement. La survie sans récurrence à 3 et 5 ans était de 69 % et 51 % respectivement. La survie globale à 5 ans était supérieure dans le groupe ayant eu une résection antérieure basse (RAB) comparativement au groupe ayant eu une résection abdomino-périnéale (RAP), mais non significatif en analyses multivariées (p = 0,100). En analyses multivariées, la survie globale à 3 et 5 ans était supérieure chez les patients ayant bénéficié d'une chimiothérapie adjuvante (HR 0,28, IC 95 % 0,09-0,87, p=0,027). Des résultats similaires ont été obtenus lors de l'analyse de la survie sans récurrence (HR 0,32 IC 95 % 0,10-0,96, p = 0,041). Les patients ayant bénéficié d'un traitement adjuvant combiné (radiochimiothérapie) obtenaient également un bénéfice significatif au niveau de la survie sans récurrence (HR 0,30, IC 95 % 0,09 – 0,98, p = 0,047). Le taux de complication était faible, soit moins de 20 % dans chaque groupe.

Discussion : Les patients âgés avec néoplasie rectale non métastatique présentent un faible taux de mortalité postopératoire ainsi qu'un faible taux de complications associé aux différentes modalités thérapeutiques. De plus, nous observons une augmentation du taux de survie globale et survie sans récurrence associée à un traitement de chimiothérapie et radiochimiothérapie combinée adjuvante.

Conclusion : Les patients âgés de 75 ans et plus ont des taux de survie globale et des taux de survie sans récurrence adéquats et devraient être éligibles pour une avenue thérapeutique comparable à la population standard.



Pour consulter ce résumé en ligne :
<https://www.snfge.org/resumes-2019/000341>

Prévalence et impact décisionnel de la dénutrition des patients âgés atteints de cancer ayant une prise en charge oncogériatrique en région Centre-Val de Loire. Focus sur les cancers du sein et colorectal

C. Sauger ⁽¹⁾, V. Dardaine ⁽¹⁾, T. Lecomte ⁽¹⁾, C. Lefebvre ⁽¹⁾, P. Heitzmann ⁽¹⁾, E. Danquechin Dorval ⁽¹⁾

(1) Tours.

Introduction : La dénutrition au cours du cancer est fréquente et a un impact négatif sur la survie. Chez les patients âgés, l'évaluation gériatrique personnalisée (EGP) analyse plusieurs paramètres nutritionnels, les co-morbidités et le statut fonctionnel qui conduisent à des recommandations de traitement par le gériatre selon le degré de fragilité.

L'objectif de notre étude a été d'évaluer la prévalence et l'impact décisionnel initial de la dénutrition chez les patients âgés avec cancer ayant eu une EGP en région Centre Val de Loire (CVL).

Patients et Méthodes : A partir des données structurées de l'EGP recueillies de façon prospective dans le Dossier Communiquant en Cancérologie (DCC), nous avons analysé les paramètres nutritionnels chez tous les patients âgés atteints de cancer ayant eu une EGP en région CVL entre 2014 et 2017. Ont été considérés comme dénutris les patients présentant au moins 1 des critères suivants : perte de poids $\geq 5\%$ en 1 mois ou $\geq 10\%$ en 6 mois, IMC < 21 , albuminémie $< 35\text{g/l}$ et/ou MNA < 17 . L'analyse, sur l'ensemble des patients et dans les sous groupes avec cancer colorectal (CCR) ou cancer du sein, a évalué l'association de la dénutrition avec la fragilité (groupe Balducci 3), la présence d'au moins 1 co-morbidité sévère, la recommandation du gériatre d'un traitement symptomatique seul ou oncologique optimal.

Résultats : Parmi les 704 patients (âge moyen : 83,9 ans dont 41% de plus de 85 ans ; extr. : 75/102 ans) ayant eu une EGP quelque soit le type de cancer, 62,5% présentaient au moins un critère de dénutrition. Chez les 128 patients avec un CCR ce taux était de 71% et indépendamment du statut métastatique, et de 55% chez les 166 patientes avec un cancer du sein. Au cours du CCR, les patients dénutris comparés aux non dénutris présentaient plus souvent une ou des co-morbidités sévères (69% vs 50%, $p=0,04$) et une fragilité (36% vs 8%, $p=0,001$) conduisant le gériatre à conseiller plus souvent un traitement symptomatique seul (35% vs 4%, $p=0,006$) et plus rarement le traitement oncologique optimal selon le stade (13% vs 35%, $p=0,035$). En analyse multivariée seule la fragilité était associée à la dénutrition ($p=0,021$). En revanche, chez les patientes avec un cancer du sein, la dénutrition n'était associée qu'au statut métastatique (75,5% vs 49%, $p=0,002$) et sans impact sur les propositions de traitement.

Conclusion : Dans notre population de patients âgés atteints de cancer vus en EGP, la dénutrition est très fréquente. Au cours du CCR, elle est associée à la fragilité et un facteur de traitement oncologique non optimal contrairement au cancer du sein. Son dépistage et son traitement spécifique apparaissent donc particulièrement cruciaux pour améliorer la prise en charge oncologique des patients âgés atteints d'un CCR.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000025>

Facteurs prédictifs de réponse histologique complète après radiochimiothérapie néoadjuvante du cancer du rectum

F. Ksontini ⁽¹⁾, A. Sebei ⁽¹⁾, S. Kacem ⁽¹⁾, S. Atri ⁽¹⁾, H. Maghrebi ⁽¹⁾, M. Ayadi ⁽¹⁾, K. Montasser ⁽¹⁾

(1) Tunis, TUNISIE.

Introduction : La radiochimiothérapie préopératoire (RCT) est devenue, au cours des dernières années, le standard dans la prise en charge de l'adénocarcinome rectal localement avancé (T3 / T4 et / ou N+). En effet, comparé à la résection chirurgicale seule, la RCT néo-adjuvante améliore le contrôle local et augmente le taux de conservation du sphincter. De plus, une réponse complète pathologique (pCR) peut être obtenue jusqu'à 20% des cas.

L'objectif de notre étude était de déterminer les facteurs prédictifs de p CR après RCT néo-adjuvante, ce qui pourrait permettre d'éviter une chirurgie souvent mutilante avec de mauvais résultats génito-urinaires.

Patients et Méthodes : Cette étude a été réalisée dans le service de chirurgie viscérale A de l'hôpital La Rabta. Il s'agit d'une étude rétrospective ayant inclus les patients atteints d'un adénocarcinome rectal localement avancé (T3 / T4 et / ou N+) traités entre 2008 et 2016. Tous les patients ont reçu une chimiothérapie néo-adjuvante à base de 5-FU et une radiothérapie externe suivie d'une résection rectale curative avec excision totale du mésorectum.

Résultats : Soixante seize patients ont été inclus. L'âge médian était de 60 ans (35-83 ans). La tumeur était située dans le moyen rectum dans 45 cas (59,2%) et le bas rectum chez 31 patients (40,8%). Tous les patients étaient en bon état général (performans status à 0 ou 1). La tumeur était classée T2 chez 12 patients, T3 chez 55 patients, T4 chez 9 et 62 patients étaient N+.

Après un RCT néoadjuvante, une réponse histologique partielle a été observée chez 29 patients (38,2%). Dix-neuf patients ont obtenu une réponse histologique complète (25%). L'analyse univariée et multivariée ont été réalisées. En analyse univariée, les facteurs prédictifs de p CR étaient les suivants : le siège de la tumeur : rectum moyen ($p = 0,043$), une taille tumorale inférieure à 3 centimètres ($p = 0,026$), une tumeur mobile au toucher rectal ($p = 0,001$), le stade clinique T ($p = 0,001$), un taux d'hémoglobine $> 10\text{ g / dl}$ ($p = 0,016$), les tumeurs bien différenciées ($p = 0,038$) et la normalisation du taux de l'ACE après traitement néo-adjuvant ($p = 0,005$). En analyse multivariée : le site tumoral ($p = 0,04$), la taille de la tumeur inférieure à 3 centimètres ($p = 0,028$) et les tumeurs bien différenciées ($p = 0,053$) étaient les facteurs prédictifs de p CR.

Conclusion : L'incidence de réponse histologique complète dans notre étude était de 25%. Le site tumoral, la taille et la différenciation étaient des prédicteurs cliniques indépendants pour la stérilisation tumorale.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000867>

P.435

Il ne faut pas négliger les lésions cytologiques de dysplasie de bas grade dans les populations à risque de cancer de l'anus

J. Moreau ⁽¹⁾, L. Siproudhis ⁽¹⁾, A. Lion ⁽¹⁾, C. Brochard ⁽¹⁾, E. Le Balc'h ⁽¹⁾, A. Merlini-L'héritier ⁽¹⁾, G. Bessi ⁽¹⁾, T. Wallenhorst ⁽¹⁾, G. Bouguen ⁽¹⁾, A. Lièvre ⁽¹⁾

(1) Rennes.

Introduction : Si la constatation de lésions de dysplasie de haut grade du canal anal font l'objet d'un suivi très attentif et rapproché (anuscopie haute résolution tous les 6 mois, destruction des lésions), la prise en charge est beaucoup moins standardisée parce que moins analysée (rythme de suivi non connu, pas de stratégie de traitement) chez les personnes ayant des lésions de dysplasie de bas grade en cytologie anale (LSIL). Le but du travail était d'éclairer l'histoire naturelle des lésions dans le cadre d'un suivi suffisamment long et d'orienter les propositions de stratégie.

Patients et Méthodes : L'analyse a porté sur les données recueillies prospectivement au sein d'une cohorte monocentrique de malades à risque de cancers de l'anus comportant au moins deux examens cliniques avec frottis pour analyse cytologique (phase liquide Thinprep) et de génotypage virologique (PCR Multiplex pour détection des HPV à haut risque de dysplasie). Les lésions macroscopiques d'intérêt et/ou la présence d'une cytologie en faveur de lésions de dysplasie de haut grade (HSIL) faisaient l'objet d'une anoscopie haute résolution et de biopsies pour confirmation histologique. Le suivi était semestriel ou annuel en fonction de la nature des lésions dysplasiques observées. La normalité de l'exploration était définie par l'absence d'anomalie macroscopique visible et la normalité de l'examen cytologique. La clairance virale était définie par la disparition durable des génotypes viraux tout au long du suivi.

Résultats : 122 personnes à risque de cancer de l'anus présentaient des lésions cytologiques de dysplasie de bas grade (LSIL) lors de la première consultation de suivi (M/F : 106/16 ; âge : 46 [38-53] ; HPV à haut risque : 96/118 (81 %)). Elles ont eu un suivi médian de 129 [59-205] semaines et 4 examens [2-5] par patient. Au terme du suivi, la cytologie anale s'est normalisée chez 37/122 (30 %) mais des lésions de dysplasie de haut grade histologique se sont développées chez 36/122 malades (30 %) et 2 ont eu un carcinome épidermoïde invasif. La probabilité de développement de dysplasie de haut grade était de 15 [11-20], 28 [21-36] et 39 [30-49] %, après 1, 2 et 3 ans de suivi respectivement. Elle était plus importante chez les femmes que chez les hommes et en cas d'infection HPV 16 mais pas plus en cas d'infection VIH. En fin de période de suivi, 11 malades avaient encore des lésions de dysplasie de haut grade (09 %) et la clairance des HPV à haut risque n'a été observée que chez 11/96 malades (12 %).

Conclusion : La présence d'une dysplasie de bas grade lors de la cytologie anale des personnes à risque de cancer est un élément préoccupant à prendre compte : le risque d'évolution vers des lésions de haut grade ou invasives invitent à maintenir une surveillance rapprochée avec des méthodes sensibles (frottis anal, anoscopie haute résolution). Un suivi clinique comparable à ce qui est proposé pour la dysplasie de haut grade mériterait une évaluation dans le cadre d'une étude prospective de stratégie.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfgc.org/resumes-2019/000805>

P.436

Faut-il changer de stratégie thérapeutique des lésions dysplasiques de haut grade du canal anal ?

J. Moreau ⁽¹⁾, L. Siproudhis ⁽¹⁾, A. Lion ⁽¹⁾, C. Brochard ⁽¹⁾, E. Le Balc'h ⁽¹⁾, A. Merlini-L'héritier ⁽¹⁾, G. Bessi ⁽¹⁾, T. Wallenhorst ⁽¹⁾, G. Bouguen ⁽¹⁾, A. Lièvre ⁽¹⁾

(1) Rennes.

Introduction : Les recommandations actuelles invitent à une surveillance étroite des malades ayant une dysplasie de haut grade de l'anus : des gestes de destruction ou d'exérèse sont proposées pour traiter les lésions visibles. Cependant, les données disponibles concernant l'efficacité d'une telle approche sont peu nombreuses. L'objectif de ce travail était d'analyser dans quelle mesure cette stratégie atteignait l'objectif de la rémission chez les malades à risque.

Patients et Méthodes : L'analyse a porté sur les données recueillies prospectivement au sein d'une cohorte monocentrique de malades à risque de cancers de l'anus comportant au moins deux examens cliniques avec frottis pour analyse cytologique (phase liquide Thinprep) et de génotypage virologique (PCR Multiplex pour détection des HPV à haut risque de dysplasie). Les lésions macroscopiques d'intérêt et/ou la présence d'une cytologie en faveur de lésions de dysplasie de haut grade (HSIL) faisaient l'objet d'une anoscopie haute résolution et de biopsies pour confirmation histologique. Le suivi était semestriel. Les lésions visibles faisaient l'objet d'une photocoagulation infrarouge ou d'une résection chirurgicale en cas de lésion circonsrite. La normalité de l'exploration était définie par l'absence d'anomalie macroscopique visible et la normalité de l'examen histologique des zones d'intérêt. La clairance virale était définie par la disparition durable des génotypes viraux tout au long du suivi.

Résultats : 62 personnes à risque de cancer de l'anus ont fait l'objet d'un suivi rapproché parce qu'il existait des lésions de dysplasie de haut grade sur les données histologiques du début de leur prise en charge (M/F: 50/13 ; âge : 47 [48-59] ; HPV à haut risque : 53/59 (88 %)). Elles ont eu un suivi médian de 181 [34-288] semaines et 6 examens [4-8] par patient. Au terme du suivi, 30 malades avaient des signes histologiques persistant de dysplasie de haut grade dont un cancer invasif (48 %). La normalisation des données histologiques n'étaient observées que chez 19 malades (30 %) et la clairance virale des HPV à haut risque chez seulement 4/53 (8 %). La probabilité de disparition de la dysplasie anale était de 5 [04-06], 17 [10-28] et 32 [21-45] %, après 1, 2 et 3 ans de suivi respectivement. L'infection HPV 16 et une coinfection VIH étaient significativement associées à une rémission complète encore moins fréquente et plus tardive.

Conclusion : La rémission est un événement finalement assez rare en dépit des stratégies de surveillance rapprochée et de traitement de la dysplasie de haut grade du canal anal. Sa dépendance virale fait questionner le bien-fondé des stratégies de destruction physique des lésions quand une approche thérapeutique antivirale ou immunologique trouverait mieux sa place.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfgc.org/resumes-2019/000807>

Lymphome colique du MALT : série monocentrique d'une pathologie rare

J. Tannouri⁽¹⁾, A. Amiot⁽¹⁾, C. Copie-Bergman⁽¹⁾, C. Gagnière⁽¹⁾, J. Dupuis⁽¹⁾, K. Belhadj⁽¹⁾, F. Le Bras⁽¹⁾, N. Petitdidier⁽¹⁾, I. Sobhani⁽¹⁾, C. Haïoun⁽¹⁾, M. Lévy⁽¹⁾

(1) Créteil.

Introduction : L'estomac est le site le plus fréquent du lymphome de la zone marginale du tissu lymphoïde associé à la muqueuse (MALT) de bas grade (LGM). Le lymphome colique du MALT est rare, sa prévalence n'est pas connue précisément et n'a été décrit, dans la littérature, que sous forme de cas cliniques isolés. Nous rapportons une série de 9 patients, la plus importante au sein d'un centre unique, atteints de lymphome colique du MALT (LCM) suivis prospectivement.

Patients et Méthodes : Tous les patients ayant un LCM ont été suivis (suivi médian : 8 ans (1-25)). Le diagnostic a été posé sur les biopsies effectuées au cours d'une coloscopie selon les critères OMS. La présence de la translocation t(11;18) a été recherchée par PCR ou FISH. Une gastroscopie a été effectuée à la recherche d'une localisation lymphomateuse gastrique du MALT concomitante et d'une infection à *H. pylori*. En cas d'atteinte rectale, une échocystoscopie rectale a été effectuée. Tous les patients ont eu un scanner thoraco-abdomino-pelvien et une biopsie ostéo-médullaire permettant un staging selon la classification d'Ann Arbor modifiée. Tous les patients ont été traités selon différentes modalités.

Résultats : Neuf cas de LCM ont été diagnostiqués (6 hommes, 3 femmes ; âge médian : 63 ans [31-84]). Le mode de révélation était le suivant : fortuit au cours d'un dépistage de polypes (n = 3), rectorragies (n = 4), syndrome sub-occlusif (n = 1), masse découverte sur le scanner du bilan d'extension d'un LGM (n = 1). L'atteinte était multifocale dans 4 cas avec une atteinte caecale (n = 4) et rectale (n = 3) plus fréquente. La coloscopie montrait des lésions polypoides (n = 6), une tumeur (n = 2) ou des gros plis (n = 1). L'échocystoscopie rectale montrait un nodule hypoéchogène enchâssé dans la sous-muqueuse. La t(11;18) était retrouvée chez 2 patients. Il existait un LGM associé dans 3 cas et *H. pylori* était retrouvé chez 3 patients (dont 1 seul avait un LGM associé). A l'issue du bilan, le stade d'extension de la maladie était : IE (n = 6), III (n = 2), IV (n = 1). Les traitements ont été : colectomie partielle (n = 1), mucosectomie (n = 1), Rituximab +/- alkylant (n = 5), alkylant seul (n = 2). En fin de suivi, la rémission était complète (n = 6), partielle (n = 1) et 2 patients étaient en rechute dont l'un est surveillé (lésions minimes) et l'autre est en cours de re-traitement. Trois patients ont reçu plus d'une ligne de traitement.

Conclusion : Le lymphome colique du MALT est une pathologie rare dont la présente étude rapporte la plus large série monocentrique publiée. Elle est hétérogène dans sa présentation clinique mais la forme la plus fréquente est une lésion polypoides d'allure sous-muqueuse. Le traitement médical, centré sur le Rituximab, à l'instar du LGM, est efficace dans près de 80% des cas. En raison du nombre de patients, il n'a pas été possible d'individualiser des facteurs influençant la réponse au traitement.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000075>

Quels sont les facteurs favorisant la survenue d'une sténose biliaire haute après traumatisme opératoire des voies biliaires ?

A. Tidjane⁽¹⁾, N. Boudjenan Serradj⁽¹⁾, N. Ikhllef⁽¹⁾, S. Bensafir⁽¹⁾, B. Tabeti⁽¹⁾, N. Benmaarouf⁽¹⁾

(1) Oran, ALGÉRIE.

Introduction : La plaie biliaire est une complication qui survient principalement après la réalisation d'une cholécystectomie. La sténose biliaire est un mode de révélation de ces traumatismes, le traitement de ces sténoses biliaires est difficile quand le niveau de la sténose est proximal.

Patients et Méthodes : L'objectif de ce travail était de répondre à une question simple, quels sont les facteurs influençant la survenue d'une sténose biliaire haute dite hilare (Grade E3,E4 et E5 de Strasberg). Pour répondre à cette question une étude rétrospective était faite sur les dossiers de patients opérés pour sténose biliaire au service de chirurgie hépatobiliaire et greffe du foie sur une période allant de janvier 2010 à mai 2018. Seuls les dossiers des patients ayant des plaies de grade E de Strasberg ont été retenues. Les données étaient saisies et traitées par le logiciel SPSS version 20. Le test de χ^2 était utilisé pour juger de l'indépendance des variables qualitatives, une Valeur $P < 0,05$ était considérée comme statistiquement significative, l'ensemble des variables ayant un $P < 0,25$ sont inclut dans une analyse par regression logistique multiple et un résultat avec un $P < 0,05$ est considéré statistiquement significatif.

Résultats : Durant cette période d'étude, 53 cas de sténose biliaire étaient pris en charge pour traumatisme opératoire des voies biliaires en sténose (Grade E de Strasberg), dont 43 Femme, ce qui représente un sex-ratio de 0,23, avec une moyenne d'âge de 44 ± 13 ans. 41,5% (n=22) des patient avait une sténose biliaire haute hilare (Grade E3 à E5), une analyse de l'influence des facteurs : sexe, voie d'abord laparoscopique, traumatisme reconnue immédiatement et antécédents de réparation antérieure était faite, les patients ayant eu une chirurgie de réparation antérieure semblent avoir des sténoses hautes hilaires de façon plus importante (78,9% vs 47,1%) avec un ($P=0,02$). Il existe une grande différence entre les deux sous groupes de patients opérés par voie laparoscopique et ceux opérés par voie classique (69% vs 45,8%), cette différence était statistiquement significative ($P=0,023$).

Le délai prolongé avant la réparation ne semblait pas avoir d'influence sur le niveau de la sténose ($P=0,27$).

L'analyse par regression logistique multivariée fait ressortir les deux variables explicatives "réparation secondaire et cholécystectomie laparoscopique" avec respectivement ($P=0,027$ - OR=4,690) et ($P=0,036$ - OR=3,779).

Conclusion : A chaque fois que les patients bénéficient d'une réparation biliaire de mauvaise qualité, la sténose biliaire gagne en hauteur et donc devient plus difficile. D'où l'intérêt de laisser la réparation biliaire au centre dédiés à cela.

Les traumatismes causés par la chirurgie laparoscopique sont responsables de sténoses hautes comparés aux plaies causés par la cholécystectomie réalisée par chirurgie ouverte.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000070>

Impact de la conversion au cours des résections hépatiques par laparoscopie : analyse d'une cohorte nationale de 4 119 patients

C. Hobeika ⁽¹⁾, C. Goumard ⁽¹⁾, E. Vibert ⁽²⁾, O. Scatton ⁽¹⁾

(1) Paris ; (2) Villejuif.

Introduction : La conversion est un événement indissociable de la résection hépatique par laparoscopie (RHL) et est le reflet de sa courbe d'apprentissage. L'objectif de cette étude était d'analyser les facteurs de risque de conversion et son impact sur les résultats à court terme d'une large série de RHL.

Matériels et méthodes : À partir du registre national français des RHL, tous les malades ayant eu une conversion non-programmée ont été inclus. Les résultats des RHL converties ont été comparés aux RHL non-converties.

Résultats : Sur 4119 RHL, 425 (10,3%) ont été converties. Les malades convertis avaient un BMI moyen de 26±5 kg/m², étaient majoritairement des hommes (n=260, 61,2%), avaient des pertes sanguines plus importantes (715±721ml vs. 239±348ml ; p=0,001), un taux de transfusion plus élevé (26,5% vs. 3,4% ; p=0,001), et une durée opératoire plus longue (279±105min vs. 203±103min ; p=0,001). La mortalité post-opératoire était plus élevée chez les malades convertis (11 (2,6%) vs. 32 (0,9%) ; p=0,001), de même que les complications majeures (19,8% vs. 7,4% ; p=0,001), et le taux d'insuffisance hépatique grade B/C (4,7% vs. 1,6% ; p=0,001). L'analyse multivariée a identifié trois facteurs de risque indépendants de conversion : un score ASA*3 (HR:1,59 [1,10-2,30] ; p=0,013), l'hépatectomie droite (HR:3,74, [2,50-5,61] ; p=0,001) et la résection pour carcinome hépatocellulaire (HR:1,81, [1,27-2,56] ; p=0,001).

Conclusion : La conversion était associée à une augmentation significative de la morbi-mortalité péri-opératoire chez les malades opérés d'une RHL. Les situations à risque de conversion doivent être identifiées afin d'en anticiper les conséquences.

Remerciements : AFC Working Group

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/001027>

Quel est l'impact à court terme de la cirrhose au cours de résections hépatiques laparoscopiques ? Résultats d'une cohorte nationale

C. Hobeika ⁽¹⁾, D. Fuks ⁽¹⁾, C. Goumard ⁽¹⁾, E. Vibert ⁽²⁾, O. Scatton ⁽¹⁾

(1) Paris ; (2) Villejuif.

Introduction : Bien que la résection hépatique par laparoscopie (RHL) semble réduire la morbidité postopératoire par rapport à la laparotomie, l'impact de la cirrhose sur les suites postopératoires après RHL reste à définir.

Matériels et méthodes : À partir du registre national français des RHL (Association Française de Chirurgie), les malades cirrhotiques (F4) ont été identifiés sur l'analyse anatomopathologique. Les résultats des RHL sur cirrhose ont été comparés aux RHL sur foie non-cirrhotique.

Résultats : Sur les 3150 RHL, 774 (32,6%) résections ont été réalisées sur foie cirrhotique. L'âge moyen des malades cirrhotiques était de 63,2±12,0 ans et 705 (91,6%) malades cirrhotiques avaient un carcinome hépatocellulaire. Bien que les RHL sur cirrhose étaient moins fréquemment des résections majeures (8,1% vs. 20,2% ; p=0,001) par rapport aux RHL sur foie non-cirrhotique, les malades cirrhotiques présentaient plus de pertes sanguines (345±454ml vs. 290±443ml ; p=0,006) ainsi qu'un taux de conversion plus important (14,1% vs. 10,8% ; p=0,013) par rapport aux malades non-cirrhotiques. En postopératoire, les malades cirrhotiques avaient un taux de complications majeures (10,6% vs. 6,7% ; p=0,001), d'insuffisance hépatique grade B/C (3,6% vs. 0,9% ; p=0,001) et de mortalité à 90 jours (2,6% vs. 0,6% ; p=0,001) plus importante que les malades non-cirrhotiques. La présence d'une cirrhose était un facteur de risque indépendant de mortalité postopératoire (HR=4,42 ; IC95%(1,40-13,9) ; p=0,011).

Conclusion : Même chez des malades opérés par laparoscopie, la résection hépatique sur cirrhose reste techniquement difficile et est grevée d'une morbi-mortalité plus importante que les RHL sur foie non-cirrhotique, nécessitant une prise en charge spécialisée.

Remerciements : AFC Working Group

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/001026>

Drainage biliaire antérograde après hépato-gastrostomie endoscopique (DBA-HGE) pour la prise en charge des sténoses bénignes anastomotiques bilio-digestives

J. Bodiou ⁽¹⁾, M. Gasmi ⁽¹⁾, M. Barthet ⁽¹⁾, J.M. Gonzalez ⁽¹⁾
(1) Marseille.

Introduction : Les sténoses bénignes anastomotiques bilio-digestives (SABD) sont l'une des principales complications après une chirurgie biliaire. Plusieurs prises en charge ont été proposées pour leur traitement (radiologique, chirurgie ou CPRE via entéroscopie à double ballon). Nous proposons une technique en 2 temps consistant en 1/ accès par hépato-gastrostomie (HG) sous échodoposcopie ; 2/ traitements antérogrades des SABD à travers l'HG.

Matériels et méthodes : Il s'agit d'une étude monocentrique rétrospective incluant les patients ayant une SABD post chirurgie biliaire, traitée par DBA-HGE. Ceux présentant un cancer en place ou une récidive maligne locale étaient exclus. La première étape consistait en une HG sous échodoposcopie, avec pose d'une prothèse métallique couverte (SEMS). Dans un 2^{ème} temps (à 1-2 mois) était programmé le retrait de la prothèse pour réaliser un traitement antérograde: i) dilatation antérograde au ballon MaxForce 8mm + pose de prothèses queue de cochon (QDC) si SABD franchie par le guide +/- ii) cholangioscopie antérograde (Spyglass, Boston Scientific, USA) associée à une lithotritie interne si lithiase associée. L'objectif principal était d'évaluer la faisabilité de notre technique en deux étapes. Les objectifs secondaires étaient d'évaluer sa sécurité et de décrire une stratégie thérapeutique.

Résultats : Entre août 2014 et septembre 2018, 8 hommes et 4 femmes de 61 ans d'âge moyen étaient inclus. 9 patients avaient une sténose d'anastomose hépato-jéjunale, 2 patients une sténose cholédoecienne avec duodénum inaccessible et un patient avait un défaut de la convergence biliaire complet post hépatectomie droite. Les symptômes (50% d'angiocholite et 50% d'ictère) apparaissaient en moyenne 3,2 ans après la chirurgie.

Cernant la première étape, le succès technique était de 100%, avec la pose d'une SEMS dans 75% des cas (9/12), d'une prothèse plastique DQC hépato-gastrique (n=1), d'un drain naso-biliaire (n=1), ou le franchissement d'embolie de la SABD avec dilatation et pose d'une prothèse DQC gastro-hépatique-jéjunale trans-anastomotique (n=1). Elle a permis une amélioration des symptômes chez 100% des patients. Il y a eu 4 effets indésirables (3 angiocholites, 1 abcès hépatiques) traités médicalement et aucune complication per-opératoire.

Le 1^{er} traitement antérograde était réalisé en moyenne à 7 semaines. Trois patients ont été repris précocement pour récidive des symptômes due à une migration de stent. La SABD était franchie dans 36,4% des cas, permettant une dilatation et la pose d'une prothèse plastique DQC trans-anastomotique. En cas de SABD infranchissable, une nouvelle prothèse HG était placée (4 doubles prothèses DQC, 4 SEMS). Une cholangioscopie antérograde avec lithotritie électro-hydraulique a été pratiquée chez 2 patients avec macrolithiase.

Au cours du suivi, il a été réalisé en moyenne 4,4 [1-9] endoscopies ultérieures, permettant de franchir la SABD dans 75% des cas avec dilatations itératives (de 1 à 7), toutes faites en ambulatoire. Le nombre de prothèses plastiques DQC était augmenté progressivement (de 2 à 4). Il n'y a eu aucun événement indésirable grave après la 2^{ème} étape durant un suivi moyen de 100 semaines [12-213]. Un patient a bénéficié d'une seule dilatation avant retrait des prothèses, sans récidive après 4 ans de suivi. Les autres patients (n=10) ont des changements de prothèse tous les 6 mois à 1 an, et restent asymptomatiques.

Conclusion : La prise en charge des SABD par une approche en 2 étapes, HG puis traitement antérograde, a permis la repermeabilisation de la sténose dans 75% des cas et une régression clinique des symptômes dans 100% des cas. Cette stratégie se pose comme une alternative sérieuse à la radiologie percutanée, la chirurgie ou à l'entéroscopie double ballon, pour le traitement des SABD.

Pour consulter ce résumé en ligne :
<https://www.snfge.org/resumes-2019/000544>

Validation d'un score pré-opératoire prédisant la survie à long terme du cholangiocarcinome intra-hépatique résecté : étude de cohorte multicentrique internationale

R. Brustia ⁽¹⁾, L. Serena ⁽²⁾, T. Kawai ⁽³⁾, G. Fonseca ⁽⁴⁾, A. Schielke ⁽⁵⁾, L. Fartoux ⁽¹⁾, F. Colli ⁽²⁾, F. Fleres ⁽⁶⁾, S. Famularo ⁽⁷⁾, A. Giacomoni ⁽⁷⁾, D. Sommacale ⁽⁶⁾, D. Patrono ⁽²⁾, O. Detry ⁽⁶⁾, P. Hermann ⁽⁴⁾, O. Shinya ⁽³⁾, A. Ferrero ⁽²⁾, O. Scatton ⁽¹⁾

(1) Paris ; (2) Turin, ITALIE ; (3) Kyoto, JAPON ; (4) São Paulo, BRÉSIL ; (5) Liège, BELGIQUE ; (6) Reims ; (7) Milan, ITALIE.

Introduction : Récemment, un score pré-opératoire en 5 classes (SCORE_CCIH) capable de prédire le taux de survie à 5 ans après hépatectomie pour cholangiocarcinome intra-hépatique (CCIH) et dérivé d'une cohorte internationale de 250 malades, a été proposé (1).

Le but de ce travail était de valider ce score sur une cohorte externe afin qu'il soit utilisé en pratique clinique.

Patients et Méthodes : Tous les malades opérés d'un CCIH depuis 2001 dans 9 centres internationaux ont été inclus. Les données minimales du SCORE_CCIH étaient : albumine, leucocytes/neutrophiles, CA19-9 et diamètre tumoral pré-opératoire.

Le critère de jugement principal était la précision de discrimination du SCORE_CCIH par l'aire sous la courbe ROC. Une analyse de survie et un modèle de COX ont été réalisés pour déterminer les facteurs prédictifs indépendants de mortalité.

Résultats : Parmi 330 patients inclus, la survie moyenne était de 64±4 mois. La précision de discrimination du SCORE_CCIH (AUROC) sur la survie était de 0,63 (95%CI:0,57-0,69) (fig.1). Le taux de survie à 5 ans observée était de 35,2%, 29,5%, 15,2%, 15,7% et 0% en fonction des classes (fig.2). Après ajustement dans le modèle de Cox, les variables significativement prédictives de mortalité étaient le taux d'albumine (HR:0,671, IC95%:0,461-0,976 p=0,04), le rapport leucocytes/neutrophiles (HR: 1,091, IC95%:1,012-1,176 p=0,02) et le taux de CA19-9 (HR :1, IC95%:1-1, p=0,015).

Discussion : La précision du CCIH_SCORE sur la discrimination de la survie à long terme est modérée. Les prédicteurs indépendants associés à la mortalité étaient albumine, leucocytes/neutrophiles, CA19-9 mais pas le diamètre tumoral.

Conclusion : Le SCORE_CCIH peut être considéré en pratique clinique comme aide à la décision en cas de malades complexes.

Références Bibliographiques : Sasaki K, Margonis GA, Andreatos N, Bagante F, Weiss M, Barbon C, Popescu I, Marques HP, Aldrighetti L, Maithel SK, Pulitano C, Bauer TW, Shen F, Poultsides GA, Soubra O, Martel G, Koerkamp BG, Guglielmi A, Itaru E, Aucejo FN, Pawlik TM. Preoperative Risk Score and Prediction of Long-Term Outcomes after Hepatectomy for Intrahepatic Cholangiocarcinoma. J Am Coll Surg. 2018 Apr;226(4):393-403.

Figure 1. Précision de discrimination du SCORE_CCIH

1. Discrimination

Précision de discrimination du SCORE_CCIH (AUROC) sur la survie (Aire sous la courbe ROC)

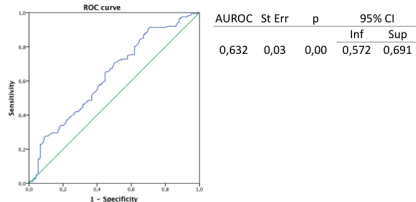
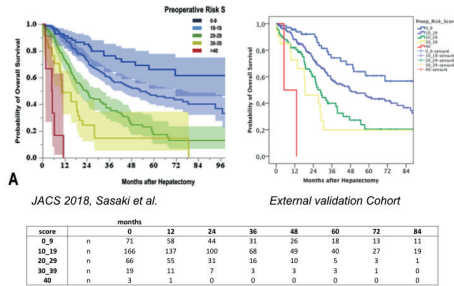


Figure 2. Estimation de survie prédite par le SCORE_CCIH sur la cohorte de derivation (publication originale) à gauche, et sur la cohorte externe de validation (droite).

2. Preoperative Risk Score and Survival



Pour consulter ce résumé en ligne :
<https://www.snfge.org/resumes-2019/000320>

P.443

Validation du score de difficulté français des hépatectomies par laparoscopie sur une cohorte nationale de 3 764 patients

C. Goumard ⁽¹⁾, C. Hobeika ⁽¹⁾, E. Vibert ⁽²⁾, D. Fuks ⁽¹⁾, O. Scatton ⁽¹⁾

(1) Paris ; (2) Villejuif.

Introduction : Une classification simple du degré de risque et de difficulté des hépatectomies par laparoscopie (HL) a récemment été proposée par un centre expert français (Score Français). L'objectif de cette étude était de valider cette classification sur une large cohorte nationale d'HL.

Matériels et méthodes : Les patients inclus dans le registre national des HL ont été séparés en 3 groupes de difficulté selon le type de geste effectué et la taille des lésions (G1: wedge, lobectomie gauche ; GII: segmentectomies antérolatérales, hépatectomie gauche ; GIII: hépatectomies droites ou étendues, segmentectomies postérosupérieures). La validité de ce score a été évaluée sur les données péri-opératoires.

Résultats : 3764 HL ont été incluses, dont 1862 (50%) dans le Groupe I, 771 (20%) Groupe II, et 1131 (30%) dans le Groupe III. Le taux de conversion augmentait significativement des Groupe I à III (G1, 6,7% ; GII, 10% ; GIII, 16,8% ; p<0,001) ainsi que les pertes sanguines (G1, 198±380ml ; GII, 300± 395ml ; GIII, 427±506ml, p<0,001), le temps opératoire (G1, 181±82min ; GII, 207± 104min ; GIII, 274±118min, p<0,001) et la morbidité sévère (G1, 3,7% ; GII, 4,4% ; GIII, 13,4% ; p<0,001). En analyse multivariée, le score Français était un facteur pronostique indépendant de complication majeure (HR=1,53 [1,06-2,2], p=0,022) et de conversion (HR=1,82 [1,4-2,4], p=0,001).

Conclusion : L'application du score de difficulté Français à une large cohorte d'HL confirme une excellente discrimination concernant la morbidité et les critères de difficulté per-opératoires, et permet de le valider comme un outil simple et objectif de stratification préopératoire.

Pour consulter ce résumé en ligne :
<https://www.snfge.org/resumes-2019/001029>

Place de la laparoscopie dans la prise en charge des complications post-opératoires en chirurgie hépato-bilio-pancréatique

N. Ikhlef ⁽¹⁾, A. Tidjane ⁽¹⁾, N. Boudjenan Serradj ⁽¹⁾, N. Cherrak ⁽¹⁾, M.B. Benkada ⁽²⁾, B. Tabeti ⁽¹⁾, N. Benmaarouf ⁽¹⁾

(1) Oran, ALGÉRIE ; (2) Mostaganem, ALGÉRIE.

Introduction : La prise en charge diagnostique et thérapeutique des complications postopératoires de chirurgie bilio-pancréatique s'inscrit dans une approche pluridisciplinaire. Tous les moyens et les compétences doivent être mis en œuvre pour établir la preuve de l'infection et orienter la stratégie dans le sens le moins traumatique pour le patient. Le but de notre étude est d'évaluer la place de la laparoscopie dans le traitement des complications chirurgicales post-opératoires précoces de patients opérés par laparoscopie ou laparotomie (pathologie biliaire, hépatique ou pancréatique).

Patients et Méthodes : Etude rétrospective des patients opérés au service de chirurgie hépato-biliaire entre le 01/04/2014 et le 31/12/2017, 24 patients ont été opérés pour une péritonite post-opératoire, 10 de ces patients ont présenté une complication chirurgicale précoce dans le premier mois postopératoire pour laquelle une laparoscopie a été proposée. 14 patients opérés par laparotomie.

Résultats : Il s'agissait de 13 hommes et 11 femmes, d'âge moyen 46.70 ans (extrêmes : 19-73 ans) dont le traitement initial a été : • 6 cas de cancer de la vésicule biliaire ; • 9 cas de cancer du pancréas. • 01traumatisme opératoire de la voie biliaire en péritonite, 01second-look après réparation d'un traumatisme opératoire de la voie biliaire ; • 03 cas de cholécystectomie ; • 02 cas de dilatation kystique congénitale des voies biliaires ; • 1 cas d'hydaticose maligne ; • 1 cas d'anévrisme de l'artère hépatique. L'indication opératoire a été posée devant : • un syndrome douloureux abdominal fébrile dans 5cas ; • des douleurs abdominales isolées anormalement intenses associées à un écoulement de bile extériorisé à travers un drain aspiratif dans 7 cas ; • un syndrome sub-occlusif fébrile dans 5 cas ; • un choc hypovolémique dans 7 cas.

Discussion : L'analyse des résultats montre que la laparoscopie a été proposée systématiquement en 1ère intention sauf en cas de contre-indication (instabilité hémodynamique) et en cas de non disponibilité d'une colonne de coelioscopie. Cela a été possible dans 41.67% des cas ; le taux de conversion est de 10% des cas. La laparoscopie est apparue comme une technique sûre, on ne dénombre aucune complication ni accident lié à la technique. Par ailleurs, elle n'a entraîné aucune aggravation de l'état des patients. Elle a permis le traitement complet des complications en un temps dans 70% des cas.

Dans le cas de la péritonite biliaire secondaire à un traumatisme opératoire des voies biliaires reçu en évacuation, la laparoscopie a permis de juguler l'urgence, la patiente était reprise dans un délai de 7 semaine en sténose pour réparation biliaire avec succès, dans le cas de la réparation biliaire le « second look » a permis d'éviter la re-laparotomie morbide et surtout inutile dans ce cas devant la suspicion d'une péritonite biliaire postopératoire.

Conclusion : La laparoscopie devra être considérée en première intention pour un inventaire et même le traitement des complications postopératoires en chirurgie hépatobiliaire, en cas d'insuffisance, la conversion en chirurgie classique « laparotomie » est envisageable sans surplis de morbidité.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000492>

Diagnostic visuel laparoscopique dans les ascites exsudatives : apport diagnostic

M. Ben Abdelwahed ⁽¹⁾, W. Ben Mansour ⁽²⁾, R. Baklouti ⁽²⁾, S. Ben Amor ⁽²⁾, M. Zakhama ⁽²⁾, A. Guediche ⁽²⁾, W. Bouhjel ⁽²⁾, H.L. Mohamed ⁽²⁾, B.C. Nabil ⁽²⁾, L. Safer ⁽²⁾

(1) Tunis, TUNISIE ; (2) Monastir, TUNISIE.

Introduction : La coelioscopie est un examen clé dans la stratégie d'exploration des ascites exsudatives. Son apport réside essentiellement dans la possibilité de pratiquer des biopsies péritonéales afin d'établir un diagnostic histologique. Toutefois, certains aspects laparoscopiques peuvent évoquer d'emblée une pathologie bénigne ou maligne du péritoine. Le but est de préciser l'apport du diagnostic visuel laparoscopique dans le diagnostic étiologique des ascites exsudatives.

Matériels et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective menée dans notre service sur une période de 15 ans. Parmi les 105 patients hospitalisés pour ascite exsudative, 46 patients ont été inclus. Il s'agit des patients qui ont eu une coelioscopie diagnostique avec biopsies péritonéales au service de chirurgie de notre centre hospitalier. Les patients ayant eu une coelioscopie dans un autre centre ont été exclus. Les constatations laparoscopiques ainsi que le diagnostic histologique ont été rapportés.

Résultats : Les constatations laparoscopiques étaient des nodules péritonéaux dans 52.1% des cas (n=24), granules péritonéaux dans 26% des cas (n=9), des adhérences dans 41.3% des cas (n=19), une congestion péritonéale et des fausses membranes chez respectivement chez 28% et 13% des patient. Les ovaires étaient visualisés dans la moitié des cas et étaient anormaux chez 4 patients.

L'aspect coelioscopique évoquait une carcinose chez 28 patients (60,8%) en particulier chez les patients ayant des nodules de taille variable et une surface irrégulière, et dans les cas où les ovaires étaient macroscopiquement pathologiques. Les constatations laparoscopiques étaient en faveur de la tuberculose dans 34.7% (n=16). L'exploration coelioscopique était non concluante dans un seul cas et normale chez un seul patient.

Le diagnostic histologique était une tuberculose dans 52.1% (n=24). 12 patients (26%) avaient une carcinose et 1 patient avait un mésothéliome. 3 patients avaient une inflammation non spécifique et l'histologie du péritoine était normale chez le patient dont la coelioscopie était normale.

Dans la tuberculose péritonéale, le diagnostic visuel laparoscopique avait une sensibilité de 70.8 % et une spécificité de 68%.

La sensibilité était de 69.2 % et la spécificité de 81.8% dans la carcinose péritonéale.

Dans notre série, il existe une corrélation significative entre le diagnostic visuel laparoscopique et le diagnostic étiologique ($p < 0.001$).

Conclusion : La coelioscopie est un examen clé dans la stratégie d'exploration des ascites exsudatives. Elle permet de réaliser des biopsies péritonéales et d'établir un diagnostic histologique.

Les constatations coelioscopiques permettent d'évoquer une pathologie bénigne ou maligne du péritoine avec une bonne sensibilité et spécificité.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000419>

Résultats fonctionnels de l'anastomose iléo-anale dans la rectocolite hémorragique : prévalence et facteurs prédictifs

H. Ben Jeddi ⁽¹⁾, A. Labidi ⁽¹⁾, H. Maghrebi ⁽¹⁾, W. Rebai ⁽¹⁾, M. Serghini ⁽¹⁾, N. Ben Mustapha ⁽¹⁾, M. Fekih ⁽¹⁾, J. Boubaker ⁽¹⁾

(1) Tunis, TUNISIE.

Introduction : L'anastomose iléoanale (AIA) est le traitement de choix de la rectocolite hémorragique (RCH). Il s'agit d'une intervention lourde avec des résultats fonctionnels pouvant altérer la qualité de vie des patients.

Le but de ce travail est d'estimer les résultats fonctionnels de cette technique chirurgicale et d'étudier les facteurs associés à de mauvais résultats.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive, longitudinale. Nous avons colligé les patients suivis pour rectocolite hémorragique et ayant eu une coloproctectomie totale et anastomose iléoanale en réservoir durant la période de 21 ans étalée de 1996 à 2016. Nous avons étudié les résultats fonctionnels à savoir le nombre de selles diurnes et nocturnes, l'incontinence fécale et urinaire, les troubles sexuels et de la fécondité.

Résultats : Trente-deux cas ont été colligés. Il s'agissait de 15 hommes (47%) et 17 femmes (53%), d'âge moyen de 43 ans $\pm$ 9,9 [26-65]. La voie d'abord chirurgicale était une laparotomie dans 78% et laparoscopique dans 22% des cas. L'anastomose iléoanale était manuelle chez 53% et mécanique chez 47% des patients, effectuée en 2 temps opératoires dans 9% et en 3 temps chez 91% des cas. Tous les patients ont eu un réservoir en J et une iléostomie de protection.

Le nombre moyen de selles diurnes et nocturnes était respectivement de 4,8 selles $\pm$ 1,5 [2-8] et 0,8 selle $\pm$ 1,1 [0-4]. Un transit diurne et nocturne normal était noté dans respectivement 84 et 75% de nos patients. L'incontinence fécale, les troubles sexuels et ceux de la fécondité étaient vus dans respectivement 19% ; 6% et 6% de nos malades. Aucun cas d'incontinence urinaire n'était rapporté. Le transit pathologique diurne et nocturne étaient associés à la laparotomie ($p=0,003$) et la présence de pochite ($p=0,01$). L'incontinence fécale était associée au type manuel de l'AIA ($p=0,09$) et à la conversion diagnostique en maladie de Crohn ($p=0,009$). Les troubles sexuels et de fécondité étaient associés à la présence de manifestations anopérinéales des malades chez qui nous avons converti le diagnostic ($p=0,001$).

Conclusion : Les résultats fonctionnels dans notre série étaient bons en les comparant avec ceux rapportés dans la littérature. D'autres études prospectives sont nécessaires afin de les confirmer.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000044>

Quelle gastrectomie pour les adénocarcinomes gastriques à cellules peu cohésives ?

M. Weinandt ⁽¹⁾, T. Voron ⁽¹⁾, P. Balladur ⁽¹⁾, N. Chafai ⁽¹⁾, J. Lefèvre ⁽¹⁾, Y. Parc ⁽¹⁾, F. Paye ⁽¹⁾

(1) Paris.

Introduction : L'extension sous muqueuse fréquente des adénocarcinomes gastriques à cellules peu cohésives (ADCPC) conduit certains à proposer la gastrectomie totale pour les tumeurs antro-pyloriques.

Ce travail rétrospectif évalue les résultats des gastrectomies totales (GT) et distale de 4/5ème (GD) pour ADCPC de localisation antro-pylorique.

Patients et Méthodes : De 1997 à 2017, 82 patients ont été opérés d'un ADCPC antro pylorique. Une GT a été réalisée chez 20 patients et une GD chez 62 patients.

Résultats : Les 2 groupes étaient comparables pour les données démographiques, et le stade pT. Le groupe GD incluait plus de patients ayant des ganglions métastatiques (75,8% vs 45%, $p=0,010$).

La morbidité post opératoire était comparable entre les 2 groupes (20% vs 21%).

Les taux de résection R1 étaient comparables dans les deux groupes (GT 20% ; GD 16%, ns).

Les sections proximales étaient envahies (R1) dans le groupe GD chez 1 patient et duodénale chez 4 patients. Dans le groupe gastrectomie totale, la section distale était envahie chez 4 patients dont 1 avait également une section proximale envahie.

En intention de traiter, les survies globale et sans récurrence à 5 ans ne différaient pas dans les deux groupes (65% vs 49,6% pour les GT et les GD ; log rank $p=0,511$ et 45,8% vs 51% log rank $p=0,606$).

Conclusion : La gastrectomie partielle apparaît raisonnable pour les ADCPC distaux. Les performances de l'examen anatomopathologique extemporané des marges pour guider la résection et la totalisation secondaire en cas de résection R1 restent à préciser.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000865>

P.448

La sténose compliquant l'anastomose iléo-anale au cours de la rectocolite hémorragique : survie et facteurs prédictifs

H. Ben Jeddi ⁽¹⁾, A. Labidi ⁽¹⁾, H. Maghrebi ⁽¹⁾, W. Rebai ⁽¹⁾, M. Serghini ⁽¹⁾, N. Ben Mustapha ⁽¹⁾, M. Fekih ⁽¹⁾, J. Boubaker ⁽¹⁾

(1) Tunis, TUNISIE.

Introduction : L'anastomose iléoanale (AIA) après coloproctectomie totale (CPT) est le traitement de choix de la rectocolite hémorragique (RCH). Cette technique chirurgicale est dotée d'une morbidité importante. La sténose de l'AIA peut compliquer 10 à 17 % des patients selon les séries. Elle représente un facteur prédictif d'échec de cette technique chirurgicale.

Les buts de notre étude sont d'étudier la survie et les facteurs d'échec de l'AIA en cas de sténose, ainsi que les facteurs prédictifs d'apparition de cette complication.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective, analytique et longitudinale. Nous avons colligé les patients suivis pour RCH et ayant eu une CPT et AIA en réservoir durant la période de 21 ans étalée de 1996 à 2016.

Résultats : Trente-deux cas ont été colligés. Il s'agissait de 15 hommes (47%) et 17 femmes (53%), d'âge moyen de 43 ans $\pm$ 9,9 [26, 65]. La voie d'abord chirurgicale était une laparotomie dans 78% et laparoscopique dans 22% des cas. L'anastomose iléoanale était manuelle chez 53% et mécanique chez 47% des patients, effectuée en 2 temps opératoires dans 9% et en 3 temps chez 91% des cas. Tous les patients ont eu un réservoir en J et une iléostomie de protection.

La sténose compliquait 25% de nos patients avec un délai moyen de 50 mois $\pm$ 60 [1-134]. Un syndrome occlusif concomitant était rapporté chez 87% de nos malades. Le traitement médical à type de corticothérapie orale était prescrit chez tous les patients avec une bonne réponse chez la moitié de nos malades. Les dilatations endoscopiques étaient faites chez l'autre moitié avec une bonne réponse dans 50% des patients. Le recours à la chirurgie était donc observé chez 25% des cas. L'échec de l'AIA était rapporté chez 12% des patients compliqués de sténose. Il était à type d'une iléostomie définitive. La conversion diagnostique (CD) en maladie de Crohn (MC) était associée avec l'apparition de sténose de l'AIA ($p=0.0003$). Ni le type manuel de l'AIA ni le sepsis pelvien n'étaient associés à l'apparition de cette complication ($p=NS$). La survie globale sans sténose était respectivement de 82% et 74% à 5 et 10 ans. En cas de CD, elle était respectivement de 52% et 25% à 5 et 10 ans d'évolution ($p=0.0003$).

L'échec de l'AIA était significativement associé à la présence de sténose ($p=0.002$). Chez les patients présentant cette complication, la présence de fistules et la CD étaient associées à l'échec de l'AIA ($p<0.0001$). La survie sans échec était respectivement de 100% et 91 % à 5 et 10 ans. En présence de sténose, elle était respectivement de 73% et 53% à 5 et 10 ans d'évolution ($p=0.0002$).

Conclusion : Dans notre série, la sténose de l'AIA compliquait le quart de nos patients avec un échec rapporté dans 12% des cas. La CD en MC représente un facteur associé à l'apparition de cette complication. La survie de l'AIA était significativement abaissée en présence de sténose.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000554>

P.449

Réhabilitation améliorée après chirurgie colique : impact économique sur une échelle institutionnelle

N. Tabchouri ⁽¹⁾, A. Benbouzid ⁽¹⁾, C. Denet ⁽¹⁾, A. Laforest ⁽¹⁾, J.M. Ferraz ⁽¹⁾, M. Beaussier ⁽¹⁾, B. Gayet ⁽¹⁾, S. Camps ⁽¹⁾, D. Fuks ⁽¹⁾

(1) Paris.

Introduction : bien que les protocoles de réhabilitation améliorée après chirurgie (RAAC) réduisent la durée d'hospitalisation (et donc le coût), leur mise en place nécessite un investissement humain et matériel. L'objectif de cette étude médico-économique était d'évaluer précisément l'impact économique de cette démarche d'amélioration des soins.

Patients et Méthodes : Le détail des coûts supportés par la mise en place de la RAAC ainsi que les données péri-opératoires des 150 premiers patients ayant eu une colectomie droite ou gauche par coelioscopie après la mise en place de la RAAC ont été comparés aux 150 derniers patients traités de manière conventionnelle.

Résultats : Après l'exclusion de 12 patients avec données incomplètes, 288 patients étaient inclus (144 avec une prise en charge conventionnelle (CC) et 144 RAAC). La RAAC permettait une diminution des complications postopératoires Clavien I-II (15% vs. 28%, $p=0.010$) et de la durée d'hospitalisation (6 vs. 7 jours, $p=0.003$). La RAAC était associée à une diminution des coûts de séjour hospitalier ($p=0.013$), de pharmacie ($p<0.001$), de laboratoire ($p<0.001$), de personnel para-clinique ($p<0.001$) et aux dotations aux amortissements ($p<0.001$), cumulant à un bénéfice net de 480 euros par patient (coût total 7022 vs. 7501 euros, $p=0.098$). La RAAC permettait un bénéfice de 382 euros chez les patients ASA I-II ($p=182$) et de 2363 euros chez les ASA III-IV ($p=0.048$).

Conclusion : Outre le bénéfice en terme de complications mineures et de durée d'hospitalisation, la RAAC semble réduire significativement les différents coûts, et en particulier chez les patients les plus fragiles.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000256>

Chirurgie pancréatique avec assistance robotique : étude pilote de faisabilité

R. Bourdariat ⁽¹⁾, F. Mithieux ⁽¹⁾, P. Artru ⁽¹⁾, J. Desrame ⁽¹⁾, G. Singier ⁽¹⁾, L. Clavel ⁽¹⁾, J. Marsot ⁽¹⁾, P. Chalabreysse ⁽¹⁾, B. Napoléon ⁽¹⁾

(1) Lyon.

Introduction : Même réalisée dans des centres experts à fort volume opératoire la chirurgie pancréatique reste grevée d'une morbi-mortalité importante. La chirurgie avec assistance robotique améliore la prise en charge de certaines chirurgies mais n'a été que peu évaluée dans la chirurgie pancréatique. Nous présentons ici notre expérience monocentrique.

Patients et Méthodes : En octobre 2017 l'établissement a acquis la dernière génération du robot chirurgical Da Vinci. Depuis cette date les patients ayant une résection vasculaire prévue sont opérés par laparotomie, les autres patients sont opérés soit par laparoscopie soit avec assistance robotique en fonction de la disponibilité du robot. Les patients ont tous été inclus prospectivement dans une base de données incluant les éléments cliniques, les temps chirurgicaux, les complications et la durée d'hospitalisation. L'ensemble des données a été analysée rétrospectivement après 6 mois d'inclusion.

Résultats : D'octobre 2017 à avril 2018, 50 chirurgies pancréatiques ont été réalisées : 22 procédures avec assistance robotique (R), 24 laparoscopiques (C) et 4 par laparotomie (L).

Les résultats sont présentés dans le tableau ci-dessous.

procédure	C	L	R
n	24	4	22
Sexe H/F	7/15	2/2	9/13
Age médian	61	66	52
Adju/TNIE/kyste	16/2/6	4/0/0	15/2/5
Chirurgie R0/R1	20/4	3/1	17/5
Nbre moyen de ganglion	13.4	14.4	14.8
Durée opératoire (min)	125	156	237
Perte sanguine (ml)	290	1325	479
Conversion chirurgicale (n)*	3 (3)	NA	6 (5)
Reprise chirurgicale	4	0	3
Décès	2	0	2
DMS (jours)	18,5 (3-70)	14,5 (10 - 21)	16,5 (5 - 44)

* nombre conversions chirurgicales liées à un envahissement vasculaire

Discussion : Les résultats seront actualisés avec également présentation des médianes de survie sans rechute et de survie globale

Conclusion : Si la population opérée avec assistance robotique est plus jeune, les résultats en termes de morbi-mortalité, de durée de séjour et de qualité carcinologique sont comparables à ceux obtenus sous laparoscopie malgré la courbe d'apprentissage nécessaire à cette nouvelle méthode. La faisabilité de la procédure sous robot paraît donc satisfaisante. Une étude prospective randomisée multicentrique pourrait être proposée pour évaluer au mieux les intérêts respectifs des différentes techniques.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000348>

La duodéno-pancréatectomie céphalique par coelioscopie versus laparotomie : étude comparative médico-économique

F. Borie ⁽¹⁾, C. Pichy ⁽¹⁾

(1) Nîmes.

Introduction : La place de la coelioscopie pour duodéno-pancréatectomie céphalique (DPC) n'est pas bien définie. Le but de cette étude est de Comparer les coûts-éficacités entre la DPC par coelioscopie (DPCC) et la DPC par laparotomie (DPCO).

Patients et Méthodes : De 2010 à 2018, 37 patients ont eu une DPCC (5 conversions et 3 duodéno-pancréatectomie totales) : 29 DPCC ont été appariées à 38 DPCO. Les caractéristiques clinico-pathologiques, la technique chirurgicale et le type de réhabilitation étaient identiques dans les deux groupes. Les complications, la qualité d'exérèse, le taux de récurrence et le coût ont été comparés.

Résultats : La mortalité postopératoire était nulle. Les taux de complications étaient de 45% (7% Clavien 3-4) dans le groupe DPCC et de 63% (18% Clavien 3-4) dans le groupe DPCC avec moins de complications pulmonaires dans le groupe DPCC (DPCC:0% vs DPCO:13,5% ;p=0,05). La qualité d'exérèse et le taux de récurrence à un an n'étaient pas différents. Le nombre de ganglions résectés (DPCC:14+/-5 vs DPCO:11+/-7) et envahis (DPCC:3 vs DPCO:1,7) étaient significativement plus importants pour le groupe DPCC (p=0,05). La durée opératoire était de 316mn (+/-105) dans le groupe DPCC et de 436mn (+/-105) dans le groupe DPCC (p<0,05). La durée moyenne du séjour hospitalier était significativement plus courte pour le groupe DPCC (13 jours+/-10) par rapport au groupe DPCC (19 jours+/-8) p=0,02. Le coût moyen du séjour hospitalier était significativement moins important pour le groupe DPCC (19925 euros) par rapport au groupe DPCC (28994 euros) (p=0,006).

Conclusion : Avec un résultat carcinologique similaire à la DPCC, la DPCC a moins de complications (pulmonaires) et réduit les coûts hospitaliers

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000148>



Dimanche 24 mars

Métastases hépatiques synchrones et résécables d'emblée des cancers colorectaux : résection simultanée versus résection différée. Résultats d'une étude prospective randomisée comparant l'incidence des complications post-opératoires des deux stratégies

K. Boudjema ⁽¹⁾, C. Locher ⁽¹⁾, C. Sabbagh ⁽²⁾, P. Ortega-Deballon ⁽³⁾, B. Heyd ⁽⁴⁾, P. Bachelier ⁽⁵⁾, S. Metairie ⁽⁶⁾, F. Paye ⁽⁷⁾, P. Bourlier ⁽⁸⁾, R. Adam ⁽⁹⁾, A. Merdrignac ⁽¹⁾, C. Tual ⁽¹⁾, E. Le Pabic ⁽¹⁾, L. Sulpice ⁽¹⁾, B. Meunier ⁽¹⁾, J.M. Regimbeau ⁽²⁾, E. Bellissant ⁽¹⁾

(1) Rennes ; (2) Amiens ; (3) Dijon ; (4) Besançon ; (5) Strasbourg ; (6) Nantes ; (7) Paris ; (8) Tours ; (9) Villejuif.

Introduction : Des métastases hépatiques synchrones (MHS) sont présentes dans environ 15% des cas de cancers colorectaux (CCR). Lorsqu'elles sont résécables, la question se pose de savoir si les MHS doivent être réséquées en même temps que le primitif (résection simultanée, RS) ou plus tard au cours d'une seconde intervention (résection différée, RD) pour réduire le risque de complications postopératoires. Toutes les études sur le sujet sont rétrospectives. Cinq méta-analyses ont donné des résultats contradictoires s'agissant de l'incidence des complications postopératoires ou de la survie des malades. Le but de cette étude, prospective, contrôlée et randomisée était de comparer l'incidence des complications postopératoires graves selon que les MHS, lorsqu'elles étaient résécables d'emblée, faisaient l'objet d'une RS ou d'une RD par rapport au primitif.

Patients et Méthodes : Dix centres français ont participé à cet essai. Les malades adultes, atteints d'un CCR avec MHS résécables d'emblée (classe I : volume résiduel suffisant, geste simple sans reconstruction vasculaire ou biliaire, sans chimiothérapie d'induction ni remodelage hépatique par embolisation portale) étaient randomisés dans le groupe RS ou RD 15 jours avant la chirurgie. L'analyse était réalisée en intention de traiter. Le critère principal de jugement était la survenue d'au moins une complication grave, générale, hépatique ou colorectale, dans les 60 jours postopératoires. Parmi les critères secondaires les survies globale (SG) et sans récidive (SSR) étaient analysées. La classification de Clavien-Dindo (CCD) qui n'était pas encore décrite au début de l'étude a aussi été utilisée rétrospectivement.

Résultats : Deux cent vingt malades ont été considérés et 105 malades ont été inclus entre le 2/3/2006 et le 21/12/2015. Quatre vingt cinq (39 RS et 46 RD) ont été analysés. L'incidence des complications graves ne différait pas entre les groupes RS(49%) et RD(46%) (OR 0.84, 95%IC 0.35-2.01; p=0.70-x²)(tableau1). L'incidence des complications colorectales et hépatiques étaient respectivement de 28% et 13% (p=0.08-x²) en cas de RS et 15% et 17% (p=0.80-x²) en cas de RD. Il n'y avait pas de différence entre les groupes dans la CCD.

Table 1 : Nombre et taux de patients ayant eu au moins une complication postopératoire grave.

	RS	RD	Odds-ratio ajusté	P
	N=39	N=46		
Complications majeures	19 (49%)	21 (46%)		
Colon	12 (31%)	11 (24%)	0.84[0.35-2.01]	0,70
Rectum	7 (18%)	10 (22%)		
Type de complications majeures				
Complications digestives	11 (28%)	6 (13%)		0,08
Complications hépatiques	6 (15%)	8 (17%)		0,80
Complications générales	5 (13%)	11 (24%)		0,19
MHS non résécables	0 (0%)	8 (17%)		

RS : résections simultanées; RD : résections différées ; MHS : métastases hépatiques synchrones

RS : résections simultanées; RD : résections différées ; MHS : métastases hépatiques synchrones

Tous les malades du groupe SR bénéficiaient d'une résection hépatique. Dans le groupe RD, 8 (17%) malades n'atteignaient pas le temps de résection hépatique. En analyse multivariée, une RS était associée à une amélioration de la survie globale (SG) (p=0,048 Cox-model) et ne modifiait pas la survie sans récidive (SSR).

Conclusion : Comparée à la RD, la RS des MHS résécables d'emblée et du CCR n'augmente pas le risque de complications postopératoires, améliore la SG, mais pas la SSR. Ainsi, les malades atteints de MHS-CCR résécables d'emblée, devraient bénéficier d'une chirurgie en un temps. Les deux gestes seraient au mieux réalisés par deux équipes spécialisées travaillant en même temps sur le malade.

Remerciements : Cette étude (clinicaltrial.gov NCT00264979) a été financée par le PHRC 2004 et l'Association pour la Recherche sur le Cancer.

Pour consulter ce résumé en ligne : <https://www.snfge.org/resumes-2019/000357>

Étude randomisée multicentrique française sur l'efficacité de la chirurgie proctologique pour la cicatrisation des fistules ano-périnéales de la maladie de Crohn chez des patients traités par adalimumab

L. Abramowitz⁽¹⁾, D. Bouchard⁽²⁾, L. Siproudhis⁽³⁾, F. Pigot⁽⁴⁾, P. Roumeguère⁽⁴⁾, H. Pillant-Lé Moulit⁽¹⁾, B. Vinson-Bonnet⁽⁶⁾, J.L. Faucheron⁽⁶⁾, A. Sénéjoux⁽⁷⁾, G. Bonnaud⁽⁸⁾, G. Meurette⁽⁹⁾, C. Train⁽¹⁰⁾, G. Staumont⁽⁸⁾

(1) Paris ; (2) Talence ; (3) Rennes ; (4) Bordeaux ;
(5) Poissy ; (6) Grenoble ; (7) Saint-Grégoire ;
(8) Toulouse ; (9) Nantes ; (10) Bagneux.

Introduction : Les fistules anales sont un élément de gravité majeur au cours de la maladie de Crohn. Le drainage des fistules et des abcès suivi d'un traitement par biothérapie est recommandé (1). On ne connaît pas la stratégie optimale à adopter après cette première étape thérapeutique. Peu de travaux dédiés sont disponibles et les essais contrôlés randomisés sont rares (2, 3). L'objectif était de quantifier le bénéfice apporté par un traitement chirurgical complémentaire du trajet fistuleux drainé chez les patients sous Adalimumab (ADA).

Patients et Méthodes : Essai randomisé multicentrique comparant l'ablation simple du sétou versus ablation du sétou associée à l'obstruction de la fistule anale selon les techniques chirurgicales actuelles (colle, lambeau, LIFT...) chez des patients traités par ADA. La randomisation avait lieu après drainage et au moins 3 mois de tt par ADA, quand l'état clinique permettait l'ablation du sétou. Le critère principal de jugement était la cicatrisation clinique à 12 mois. Les critères secondaires étaient les scores PDAI, IBDQ, Wexner ainsi que les données IRM à 6 et 12 mois.

Résultats : Soixante-quatre patients ont été randomisés (31 ablations simple du sétou vs 33 ablations et obstruction de la fistule). A 3, 6 et 12 mois, les patients étaient en rémission clinique respectivement dans 56, 59 et 59% des cas, sans différence significative entre les 2 bras de randomisation. Seize patients avaient des fistules simples, 48 des fistules complexes dont 8 ano-vaginales. Les taux de cicatrisation à 3, 6 et 12 mois étaient respectivement de 69, 80 et 80% en cas de fistule simple et de 51, 52 et 52% en cas de fistule complexe avec une différence significative à 12 mois (80% vs 52% p=0,035). Le PDAI passait de 11 [9-20] à 6 [8-18] (p<0,0001) et de 12 [7-21] à 8 [5-16] (p < 0,0001) entre la randomisation et M12 respectivement dans le bras ablation de sétou et obstruction de la fistule sans différence significative entre les 2 bras. L'évaluation IRM des patients en rémission à M12 montrait une absence de rehaussement après injection de gadolinium dans 82% des cas sans différence entre les 2 bras de randomisation. L'évolution des scores de Van Assche et Wexner n'était pas différent entre les 2 bras. L'IBDQ était également identique dans les 2 bras et ne se modifiait pas significativement dans le temps.

Discussion : Il est possible que cette étude ait manqué de puissance pour montrer une différence entre les 2 bras de randomisation, mais aucune tendance ne semblait se dessiner.

Conclusion : L'association d'un drainage chirurgical de bonne qualité et d'ADA, permet de tarir 80% des fistules simples et 50% des fistules complexes de Crohn à un an chez les patients ayant eu une réponse initiale favorable à l'ADA. Les techniques actuelles d'obstruction n'ont pas démontré de supériorité par rapport à la simple ablation du sétou en cas de fistule bien contrôlée.

Remerciements : ABBVIE (Financement)
Clin Search (statistiques, DATA management...)

Références Bibliographiques : 1Bouchard D, Abramowitz L, Bouguen G, Brochard C, Dabadie A, de Parades V, Eléouet-Kaplan M, Fathallah N, Faucheron JL, Maggiori L, Panis Y, Pigot F, Roumeguère P, Sénéjoux A, Siproudhis L, Staumont G, Suduca JM, Vinson-Bonnet B, Zeitoun JD. Anoperineal lesions in Crohn's disease: French recommendations for clinical practice. Tech Coloproctol. 2017 Sep;21(9):683-691. doi: 10.1007/s10151-017-1684-y. Epub

2017 Sep 19. Review. PMID: 28929282

2Fibrin Glue is Effective Healing Perianal Fistulas in Patients with Crohn's Disease. Grimaud JC, Munoz-Bongrand N, Siproudhis L, Abramowitz L, Sénéjoux A, Vitton V, Gambiez L, Flourié B, Hébuterne X, Louis E, Coffin B, De Parades V, Savoye G, Soulié JC, Bouhnik Y, Colombel JF, Contou JF, François Y, Mary JY, Lémann M. Groupe d'Etude Thérapeutique des Affections Inflammatoires du Tube Digestif (GETAID). Gastroenterology janv 2010.

Sénéjoux A, Siproudhis L, Abramowitz L, Munoz-Bongrand N, Desseaux K, Bouguen G, Bourreille A, Dewit O, Stefanescu C, Vernier G, Louis E, Grimaud JC, Godart B, Savoye G, Hébuterne X, Bauer P, Nachury M, Laharie D, Chevrete S, Bouhnik Y; Groupe d'Etude Thérapeutique des Affections Inflammatoires du tube Digestif [GETAID]. Fistula Plug in Fistulising Ano-Perineal Crohn's Disease: a Randomised Controlled Trial. J Crohns Colitis. 2016 Feb;10(2):141-8. doi: 10.1093/ecco-ccj/cjv162. Epub 2015 Sep 8. PMID: 26351393

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000100>

Efficacité et tolérance de glécaprévir/pibrentasvir pendant 8 semaines chez les patients avec une cirrhose compensée et infectés par le VHC de génotype 1-6 : résultats préliminaires de l'étude EXPEDITION-8

C. Hézode ⁽¹⁾, R. Brown ⁽²⁾, S. Wang ⁽³⁾, M. Buti ⁽⁴⁾, W.L. Chuang ⁽⁵⁾, H. Aguilar ⁽⁶⁾, G. Horvath ⁽⁷⁾, B. Rosado Carion ⁽⁸⁾, F. Rodriguez-Perez ⁽⁹⁾, E. Cohen ⁽³⁾, Y. Hu ⁽³⁾, G. Schnell ⁽³⁾, C.W. Lin ⁽³⁾, L. Rodrigues ⁽³⁾, R. Trinh ⁽³⁾, F. Mensa ⁽³⁾, F. Felizarta ⁽¹⁰⁾

(1) Créteil ; (2) New York, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (3) Chicago, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (4) Barcelone, ESPAGNE ; (5) Kaohsiung, TAIWAN ; (6) Los Angeles, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (7) Budapest, HONGRIE ; (8) Porto Rico, PORTO RICO ; (9) San Juan, PORTO RICO ; (10) Bakersfield, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE.

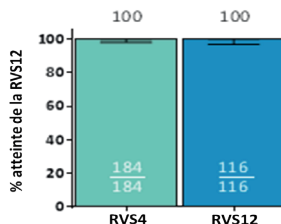
Introduction : La combinaison d'antiviraux à action directe (AAD) pangénétiques à base de Glécaprévir (développé par AbbVie et Enanta) coformulés avec le Pibrentasvir (G/P) est approuvée pour traiter l'infection chronique par le virus de l'hépatite C (VHC) de génotypes (G) 1 à 6.

Dans les études de phase 2 et de phase 3, le traitement à base de G/P pendant huit semaines a atteint des taux élevés de RVS12, cette durée n'a pas été étudiée chez les patients présentant une cirrhose compensée. Sur la base des taux élevés de RVS12 démontrés chez les patients naïfs de traitement infectés par un G1-6 du VHC et avec une cirrhose compensée traités par G/P pendant 12 semaines, cette étude évalue l'efficacité et la tolérance d'un traitement de huit semaines par G/P dans cette population.

Patients et Méthodes : EXPEDITION-8 est une étude multicentrique de phase 3 toujours en cours, non randomisée, à un seul bras, ouverte, menée chez des adultes atteints d'une infection chronique à VHC de G1-6 avec cirrhose compensée et n'ayant jamais reçu de traitement contre le VHC. Une modification de protocole récemment approuvée a permis l'inclusion de patients infectés par le VHC de G3, qui ne sont pas inclus dans cette analyse. G/P (300mg/120mg) est administré par voie orale une fois par jour avec de la nourriture pendant 8 semaines. Le critère principal d'efficacité est le taux de RVS12. Les critères d'évaluation secondaires sont les taux d'échec virologique en cours de traitement et les taux de rechute. Les événements indésirables et les anomalies biologiques ont été étudiés chez tous les patients.

Résultats : Au total, 280 patients naïfs de traitement avec une cirrhose compensée ont été enrôlés et inclus dans l'analyse. La majorité des patients étaient blancs (80%), masculins (60%) et avec un score Child-Pugh de 5 (90%); la répartition des génotypes était la suivante: G1 (82%), G2 (9%), G4 (5%), G5 (<1%) et G6 (3%). À l'inclusion, les médianes et intervalles pour les caractéristiques clés étaient les suivantes: ARN du VHC 6,3 (3,4-7,5) log10 UI/mL, score de FibroScan 20,7 (2,5-70,6) kPa, numération plaquettaire 152 (42-788) × 109 cellules/L, bilirubine totale 0,7 (0,2-2,4) mg/dL et albumine 4,2 (2,7-5,1) g/dL. À ce jour, 116 patients ont terminé la visite de la semaine 12 après le traitement; La figure 1 montre les résultats préliminaires d'efficacité chez les patients pour lesquels on dispose de données disponibles après 4 semaines et/ou 12 semaines post traitement. Aucun échec virologique n'a eu lieu. Les événements indésirables (EI) ont été généralement légers, les plus fréquents (au moins 5%) étant le prurit et la fatigue (tous deux 9%), les maux de tête (7%) et les nausées (6%). Aucun effet indésirable n'a entraîné l'arrêt du traitement par G/P; 5 événements indésirables graves se sont produits, dont aucun n'a été considéré comme lié à G/P.

Figure 1. Efficacité à date



Conclusion : Dans cette étude toujours en cours, Glécaprévir/Pibrentasvir pendant 8 semaines chez les patients naïfs de traitement avec une infection par le VHC et une cirrhose compensée a été bien tolérée et a atteint des taux élevés de RVS, sans échec virologique à ce jour. Des données actualisées sur l'efficacité et la tolérance seront présentées lors du congrès.

Remerciements : La conception, la conduite de l'étude, l'analyse et le soutien financier de l'étude (NCT03089944) ont été fournis par AbbVie. AbbVie a participé à l'interprétation des données, à la révision et à l'approbation du contenu. Tous les auteurs ont eu accès à toutes les données pertinentes et ont participé à la rédaction, à la révision et à l'approbation de ce résumé. Zoë Hunter, PhD, d'AbbVie, a apporté son soutien à la rédaction médicale.

Pour consulter ce résumé en ligne :
<https://www.snfge.org/resumes-2019/000049>

L'éradication virale C par les DAA n'est pas associée au risque de récurrence de carcinome hépatocellulaire après transplantation, une étude internationale multicentrique

C. Francoz-Caudron ⁽¹⁾, A. Gorgen ⁽²⁾, Z. Galvin ⁽²⁾, A. Huang ⁽³⁾, C. Vinaixa ⁽⁴⁾, J. O'Rourke ⁽⁵⁾, B. Hansen ⁽²⁾, F. Durand ⁽¹⁾, A. Elsharkawy ⁽⁵⁾, M. Berenguer ⁽⁴⁾, A. Rubin ⁽⁴⁾, D. Calatayud ⁽⁴⁾, N. Mehta ⁽⁵⁾, N. Terrault ⁽³⁾, L. Lilly ⁽²⁾, N. Selzner ⁽²⁾, G. Sapisochin ⁽²⁾

(1) Clichy-la-Garenne ; (2) Toronto, CANADA ; (3) San Francisco, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (4) Valence, ESPAGNE ; (5) Birmingham, ANGLETERRE.

Introduction : Des études suggèrent que le risque de carcinome hépatocellulaire (CHC) est augmenté après éradication du virus C (VHC) par les antiviraux directs (DAA), mais ce sujet reste débattu. La cirrhose C compliquée de CHC fait partie des indications les plus fréquentes de transplantation hépatique (TH) dans les pays occidentaux. Après TH, le risque de récurrence de CHC est lié aux caractéristiques tumorales. L'éradication du VHC a permis, au cours de ces dernières années, de considérablement améliorer les résultats à long terme de la greffe. Aucune étude n'a toutefois évalué l'impact de l'éradication virale C sur le risque de récurrence de CHC. L'objectif de ce travail était de déterminer l'impact de l'éradication du VHC sur la récurrence du CHC après transplantation hépatique pour CHC.

Patients et Méthodes : Cette étude internationale rétrospective multicentrique, incluant des centres nord-américains et européens, a été réalisée chez 899 patients consécutifs transplantés hépatiques pour CHC compliquant une cirrhose virale C entre 2005 et 2015.

Résultats : Parmi ces patients, 380 (42,5%) avaient été traités par des DAA, 109 (12,1%), par de l'interféron (IFN) et 410 (45,6%) n'avaient jamais reçu de traitement antiviral. L'éradication du virus C avait été obtenue avant transplantation chez 129 patients (DAA : 74%, IFN : 26%) et après TH chez 360 (DAA : 79%, IFN : 21%). Le suivi médian après transplantation était de 3,7 ans (2,1-6,8). Le taux d'incidence brut de récurrence de CHC après transplantation, pour cent patients-année, était de 2,2 (IC 95% 1,7-2,9) chez les patients non traités, 5,2 (IC 95% 3,6-7,6) chez ceux traités par DAA et 6,3 (IC 95% 4,0-9,9) chez ceux traités par interféron. En analyse multivariée, les facteurs prédictifs de récurrence de CHC étaient la taille et le nombre de tumeurs, le caractère mal différencié de la tumeur et la présence d'un envahissement tumoral macro et microvasculaire sur l'implant. En revanche, le traitement par DAA n'augmentait pas le risque de récurrence de CHC, comparé à l'absence de traitement antiviral [HR=1,03 (IC 95% 0,51-2,09)].

Conclusion : Nos résultats montrent que l'éradication virale C par les DAA n'augmente pas le risque de récurrence de CHC après transplantation hépatique, après ajustement sur les risques de récurrence de CHC déjà connus, incluant la taille et le nombre de lésions, ainsi que l'envahissement vasculaire sur le foie explanté. Ces données suggèrent que l'éradication virale par des DAA doit être réalisée de façon systématique chez les tous les patients transplantés et ayant une récurrence de l'infection virale C sur le greffon.

Pour consulter ce résumé en ligne : <https://www.snfge.org/resumes-2019/000293>

Essai contrôlé randomisé comparant une quadrithérapie concomitante de 14 jours, de 10 jours et une thérapie séquentielle optimisée dans l'éradication de l'*Helicobacter pylori*

S. Berrag ⁽¹⁾, H. Seddik ⁽¹⁾, F. Bouhamou ⁽¹⁾, M. Fidèle ⁽¹⁾, M. Sara ⁽¹⁾, H. Boutallaka ⁽¹⁾, A. Ayoub ⁽¹⁾, S. Jamal ⁽¹⁾, K. Loubaris ⁽¹⁾, I. El Koti ⁽¹⁾, A. Benkirane ⁽¹⁾

(1) Rabat, MAROC.

Introduction : En raison de l'augmentation de l'antibio-résistance, une quadrithérapie concomitante (ou bismutée) a été recommandée par les sociétés savantes comme traitement de première intention pour l'éradication de *Helicobacter pylori* (HP) mais au prix de beaucoup d'effets secondaires.

Le but de cette étude était de comparer l'efficacité et la tolérance d'une trithérapie séquentielle optimisée de 14 jours avec une quadrithérapie concomitante de 10 ou 14 jours.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude prospective contrôlée randomisée portant sur 304 patients présentant une infection à HP documentée histologiquement. Les patients ont été randomisés en trois groupes : Le 1^{er} groupe et le 2^{ème} groupe ont reçu une quadrithérapie concomitante (20mg d'oméprazole+1g d'amoxicilline+500mg de clarithromycine+500 mg de métronidazole deux fois par jour) pendant 10 (QC-10) et 14 jours (QC-14) respectivement. Le 3^{ème} groupe a reçu un nouveau schéma thérapeutique baptisée Quadrithérapie séquentielle optimisée (QSO-14) (20mg de rabéprazole+1g d'amoxicilline deux fois par jour pendant 7 jours suivi d'une prise bi-quotidienne de 20mg de rabéprazole+500mg de clarithromycine+500 mg de métronidazole pendant les sept jours restants). L'éradication de *H. pylori* a été vérifiée 4 à 6 semaines après la fin du traitement par le test respiratoire à l'urée ¹³C. L'observance thérapeutique ainsi que les effets indésirables ont été évalués.

Résultats : Les données démographiques, cliniques, endoscopiques et anatomopathologiques des trois groupes étaient comparables.

Les taux d'éradication en intention de traiter (ITT) et en protocole (PP) étaient de 87% et 91,2% dans le groupe QC-10, de 92,3% et 95% dans le groupe QC-14 et de 95,8% et 96,8% dans le groupe QSO-14 respectivement. Il n'y avait pas de différence statistiquement significative dans le taux d'éradication entre les trois groupes. Cependant, il y avait une différence statistiquement significative dans la survenue d'effets indésirables entre les trois groupes QC-10, QC-14 et QSO-14 (43,8%, 49,5% et 31,3% respectivement).

Conclusion : La quadrithérapie séquentielle optimisée s'avère aussi efficace que la quadrithérapie concomitante de 14 jours (95,8 vs 92,3%) mais avec moins d'effets secondaires. Le taux d'éradication de la quadrithérapie concomitante de 10 jours reste inférieur à 90%.

Pour consulter ce résumé en ligne : <https://www.snfge.org/resumes-2019/000198>

PROPHYLOCHIP (NTC-01226394), essai de phase 3 randomisé évaluant le bénéfice potentiel d'une chirurgie systématique de 2nd look suivie de CHIP chez les patients à risque élevé de métastases péritonéales d'origine colorectale - Etude PRODIGE et BIG-RENAPE

D. Goéré⁽¹⁾, O. Glehen⁽²⁾, F. Quenet⁽³⁾, J.M. Guilloit⁽⁴⁾, M. Texier⁽⁵⁾, M. Ducreux⁽⁵⁾, D. Elias⁽⁵⁾

(1) Paris ; (2) Lyon ; (3) Montpellier ; (4) Caen ; (5) Villejuif.

Introduction : Le but de cette étude multicentrique randomisée de phase 3 était d'analyser le bénéfice potentiel d'une stratégie proactive consistant en une chirurgie systématique de 2nd look suivie de chimiohyperthermie intrapéritonéale (CHIP) chez les patients à risque élevé de métastases péritonéales colorectales (MPCCR).

Patients et Méthodes : Les critères d'inclusion étaient : 1/résection complète de MPCCR synchrones, 2/ métastases ovariennes, 3/tumeur colique perforée. Après 6 mois de chimiothérapie et en l'absence de signe de récurrence, les patients étaient randomisés entre surveillance et chirurgie de 2nd look suivie de CHIP à l'oxaliplatine. Le critère principal de jugement était la survie sans récurrence (DFS) à 3 ans.

Résultats : Entre 2012 et 2015, 150 patients ont été randomisés au sein de 18 centres. Quatre des 75 patients du bras 2nd look n'ont pas été opérés. Une récurrence péritonéale macroscopique était décrite chez 37/71 patients (52,1%), accessible à une résection + CHIP chez 33 patients. Le PCI médian était de 4 [0-26]. La mortalité postopératoire était nulle et le taux de complications majeures était de 41%.

Après un suivi médian de 38,6 mois, les taux de DFS et OS à 3 ans n'étaient significativement pas différents entre les 2 groupes, respectivement 52,3% et 79,9% dans le bras surveillance et 44,3% (p=0,78) et 78,9% (p=0,65) dans le bras 2nd look.

Conclusion : Une stratégie proactive intégrant une chirurgie de 2nd look suivie de CHIP à l'oxaliplatine ne permet d'améliorer la survie des patients à risque élevé de MPCCR comparativement à une stratégie basée sur une surveillance bien codifiée.

Références Bibliographiques : Results of systematic second-look surgery plus HIPEC in asymptomatic patients presenting a high risk of developing colorectal peritoneal carcinomatosis. Elias D, Honoré C, Dumont F, Ducreux M, Boige V, Malka D, Burtin P, Dromain C, Goéré D. Ann Surg. 2011 Aug;254(2):289-93.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000658>

Quand dire à un patient atteint de cancer digestif qu'il est guéri ?

V. Jooste⁽¹⁾, G. Romain⁽¹⁾, O. Boussari⁽¹⁾, C. Binquet⁽¹⁾, A. Gagnaire⁽¹⁾, A.M. Bouvier⁽¹⁾, M. Colonna⁽²⁾

(1) Dijon ; (2) Grenoble.

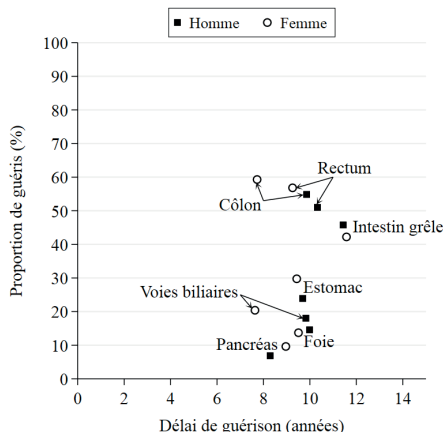
Introduction : En cancérologie, il est très difficile de déterminer le moment à partir duquel il est possible de dire à un patient qu'il est guéri. De fait, cette information n'est pas documentée dans les bases de données de grande ampleur. C'est pourquoi il est utile d'estimer la guérison « statistique », définie comme l'absence de mortalité due au cancer. L'objectif de cette étude était d'estimer le délai entre le diagnostic et la guérison statistique ainsi que la proportion de patients guéris, en fonction de la localisation du cancer digestif, de l'âge au diagnostic et du sexe.

Patients et Méthodes : Le délai de guérison statistique a été estimé à partir de tous les cas de patients présentant un cancer digestif (N= 79 812) diagnostiqué entre 1995 et 2009 dans les départements couverts par un registre de cancers et enregistré dans la base nationale FRANCIM.

La survie spécifique a été estimée par la survie nette. De ce fait, la mortalité due au cancer a été exprimée comme la mortalité en excès, c'est-à-dire la différence entre la mortalité observée dans la base FRANCIM et la mortalité attendue dans la population générale. Lorsque la mortalité en excès devenait négligeable, la survie nette atteignait un plateau qui correspondait à la proportion de guéris, et donc l'hypothèse de guérison était acceptée. Le délai de guérison était défini comme le temps à partir duquel la probabilité pour un individu de ne pas décéder de son cancer atteignait 95% [1]. Lorsque la mortalité en excès restait non négligeable dans les 15 années suivant le diagnostic, l'hypothèse de guérison statistique était refusée.

Résultats : Selon la localisation du cancer digestif, l'âge au diagnostic et le sexe, lorsque l'hypothèse de guérison était acceptée, le délai de guérison variait entre 7 et 12 ans après le diagnostic. Pour les cancers du côlon, du rectum et des voies biliaires, le délai était plus long pour les hommes que pour les femmes. Ainsi pour le cancer du côlon, il variait avec l'âge de 7 à 9 ans pour les femmes et de 9 à 11 ans pour les hommes. Il variait de 9 à 10 ans chez les femmes et de 9 à 11 ans chez les hommes pour le cancer du rectum et de 7 à 8 ans chez les femmes et de 9 à 11 ans chez les hommes pour les voies biliaires. Il variait peu selon l'âge et le sexe pour les cancers de l'intestin grêle (11 à 12 ans), du foie (9 à 10 ans), de l'estomac (9 à 10 ans) et du pancréas (8 à 9 ans).

Figure 1: Illustration graphique de la proportion de guéris et du délai de guérison statistique par sexe et par localisation (tous âges confondus).



Quand l'âge augmentait, la proportion de guéris diminuait de 60 à 40 % pour les cancers du côlon et du rectum, de 50 à 30 % pour le cancer de l'intestin grêle, de 30 à 20 % pour le cancer de l'estomac, de 30 à 10 % pour le cancer des voies biliaires et de 20 à 5 % pour les cancers du foie et du pancréas.

L'hypothèse de guérison statistique était refusée pour le cancer de l'œsophage quels que soient l'âge et le sexe, pour les hommes de plus de 55 ans ayant eu un cancer du foie et pour les hommes de plus de 65 ans avec un cancer de l'intestin grêle.

Conclusion : Les patients encore vivants après le délai de guérison statistique (entre 7 et 12 ans selon la localisation de cancer digestif, le sexe et l'âge) ont une probabilité négligeable de mourir de leur cancer. Cette information doit être diffusée aux cliniciens et aux responsables de santé publique. Elle est en effet d'une importance majeure pour les survivants qui recouvrent alors une espérance de vie comparable à celle de la population générale et qui doivent avoir accès à l'assurance et à l'emprunt sans surprime.

Remerciements : Financements : INCa AAP SHS E SP 2014-087, Fondation ARC PDF 2015120366 et Investissements d'Avenir, ANR-11-LABX-0021.

Références Bibliographiques : [1]Boussari O, Romain G, Remontet L, Bossard N, Mounier M, Bouvier AM, Binquet C, Colonna M, Jooste V. A new approach to estimate time-to-cure from cancer registries data. Cancer Epidemiol. 2018 Apr;53:72-80.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000106>

P.452

Médecine de précision dans le cholangiocarcinome : l'expérience au sein du programme ProfILER

M. Sarabi ⁽¹⁾, C. Spire ⁽¹⁾, C. de la Fouchardière ⁽¹⁾, O. Msika ⁽¹⁾, L. de Crignis ⁽¹⁾, P. Rochefort ⁽¹⁾, C. Morin ⁽¹⁾, A. Cattey-Javouhey ⁽¹⁾, F. Desseigne ⁽¹⁾, J.-Y. Blay ⁽¹⁾, P. Cassier ⁽¹⁾

(1) Lyon.

Introduction : Le cholangiocarcinome est une maladie rare et grave, pour laquelle la résecabilité est possible dans moins d'un tiers des cas avec une majorité de récidive tumorale post-opératoire. Par ailleurs, il s'agit d'une pathologie hétérogène, avec différentes localisations anatomiques (intra-hépatique, extra-hépatique, vésiculaire) et une grande hétérogénéité moléculaire. La médiane de survie des patients localement avancés ou métastatique non résecables est inférieure à 1 an. Le choix de la chimiothérapie de première ligne est guidé par les résultats de l'étude ABC-02 en faveur de l'association du cisplatine à la gemcitabine. Au-delà, les options thérapeutiques ne sont pas codifiées. L'avènement des thérapies ciblées d'une part et l'accessibilité accrue aux technologies à haut débit d'analyses de l'ADN et de l'ARN d'autre part laisse espérer une amélioration de la survie. ProfILER (NCT01774409) est une étude de profil génétique de cancers quel que soit le primitif. Nous rapportons ici notre expérience de médecine de précision via ProfILER spécifiquement dans le cholangiocarcinome non résecable.

Patients et Méthodes : Parmi les 2676 patients inclus dans le programme ProfILER, 1944 tumeurs ont pu être analysées par séquençage de nouvelle génération (NGS) sur ADN extrait de 69 gènes et par hybridation génomique comparative sur puces (aCGH). Chaque cas a été discuté en réunion de concertation pluridisciplinaire moléculaire (RCPm) pour identifier une mutation qui pourrait être la cible d'une thérapie. Nous avons repris 51 cas de patients inclus dans ce programme (caractéristiques cliniques exposées dans le Tableau 1).

Résultats : Tous les patients ont reçu une chimiothérapie avant leur inclusion: En 1ère ligne, 96% des patients ont reçu une association de gemcitabine et sel de platine ; 90% des patients ont reçu une 2ème ligne de chimiothérapie, le plus souvent par FOLFIRI (62%) ; enfin 58% des patients ont reçu une 3ème ligne de chimiothérapie (Tableau 2). La médiane de survie globale était de 20,64 mois (4,1 – 150 mois, Figure 1). Parmi les 51 patients inclus, seul 41 (80%) ont eu une analyse moléculaire possible (matériel tumoral archivé suffisant). Une altération sans possibilité thérapeutique connue était identifiée dans 18 cas (44%) et 8 patients (19%) avaient une altération qui a aboutie à une proposition thérapeutique en RCPm. Quatre patients ont été traités selon la recommandation de RCPm : aucune réponse n'a été observée (Figure 1). Les mutations concernées TP53 (8 cas), KRAS (6 cas) et aucune mutation de BRAF n'a été enregistrée. Parmi les 4 patients traités selon les recommandations de la RCPm : 1 amplification de PDGFRA associé à une délétion homozygote de TSC2 traité par EVEROLIMUS puis Nilotinib), 1 amplification de CDK4 (traité par Inhibiteur de CDK : LEE011), 1 mutation EGFR exon 18 (traité par PANITUMUMAB), 1 amplification du gène ERBB2 (traitement par LAPATINIB). Les propositions de traitement faites par la RCPm mais non appliquées en raison d'une dégradation de la situation clinique concernaient : 1 délétion homozygote du gène FHIT (en l'absence d'altération de TP53, proposition d'un inhibiteur de MDM2), 1 mutation de MST1R (proposition du CRIZOTINIB), 1 amplification de MDM2 avec délétion de CDKN2A (proposition d'un inhibiteur de CDK4/6), 10 mutations associées répertoriées dans COSMIC incluant une mutation du gène ALK (proposition du CRIZOTINIB).

Discussion : Notre expérience semble différente de celle de l'étude MOSCATO-01 qui a pu identifier une altération actionnable chez 34 patients parmi les 43 cholangiocarcinomes avancés évalués (79%) et 18 patients (53%) des patients ont pu recevoir la thérapie ciblées proposée en RCPm à Gustave Roussy(1).

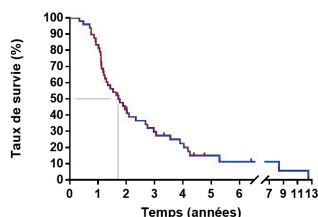
Conclusion : La médecine de précision fait naître beaucoup d'espoir pour la prise en charge des néoplasies

peu chimio-sensibles telles que les cholangiocarcinomes. Notre étude soulève, comme d'autres études similaires dans la même pathologie, la question de la faisabilité : 20% des patients n'avaient pas assez de matériel tumoral disponible pour l'analyse, et pour qui le risque d'une nouvelle biopsie doit être pesé. Par ailleurs, de nombreux patients ne peuvent recevoir le traitement guidé par les analyses moléculaires du fait d'une dégradation de l'état général. Ces éléments nous conduisent à proposer une analyse moléculaire précoce, dès le diagnostic de maladie avancée (non opérable) dans la prise en charge des cholangiocarcinomes.

Remerciements : LYric (DGOS-INCa-4664), Bpifrance Financement abondé by European Community (E8983 – PREDICTIV)

Références Bibliographiques : (1) Verlingue, L., Malka, D., Allorant, A., Massard, C., Ferté, C., Lacroix, L., Rouleau, E., Auger, N., Ngo, M., Nicotra, C., et al. (2017). Precision medicine for patients with advanced biliary tract cancers: An effective strategy within the prospective MOSCATO-01 trial. Eur. J. Cancer 87, 122–130.

Survie globale (n = 48 patients)



Survie Globale médiane = 20,64 mois (4,1 - 150)

Données manquantes pour 3 patients

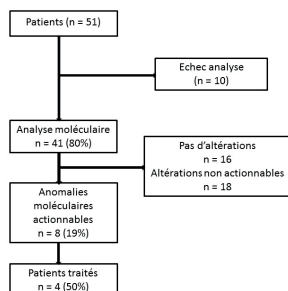


Table 1. Caractéristiques cliniques (n = 51)

Age (années) – no. (%)	
médiane	59
Écart-type	+/- 14.4
Donnée manquante – no. (%) ^f	0
Localisation du primitif – no. (%) ^f	
Intra-hépatique	37 (72.5)
extra-hépatique	8 (15.5)
Vésicule biliaire	6 (12)
Données manquantes	0 (0)
Extension métastatique – no. (%) ^f	
Localement avancés	11 (21.5)
Métastatiques	40 (78.5)
Données manquantes – no. (%) ^f	0 (0)
Sites métastatiques – no. (%) ^g	
Hépatique	30 (59)
Ganglionnaire	20 (39)
Carcinose péritonéale	7 (14)
Pulmonaire	10 (20)
Os	4 (8)
Autres sites	1 (2)
Données manquantes – no. (%) ^f	3 (1.7)

^f Pourcentage de la population entière

^g Pourcentage de la population métastatique

Table 2. Traitements reçus (n = 51)

	n (%)
1^{ère} ligne de traitement	51 (100)
GEMOX	37 (72)
GEMCIS	12 (24)
Autre	2 (4)
2^e ligne de traitement	46 (90)
FOLFIRI	33 (63)
DEBIRI	2 (4)
LV5FU2-CCDP	2 (4)
FOLFIRI-AVASTIN	1 (2)
LV5FU2	1 (2)
GEMZAR + OXALIPLATINE (intra-artérielle)	1 (2)
FOLFIRI + PIPAC	1 (2)
lv5fu2	1 (2)
Radio-embolisation Y90	1 (2)
Essais thérapeutiques	2 (4)
Données manquantes	3 (6)
Pas de 2 ^e ligne	5 (10)
3^e ligne de traitement	30 (58)
LV5FU2-CCDP	5 (10)
GEMOX	3 (6)
FOLFIRI	4 (8)
GEMCAP	2 (4)
TAXOL hebdo	2 (4)
LV5FU2	1 (2)
LV5FU2-mitomycine	1 (2)
DEBIRI	1 (2)
Essais thérapeutiques	2 (4)
Electro-chimiothérapie (BLEOMYCINE) + LV5FU2	1 (2)
Données manquantes	8 (15)
Pas de 3 ^e ligne	21 (41)

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000804>

Association entre la force de préhension (handgrip test) et la masse musculaire chez des patients en cours de chimiothérapie pour un cancer digestif

J. Moreau ⁽¹⁾, M.A. Ordan ⁽²⁾, C. Barbe ⁽¹⁾, M. Perrier ⁽¹⁾, D. Botsen ⁽¹⁾, M. Brasseur ⁽¹⁾, E. Bertin ⁽¹⁾, O. Bouché ⁽¹⁾

(1) Reims ; (2) Paris.

Introduction : L'étude FIGHTDIGO a montré la faisabilité et l'acceptabilité de la mesure de la force de préhension par le handgrip test (HGT) en routine chez 201 patients traités en ambulatoire par chimiothérapie pour un cancer digestif (1). L'un des objectifs secondaires de cette étude était d'analyser l'association entre force et masse musculaire.

Patients et Méthodes : Dans cette étude prospective monocentrique, deux mesures consécutives d'HGT à chaque main ont été réalisées avec un dynamomètre de type Jamar avant chaque chimiothérapie. La valeur la plus élevée était retenue. La dynapénie (perte de force musculaire) était définie par une valeur d'HGT <30 kg (hommes) et <20 kg (femmes). La masse musculaire a été mesurée à l'étage lombaire (L3) par tomodensitométrie (TDM) moins de 3 semaines avant ou après mesure de l'HGT, dans un sous-groupe de 150 patients. La perte de masse musculaire était définie par un index musculaire squelettique (IMS) (surface musculaire divisée par la taille au carré) chez les hommes <53 cm²/m² pour un indice de masse corporelle (IMC) > 25 kg/m² et <43 cm²/m² pour un IMC < 25 kg/m² et, pour les femmes, <41 cm²/m² quel que soit l'IMC. La sarcopénie était définie par l'association d'une dynapénie et d'une perte de masse musculaire.

Résultats : Un total de 348 scanners étaient évaluable. Les caractéristiques des 150 patients étaient : 87 hommes (58%) ; âge moyen de 65 (±10.0) ans ; cancer colo-rectal (n = 71 (47.3%)) ; métastatiques (n=115 (76.7%)) ; chirurgie initiale (n=87 (58%)). Le nombre de patients avec 1, 2, 3 et 4 TDM étaient respectivement de 44 (29%), 32 (21%), 56 (35%) et 18 (12%). Le délai médian entre TDM et HGT était de 8 jours (min 0 ; max 21). Pour les 348 mesures, les IMS et HGT moyens étaient respectivement de 41,8 (± 8,7) cm²/m² et de 32,1 (± 11,0) kg. Une perte de masse musculaire, une dynapénie ou une sarcopénie était retrouvée au moins une fois chez respectivement 120 (80%), 45 (30%) et 30 (20%) patients selon les classifications consensuelles. L'IMS était significativement corrélé à l'HGT (coefficient de Pearson r=0.53, p <0.0001). Dans l'analyse de concordance, un accord entre dynapénie et perte de masse musculaire était présent pour 188 (54%) binômes IMS/HGT, correspondant à un coefficient Kappa de 0,14 (IC 95% ; 0,07-0,21).

Conclusion : La corrélation (quantitative) entre les mesures de l'IMS et de l'HGT est forte mais la concordance (qualitative) entre dynapénie et perte de masse musculaire est faible aux seuils définis. Des études sont souhaitables en oncologie pour confirmer les seuils de diagnostic et étudier la chronologie de la dynapénie et de la perte de masse musculaire.

Références Bibliographiques : (1) Ordan M-A et al. Feasibility of systematic handgrip strength testing in digestive cancer patients treated with chemotherapy: The FIGHTDIGO study. Cancer 2018;124:1501-1506.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000235>

Facteurs d'arrêt de chimiothérapie et fin de vie en cancérologie digestive : une étude AGEO prospective multicentrique

L.J. Palmieri ⁽¹⁾, O. Dubreuil ⁽¹⁾, V. Hautefeuille ⁽²⁾, J.B. Bachet ⁽¹⁾, I. Trouilloud ⁽¹⁾, C. Locher ⁽³⁾, R. Coriat ⁽¹⁾, F. Moryoussef ⁽¹⁾, B. Landi ⁽¹⁾, G. Perkins ⁽¹⁾, S. Doat ⁽¹⁾

(1) Paris ; (2) Amiens ; (3) Meaux.

Introduction : L'arrêt de chimiothérapie est un tournant dans la prise en charge des malades atteints de cancer. Il reste pourtant mal étudié et ses raisons ainsi que les circonstances de son annonce peu connues. Les facteurs d'arrêt sont multiples et probablement hétérogènes, liés à la maladie, au traitement mais aussi aux prescripteurs. S'il est recommandé de ne pas réaliser de chimiothérapie trop près des décès du patient (1-2), il semble que dans nos pratiques les patients meurent fréquemment dans le mois suivant l'arrêt de la chimiothérapie (3).

Notre objectif principal était d'identifier les raisons invoquées par les praticiens motivant l'arrêt de la chimiothérapie en cancérologie digestive. Notre objectif secondaire était de décrire les modalités d'annonce de l'arrêt de chimiothérapie.

Patients et Méthodes : Nous avons réalisé une enquête de pratique prospective à base de questionnaires, entre mai 2016 et janvier 2018, auprès de 15 praticiens exerçant dans 6 centres de l'Association des Gastroentérologues Oncologues (AGEO). Pour les praticiens acceptant de participer à l'étude, devait être inclus tout patient atteint d'un cancer digestif, pour lequel un arrêt de chimiothérapie était décidé (hors pauses thérapeutiques). Les questionnaires étaient envoyés prospectivement pour la cohorte de patients inclus.

Résultats : Cent treize patients ont été inclus et analysés : 33,6% atteints d'un cancer colorectal, 30% d'un cancer du pancréas, 15,9% d'un cancer de l'estomac, 12,4% d'un cholangiocarcinome, 5,3% d'un cancer de l'œsophage, 1,8% d'une tumeur neuro endocrine et 0,9% d'un cancer de l'anus. L'âge moyen était de 67 ans (±10,4), avec 53% d'hommes. Les patients avaient reçu en moyenne 3 lignes de chimiothérapie (±2).

Quinze prescripteurs ont participé à l'étude, répartis sur 6 centres (5 CHU, 1 CHG) avec un nombre médian d'années de pratiques de 7 ans (q1-q3 [3 - 11]).

La première cause d'arrêt de chimiothérapie était dans plus de la moitié des cas liée au patient (altération de l'état général (39%, n=42), sepsis, ictère ou occlusion (15%, n=16)). Dans seulement 11% des cas la maladie était en progression documentée au moment de l'arrêt (n=12). Dans 10% des cas, la chimiothérapie était arrêtée sur souhait du patient. Seuls 10% des arrêts étaient liés à une toxicité de la chimiothérapie. L'annonce d'arrêt de chimiothérapie était faite de manière formelle dans 74% des cas (n=83). Soixante-neuf pour cent des patients ont reçu une chimiothérapie dans les trois mois précédant leur décès (n=79) et 26% dans le mois précédant le décès (n=30). Il n'y avait pas de lien entre le délai entre l'arrêt de chimiothérapie et le décès et l'expérience du prescripteur (p=0,71). Le délai moyen entre l'arrêt de la chimiothérapie et le décès était de 3 mois (entre 0 et 19 mois). Les patients sont décédés dans 16% des cas (n=17) au domicile, dans 39% des cas (n=42) en unité de soins palliatifs et dans 44% des cas à l'hôpital (n=47).

Conclusion : Cette enquête de pratique s'intéresse de manière novatrice à l'arrêt de chimiothérapie en cancérologie digestive et à ses causes. Celui-ci est probablement trop tardif puisque 26 % des patients avaient reçu de la chimiothérapie dans le dernier mois de vie, chiffres plus élevés que ceux évaluant l'ensemble de la cancérologie, témoignant de nos difficultés à prévoir la dégradation clinique menant au décès. Seuls 11% des patients avaient une progression avérée par les examens. L'annonce était faite de manière formelle dans 74% des cas. Une perspective de ce travail serait d'élargir cette enquête préliminaire à l'échelle nationale ainsi que de la répéter dans les années à venir pour voir si des démasquages des différences de prise en charge dans l'espace (lieu d'exercice oncologique) et dans le temps.

- Références Bibliographiques :** (1) Ferrell BR, Temel JS, Temin S, et al. Integration of Palliative Care Into Standard Oncology Care: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Update. *J Clin Oncol* 2017;35(1):96–112.
- (2) Jordan K, Aapro M, Kaasa S, et al. European Society for Medical Oncology (ESMO) position paper on supportive and palliative care. *Ann Oncol* 2018;29(1):36–43.
- (3) Rochigneux P, Raoul JL, Beaussant Y, et al. Use of chemotherapy near the end of life: what factors matter? *Ann Oncol* 2017;28(4):809–17.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000342>

P.455

Association entre la réponse anti-tumorale et la survenue d'une colite ou d'une hépatite immunologique au cours du traitement par nivolumab ou du pembrolizumab pour un mélanome ou un cancer bronchique

R. Dupont ⁽¹⁾, E. Berard ⁽¹⁾, F. Puisset ⁽¹⁾, M. Schouler ⁽¹⁾, M. Mourquet ⁽¹⁾, R. Guimbaud ⁽¹⁾, J. Mazières ⁽¹⁾, N. Meyer ⁽¹⁾, L. Alric ⁽¹⁾
(1) Toulouse.

Introduction : Le nivolumab et le pembrolizumab, deux anti-PD1 utilisés en cancérologie, peuvent entraîner des effets secondaires immunologiques (irAE): dermatologiques, pulmonaires, articulaires, endocriniens mais aussi digestifs comme une colite ou une hépatite. Notre objectif était de préciser les conséquences pronostiques des irAE sous nivolumab ou pembrolizumab

Patients et Méthodes : Cohorte en vie réelle de tous les patients consécutifs majeurs avec un suivi supérieur à au moins 6 mois ayant reçu du nivolumab ou du pembrolizumab seul hors essai thérapeutique pour un mélanome ou un carcinome bronchique non à petites cellules (CBNPC), identifiés via le registre exhaustif de la pharmacie du CHU. Les patients étaient inclus le jour de la 1^{ère} administration d'anti-PD1. La survenue d'un irAE digestif ou non de grade 1 à 5 a été déterminée selon la classification CTCAE. La survie globale et sans progression ainsi que la réponse tumorale objective ont été analysées.

Résultats : 311 patients ont été inclus sur 2 ans avec une durée médiane de suivi de 9.7 mois. Parmi eux, 194 patients étaient des hommes (62.4%), et d'âge médian de 64 ans (de 18 à 89 ans). Les patients étaient atteints de mélanome dans 120 cas (38.6%), et de CBNPC dans 191 cas (61.4%); 241 (77.5%) étaient traités par nivolumab, et 70 (22.5%) par pembrolizumab. Au cours du suivi, 166 irAE étaient observés chez 116 patients (37.3%). Un irAE spécifiquement digestif, défini et gradé comme une hépatite ou une colite, est survenu chez 41 patients (13.2% de la population globale et 35.3% des patients ayant eu au moins 1 irAE). Parmi ces 41 patients, l'anti-PD1 était le nivolumab dans 32 cas (78.0%) et le pembrolizumab dans 9 cas (22.0%). Ces 41 patients étaient atteints de 43 irAE : 38 colites et 5 hépatites. L'irAE était de grade 3-5 dans 11 cas (26.8%), traité par corticothérapie dans 18 cas (43.9%) dont tous les cas d'hépatite et amenait à l'arrêt de l'anti-PD1 dans 15 cas (36.6%). Une seule patiente atteinte d'une colite a reçu un traitement par infliximab. En analyse multivariée, la survie globale était significativement allongée en cas d'irAE non spécifiquement digestif, qu'il soit précoce (HR 0.47, p<0.001) ou tardif (HR 0.14, p<0.001), mais pas la survie sans progression. Le taux de réponse tumorale objective n'était pas significativement différent chez les patients ayant reçu une corticothérapie ou un immunosuppresseur pour irAE non spécifiquement digestif par comparaison aux autres patients atteints d'irAE (47.6% vs 56.9%, p=0.37). En analyse univariée, la survenue d'un irAE spécifiquement digestif était significativement associée à la survie globale (p=0.001) et à la survie sans progression (p=0.001). En analyse multivariée, la survenue d'un irAE spécifiquement digestif n'était pas significativement associée ni à la survie globale, ni à la survie sans progression. Le taux de réponse tumorale objective était plus élevé chez les patients atteints d'au moins un irAE digestif, comparativement aux patients n'ayant eu aucun irAE ou un irAE autre que digestif (43.9% vs 26.6%, p<0.05).

Conclusion : Nos résultats confirment en vie réelle l'association entre survenue d'un irAE et efficacité antitumorale de du traitement par nivolumab et du pembrolizumab pour un mélanome ou un cancer bronchique. L'introduction d'une corticothérapie lorsqu'elle est nécessaire pour gérer l'irAE n'influence pas le pronostic du cancer. Notre étude est, à notre connaissance, la première à suggérer une association entre un irAE digestif de type colite ou hépatite et l'efficacité anti-cancéreuse des anti-PD1. Cette association, si elle est confirmée dans d'autres études, pourrait être un élément important dans la discussion thérapeutique autour de la prise en charge d'un patient atteint de cancer et chez lequel un irAE digestif est survenu sous anti-PD1. D'autres études devront préciser le mécanisme de cette association entre irAE et réponse anti-cancéreuse ainsi que les facteurs prédictifs de survenue d'irAE.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000058>

Chirurgie de cytoréduction avec ou sans chimiothérapie hyperthermie intra-péritonéale (CHIP) dans la prise en charge curative des carcinomes péritonéaux d'origine gastrique : étude multicentrique avec score de propension

P.E. Bonnot ⁽¹⁾, G. Piessen ⁽²⁾, M. Pocard ⁽³⁾, D. Goéré ⁽⁴⁾, B. Meunier ⁽⁵⁾, F. Quenet ⁽⁶⁾, M. Rivoire ⁽⁷⁾, J.M. Bereder ⁽⁸⁾, J. Gagnière ⁽⁹⁾, F. Marchal ⁽¹⁰⁾, J. Lefèvre ⁽³⁾, S. Msika ⁽¹¹⁾, P. Rat ⁽¹²⁾, N. Pirro ⁽¹³⁾, C. Arvieux ⁽¹⁴⁾, K. Abboud ⁽¹⁵⁾, G. Passot ⁽⁷⁾, O. Glehen ⁽⁷⁾

(1) Pierre-Bénite ; (2) Lille ; (3) Paris ; (4) Villejuif ; (5) Rennes ; (6) Montpellier ; (7) Lyon ; (8) Nice ; (9) Clermont-Ferrand ; (10) Nancy ; (11) Colombes ; (12) Dijon ; (13) Marseille ; (14) Grenoble ; (15) Saint-Etienne.

Introduction : La survenue de métastases péritonéales dans le cadre d'un cancer de l'estomac est considérée par beaucoup comme non accessible à un traitement à visée curative avec des médianes de survie au diagnostic entre 9 et 13 mois avec les chimiothérapies modernes. Cette prise en charge offre cependant aucun espoir de survie à long terme après 3 ans. Cependant, chez des malades sélectionnés avec carcinome limité, les techniques d'exérèse élargie ou de cytoréduction chirurgicale (CRS) complètes couplées à une chimiothérapie hyperthermique intra-péritonéale (CHIP) ont montré des résultats prometteurs. Néanmoins, le véritable apport de la CHIP reste controversé. Nous avons donc souhaité par cette étude évaluer les résultats post-opératoires et oncologiques de l'association CRS-CHIP par rapport à la CRS isolée chez les malades porteurs de métastases péritonéales d'origine gastrique.

Patients et Méthodes : Nous avons identifié 277 patients présentant des métastases péritonéales d'origine gastrique, ayant tous bénéficié d'une CRS complète selon le CC-score (chirurgie CC -0/sans résidu macroscopique ou CC-1/maladie résiduelle inférieure à 2.5 mm) avec ou sans CHIP au sein de 19 centres experts entre 1989 et 2014. L'étendue de la maladie péritonéale a été évaluée par le Peritoneal Cancer Index (PCI) de Sugarbaker. Un modèle de Cox avec régression logistique basé sur un score de propension utilisant une procédure de pondération inverse (IPTW) de la probabilité de bénéficier d'une CHIP a été utilisé afin d'évaluer l'effet d'une procédure de CHIP et d'atténuer les potentiels facteurs confondants et de biais existant entre les deux groupes. Les variables inclus dans le score de propension étaient ceux considérés dans la littérature comme ayant un impact pronostique majeur en ce qui concerne le cancer l'estomac et la carcinose: âge, localisation et différenciation tumorale, présence de cellules indépendantes, chimiothérapie néoadjuvant, statut ganglionnaire, PCI et CC-score

Résultats : Parmi les 277 patients, une procédure de CHIP a été associée à la CRS chez 180 patients alors qu'une CRS isolée a été réalisée chez 97 patients. Avant propension, les patients du groupe CRS-CHIP étaient plus jeunes ($P = .001$) et avaient bénéficiés plus souvent d'un traitement néoadjuvant ($P = .001$). L'étendue de la maladie péritonéale est significativement plus importante dans le bras CRS-CHIP ($P = .001$). Il n'y avait pas de différence significative entre les deux groupes en ce qui concerne le taux de linité gastrique (38.1% des patients), la présence de cellules indépendantes (67.9% des patients), le statut ganglionnaire (pN3: 54.3% des patients), la qualité de la cytoréduction avec 79.1% des patients considérés avec une résection CC-0. Après IPTW, les groupes étaient similaires pour l'ensemble des variables, exceptés en ce qui concerne l'étendue de la carcinose péritonéale, avec un score de PCI qui restait plus important dans le bras CHIP (PCI médian: 6 vs 2, $P = .003$). L'association CRS-CHIP augmentait significativement la survie globale que ce soit dans les analyses des données brutes ou après score de propension. Après pondération IPTW, la médiane de survie à partir de la chirurgie était de 18.8 mois avec l'association CRS-CHIP contre 12.1 mois pour la CRS isolée. Les taux de survie globale à 3- et 5-ans étaient respectivement de 26.21% et 19.87% dans le bras CHIP contre 10.82% et 6.43% dans

le bras chirurgie (aHR, 0.60; 95% CI, 0.42–0.86; $P = .005$). Le bénéfice de l'ajout d'une procédure de CHIP était maintenu dans l'ensemble des sous groupes, notamment dans celui des cellules indépendantes. En ce qui concerne les taux de survie sans récurrence à 3- et 5-ans, ils étaient de 20.40% et 17.05% dans le bras CRS-CHIP contre 5.87% et 3.76% dans le bras CRS ($P = .001$).

Il n'y avait pas de différence significative entre les deux groupes en terme de mortalité à 30 jours post-opératoire (2.5% vs 4.5%, respectivement, $P = .820$), le taux de complications majeures (53.7% vs 55.3%, respectivement, $P = .496$) ou le taux de complications chirurgicales (37.1% vs 38.8%, $P = .921$).

Conclusion : Comparée à la cytoréduction chirurgicale isolée, l'association CRS-CHIP augmente significativement les survies globale et sans récurrence des patients porteurs de métastases péritonéales d'origine gastrique. De plus, l'ajout d'une procédure de CHIP n'augmente pas la morbi-mortalité post-opératoire. Ainsi, chez des malades sélectionnés présentant une carcinose limitée accessible à une cytoréduction chirurgicale complète, l'association CRS-CHIP apparaît comme une option thérapeutique majeure. Elle représente actuellement la seule offrant des survies à long termes voire une potentielle guérison de la maladie.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000565>

P.457

Efficacité de la radiothérapie hémostatique dans les cancers gastriques avancés inopérables : résultats d'une étude monocentrique

A. Landrieux ⁽¹⁾, K. Gnep ⁽¹⁾, E. Nouhaud ⁽¹⁾, E. Rossignol ⁽¹⁾, B. Leconte ⁽¹⁾, S. Le Sourd ⁽¹⁾, E. Rigault ⁽¹⁾, J. Edeline ⁽¹⁾, M. Pracht ⁽¹⁾, F. Goupy ⁽¹⁾, E. Le Prise ⁽¹⁾, A. Lièvre ⁽¹⁾

(1) Rennes.

Introduction : Les cancers gastriques métastatiques ou localement avancés inopérables peuvent être responsables d'un saignement digestif +/- extériorisé ayant un impact négatif sur la qualité de vie des patients. Plusieurs options thérapeutiques existent pour contrôler l'hémorragie, dont la radiothérapie (RT) hémostatique, mais seules quelques études rétrospectives ont évalué son efficacité. Cette étude avait pour objectif d'évaluer le devenir des patients ayant reçu une RT hémostatique dans un contexte de cancer gastrique avancé et d'identifier les facteurs prédictifs d'efficacité de la RT.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective ayant inclus tous les patients consécutifs suivis pour une tumeur gastrique avancée non résecable et ayant reçu une RT à visée hémostatique entre janvier 2000 et décembre 2016 (Centre Eugène Marquis). Les patients devaient avoir été transfusés au moins une fois. Le diagnostic d'hémorragie d'origine tumorale reposait sur les résultats d'une fibroscopie gastrique et/ou d'une extériorisation hémorragique associés à une déglobulisation et/ou une anémie ferriprive. La réponse à la RT hémostatique était définie par l'absence de récurrence hémorragique ou de nouvelle transfusion 4 semaines après la fin de la RT. Les patients décédés dans les 4 semaines suivant la fin de la RT étaient exclus de l'analyse sauf en cas d'échec de la RT ou de décès imputable à l'hémorragie. La survie globale (SG) depuis le diagnostic initial de cancer gastrique, la survie post-RT (SPRT) et la survie sans événement (SSE) (délai entre la fin de la RT et la survenue d'une hémorragie, d'une transfusion ou d'un décès) ont été estimées par la méthode de Kaplan-Meier et comparés selon le test du Log-rank. Une analyse univariée et multivariée a été réalisée pour identifier les facteurs associés au succès de la RT.

Résultats : Entre janvier 2000 et décembre 2016, 161 patients ont reçu une RT pour un cancer gastrique. Parmi eux, 42 patients ont reçu une RT à visée hémostatique, dont 37 répondaient à tous les critères d'inclusion (homme: 76%; âge médian: 81 ans; Hémorragie extériorisée: 65%). Seuls 13 patients (35%) avaient reçu une chimiothérapie (CT) antérieure. La dose biologique efficace (α/β ratio = 10) médiane de RT était de 28Gy, correspondant à une dose totale de 20 Gy en 5 fractions de 4Gy reçu par la majorité (73%) des patients. Quinze patients sont décédés dans les 4 semaines suivant la fin de la RT, dont 10 ont été exclus de l'analyse car non évaluable pour la réponse à la RT et 5 étaient non répondeurs. Sur les 27 patients analysables, 18 (67%) étaient répondeurs à la RT hémostatique, dont 9 (50%) n'ont nécessité aucune nouvelle transfusion entre la fin de la RT et le décès. Le nombre médian de transfusions a significativement diminué après la RT (0 vs 6; $p < 0,0001$) mais cette diminution n'était pas statistiquement différente entre les répondeurs et les non répondeurs ($p=0,98$). En analyse univariée, un nombre plus élevé de transfusions avant la RT était significativement associé à un échec du traitement ($p = 0,02$). Aucun facteur n'était significatif en analyse multivariée. La SG des patients était de 6,6 mois (IC95% 5,5-18,6). La SPRT était de 1,1 mois (IC95%: 0,8-3,5) et était significativement plus élevée chez les répondeurs que chez les non-répondeurs (3,9 vs 0,9 mois; $p=0,004$). Le taux de SPRT était de 60%, 38% et 19% à 1, 3 et 6 mois respectivement. La SSE chez les répondeurs était de 2,7 mois.

Un seul patient, ayant reçu la plus forte dose de RT (37,5Gy en 15 fractions de 2,5Gy) a présenté une toxicité aiguë grave (vomissements de grade 4 liés à une gastrite radique étendue).

Conclusion : Dans les cancers gastriques avancés, la RT hémostatique est bien tolérée et efficace. Un nombre élevé de transfusion avant la RT était associée à l'échec du traitement. Cependant, la survie des patients concernés par

ce traitement est très courte. Une meilleure sélection des patients chez qui la RT hémostatique doit être proposée est nécessaire, ainsi qu'une évaluation de son impact en termes de qualité de vie.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/001001>

Comparaison de l'adhésion au système nerveux entérique gastrique des cellules cancéreuses gastriques de type diffus par rapport au type intestinal selon la classification de Lauren

P. Girot ⁽¹⁾, A. Bessard ⁽¹⁾, A. Prigent ⁽¹⁾, M. Neunlist ⁽¹⁾, T. Matysiak-Budnik ⁽¹⁾, Y. Touchefeu ⁽¹⁾, E. Duchalais-Dassonneville ⁽¹⁾

(1) Nantes.

Introduction : Les cancers gastriques (CG) distaux sont classés en deux types histologiques selon la classification de Lauren: le type « intestinal », qui dissémine sous forme de métastases viscérales, majoritairement hépatiques, et le type « diffus », de plus mauvais pronostic, qui fuse au sein de la paroi gastrique puis évolue vers de la carcinose péritonéale. Les mécanismes physiopathologiques à l'origine de ces différences d'évolution restent mal compris. Le microenvironnement tumoral (MET) influence la prolifération et la dissémination tumorale via ses interactions. Il a été récemment démontré que le système nerveux entérique (SNE), un des composants du MET, constitue un support d'adhésion et guide la migration des cellules tumorales dans les cancers colorectaux.

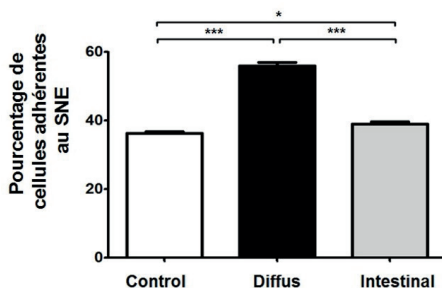
L'objectif de notre étude est de déterminer si les cellules tumorales gastriques adhèrent au SNE et si la différence d'évolution entre les deux sous-types de cancer gastrique peut s'expliquer par une différence d'adhésion au SNE.

Matériels et méthodes : Des cellules issues de lignées cancéreuses gastriques de type diffus (AGS et MKN45) et intestinal (MKN74 et NCI-87), infectées par un vecteur lentiviral leur permettant d'exprimer spontanément la Green Fluorescent Protein (GFP), ont été mises en co-culture avec des cultures primaires de SNE gastrique pendant 1 heure. Après marquage immunohistochimique des neurones entériques par des anticorps anti-PGP9.5, les cellules adhérentes au SNE étaient quantifiées pour chaque lignée. L'adhésion au SNE était définie par la juxtaposition des cellules tumorales à moins d'1 pixel du SNE (1 px < 1 µm). La proportion de cellules tumorales adhérentes au SNE était comparée à la proportion de cellules tumorales qui auraient adhérentes à un réseau de SNE aléatoire. La proportion de cellules tumorales adhérentes était également comparée entre chaque lignée.

Résultats : Les cultures de SNE étaient constituées d'un tapis de myofibroblastes occupant 100% de la surface du puits et recouvert d'un réseau de SNE composé de neurones entériques et de cellules gliales entériques (18.4 ± 0.2% et 20.8 ± 1.5% de la surface totale du puits de culture respectivement ; n=76). La composition des cultures de SNE était comparable pour les différentes lignées testées et les contrôles. La proportion de cellules cancéreuses de type diffus (AGS et MKN45) adhérentes au SNE gastrique était significativement plus importante que la proportion adhérente au réseau neuronal contrôle. En moyenne 53.4 % (± 1.4) des cellules AGS étaient adhérentes au SNE vs 35.8% (± 0.9) sur les contrôles (p ≤ 0.001) et 58.4% (± 1.4) des cellules MKN45 étaient adhérentes vs 36.1% (± 1.0) sur les contrôles (p ≤ 0.001). Les cellules cancéreuses de type intestinal (MKN74 et NCI-87) avaient un taux d'adhésion nettement plus faible: en moyenne 38.9% (± 0.9) et 39.0% (± 0.9) des cellules NCI-87 et MKN74 étaient adhérentes au SNE, respectivement. La proportion de cellules NCI-87 adhérentes au SNE était significativement supérieur au contrôle (p ≤ 0.05) mais il n'existait aucune différence entre les cellules MKN74 et leur contrôle en termes d'adhésion préférentielle sur le SNE (p=0.1173). Lorsque l'on rassemblait les lignées en fonction de leur type, les cellules de type diffus avaient un taux d'adhésion plus important au SNE que les cellules de type intestinal (55.9% ± 1,1 vs 39.0% ± 0,7 ; p ≤ 0.001).

Conclusion : Notre étude démontre que les cellules tumorales de CG de type diffus adhèrent sur le SNE. Elle suggère également que les cellules de type intestinal ont une affinité significativement plus faible que les cellules du type diffus pour adhérer sur le SNE. Des explorations complémentaires sont encore nécessaires pour comprendre la différence d'évolution entre les deux types de CG. A terme,

ces données préliminaires pourraient mener à l'identification des mécanismes physiopathologiques impliqués dans l'agressivité des CG de type diffus.



Pour consulter ce résumé en ligne :
<https://www.snfge.org/resumes-2019/000040>

P.459

Suivi par imagerie et identification des mécanismes moléculaires de l'atrophie musculaire induite par les traitements chimio-thérapeutiques dans les cancers de l'estomac : approche translationnelle

A. Venkatasamy ⁽¹⁾, A. Barthe ⁽¹⁾, P. Laquerriere ⁽¹⁾, G. Mellitzer ⁽¹⁾, B. Romain ⁽¹⁾, C. Gaiddon ⁽¹⁾

(1) Strasbourg.

Introduction : L'atrophie musculaire est présente chez près de 60% de patients atteints d'un cancer de l'estomac et représente un facteur de mauvais pronostic. Cependant, les causes exactes (e.g. caractéristiques de la tumeur, effet des traitements préopératoires) de cette atrophie sont mal connues, ainsi que ses conséquences sur la réponse aux traitements. De plus, les mécanismes moléculaires mis en évidence n'ont pas encore permis de mettre en place des solutions thérapeutiques. Les travaux réalisés visent à comprendre les causes et les bases moléculaires de l'atrophie musculaire associée au cancer de l'estomac et de les mettre à profit pour de nouvelles solutions thérapeutiques.

Matériels et méthodes : Matériel et méthodes : Pour ces travaux, une cohorte rétrospective de 46 patients atteints de cancers de l'estomac a été utilisée et un modèle murin d'atrophie musculaire chimio-induite a été développé. Le suivi de l'atrophie musculaire ont été réalisés par imagerie (scanner) chez le patient (muscles paravertébraux, au niveau de la vertèbre L3) et la souris (muscles érecteurs du rachis à la hauteur des reins comme chez les patients + muscles de la face postérieure des pattes). L'identification de nouveaux mécanismes moléculaires a été réalisée par analyse transcriptomique (RNA seq).

Résultats : Résultats : Chez les patients, l'analyse scannographique montre une augmentation significative de la survenue d'une sarcopénie radiologique, seulement 3 semaines après traitement préopératoire (chimiothérapie), suggérant un impact négatif du traitement sur la physiologie du muscle. De manière intéressante, la réalisation d'une jéjunostomie préopératoire diminue significativement l'incidence de la sarcopénie radiologique post-traitement préopératoire, favorisant ainsi la réalisation de la totalité des cures de chimiothérapie. Afin d'étudier les mécanismes moléculaires sous-jacents à l'atrophie musculaire chimio-induite, nous l'avons modélisé chez la souris. Après cinq jours de traitement par chimiothérapie, les souris traitées ont perdu environ 35% de masse musculaire (macroscopique) au niveau de leurs muscles gastrocnémiens comparativement à un groupe contrôle et nous avons également constaté une perte musculaire scannographique évaluée à environ 15% au niveau abdominal. Des mesures plus précises des changements volumétriques musculaires au niveau des pattes sont en cours d'optimisation. L'analyse transcriptomique par RNAseq et des analyses moléculaires complémentaires réalisées sur les muscles des souris traitées nous ont permis d'identifier de nouveaux mécanismes moléculaires mis en jeu dans la survenue de cette atrophie musculaire, impliquant différents facteurs de transcription importants - en particulier p63. Plus précisément, nos résultats montrent que p63 est induit dans le muscle par la chimiothérapie et augmente l'expression de Murf1, un effecteur important d'atrophie musculaire.

Conclusion : Les résultats obtenus indiquent que la chimiothérapie favorise l'atrophie musculaire chez les patients atteints de cancer de l'estomac. Les analyses chez la souris ont quant à elles identifié de nouveaux mécanismes moléculaires (notamment médiés par p63) impliqués dans la survenue de la sarcopénie. Certains d'entre eux représentent des pistes thérapeutiques novatrices, mais également de potentielles cibles morpho-fonctionnelles, notamment en matière de diagnostic précoce, mais aussi de suivi évolutif, via des radio-traceurs spécifiques en PET-TDM petit animal et à terme, humains.

Références Bibliographiques : Bonaldo P, Sandri M (2013) Cellular and molecular mechanisms of muscle atrophy. *Dis Model Mech* 6:25–39 . doi: 10.1242/dmm.010389
Prado CMM, Lieffers JR, McCargar LJ, et al (2008) Prevalence and clinical implications of sarcopenic obesity in patients with

solid tumours of the respiratory and gastrointestinal tracts: a population-based study. *Lancet Oncol* 9:629–635 . doi: 10.1016/S1470-2045(08)70153-0
Manfredelli S, Delhorme J-B, Venkatasamy A, et al (2017) Could a Feeding Jejunostomy be Integrated into a Standardized Preoperative Management of Oeso-gastric Junction Adenocarcinoma? *Ann Surg Oncol* 24:3324–3330 . doi: 10.1245/s10434-017-5945-9
Burden S, Todd C, Hill J, Lal S (2012) Pre-operative nutrition support in patients undergoing gastrointestinal surgery. *Cochrane Database Syst Rev* 11:CD008879 . doi: 10.1002/14651858.CD008879.pub2
Kawamura T, Makuuchi R, Tokunaga M, et al (2018) Long-Term Outcomes of Gastric Cancer Patients with Preoperative Sarcopenia. *Ann Surg Oncol* 25:1625–1632 . doi: 10.1245/s10434-018-6452-3
Cruz-Jentoft AJ, Baeyens JP, Bauer JM, et al (2010) Sarcopenia: European consensus on definition and diagnosis: Report of the European Working Group on Sarcopenia in Older People. *Age Ageing* 39:412–423 . doi: 10.1093/ageing/afq034

Pour consulter ce résumé en ligne :
<https://www.snfge.org/resumes-2019/000520>

Cancers colorectaux et gastriques métastatiques MSI sous immunothérapie par pembrolizumab : expérience et efficacité en « vraie vie »

G. Glemarec ⁽¹⁾, N. Fares ⁽¹⁾, J. Pouedras ⁽¹⁾, C. Couteau ⁽¹⁾, M. Deslandres ⁽¹⁾, P. Rivera ⁽¹⁾, A.P. Laurenty ⁽¹⁾, C. Liffraud ⁽¹⁾, S. Vienne-Noyes ⁽¹⁾, J. Selves ⁽¹⁾, F. Puisset ⁽¹⁾, R. Guimbaud ⁽¹⁾

(1) Toulouse.

Introduction : Le Pembrolizumab (anticorps anti PD1) a démontré une efficacité dans les cancers avec instabilité micro satellitaire (MSI) et obtenu son enregistrement FDA aux USA au terme d'études de phase II. En France, faute d'étude de phase III, il ne dispose pas d'AMM ni de remboursement dans cette indication. Dans le cadre d'un dispositif défini régionalement et après information à l'ARS, une procédure de prescription exceptionnelle en l'absence d'alternative a été admise par notre institution. Dans ces conditions, un traitement par Pembrolizumab a pu être proposé chez les patients métastatiques avec une tumeur colorectale ou gastrique MSI en échappement aux traitements conventionnels et pour lesquels aucun essai clinique permettant l'accès à une immunothérapie n'était disponible. Nous rapportons les cas des patients ayant été traités dans ce cadre dans notre centre.

Patients et Méthodes : Sur la base des données de la pharmacie hospitalière, tous les patients ayant reçu un traitement par Pembrolizumab pour une tumeur digestive MSI dans le cadre de notre dispositif de prescription exceptionnelle ont été revus.

Les caractéristiques cliniques des patients ainsi que les données histologiques et de biologie moléculaire ont été recueillies.

Les données de suivi clinique, biologique et d'imagerie ont été collectées pour évaluer la réponse tumorale, la survie sans progression, et la survie globale ainsi que les données de tolérance notamment les effets secondaires dysimmunitaires.

Résultats : D'avril 2016 (date de la 1ère prescription dans le cadre de notre dispositif) jusqu'à Septembre 2018 (date de dernier point), 12 patients (7 hommes et 5 femmes), d'âge moyen 54 ans ont été traités ; correspondant à 10 tumeurs colorectales et 2 tumeurs gastroduodénales parmi lesquels 8 s'intégraient dans un syndrome de Lynch.

Quatre patients étaient traités en 2^{ème} ligne et 8 patients en 3^{ème} ligne métastatique.

Un seul patient a présenté une toxicité de grade > 2 : il s'agissait d'un cas de toxicité digestive de grade 3 nécessitant l'arrêt du Pembrolizumab au terme de 12 cures.

Parmi les 12 patients, on ne note aucune réponse complète, 7 réponses partielles (taux de réponse : 58%), 1 stabilité (taux de contrôle de la maladie : 67%) et 4 progressions.

Le délai de réponse médian est de 2.5 mois. Tous les patients répondent ont une réponse maintenue et sont toujours sous traitement avec une durée moyenne sous traitement de 14,4 mois hormis celui qui a présenté une toxicité digestive de grade 3 (qui reste en réponse maintenue 1 an après l'arrêt du Pembrolizumab).

Parmi les 4 patients progressifs, tous ont progressé de manière précoce au terme de 2 cures et présentaient une maladie de profil rapidement évolutif à l'initiation du traitement. Les médianes de survie sans progression et de survie globale sont respectivement de 7.1 mois et 32,4 mois.

Conclusion : Les données « vraie vie », hors essai thérapeutique, sur cette cohorte de petite taille sont en accord avec les données de la littérature et sont très encourageantes pour les patients présentant des tumeurs MSI colorectales ou gastriques métastatiques. Il apparaît nécessaire de colliger les cas de manière multicentrique afin d'obtenir des données robustes, mieux identifier les patients répondeurs et faciliter l'accès à l'immunothérapie anti PD1 dans cette indication.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000789>

Profil phénotypique des mucines de type MUC2 et MUC5AC dans le cancer gastrique : à propos de 20 cas

F. Torjmen ⁽¹⁾, B. Bouricha ⁽²⁾, S. Bellakhal ⁽²⁾, S. Nsibi ⁽²⁾, Z.E.I. Abdelaali ⁽²⁾, D. Amen ⁽²⁾, T. Jomni ⁽²⁾, K. Bellil ⁽²⁾, H. Douggui ⁽²⁾

(1) Bizerte, TUNISIE ; (2) Tunis, TUNISIE.

Introduction : Il est bien établi que la MUC2 est une glycoprotéine intestinale non exprimée dans la muqueuse gastrique normale contrairement à la MUC5AC qui est sécrétée par l'épithélium gastrique alors que l'apparition d'une métaplasie intestinale est associée à une expression de novo de MUC2 et une diminution de l'expression de MUC5AC. Le but de notre étude était d'étudier l'expression immuno-histochemique des mucines de type MUC2 et MUC5AC dans le cancer gastrique et de corréler cette expression aux paramètres morphologiques des cancers de l'estomac

Patients et Méthodes : Nous avons procédé à une étude anatomopathologique et immuno-histochemique de vingt cas de cancers gastriques colligés dans notre hôpital. Dans tous les cas le matériel d'étude a intéressé des prélèvements biopsiques obtenus par voie endoscopique. Ces données immuno-histochimiques étaient ensuite interprétées en fonction des caractéristiques cliniques endoscopique et histologiques

Résultats : L'âge moyen des patients était de 58ans avec des extrêmes de 29 et 91 ans et un pic de fréquence entre 40 et 60 ans. Il s'agissait de 15 hommes et de 5 femmes soit un sexe ratio (H/F) de 3. Endoscopiquement le cancer était au niveau de siège cardiaal dans 20% des cas et localisé dans 80% des cas. Sur le plan histologique, six patients présentaient un adénocarcinome de forme commune, trois avaient un adénocarcinome mucineux (15%) et 11 présentaient un carcinome à cellules indépendantes avec composante en bague à chaton (55%). Selon la classification de Lauren, 55% étaient de type diffus et 45% de type intestinal. Concernant le degré de différenciation, quatre tumeurs (20%) étaient bien différenciées, trois tumeurs étaient moyennement différenciées (15%) et 13 tumeurs étaient des carcinomes peu ou indifférenciés (65%). L'étude immuno-histochemique objectivait une expression de MUC2 dans 60% des cas et celle de la MUC5AC dans 65% des cas. L'étude de l'expression des mucines en fonction de la topographie a montré que les tumeurs du cardia/corps ont exprimé fortement le MUC2 (75% et 85%), les tumeurs de l'antrum exprimaient essentiellement la MUC5AC+ (83%), d'autre part MUC2 était surexprimé dans les adénocarcinomes de forme commune (50%) contrairement à MUC5AC qui était exprimé dans 90% des carcinomes à cellule indépendante en bague à chaton. Ce résultat n'était pas statistiquement significatif (p=0.336). Concernant la classification de Lauren, les tumeurs de type intestinal exprimaient MUC2 dans 78% des cas, alors que celle de type diffus ne l'exprimait que dans 45% des cas (p=0.7). L'expression de MUC5AC était de 90% dans les carcinomes de type diffus de Lauren et dans 33 % des carcinomes de type intestinal (p=0.179). Les tumeurs moyennement et bien différenciées étaient les plus réactives à l'anti-MUC2 alors que l'expression de MUC5AC était inversement corrélée à la différenciation tumorale (83% des carcinomes peu différenciés contre 25% des carcinomes bien différenciés). Il n'a pas été retrouvé de liaison statistiquement significative entre l'expression de MUC2 et MUC5AC dans le cancer gastrique selon le degré de différenciation tumorale (p=0.170 et p=0.370 respectivement). Concernant la classification pTNM, aucune tumeur T1 n'exprimait MUC2, alors que la MUC5AC était plus fréquemment exprimée dans les tumeurs de stade débutant (100% des cas dans le stade T1).

Conclusion : Notre travail montre que l'étude des mucines dans les cancers gastriques présente un intérêt pronostique. En effet l'expression de MUC2+ est plus souvent observée dans les tumeurs bien et moyennement différenciées et de type mucineux contrairement à la MUC5AC qui est plus souvent exprimée dans les tumeurs peu ou pas différenciées et les cancers avec cellules indépendantes en bague à chaton. Néanmoins, ces résultats nécessitent une validation par des travaux à plus grande échelle associant une étude concomitante des marqueurs de carcinogénèse.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/001007>

PRONOGAST : recherche de facteurs pronostiques chez des patients porteurs d'adénocarcinome oeso-gastrique métastatique après échec de 2 lignes thérapeutiques

L. Evesque⁽¹⁾, B. Boussac⁽¹⁾, J. Gal⁽¹⁾, R. Schiappa⁽¹⁾, A. Saint⁽¹⁾, J. Doyen⁽¹⁾, G. Cavaglione⁽¹⁾, E. François⁽¹⁾
(1) Nice.

Introduction : Il n'y a pas de consensus thérapeutique après échec de deux lignes de traitement pour adénocarcinome oesogastrique métastatique. Le bénéfice théorique de la poursuite d'une chimiothérapie en troisième ligne est à mettre en balance avec la toxicité potentielle qu'elle est susceptible d'engendrer. Il est fondamental de disposer de facteurs pronostiques et prédictifs permettant de mieux sélectionner les patients candidats à la poursuite d'une chimiothérapie en 3e ligne.

Patients et Méthodes : Les dossiers médicaux des patients traités dans notre établissement pour adénocarcinome oesogastrique métastatique de 2008 à 2018 et ayant reçu au moins deux lignes de chimiothérapie ont été rétrospectivement analysés. L'objectif principal était la recherche de facteurs pronostiques après échec de deux lignes de chimiothérapie. Les objectifs secondaires consistaient à rechercher des facteurs prédictifs de survie sans progression, de survie globale et de réponse RECIST en 3e ligne.

Résultats : Au total 153 patients ont été identifiés dont 68 ayant reçu au moins 2 lignes de chimiothérapie étaient éligibles pour l'analyse (44 %). Une troisième ligne a été initiée pour 41 patients (27 %). La survie globale à compter de la date de l'échec d'un traitement de 2e ligne était de 4,4 mois (IC95% : 3,2-6,2 mois). La médiane de survie sans progression en 3e ligne était de 1,7 mois (IC 95% : 1,5-3,5 mois), 5% des patients ont présenté une réponse RECIST, 45% une stabilisation lors de la première évaluation. En analyse multivariée, un délai de moins de 12 mois entre l'administration de la première ligne de chimiothérapie et l'échec d'une deuxième ligne était associé à un risque relatif de décès de 2,7 ($p < 0,001$; IC95% 1,4-5,1). IC 95% : 1,9-7,3), et 2,8 ($p < 0,001$; IC95% : 1,3-5,8) respectivement. Pour les patients ayant débuté une 3e ligne : un PS ≥ 2 augmentait le risque de progression de 4 ($p < 0,001$; IC95% : 1,1-15,7).

Conclusion : Près d'un tiers de nos patients ont pu recevoir une chimiothérapie en 3^{ème} ligne. Cependant le bénéfice apporté par cette chimiothérapie est faible au vu du taux de réponse RECIST observé de 5%, et des courtes médianes de survie sans progression et globale. Nos résultats suggèrent que la réalisation d'une chimiothérapie de 3^{ème} ligne ne doit être envisagée que pour les patients présentant une atteinte métastatique évoluant depuis plus de 12 mois, et ayant un état général conservé.

ANALYSE MULTIVARIEE	VARIABLE	HR	[IC 95 %]
Survie Globale après échec de deux lignes	Sexe Féminin	2,8	[1,30 - 5,84]
	Absence de 3 ^e ligne	3,7	[1,89 - 7,30]
	Intervalle L3-L2 ≤ 12 mois	2,7	[1,44 - 5,07]
SSP 3 ^e ligne	PS 1-3 REGROUPE : 2 et 3	4,05	[1,04 - 15,74]
SDP 3 ^e ligne	Sexe Féminin	4,9	[1,15 - 15,94]
	PS ≥ 1	3,6	[1,08 - 11,94]
	Intervalle L3-L2 ≤ 12 mois	4,1	[1,72 - 9,74]
Risque de progression en L3	PS ≥ 1	30,5	[1,07 - 302,31]

Pour consulter ce résumé en ligne :
<https://www.snfge.org/resumes-2019/000279>

Construction d'un score diagnostique de limite gastrique

J. Vivier-Chicoteau⁽¹⁾, R. Coriat⁽¹⁾, J. Lambert⁽¹⁾, P.E. Bonnot⁽²⁾, D. Goéré⁽¹⁾, M. Dior⁽¹⁾, G. Goujon⁽¹⁾, S. Morgant⁽¹⁾, M. Pocard⁽¹⁾, O. Glehen⁽²⁾, T. Aparicio⁽¹⁾, J.M. Gornet⁽¹⁾
(1) Paris ; (2) Lyon.

Introduction : La limite gastrique (LG) est une forme rare de cancer de l'estomac. Bien qu'elle présente des caractéristiques particulières, il n'existe à ce jour aucune définition consensuelle de ce type de tumeur. De ce fait sa prise en charge thérapeutique reste mal codifiée. L'objectif de cette étude est de construire un score diagnostique de LG.

Patients et Méthodes : L'échantillon utilisé pour la création du score a inclus des patients ayant eu une gastrectomie pour un cancer de l'estomac entre 2007 et 2017 dans 7 centres experts. La population étudiée était séparée en 2 groupes, LG (groupe d'étude) et adénocarcinome gastrique non linéaire (ANL ; groupe contrôle). Le diagnostic de LG a été retenu uniquement après validation centralisée par un anatopathologiste expert indépendant, des comptes-rendus histologiques de la pièce opératoire en utilisant une grille de mots clés. Les variables recueillies regroupaient des paramètres démographiques, cliniques, biologiques, endoscopiques, écho-endoscopiques, scannographiques et histologiques. La détermination d'un score diagnostique de LG s'est déroulée en deux étapes : premièrement la sélection des variables, puis la construction du score par régression logistique pénalisée. Les performances du score ont été mesurées sur l'échantillon initial (courbe ROC), puis par validation interne (bootstrap).

Résultats : Deux cent vingt patients dont soixante et onze LG ont été analysés. Il existait une proportion significativement plus importante de femme (49% versus 30%, $p = 0,007$), avec un âge plus jeune au diagnostic (57 ans versus 64 ans, $p < 0,0001$), un délai diagnostique plus long ($p = 0,02$) et la nécessité de répéter plus fréquemment l'endoscopie digestive haute ($p = 0,0002$) dans le groupe LG en comparaison au groupe contrôle. Il était observé significativement plus d'épigastralgies ($p < 0,01$), de dysphagie ($p < 0,006$) et d'altération de l'état général ($p < 0,0001$) avec dénutrition ($p < 0,002$) dans le groupe LG. Il était observé significativement plus d'hémorragie digestive extérieurement ($p = 0,03$) et d'exploration pour anémie ($p = 0,0007$) dans le groupe ANL.

La proportion de gastrectomie totale (86% vs 58%, $p < 0,0001$), d'exérèse R1 (35% vs 5%, $p < 0,0001$), d'envahissement pariétal T3/T4 (97% vs 57%, $p < 0,001$), d'atteinte ganglionnaire (75,5% vs 57%, $p = 0,001$) et métastatique synchrone ou asynchrone (34% vs 8%, $p < 0,0001$) étaient significativement plus importantes dans le groupe LG.

Les six paramètres retenus dans le score pour le diagnostic de LG étaient la présence de gros plis et/ou épaississement pariétal sur au moins un segment ($p < 0,0001$), l'infiltration pangastrique ($p < 0,0001$) et la présence d'une sténose gastrique ($p = 0,0019$) sur l'endoscopie digestive haute, l'épaississement circonférentiel sur au moins un segment ($p < 0,0001$) et l'épaississement prédominant sur la troisième couche hyperéchogène ($p < 0,0001$) en écho-endoscopie, ainsi que la présence de cellules indépendantes en histologie ($p < 0,0001$). Les performances du score sur l'échantillon de création étaient : aire sous la courbe ROC (AUC) de 0,967 [0,948 - 0,987] avec une sensibilité de 94% [89,9 - 97,3] et une spécificité de 88,7% [81,7 - 95,8] pour un seuil à 2,75. Après validation interne par bootstrap, l'AUC corrigée était à 0,959.

Conclusion : Cette première étude de construction d'un score diagnostique de LG montre une excellente capacité de discrimination entre le groupe LG et le groupe ANL avec des paramètres facilement applicables en pratique clinique. Cet outil pourrait permettre d'homogénéiser la prise en charge des LG.

Pour consulter ce résumé en ligne :
<https://www.snfge.org/resumes-2019/000314>

P.464

Cancer gastrique chez le sujet jeune

K. Gharbi ⁽¹⁾, M.A. Lkousse ⁽¹⁾, J. El Atmani ⁽¹⁾, A. El Farouki ⁽¹⁾, Y. Ismail ⁽¹⁾, S. Oubaha ⁽¹⁾, Z. Samlani ⁽¹⁾, K. Krati ⁽¹⁾

(1) Marrakech, MAROC.

Introduction : Le cancer gastrique est parmi les principales causes de décès. Bien que son incidence soit élevée chez les personnes âgées, il a augmenté ces dernières années chez les patients moins de 40 ans. Un mauvais pronostic pour ces patients est dû en partie à des diagnostics tardifs et en partie à l'agressivité de la maladie.

L'objectif de notre étude est d'évaluer les facteurs endoscopiques et histologiques chez les patients de moins de 40 ans atteints de cancer gastrique afin d'établir des différences avec des patients plus âgés.

Patients et Méthodes : Une étude rétrospective et descriptive des patients atteints d'adénocarcinome entre décembre 2012 et décembre 2017. Pendant cette période, les patients de moins de 40 ans ont été comparés à ceux de plus de 40 ans. Informations collectées comprenaient l'âge et le sexe des patients, la classification, le type et la localisation de la tumeur. Pendant la période d'étude, 200 patients ont été diagnostiqués avec un adénocarcinome gastrique et ont eu leurs diagnostics confirmés histologiquement. 20 patients (10%) avaient moins de 40 ans et 180 (90%) étaient plus de 40 ans.

Résultats : Les 20 patients âgés de moins de 40 ans ont été étiquetés Groupe 1 et les 180 patients 40 ans ont été étiquetés Groupe II. L'âge moyen des patients du groupe I était de 30 ans alors que le moyen d'âge du groupe II était de 64 ans. La tranche d'âge des patients du groupe I était de 18 à 40 ans et celle du groupe 2 était de 41 à 74 ans. 45% des patients du groupe 1 étaient des hommes et 61,7% des patients du groupe 2 étaient des hommes. 90% des patients du groupe I avaient des adénocarcinomes diffus alors que seulement 23,8% des patients du groupe II avaient des adénocarcinomes diffus. Dans le groupe I, il y avait 4 cas de linéite (20%) alors que 30 cas (16.66%) du Groupe II.

Conclusion : Le cancer gastrique est légèrement plus répandu chez les jeunes patients de notre étude que la prévalence qui a été signalée ailleurs. Ces patients présentaient des stades plus avancés que les patients plus âgés et la majorité de leurs cancers étaient de type diffus (90%), ce qui entraînait une mortalité élevée. L'exécution précoce de l'endoscopie est obligatoire pour les jeunes patients.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000595>

P.465

Le cancer de l'estomac dans un pays d'Afrique subsaharienne : aspects épidémiologiques, anatomo-cliniques et endoscopiques

M. Koura ⁽¹⁾, D. Napon-Zongo ⁽²⁾, Z.D. Ouattara ⁽¹⁾, N. Zoure ⁽²⁾, A. Sawadogo ⁽²⁾

(1) Ouahigouya, BURKINA FASO ; (2) Bobo-Dioulasso, BURKINA FASO.

Introduction : Le cancer de l'estomac constitue un problème de santé publique dans le monde. En effet selon le GLOBOCAN 2012, il occupait le cinquième rang des cancers en termes de fréquence; et vient en troisième position pour les causes de décès par cancer.

Longtemps considéré comme rare en Afrique, ce cancer est de plus en plus rencontré dans notre pratique médicale quotidienne surtout avec l'avènement de l'endoscopie digestive.

Le but de notre travail était d'évaluer la situation actuelle du cancer gastrique, à travers une description des aspects épidémiologiques (sociodémographique), anatomo-cliniques et endoscopiques.

Patients et Méthodes : Il s'était agi d'une étude rétrospective descriptive réalisée du 1^{er} janvier 2015 au 30 juin 2018. Ont été inclus dans cette étude, tous les dossiers de patients ayant bénéficié d'une fibroscopie digestive haute (FDH) avec biopsie, et chez qui un cancer de l'estomac a été confirmé histologiquement. Les variables étudiées étaient : l'âge, le sexe, la profession, le principal signe clinique ayant posé l'indication de la FDH, le type histologique, et l'aspect endoscopique des lésions. Les données recueillies ont été saisies et analysées grâce logiciel SPSS version 20. Les statistiques descriptives ont été utilisées afin de déterminer, les moyennes et les écarts types des variables quantitatives.

Résultats : Au total 4670 gastroscopies ont été réalisées au cours des 42 mois que couvre notre étude. La fréquence du cancer gastrique dans cette série était de 2,2% (n = 103). On dénombrait 68 (66%) hommes soit un sex-ratio de 1,9. L'âge moyen était de 55,3 ± 13,4 ans (extrêmes de 20 à 90 ans). La tranche d'âges de 50 à 69 ans était la plus représentée avec 56 (54,4%) cas. Au plan professionnel, il s'agissait d'agriculteurs pour près de la moitié des cas soit 48,5% (n = 50), suivis des femmes au foyer (n = 31 soit 30,1%). Cliniquement, les vomissements (n = 29 soit 28,2%) et les épigastralgies (n = 23 soit 22,3%) étaient les symptômes les plus rapportés suivis par l'altération de l'état général (n = 15 soit 14,6%). A la FDH, le cancer était de localisation antrale prédominante (n = 59 soit 57,2%) ; il s'agissait en majorité de lésions ulcéro-bourgeonnantes et/ou nécrotiques dans 75,7% (n = 78) des cas. À l'histologie, l'adénocarcinome était le type dominant (n = 100 soit 97,1%). La bactérie H.pylori a été isolée dans 4 cas (3,9%).

Discussion : La fréquence du cancer gastrique (2,2%) est en nette augmentation dans notre série, comparée à celle d'une étude antérieure datant de deux décennies qui trouvait 1,2%. Notre observation, pourrait s'inscrire dans la hausse globale de l'incidence des cancers dans le monde qu'annonçait en 2012 le Globocan.

Conclusion : Cette étude nous montre que le cancer gastrique est fréquent dans notre contexte. Il s'agit surtout d'un adénocarcinome, qui touche le sexe masculin à partir de la cinquième décennie. Sa symptomatologie est dominée par les vomissements et les épigastralgies et à l'endoscopie il s'agit plus souvent de lésions ulcéro-bourgeonnantes. La faible prévalence de H.pylori, justifie une étude ultérieure sur les facteurs favorisant ce cancer dans notre contexte.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000651>

Survie et facteurs pronostiques des carcinomes gastriques localisés : à propos de 50 cas

H. Eraichi ⁽¹⁾, S. Berrad ⁽¹⁾, L. Nouiakh ⁽¹⁾, K. Messoudi ⁽¹⁾, K. Oualla ⁽¹⁾, Z. Benbrahim ⁽¹⁾, S. Arifi ⁽¹⁾, N. Mellas ⁽¹⁾

(1) Fès, MAROC.

Introduction : la fréquence des carcinomes gastrique ne cesse d'augmenter constituant la 2ème cause de décès par cancer dans les pays développés. le seul traitement curatif est la Résection chirurgicale qui ne concerne que 30-40% des patients seulement. Le cancer de l'estomac se caractérise par un pronostic sombre même dans les stades localisés pour lesquels la survie ne dépasse pas 30 à 40% à 5ans.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective monocentrique réalisée entre mai 2013 et mai 2018 (5ans). L'inclusion avait concerné le carcinome gastrique confirmé par les biopsies et l'examen histologique définitif de la pièce opératoire et qu'ont été traités au service d'oncologie médicale CHU Hassan II de Fès . Différents facteurs pronostiques étaient identifiés en analyse univariée après analyse de la survie selon Kaplan-Meier et comparaison des taux de survie par le test du Log-rank à savoir, l'âge, le sexe, la localisation, le type histologique, la différenciation, le stade TNM , le degré d'extension locorégionale et à distance .

Résultats : Durant cette période 210 cas de carcinome gastrique ont été répertoriés dans notre service dont seulement 59 cas ont bénéficié d'un geste curatif. 150 patients inclus étaient âgés en moyenne de 59 ans (écart-type de 12,57ans) avec un sex-ratio (hommes/femmes) de 1.8. Dans tous les cas le carcinome était confirmé par les biopsies et l'examen histologique définitif de la pièce opératoire. Sur le plan histologique, il était moyennement différencié dans 28 cas (56%), peu différencié dans 14cas (28 %) et bien dans 8 cas (16 %),et l'adénocarcinome était le type histologique le plus fréquent 56% des cas. Le carcinome était de siège antropylorique dans 56 % des cas et au niveau du cardia dans 26% cas . Selon la classification TNM 56 % des cas étaient stade I et II, 44% étaient stade III. Une chimiothérapie péri-opératoire a été instaurée chez 36% des cas de carcinome gastrique (pour les stades localement avancé). Une chimiothérapie systémique adjuvante était réalisée chez 56% des patients porteurs d'un carcinome gastrique, la RCC post opératoire réalisée chez seulement 6 malades . La survie médiane globale est de 18 mois avec un intervalle de confiance (IC 95 %) allant de 17,04 à 21,9 mois.. En analyse multivariée selon le modèle de Cox et après stratification selon les stades ,la survie médiane globale selon le type histologique était de 12,3 mois pour le carcinome en bague à chaton versus 19mois mois pour le l'adénocarcinome gastrique avec une différence très significative (p<0,03). les stades I et II avaient une meilleure survie (23mois) par rapport aux stades III et IV (11mois) avec un p<0,001. L'analyse des autres facteurs pronostiques n'était pas statistiquement significative dans notre étude

Conclusion : Dans cette série, l'étude multivariée des différents facteurs pronostiques conditionnant la survie des carcinomes gastrique en utilisant le modèle de Cox, n'a permis de retenir que deux facteurs influençant la survie de façon directe, à savoir le type histologique en bague à chaton et le stade .

Références Bibliographiques : 1. Landry J, Tepper JE, Wood WC, Moulton EO, Koerner F, Sullinger J. Patterns of failure following curative resection of gastric cancer. Int J Radiat Oncol Biol Phys. 1990 Dec;19(6):1357-62. 1. Mc Culloch P, Nita ME, Kazi H, Gama-Rodrigues J. Extended versus limited lymphnodes dissection technique for adenocarcinoma of the stomach. Cochrane Database Syst Rev. 2003;(4):CD001964. 1. Garcia M, Ward EM, Center MM, Hao Y, Siegel RL, Thun MJ. Global Cancer Facts and Figures. 2007

Pour consulter ce résumé en ligne :
<https://www.snfge.org/resumes-2019/000253>

Le surpoids et l'obésité sont-ils des facteurs pronostiques au cours de l'adénocarcinome gastrique ?

A. Nakhli ⁽¹⁾, M. Sabbah ⁽¹⁾, N. Bibani ⁽¹⁾, D. Trad ⁽¹⁾, H. Elloumi ⁽¹⁾, A. Ouakaa Kchaou ⁽¹⁾, D. Gargouri ⁽¹⁾

(1) Tunis, TUNISIE.

Introduction : Aujourd'hui il est clairement établi que le surpoids et l'obésité sont des facteurs de risque de cancer. Par ailleurs, ils sont de plus en plus reconnus comme étant un facteur de mauvais pronostic pour plusieurs tumeurs malignes. **Le but de notre travail** était d'étudier les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, histologiques, thérapeutiques et pronostiques de l'adénocarcinome gastrique chez les patients en surpoids ou obèses.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective menée entre 2002 et 2017. Les patients présentant un adénocarcinome gastrique ont été colligés et répartis en 2 groupes : Groupe 1: BMI≥ 25kg/m2, Groupe 2 BMI<25kg/m2. Les paramètres épidémiologiques, cliniques, biologiques, endoscopiques, histologiques, thérapeutiques et évolutifs ont été comparés entre les 2 groupes. L'analyse statistique a été réalisée à l'aide du logiciel statistique IBM SPSS. Une valeur de p ≤0,05 était considérée comme statistiquement significative.

Résultats : Soixante-sept patients ont été colligés: groupe1 (n=11) et groupe2 (n=56). Les caractéristiques des deux groupes sont résumées dans le tableau ci-dessous

	G 1 BMI≥25 (n=11)	G 2 BMI<25 (n=56)	p
-Sexe [H / F]	8/3	28/28	0.167
-Age moyen	61.3 ans	62 ans	0.799
-Antécédents familiaux de cancer	18	10.7%	0.485
-Epigastriques	55%	77%	0.128
-Altération de l'état général	73%	84%	0.376
-Vomissements	55%	79%	0.094
-Complications	27%	14%	0.288
-Hémoglobine (g/dL)	11.9	10.26	0.499
-Albuminémie (g/L)	30.45	28.47	0.394
-ACE (ng/mL)	9.53	22.18	0.189
-Aspect processus ulcéro-bourgeonnant	37%	64%	0.052
-Aspect d'un ulcère malin	18%	14%	
- Aspect d'un gros pli induré	37%	16%	
-Différenciation (bien/moyen/peu)	2/4/1/3	13/13/5/24	0.57
-Cellules indépendantes	64%	41%	0.169
-Statut HTP positif	44%	66%	0.029
-Traitement curatif	64%	66%	0.876
-Traitement palliatif	36%	34%	0.876
-N+	82%	80%	0.959
-M+	46%	39%	0.703
-Survie à 1 an	20%	44%	0,037

Conclusion : Dans notre travail, la prévalence du surpoids et de l'obésité au cours de l'adénocarcinome gastrique était de 16%. Malgré des caractéristiques clinico-biologiques comparables, l'adénocarcinome chez les personnes en surpoids ou obèses semble avoir un pronostic plus défavorable.

Pour consulter ce résumé en ligne :
<https://www.snfge.org/resumes-2019/000586>

P.468

La PIPAC à la française permet un contrôle solide de la carcinose gastrique dans plus de la moitié des cas, sans morbidité surajoutéeC. Eveno⁽¹⁾, G. Mariano⁽¹⁾, I. Jouvin⁽¹⁾, J.M. Gornet⁽¹⁾, T. André⁽¹⁾, M. Pocard⁽¹⁾

(1) Paris.

Introduction : Etudier la faisabilité d'une prise en charge palliative des métastases péritonéales d'origine gastrique (MPG), associant chimiothérapie intraveineuse et intrapéritonéale par PIPAC. L'efficacité sur la survie à long terme de ce schéma dit « à la française », contrairement aux autres pays européens qui réalisent des PIPACs isolément, sera étudié par un PHRC dédié. La première série française de PIPAC décrit un taux de morbidité de 9,7% et 6,8% de décès à 30 jours.

Patients et Méthodes : Etude rétrospective monocentrique des patients consécutifs adressés pour MPG non résecable.

Résultats : Entre décembre 2016 et septembre 2018, 75 PIPACs ont été réalisées chez 27 patients (âge médian 58 ans (ext 28 – 72) ; 12 patients ayant été récusés devant un état général trop altéré ou un syndrome occlusif. Tous les patients ont eu au moins une PIPAC, 85% au moins deux (n=23), 63% au moins trois (n=17) (extr 1 – 6). La morbidité majeure (grade Dindo 3-4) a été de 1,4% (une éviscération), il n'y a pas de mortalité à 30 jours. La durée médiane entre les 2 PIPACs a été de 47 jours (extr 31 – 67). La durée maximale du contrôle de la maladie avec PIPACs a été de 11 mois. Pour deux patients une chirurgie secondaire de cytoréduction avec CHIP a été tentée.

Conclusion : Après une sélection drastique des patients avec MPG, le traitement palliatif par PIPACs « à la française », a une faisabilité élevée et une morbidité proche de zéro. La survie et la qualité de vie restent à être évaluées.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000749>

P.469

FOLFIRINOX versus gemcitabine+nab-paclitaxel en 1ère ligne métastatique d'adénocarcinome du pancréas : étude de cohorte appariéeN. Williet⁽¹⁾, A. Saint⁽²⁾, A.L. Pointet⁽³⁾, D. Tougeron⁽⁴⁾, S. Pernot⁽³⁾, A. Pozet⁽⁵⁾, D. Béchade⁽⁶⁾, I. Trouiloud⁽³⁾, N. Lourenço⁽³⁾, V. Hautefeuille⁽⁷⁾, C. Locher⁽⁸⁾, J. Desrame⁽⁹⁾, A. Thiriot-Bidault⁽¹⁰⁾, D. Pezet⁽¹¹⁾, J.M. Phelip⁽¹²⁾, J. Taïeb⁽³⁾

(1) Saint-Etienne ; (2) Nice ; (3) Paris ; (4) Poitiers ; (5) Besançon ; (6) Bordeaux ; (7) Amiens ; (8) Meaux ; (9) Lyon ; (10) Antony ; (11) Clermont-Ferrand ; (12) Saint-Priest-en-Jarez.

Introduction : La trichimiothérapie Folfirinox (5 Fluoropyrimidine, oxaliplatine, irinotecan), et l'association Gemcitabine + Nab-Paclitaxel (GemBrax) sont approuvées en 1ère ligne, de l'adénocarcinome du pancréas métastatique (AP). Aucune étude randomisée n'a comparé ces deux chimiothérapies (CT). **L'objectif de notre étude** était donc de comparer leurs efficacités en pratique courante, en termes de survies sans progression (SSP), et de survie globale (SG) à travers une cohorte française rétrospective.

Patients et Méthodes : Onze centres français ont inclus tous les patients traités par GemBrax entre Juin 2015 et Juin 2018 en 1ère ligne métastatique d'un AP (groupe G). Deux centres ont également inclus les patients traités par Folfirinox (groupe F) dans cette même situation entre 2011 et 2018. Les survies sont exprimées par leur médiane avec leur intervalles de confiance à 95% (IC95%) et comparées selon la méthode de Kaplan-Meier. Des analyses de survie uni et multivariées ont été conduites sur la population brute et après appariement selon un score de propension sur les principaux facteurs pronostiques observés.

Résultats : Sur les 216 patients inclus (groupe F : n=107 ; groupe G : n=109), des différences cliniquement et statistiquement significatives ont été observées en termes d'âge (moyennes respectives : 62 ans et 68 ans), d'état général (OMS-2 : 4,7 % vs 29,4 %) et de bilirubinémie totale (médianes : 8,7 µmol/L vs 12). Les SSP tendaient à être supérieures dans le groupe F (6 mois vs 5 mois ; p = 0,057) tandis que la SG était statistiquement meilleure (14 mois vs 9 mois ; p < 0,01 ; HR : 0,65 ; IC95% : 0,48 – 0,90). 72 % des patients du groupe F ont eu une 2^{ème} ligne de CT vs 57,8 % des patients du groupe G (p = 0,04). Après analyses uni- et multivariées, l'atteinte hépatique et la bilirubinémie totale étaient les seuls facteurs indépendamment et significativement liés à la SG. Après appariement sur un score de propension basé sur l'âge, le sexe, le score OMS et l'atteinte hépatique, les patients (n=43/groupe ; âge moyen : 64,7 ans ; femmes : 52,3 % ; diabétiques : 15,1 %, OMS-0 : 33,7 % ; bilirubinémie élevée : 10,5 %) et leur maladie (localisation ; nombre de sites métastatiques, carcinose : 27,9 % ; atteinte hépatique : 75,6 %, médiane du CA19,9), les 2 groupes étaient parfaitement comparables. La SSP et la SG étaient statistiquement similaires mais numériquement supérieures dans le groupe F (respectivement 8 mois vs 5 mois ; p=0,16 et 14 mois vs 11 mois ; p=0,33 ; HR : 0,79 ; IC95% : 0,48 – 1,29) probablement par manque de puissance. En analyse multivariée dans la cohorte ajustée sur le score de propension, seules l'atteinte hépatique (p=0,03 ; HR=2,71 ; IC95% : 1,12 – 6,59) et la valeur du CA19,9 (p=0,056) restaient pronostiques.

Conclusion : Le Folfirinox en 1ère ligne métastatique d'AP est associé à une meilleure SG en pratique courante par rapport au GemBrax. Cette différence témoigne d'une sélection des patients, notamment selon leur état général OMS, l'âge et la bilirubinémie. Après ajustement par un score de propension, le Folfirinox et le GemBrax avaient une efficacité statistiquement comparable peut être du fait d'un manque de puissance. Des essais randomisés comparant ces 2 traitements sont nécessaires pour confirmer ou non ces données.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000339>

Faut-il faire une chimiothérapie adjuvante (ChAdj) après résection secondaire d'un adénocarcinome du pancréas (ADP) borderline/localement avancé ayant reçu une séquence d'induction par FOLFIRINOX (i-FLX) ?

D. Pietrasz ⁽¹⁾, O. Turrini ⁽²⁾, C. Laurent ⁽³⁾, J. Taïeb ⁽¹⁾, V. Vendrely ⁽⁴⁾, A. Sauvanet ⁽⁵⁾, O. Hentic ⁽⁵⁾, R. Coriat ⁽¹⁾, J.C. Vaillant ⁽¹⁾, N. Regenet ⁽⁶⁾, F. Portales ⁽⁷⁾, F. Huguet ⁽¹⁾, J.R. Delpero ⁽²⁾, J.B. Bachet ⁽¹⁾, A. Sa Cunha ⁽⁸⁾

(1) Paris ; (2) Marseille ; (3) Pessac ; (4) Bordeaux ; (5) Clichy-la-Garenne ; (6) Nantes ; (7) Montpellier ; (8) Villejuif.

Introduction : La ChAdj est le traitement référence des patients réséqués d'un ADP tous stades confondus. Cependant, l'intérêt d'une ChAdj chez les patients rendus résécables par une séquence d'induction - donc sélectionnés - est inconnu à ce jour.

Objectif : évaluer l'impact d'une ChAdj après résection secondaire à une i-FLX+/radiochimiothérapie complémentaire (RCTc).

Patients et Méthodes : Cohorte française multicentrique FRENCH/AGEO d'ADP BR/LA réséqués (Novembre 2010-Mai 2016), éligibles à une ChAdj, divisés en sous-groupes selon la séquence d'induction (i-FLX seul [RCT-] vs. i-FLX+RCTc [RCT+]).

Résultats : 191 patients (94BR/97LA) inclus, 51% avec RCTc. 117 (61%) ont reçu une ChAdj (65% Gemcitabine). Les patients ayant ou non reçu une ChAdj dans l'ensemble de la population comme dans les sous-groupes RCT+/RCT- étaient comparables (classification BR/LA, nombre de cycles d'i-FLX, résections vasculaires, complications post-opératoires, taux R0, réponse histologique [stades T-N]).

Après 44,8 mois de suivi, dans la population globale, la ChAdj n'avait pas d'impact sur la survie sans récurrence (SSR) ni la survie globale (SG). Dans le groupe RCT+, les SSR et SG étaient comparables entre les patients ChAdj+ et ChAdj- (17,2 vs. 24,8 mois ; p=0,8 et 59,2 vs. 62,9 mois ; p=0,67, respectivement). De même dans le sous-groupe RCT-, la ChAdj (ChAdj+ vs. ChAdj-) n'avait pas d'impact sur la SSR (12,7 vs. 14,2 mois ; p=0,27) ni la SG (35,5 vs. 45,8 mois ; p=0,34).

Conclusion : La réalisation d'une ChAdj ne semble pas augmenter la survie des patients avec un ADP BR/LA ayant reçu un protocole d'induction. Cette question doit être investiguée dans des essais prospectifs.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000505>

Survie après traitement local des métastases d'adénocarcinome pancréatique

C. Breton ⁽¹⁾, A. Meyer ⁽²⁾, D. Malka ⁽³⁾, M. Matias ⁽³⁾, P. Hammel ⁽⁴⁾, A. Sa Cunha ⁽³⁾, A. Lucchese ⁽³⁾, C. Louvet ⁽²⁾, R. Coriat ⁽²⁾, C. Gallois ⁽²⁾, Y. Toucheffeu ⁽⁵⁾, M. Maillet ⁽²⁾, I. Trouilloud ⁽²⁾, P. Rompoteaux ⁽⁶⁾, F. Carbonnel ⁽¹⁾, E. Soulaire ⁽¹⁾

(1) Le Kremlin-Bicêtre ; (2) Paris ; (3) Villejuif ; (4) Clichy-la-Garenne ; (5) Nantes ; (6) Bobigny.

Introduction : Le but de ce travail était d'évaluer l'efficacité et la tolérance du traitement local des métastases d'adénocarcinome pancréatique et d'identifier les facteurs associés à la survie.

Patients et Méthodes : Cette étude est rétrospective et multicentrique. Les patients inclus avaient un adénocarcinome du pancréas métastatique et ont reçu un traitement local de métastase(s) synchrone(s) ou métachrone(s) dans un but curatif entre janvier 2000 et décembre 2017. Le suivi était débuté à la date du traitement local de la métastase. Les variables quantitatives ont été dichotomisées à la médiane. Les facteurs associés au pronostic ont été étudiés par un test du log-rank et un modèle de Cox univarié. Le temps jusqu'au traitement local (délai entre le diagnostic de métastase et le traitement local) et l'intervalle sans maladie (délai entre la chirurgie du primitif et la récurrence métastatique dans le cas de métastase métachrone) faisaient partie de ces facteurs.

Résultats : Cinquante-deux patients répartis dans 11 centres français ont été inclus entre janvier 2000 et décembre 2017. Les métastases étaient métachrones chez 33 patients (63%). Elles étaient localisées au foie (n=39), au poumon (n=18), aux ganglions (n=6), ou ailleurs (n=8). Les métastases ont été traitées par chirurgie (n=45 ; 65%), radiofréquence (n=9 ; 13%), radiothérapie stéréotaxique (n=7 ; 10%), cryothérapie (n=7 ; 10%) et thermoablation par micro-ondes (n=1 ; 1%). Le nombre médian de métastase traitée était de 1 [1-11]. La durée médiane de survie globale à partir du traitement local était de 36,5 mois (24,0 mois en cas d'atteinte hépatique). Les facteurs associés à la survie étaient la localisation pulmonaire plutôt que hépatique des métastases (HR 0,17 ; IC95% [0,04-0,76] ; p=0,02), un statut N0 plutôt que N2 de la tumeur primitive (HR 0,11 ; IC95% [0,02-0,49] ; p<0,001), et un temps jusqu'au traitement local inférieur à 6 mois (HR 0,36 ; IC95% [0,14-0,88] ; p=0,03). Le temps jusqu'au traitement local inférieur à 6 mois et l'intervalle sans maladie supérieur à 18 mois étaient les seuls facteurs associés à la survie sans récurrence après traitement local (respectivement HR 0,28 ; IC95% [0,14-0,55] ; p<0,001 et HR 0,36 ; IC95% [0,15-0,9] ; p=0,03). Le taux de complication grave était de 3/69 (4%) et le taux de mortalité de 2/69 (3%).

Conclusion : Chez des malades sélectionnés, le traitement local des métastases d'adénocarcinome du pancréas est associé à une survie prolongée et à un taux de complication grave de 4 p.cent. Les patients dont le traitement local était réalisé dans les 6 mois suivant le diagnostic de métastase avaient une survie sans récurrence et une survie globale plus longues que ceux dont le traitement local était différé. Les autres facteurs associés à la survie étaient la localisation pulmonaire et le statut N0 de la tumeur primitive.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000781>

Adénocarcinomes pancréatiques borderline : quelle place pour un traitement néoadjuvant ?

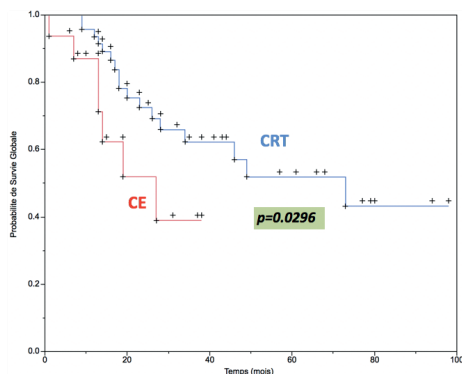
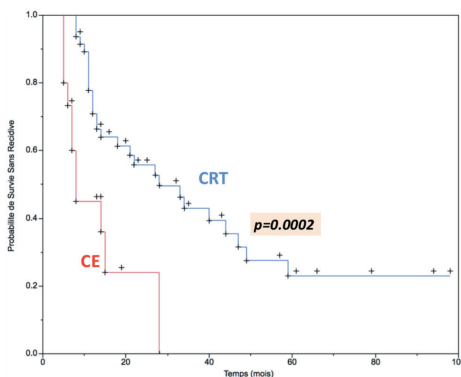
M. Terlizzi ⁽¹⁾, E. Buscail ⁽²⁾, C. Pouypoudat ⁽²⁾, S. Adjié ⁽¹⁾, N. Leduc ⁽¹⁾, E. Terrebbonne ⁽¹⁾, D. Smith ⁽²⁾, J.F. Blanc ⁽²⁾, B. Lapuyade ⁽¹⁾, C. Laurent ⁽¹⁾, G. Belleannée ⁽²⁾, R. Trouette ⁽¹⁾, L. Chiche ⁽¹⁾, V. Vendrely ⁽²⁾

(1) Pessac ; (2) Bordeaux.

Introduction : L'adénocarcinome pancréatique (AP) reste associé à un mauvais pronostic. La chirurgie est le seul traitement potentiellement curatif, si les marges de résection sont complètes (R0). Même si les tumeurs borderline (BR) selon la classification NCCN 2017 sont techniquement résecables d'emblée, le risque de résection incomplète microscopique (R1) est important et fait discuter l'opportunité d'un traitement néoadjuvant. Cette étude rétrospective monocentrique a pour objectif de comparer le taux de résection R0, les survies globale et sans récurrence chez les patients traités pour APBR par chirurgie d'emblée (CE) ou par chimiothérapie d'induction et radiochimiothérapie suivie de chirurgie (CRT).

Matériels et méthodes : Nous avons inclus tous les patients (pts) consécutifs opérés entre 2010 et 2017 au CHU de Bordeaux pour APBR (classification NCCN2017). Le traitement consistait en une chirurgie d'emblée (CE) ou précédée d'un traitement néoadjuvant par chimiothérapie suivie de chimioradiothérapie (CRT) en cas de risque de résection R1 évalué en réunion pluridisciplinaire. L'objectif principal était de comparer les taux de résection R0 entre les 2 groupes, les objectifs secondaires étaient les survies globale et sans récurrence (méthode de Kaplan-Meier). Les différences intergroupes étaient évaluées selon le test exact de Fisher pour les variables catégorielles.

Résultats : Soixante-trois pts (âge médian : 66 [43-81 ans]) ont été traités pour APBR par CE (16 pts, 25%) ou par CRT (47 pts, 75%) avec chimiothérapie (CT) par FOLFIRINOX, radiochimiothérapie (dose médiane 54Gy [45-59]) puis chirurgie. Les caractéristiques tumorales différaient significativement entre les deux groupes avec contact artériel mésentérique chez 43% des pts CRT vs 13% des pts CE ($p=0.035$) et contact veineux mésentérique chez 85% des pts CRT vs 50% des pts CE ($p=0.013$). Le taux de résection R0 était de 91% dans le groupe CRT vs 75% dans le groupe CE ($p=0.185$). Après un suivi médian de 20 mois, nous avons observé une différence significative de médiane de survie sans récurrence de 8 à 28 mois en faveur du groupe CRT ($p=0.0002$) ainsi qu'une différence significative de médiane de survie globale de 27 à 73 mois en faveur du groupe CRT ($p=0.0296$).



Conclusion : En cas de tumeur borderline, une CT d'induction par FOLFIRINOX suivie de CRT concomitante a permis un taux de résection R0 similaire à celui des patients opérés d'emblée malgré un envahissement mésentérique initial plus important et une augmentation de la survie sans récurrence et de la survie globale comparées aux survies des patients opérés d'emblée.

Ces résultats sont en faveur d'un traitement néoadjuvant pour les patients avec cancer du pancréas borderline.

Références Bibliographiques : Esnaloa NF et al. Int J Radiat Oncol Biol Phys 2014; 88:837-844
Blazer M et al. Ann Surg Oncol. 2015; 22:1153-1159
Jang JY et al. Ann Surg 2018
Dhir M et al. WJSO 2017; 15:183

Pour consulter ce résumé en ligne :
<https://www.snfge.org/resumes-2019/000145>

Facteurs pronostiques et prédictifs de réponse chez des patients atteints de cancer du pancréas métastatique. Résultats de l'étude ancillaire de GABRINOX : patients traités par nab-paclitaxel plus gemcitabine suivi de FOLFIRINOX en 1^{ère} ligne

S. Iltache ⁽¹⁾, C. de la Fouchardière ⁽²⁾, C. Mollevi ⁽¹⁾, E. Samalin ⁽¹⁾, F. Portales ⁽¹⁾, F. Desseigne ⁽²⁾, C. Careno ⁽¹⁾, M. Dupuy ⁽¹⁾, E. Lopez-Martinez ⁽¹⁾, C. Fiess ⁽¹⁾, H. de Forges ⁽¹⁾, T. Mazard ⁽¹⁾, M. Ychou ⁽¹⁾, E. Assenat ⁽¹⁾

(1) Montpellier ; (2) Lyon.

Introduction : Le cancer du pancréas métastatique, dont l'incidence est en augmentation, est un des cancers dont le pronostic est le plus mauvais. La Gemcitabine en monothérapie a été le standard pendant de nombreuses années. Les protocoles de chimiothérapie FOLFIRINOX (FFX) et l'association Gemcitabine Nab-Paclitaxel (GA) ont fait preuve de leur supériorité et ont donc une indication en première ligne métastatique chez le patient en bon état général. Nous avons développé un protocole de chimiothérapie séquentielle: GABRINOX (J1=J57), dans une étude de phase I-II qui évalue l'efficacité et la tolérance d'un traitement par GA (J1, J8, J15) suivi de FFX (J29, J43). L'objectif de l'étude principale a été atteint, avec un taux de réponse objective de 64.9% (IC 95% 51.1 - 77.1). Après un suivi médian de 18,6 mois, la survie sans progression et la survie globale médianes étaient de 9,6 mois et de 17,8 mois. Devant l'hétérogénéité de réponse dans ce cancer, nous avons recherché des facteurs pronostiques et de réponse au traitement dans cette étude.

Matériels et méthodes : Dans l'étude GABRINOX, les patients inclus avaient un adénocarcinome pancréatique métastatique avec un indice de performance ≤ 1 . Ils n'avaient pas reçu de traitement antérieur pour la maladie métastatique. Notre étude ancillaire a étudié des données recueillies à l'inclusion, puis à chaque réévaluation soit tous les 2 mois. Concernant les facteurs prédictifs, les variables cliniques et biologiques ont été corrélées à la réponse objective, et pour les facteurs pronostiques, à la survie sans progression (SSP) et la survie globale (SG). Les facteurs étudiés sont le sexe, l'IMC, l'antécédent de chirurgie, le caractère différencié de la tumeur, le nombre de sites métastatiques, les taux de LDH, albumine, l'évolution du CA 19,9, le rapport neutrophiles sur lymphocytes, le taux de neutropénie de grade 3-4, et le calcul du PNI ($PNI = 10 \times \text{albumine (g/dl)} + 0.005 \times \text{taux de lymphocytes (par mm}^3\text{)}$). De plus, des prélèvements sanguins ont été effectués pour le monitoring de l'ADN tumoral circulant.

Résultats : Un total de 58 patients a été inclus dans 3 centres, entre décembre 2014 et décembre 2016, avec 57 patients évaluable. Parmi les patients inclus, 50% étaient des hommes, l'âge médian était de 60ans (34-72), 62% avaient une corpulence normale. La tumeur était peu ou moyennement différenciée dans 62% des cas. Chez 79% des patients, le rapport de neutrophiles/lymphocytes était <5 , l'albumine $>35\text{g/l}$ chez 80% des patients. Concernant notre analyse, seule la diminution du CA.19.9 de $>60\%$ était significativement corrélée à la réponse objective et était donc un facteur prédictif de réponse (taux de réponse : $\leq 60\%$, 90,9% vs $>60\%$, 41.7% ; $p<0,001$). Concernant les facteurs pronostiques de survie, le taux de LDH $>250\text{U/L}$, la diminution du CA19.9 $>60\%$, le rapport neutrophiles/lymphocytes >5 , le PNI $>49,6$, l'albumine $>35\text{g/l}$ étaient significativement corrélés à la survie sans progression ainsi qu'à la survie globale. Les résultats de l'ADN tumoral circulant sont en cours d'analyse.

Conclusion : Dans l'étude GABRINOX évaluant un traitement séquentiel de chimiothérapie, nous avons mis en avant des facteurs pronostiques chez des patients atteints de cancer du pancréas métastatique, et seulement l'évolution du CA19.9 comme facteur prédictif de réponse. Ces critères pourraient permettre de mieux sélectionner les patients pour le choix de la chimiothérapie, mais seraient à valider sur d'autres cohortes de patients.

	PFS		OS	
	RR	IC 95%	RR	IC 95%
Rapport Neutrophiles/Lymphocytes	2.11	[1.07 ; 4.16]	2.78	[1.33 ; 5.82]
LDH (U/L)	$p = 0.013$		$p = 0.005$	
LDH (U/L)	2.69	[1.19 ; 6.10]	2.65	[1.16 ; 6.06]
Albumine (g/l)	$p = 0.031$		$p = 0.045$	
Albumine (g/l)	0.44	[0.20 ; 0.95]	0.45	[0.20 ; 1.00]
Min [CA19.9(t) - CA19.9(0)] / CA19.9(0)	$p<0.001$		$p=0.014$	
Min [CA19.9(t) - CA19.9(0)] / CA19.9(0)	4.28	[1.91 ; 9.60]	2.76	[1.19 ; 6.40]
PNI	$p<0.001$		$p= 0.020$	
PNI	0.32	[0.16 ; 0.65]	0.44	[0.21 ; 0.90]

Facteurs pronostiques corrélés à la survie sans progression (PFS) et la survie globale (OS)

Pour consulter ce résumé en ligne : <https://www.snfge.org/resumes-2019/000513>

P.474

Récidives chez les patients en réponse histologique majeure (RHM) après traitement d'induction par FOLFIRINOX (i-FLX) d'un adénocarcinome du pancréas (ADP)

D. Pietrasz⁽¹⁾, V. Vendrely⁽²⁾, J. Taïeb⁽¹⁾, J.C. Vaillant⁽¹⁾, F. Portales⁽³⁾, N. Regenet⁽⁴⁾, A. Sauvanet⁽⁵⁾, F. Huguet⁽¹⁾, O. Turrini⁽⁶⁾, A. Sa Cunha⁽⁷⁾, J.B. Bachet⁽¹⁾

(1) Paris ; (2) Bordeaux ; (3) Montpellier ; (4) Nantes ; (5) Clichy-la-Garenne ; (6) Marseille ; (7) Villejuif.

Introduction : Les RHM (ypT0-1N0) jusqu'ici rarement observées dans l'ADP Borderline (BR) ou Localement Avancé (LA), concernent environ un quart des patients après i-FLX. Malgré des résultats prometteurs, ces patients présentent des récurrences.

Objectif : Evaluer l'impact de la séquence d'induction sur le type et les délais de récurrences des patients présentant un ADP en RHM.

Patients et Méthodes : Cohorte française multicentrique FRENCH/AGEO de patients avec un ADP BR/LA réséqués (Novembre 2010 - Décembre 2015) après i-FLX +/- radiochimiothérapie complémentaire (RCTc).

Résultats : Parmi les 203 patients de la cohorte, 47 (23%) présentaient une RHM. 13 patients (28%) avaient reçu une chimiothérapie seule (groupe i-FLX) et 34 (72%) une RCTc après i-FLX (groupe i-FLX+RCT). 22 patients (47%) ont récidivé ; 7 (54%) du groupe i-FLX et 15 (44%) du groupe i-FLX+RCT. Les patients du groupe i-FLX+RCT présentaient significativement moins de récurrences loco-régionales (RL) que les patients du groupe i-FLX (26,7% [n=4] vs. 86% [n=6]; p=0,017). Les récurrences à distance (RD) étaient plus fréquentes dans le groupe i-FLX+RCT (67% [n=10] vs. 14% [n=1]; p=0,14). Après 56,7 mois de suivi, la survie sans récurrence (SSR) des patients en RHM était de 40,0 mois. Le délai de récurrence était de 11,7 mois en cas de RL versus 16,2 pour les RD. La survie globale était de 38 vs. 70 mois respectivement pour les RL vs RD (p=0,018). Dans les groupes i-FLX et i-FLX+RCT, la survie globale était de 44,2 vs. 70,3 mois respectivement (p=0,004).

Conclusion : Si la RCTc après i-FLX permet une meilleure sélection des malades, elle permet également un meilleur contrôle local de la maladie, et l'allongement des survies des patients en RHM.

Remerciements : FRENCH/AGEO

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000383>

P.475

Impact pronostic du délai entre le diagnostic et la chirurgie des adénocarcinomes du pancréas opérés à visée curative

S. Deguelte⁽¹⁾, L. Teuma⁽¹⁾, T. Piardi⁽¹⁾, J.M. Regimbeau⁽²⁾, P. Pessaux⁽³⁾, V. De Blasi⁽³⁾, G. Schmitt⁽¹⁾, R. Kianmanesh⁽¹⁾, O. Bouché⁽¹⁾

(1) Reims ; (2) Amiens ; (3) Strasbourg.

Introduction : Le traitement curatif de référence de l'adénocarcinome du pancréas (ADKP) associe son exérèse complète à un traitement adjuvant. Cette prise en charge n'est réalisée que dans un nombre limité de cas du fait de l'extension tumorale au moment de la chirurgie. Tout laisse à penser que l'ADKP a une croissance rapide. Des études sont donc nécessaires pour évaluer les conséquences des délais de prise en charge sur ces malades. Le but de cette étude est d'évaluer l'impact pronostic du délai entre le diagnostic d'un ADKP et la chirurgie (DDC) sur les données de survie.

Patients et Méthodes : Cette étude rétrospective multicentrique a inclus tous les patients opérés à visée curative d'un ADKP entre 2004 à 2014 dans 4 centres français remplissant les critères d'inclusion. N'ont pas été inclus les patients dont (i) les données concernant les délais de prise en charge n'étaient pas disponibles, (ii) les tumeurs border line ou localement évolués qui ont été opérés après un traitement néoadjuvant. Le temps jusqu'à progression a été défini comme étant l'intervalle entre le diagnostic et la progression locale, régionale, métastatique ou le décès quelque en soit la cause. La survie sans maladie (SSM) a été définie comme étant le temps entre la chirurgie et la récurrence ou le décès quelque en soit la cause et la survie globale (SG) le temps entre la chirurgie et le décès quelque en soit la cause.

Résultats : Parmi les 202 malades inclus dans l'étude, 27 (13%) avaient une maladie jugée non résécable lors de l'exploration chirurgicale. Les mortalités postopératoires à 30 et 90 jours étaient respectivement de 4,45% et 9,9%. Le DDC médian était de 34,5 jours (mini = 3 ; max = 201 jours). Le suivi médian de la cohorte était de 19,6 (±25,25) mois. À la fin du suivi 143 (70,8%) patients étaient décédés et 162 (80,2%) avaient une maladie évolutive. En analyse de survie le sexe (HR=0,35), le DDC (HR=1,01), et le nombre de ganglions réséqués (HR=1,03) étaient significativement associés au temps jusqu'à progression ; le sexe (HR=0,38), le DDC (HR=1,01), et le nombre de ganglions réséqués (HR=1,06) étaient significativement associés à la SSM ; le sexe (HR=0,35), le DDC (HR=1,01), et le nombre de ganglions réséqués (HR=1,06) étaient significativement associés à la SG.

Discussion : Cette étude retrouve un effet pronostic inattendu du délai de prise en charge sur les données de survie, qui sont plus longues en cas de délai de prise en charge plus long.

Conclusion : Ces résultats pourraient être expliqués par la sélection des bons candidats à la chirurgie : la population d'ADKP rapidement évolutif progressif pendant le délai compris entre le diagnostic et la chirurgie n'étant pas opérée. Ces résultats sont un argument supplémentaire pour la réalisation d'un traitement néoadjuvant en cas d'ADKP.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/001064>

P.476

Evaluation des paramètres nutritionnels pré-opératoires dans une cohorte d'adénocarcinome pancréatique résécableJ. Grillot ⁽¹⁾, A. Vienot ⁽¹⁾, C. Prothe ⁽¹⁾, D. Cazaux ⁽¹⁾, C. d'Engremont ⁽¹⁾

(1) Besançon.

Introduction : La chirurgie permet d'augmenter la survie à long terme dans l'adénocarcinome pancréatique (ADKP) localisée, cependant la morbidité reste élevée justifiant une meilleure sélection des patients.

Les données actuelles démontrent que dans l'ADKP, la perte de poids, un IMC bas et la perte de masse maigre sont corrélés à une majoration du risque de complications post opératoires.

Il est donc recommandé de réaliser un dépistage nutritionnel systématique lors du diagnostic et la prise en charge nutritionnelle est, depuis les dernières recommandations de la Société Française d'Anesthésie et Réanimation (SFAR) et de la Société Française de Nutrition Clinique et Métabolisme (SFNCM) bien codifiée.

Le but de ce travail était d'évaluer la prise en charge nutritionnelle préopératoire des patients présentant un ADKP résécable et de comparer l'évolution des patients suivant leur grade nutritionnel et statut sarcopénique préopératoire.

Matériels et méthodes : 87 patients atteints d'un ADKP et opérés dans un centre universitaire entre 2010 et 2014 ont été rétrospectivement inclus. Les paramètres clinico-biologiques et nutritionnels ont été recueillis au diagnostic et un mois après la chirurgie. La dénutrition était un critère composite, et devait comporter un des trois paramètres suivant : une perte de poids $\geq 10\%$ en 6 mois, un IMC ≤ 18.5 kg/m² ou < 21 kg/m² en cas d'âge > 70 ans, une albuminémie < 30 g/dL. La sarcopénie radiologique était définie par une valeur de l'index musculaire squelettique inférieure à 52,4 cm²/m² chez l'homme et inférieure à 38,5 cm²/m² chez la femme.

Résultats : 63.4% des patients étaient dénutris et 60% sarcopéniques. 13% des patients avaient une évaluation nutritionnelle en préopératoire et 42% avaient reçu une immunonutrition. Moins de 5% des malades dénutris avaient une nutrition artificielle comme recommandée en préopératoire.

Les marges de résection étaient significativement meilleures (R0) chez les patients non dénutris (96.2% vs 75%, $p=0.0251$). Les patients du groupe dénutris tendaient à présenter plus de complications chirurgicales (33.3% vs 15.4%, $p=0.0998$). La sarcopénie était cependant le seul marqueur nutritionnel associé à la survie globale (SG) avec une SG de 35 mois pour les non sarcopéniques contre 17,4 mois pour les patients sarcopéniques ($p=0.0274$).

Conclusion : a sarcopénie est un marqueur nutritionnel préopératoire prometteur qu'il faudra intégrer à notre pratique courante, toutefois, il conviendra dans un premier temps de veiller à faire appliquer les recommandations de prise en charge nutritionnelle périopératoire.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000948>

P.477

Analyse rétrospective monocentrique des caractéristiques cliniques et de survie de l'adénocarcinome pancréatique : à propos de 435 cas répertoriés sur 10 annéesH. Perrier ⁽¹⁾, X. Adhoute ⁽¹⁾, B. Pol ⁽¹⁾, G. Penaranda ⁽¹⁾, P. Beaurain ⁽¹⁾, C. Boustière ⁽¹⁾, P. Castellani ⁽¹⁾, O. Monnet ⁽¹⁾, H. Bruneteau ⁽¹⁾, C. Jacquin ⁽¹⁾, C. Basthiste ⁽¹⁾, X. Hanna ⁽¹⁾, A. Laleu ⁽¹⁾, O. Lebars ⁽¹⁾, D. Badinand ⁽¹⁾, M. Bourlière ⁽¹⁾, O. Pietri ⁽²⁾, J.B. Paoli ⁽¹⁾, N. Turrin ⁽¹⁾, J.P. Buono ⁽¹⁾, E. Gizard ⁽¹⁾, N. Radluis ⁽¹⁾

(1) Marseille ; (2) Paris.

Introduction : La prise en charge de l'adénocarcinome du pancréas s'est modifiée depuis 10 ans avec l'avènement des chimiothérapies adjuvantes en intention curative et l'arrivée dans l'arsenal thérapeutique du schéma FOLFIRINOX en 2011 (Réf) en situation métastatique ou localement avancée. Nous avons souhaité dans notre centre réaliser un état des lieux de la prise en charge de cette pathologie, tout stade confondu.

Patients et Méthodes : Tous les patients pris en charge dans notre centre ont été référencés entre janvier 2007 et Décembre 2017 selon le croisement des registres du 3C et du laboratoire d'anatomopathologie. Ceux-ci ont été traités selon les recommandations du thésaurus FFCD-SNFGE. 435 patients restaient évaluable sur 529 référencés et ont pu rentrer dans l'étude puis être appariés en 3 groupes distincts de patients (pts) :

Groupe 1 (152 pts) : résécable d'emblée, non métastatique (RM0)

Groupe 2 (174 pts) : non résécable ou localement avancé, non métastatique (NRM0)

Groupe 3 (109 pts) : métastatique (M1) : Les caractéristiques âge, sexe, localisation, circonstances de découvertes ont été obtenues par test de comparaison (Kruskal-Wallis, Dunn et Khi-Deux) et l'analyse de survie selon la méthode des estimateurs de Kaplan-Meier et le test de comparaison multiple de Sidak qui compare les durées de survie des groupes deux-à-deux.

Les périodes 2007-2012 et 2012-2017 ont également été comparées (Réf).

Résultats : L'âge médian de révélation est de 71 ans, légèrement inférieur chez les RM0 sans différence significative néanmoins. Les femmes sont plus souvent atteintes (53%) sans significativité statistique ou différence entre les groupes. Le mode de révélation de la maladie est une manifestation clinique, à plus de 95%, quel que soit le stade, exceptionnellement fortuit ou lors d'une surveillance. Il semblerait que les groupes soient différents en terme de localisation tumorale. Un test de comparaison multiple avec correction de Bonferroni permet de confirmer que les patients du groupe M1 ont davantage de tumeurs situées sur la queue du pancréas comparativement aux patients du groupe NRM0 (21% vs. 3% $p=0.003$), mais également davantage de tumeurs situées en corps de pancréas et en queue de pancréas par rapport aux patients du groupe RM0 (30% vs. 16%, et 21% vs. 11% respectivement $p=0.005$), et sont inversement moins touchés par des tumeurs de la tête du pancréas (43% vs. 66% $p=0.005$). Les patients NRM0 ont également davantage de tumeurs situées dans la tête du pancréas comparativement aux patients du groupe M1 (63% vs. 43% $p=0.005$). L'analyse de la survie indique des différences significatives entre les groupes ($p<0.0001$). Sans surprise, les patients du groupe M1 ont une durée de survie médiane réduite par rapport aux patients des 2 groupes M0 (SM 7 mois [IC95 6-9]). La durée de survie chute drastiquement la 1^{ère} année dans le groupe M1 (environ 75%). De même, dans le groupe NRM0 (SM 12 mois [IC95 10-17], 50% des décès surviennent la 1^{ère} année). L'analyse fine de ce groupe permet toutefois d'identifier un sous groupe de patients répondeurs ayant pu bénéficier d'une résection chirurgicale curative secondaire. Ces 17 patients (soit seulement 10%) ont la plus longue durée de survie médiane (44 mois [IC95 20-53]) et même supérieure à ceux du groupe RM0 ayant bénéficié d'une chirurgie initiale (29 mois [IC 95 23-36]) 21% de décès la première année $p<0.0001$). Dans ce groupe RM0, certains patients opérés n'ont pu avoir de chimiothérapie adjuvante (âge, état général, suites

opératoires...). La durée de survie chez les patients avec chimiothérapie adjuvante est considérablement rallongée (30 mois [24-40] vs. 8 [2-20], $p < 0.0001$). La comparaison des périodes 2007-2012/2012-2017 ne montre aucune différence significative de survie, sauf dans le groupe M1, où les patients traités sur la période 2012-2017 ont une durée de survie rallongée par rapport à ceux traités sur la période 2007-2012 : 9 mois [7-12] vs. 4 mois [3-5] respectivement $p = 0,02$.

Conclusion : Cette étude dans la vraie vie confirme en tout point l'apport des données récentes de la littérature dans la prise en charge de l'adénocarcinome pancréatique, et l'importance de la chimiothérapie, qu'elle soit d'induction, adjuvante ou en situation métastatique.

Les futurs essais de stratégie avec chimiothérapie néo adjuvante ou périopératoire et les essais en 2e ligne (GEMPAX) devraient alimenter le débat.

Il est également urgent que les pouvoirs publics statuent sur l'emploi à grande échelle des traitements tels Nab-Paclitaxel ou Nal Iri

Remerciements : Mme N. Radius pour l'aide à la saisie des données

M. G. Penaranda pour sa disponibilité et son expertise dans l'analyse statistique

Références Bibliographiques : Conroy et al May 12, 2011 N Engl J Med 2011; 364:1817-1825

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000532>

P.478

Tolérance et efficacité de la chimiothérapie par gemcitabine+nab-paclitaxel chez les sujets de 75 ans et plus atteints d'adénocarcinome pancréatique avancé : étude rétrospective multicentrique

F. Pignon ⁽¹⁾, L. de Mestier ⁽¹⁾, R. Coriat ⁽²⁾, E. Salmon ⁽³⁾, I. Baumgaertner ⁽²⁾, V. Rebours ⁽¹⁾, P. Hammel ⁽¹⁾, P. Lévy ⁽¹⁾, O. Hentic ⁽¹⁾

(1) Cllichy-la-Garenne ; (2) Paris ; (3) Bordeaux.

Introduction : L'association gemcitabine+nab-paclitaxel (G-NP) est l'une des chimiothérapies standard dans le traitement de l'adénocarcinome pancréatique (AP) avancé. L'étude pilote ayant comparé la G-NP à la gemcitabine seule a inclus des patients sans restriction d'âge mais seulement 10% de la population avait plus de 75 ans. L'efficacité et la tolérance de la G-NP sont inconnues dans ce sous-groupe de patients. L'objectif de cette étude était d'évaluer la tolérance et l'efficacité de la G-NP chez les patients de plus de 75 ans ayant un AP avancé.

Matériels et méthodes : Tous les patients consécutifs ≥ 75 ans ayant un AP prouvé histologiquement et ayant reçu au moins une injection de G-NP (groupe 1), dans 4 hôpitaux français entre janvier 2014 et mai 2018, ont été inclus dans cette étude rétrospective. Un groupe contrôle a été constitué de patients âgés de 65 à 75 ans et répondant aux mêmes critères d'inclusion (groupe 2). Le protocole d'administration consistait en une injection de gemcitabine (1000 mg/m²) et de nab-paclitaxel (125 mg/m²), une fois par semaine, 3 semaines sur 4. Nous avons étudié la toxicité, le taux de réponse, la survie sans progression (SSP) et la survie globale (SG) dans les 2 groupes. L'objectif principal était d'étudier si l'âge ≥ 75 ans influençait la SG sous G-NP, par un modèle de Cox multivarié.

Résultats : Quarante-deux patients étaient inclus dans le groupe 1 (femmes 36%, âge médian 78,5 ans, extrêmes 75-91,2) et 85 patients dans le groupe 2 (femmes 53%, âge médian 70,1 ans, extrêmes 65,4-74,9) ont été inclus. Dans le groupe 1, le score de comorbidités de Charlson médian était de 10 (écart interquartile 25-75 [IQR] 9-11 ; versus 9 [IQR 8-10] dans le groupe 2, $p = 0,013$). Dans le groupe 1, 80,9% avaient un AP métastatique (vs. 82,4%, $p = 0,99$). Parmi eux, 34 patients (80,9%) avaient un statut OMS à 0 ou 1 (vs. 75,3%, $p = 0,66$). Les autres caractéristiques initiales étaient similaires entre les 2 groupes.

La chimiothérapie par G-NP était administrée en première ligne chez 59,5% des patients du groupe 1 contre 36,5% chez ceux du groupe 2 ($p = 0,022$). Le nombre médian de cures et la dose-intensité étaient similaires entre les deux groupes. Dans le groupe 1, les effets indésirables de grade 3-4 les plus fréquents étaient la neuropathie (14%), la neutropénie (14%), l'asthénie (10%) et les nausées (7%). La tolérance était similaire dans les deux groupes.

Le suivi médian était de 6,8 mois (IQR 4,1-11,8) dans le groupe 1, et 6,5 mois (IQR 3,3-12,4) dans le groupe 2. Les taux de réponse objective, stabilité ou progression étaient respectivement de 27%, 40,5%, 32,4% dans le groupe 1, contre 17,4%, 55,1% et 27,5% dans le groupe 2 ($p = 0,32$). La SSP médiane était de 5,84 mois (IC 95% [4,23-7,44]) dans le groupe 1, contre 5,48 mois (IC95% [4,75-6,20]), dans le groupe 2 (HR 0,98; IC 95% [0,64-1,49]; $p = 0,92$).

La SG médiane était de 9,4 mois (IC 95% [7,87-10,82]) dans le groupe ≥ 75 ans et de 6,95 mois (IC 95% [5,05-8,85]) dans le groupe 65-75 ans (HR 1,30 ; IC 95% [0,81-2,08]; $p = 0,28$). En analyse multivariée ajustée sur le stade tumoral, le statut OMS, le taux d'hémoglobine et de phosphatase alcaline et le ratio neutrophiles/lymphocytes, les facteurs pronostiques indépendants étaient la localisation tumorale corporeo-caudale (HR 2,37; IC 95% [1,45-3,86]; $p = 0,001$), l'administration de la chimiothérapie au-delà de la première ligne (HR 2,18; IC 95% [1,28-3,7]; $p = 0,004$) et une hypoalbuminémie (HR 0,91; IC95% [0,85-0,96]; $p = 0,001$). En revanche, l'âge n'était pas un facteur pronostique indépendant (HR 0,92; IC 95% [0,55-1,55]; $p = 0,76$).

Conclusion : La chimiothérapie par G-NP a une tolérance et une efficacité similaires chez les patients âgés de 75 ans et plus en comparaison aux patients plus jeunes.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000676>

P.479

Impact pronostique et sur la résectabilité chirurgicale du CA 19-9, des cellules tumorales circulantes et de l'ADN tumoral circulant dans les adénocarcinomes pancréatiques non métastatiques

J. Recton⁽¹⁾, D. Sefrioui⁽¹⁾, L. Beaussire⁽¹⁾, E. Toure⁽¹⁾, F. Blanchard⁽¹⁾, A. Perdrix⁽¹⁾, M. Parésy⁽¹⁾, P. Basile⁽¹⁾, A. Gangloff⁽¹⁾, T. Frébourg⁽¹⁾, J.C. Sabourin⁽¹⁾, L. Schwarz⁽¹⁾, J.J. Tuech⁽¹⁾, N. Sarafan-Vasseur⁽¹⁾, P. Michel⁽²⁾, F. Di Fiore⁽¹⁾

(1) Rouen.

Introduction : L'adénocarcinome pancréatique (AP) est l'une des principales causes de mortalité par cancer dont l'incidence est croissante depuis 20 ans. Le but de ce travail était d'évaluer l'impact pronostique et/ou sur la résectabilité chirurgicale de 3 biomarqueurs circulants : CA 19-9, Cellules Tumorales Circulantes (CTC) et ADN tumoral circulant (ADNtc) dans les AP non métastatiques (APNM).

Patients et Méthodes : Les APNM étaient divisés en 3 sous-groupes : Résectables d'emblée (RE), Borderline (BR) ou Localement Avancé (LA) selon l'imagerie abdominale (TDM ou IRM) en utilisant la classification NCCN. L'analyse des biomarqueurs circulants était réalisée au diagnostic avant l'initiation du traitement. Les CTC étaient détectées par une méthode d'enrichissement basée sur la taille avec analyse anatomo-pathologique des critères cytomorphologiques (ScreenCell®) et l'ADNtc par PCR digitale (Biorad®) avec analyse multiplex des 7 principales mutations du gène KRAS retrouvées dans l'AP.

Résultats : Un total de 62 patients a été inclus (23 RE, 18 BR et 21 LA) entre 2011 et 2017. Parmi eux, 25 ont été opérés et 17 ont bénéficié d'une résection chirurgicale à visée curative, dont 14 R0. Le CA 19-9 était positif (>37 UI/L) chez 80,3% (n=49/61) des patients avec une valeur médiane à 130 UI/mL. Le taux de détection des CTC était de 68,7% (n=40/60) avec une concentration médiane à 17,5 CTC/3mL. L'ADNtc était positif chez 40,4% (n=23/57) des patients. Il existait une tendance non significative vers une augmentation croissante de la concentration des marqueurs en fonction du stade tumoral (concentration moyenne de CTC = 15, 90 et 118 CTC/3mL (p=0,06) ; CA19.9 = 1012, 1490 et 4117 UI/L (p=0,37) ; taux de détection d'ADNtc = 45%, 27,8% et 47,4% (p=0,41) pour les patients des sous-groupes RE, BR et LA respectivement). L'analyse combinée des 3 biomarqueurs était disponible pour 55 patients, avec 2/3 et 3/3 biomarqueurs positifs chez 37 (67,3%) et 16 (29,1%) d'entre eux, respectivement. L'analyse isolée (qualitativement ou quantitativement) ou de façon combinée des biomarqueurs circulants ne montrait pas d'impact significatif sur la survie globale (ni dans la population totale ni au sein des 3 sous-groupes). Le niveau des biomarqueurs circulants n'était également pas prédictif d'une résection à visée curative.

Conclusion : Nos résultats suggèrent que l'analyse isolée ou combinée des biomarqueurs circulants CA 19-9, CTC et/ou ADNtc à baseline ne s'avère pas être un facteur pronostique ni un facteur prédictif de résectabilité chirurgicale dans les APNM.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/001034>

P.480

Carcinomes à cellules acineuses du pancréas : étude clinico-pathologique et recherche de marqueurs pronostiques

A. Egal⁽¹⁾, F. Maire⁽²⁾, L. de Mestier⁽²⁾, M. Svrcek⁽¹⁾, F. Poizat⁽³⁾, G. Belleannée⁽⁴⁾, L. Jouffret⁽³⁾, L. Chiché⁽³⁾, S. Granier⁽³⁾, S. Dokmak⁽²⁾, M.P. Vullierme⁽²⁾, B. Aussilhou⁽²⁾, P. Lévy⁽²⁾, A. Sauvanet⁽²⁾, A. Couvelard⁽²⁾, A. Duval⁽¹⁾, P. Hamel⁽²⁾, J. Cros⁽²⁾

(1) Paris ; (2) Clichy-la-Garenne ; (3) Marseille ;

(4) Bordeaux ; (5) Pessac.

Introduction : Le carcinome à cellules acineuses (ACC) pancréatique est une entité rare. Son diagnostic repose sur un aspect morphologique et un profil immunohistochimique particulier. L'ACC semble présenter un profil moléculaire différent de l'adénocarcinome « classique » du pancréas.

Patients et Méthodes : L'objectif de notre étude rétrospective était d'améliorer la connaissance épidémiologique et clinique et d'étudier le profil immunohistochimique des ACC concernant les marqueurs ARID1A, APC, ID3, FOXM1, p16 et de la cycline D1 ainsi que leur valeur pronostique. Le profil microsatellite, le statut PDL1 intra-tumoral et l'infiltrat lymphocytaire de ces tumeurs ont également été étudiés pour tenter d'identifier de nouvelles cibles thérapeutiques

Résultats : Entre Janvier 2000 et Avril 2018, 44 patients (hommes : 81,8%, âge moyen 65,5 ans [21-85]) pour lesquels un ou plusieurs prélèvements histologiques étaient disponibles (pièce opératoire : n=30 ou biopsie : n=17) ont été sélectionnés. La tumeur était initialement localisée/résectable, localement avancée ou métastatique dans 48,8%, 14,0% et 37,2%, des cas, respectivement. Le siège de la tumeur était céphalique dans 62,8 % des cas et corporeo-caudal dans 37,2% des cas. La taille tumorale moyenne était de 7 cm [1,3-15]. Il s'agissait de tumeurs bien différenciées dans 51,2% des cas et le Ki-67 % médian était de 30% [1-80]. Les survies médianes sans récurrence et globale étaient de 12 mois (0-82) et 55,5 mois, respectivement, tout stade confondu. La survie globale était de 106,5 mois en cas de tumeur localisée vs. 40 mois en cas de tumeur métastatique (p=0,1058). Les schémas de chimiothérapies utilisés dans les formes avancées étaient hétérogènes. La non résectabilité, un âge > 60 ans et un Ki-67 > 30% étaient associés à un plus mauvais pronostic.

L'analyse moléculaire montrait une perte d'expression des protéines ARID1A, APC, ID3 ou p16 dans 47,8%, 30,4%, 69,6% et 26,1% des cas, respectivement. Un phénotype MSI était présent dans 3,7% des cas (1/27). Aucun de ces marqueurs n'influençait statistiquement la survie globale, mais la perte d'ID3 était associée à un Ki-67 plus élevé (p=0,01) et une surexpression de FOXM1, au stade métastatique (p=0,005). La perte d'expression d'ARID1A était associée à une forte infiltration intra-tumorale en lymphocyte T CD8+ cytotoxiques (p=0,04). Seules 2/25 (8%) tumeurs exprimaient PDL1.

Conclusion : 1) Le pronostic des ACC semble meilleur que celui des AP 2) le profil des anomalies génétiques et immunologiques est différent de celui des AP et laisse entrevoir la possibilité de traitements plus ciblés.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000935>

Peut-on prédire la résécabilité des adénocarcinomes du pancréas sur des critères clinico-biologiques précoces au moment du diagnostic ?

F. Aissaoui ⁽¹⁾, M. Zakhama ⁽²⁾, R. Baklouti ⁽²⁾, M. Ben Abdelwahed ⁽¹⁾, A. Guediche ⁽²⁾, W. Bouhlef ⁽²⁾, W. Ben Mansour ⁽²⁾, H.L. Mohamed ⁽²⁾, B.C. Nabil ⁽²⁾, L. Safer ⁽²⁾

(1) Tunis, TUNISIE ; (2) Monastir, TUNISIE.

Introduction : L'adénocarcinome (ADK) pancréatique est la 4^{ème} cause de décès par cancer. La chirurgie reste le seul traitement à visée curative, mais celle-ci n'est possible que dans 20 % des cas dans les meilleures séries.

L'objectif de notre étude est de rechercher les critères précoces cliniques et biologiques permettant de prédire la résécabilité des adénocarcinomes pancréatiques avant même d'entamer le bilan d'extension.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective ayant incluant 82 cas d'ADK pancréatiques colligés entre 2001 et 2017 dans le service de gastro-entérologie de Monastir. Les patients ont été classés en 3 groupes : tumeur Résécable (G1), tumeur localement avancé (G2) et tumeur métastatique (G3). Les données cliniques, biologiques et morphologiques ont été rapportées.

Résultats : Notre série comportait 82 patients : 49 hommes (59,7%) et 33 femmes (40,3%). L'âge moyen était de 65,4 [45-93]. Cinq patients (6,1%) avaient des antécédents familiaux d'ADK pancréatique et 2 patients (2,4%) avaient des antécédents de néoplasie entrant dans le cadre du syndrome de Lynch. La tumeur était de localisation céphalique dans 52,4% des cas, corporeale dans 18,3% des cas, caudale dans 13,4% des cas, corporeo-caudal dans 12,2% des cas et corporeo-céphalique dans 3,7% des cas. La taille moyenne des nodules était de 4,2 cm [2-20].

Le premier groupe (G1) comprenait 10 patients (12,2%), le deuxième groupe (G2) 14 patients (17,1%) et le troisième groupe (G3) 58 patients (70,7%).

En analyse uni et multivariée, on retrouve 3 critères qui diminuent la probabilité d'avoir une tumeur résécable au moment du diagnostic : un score OMS supérieur ou égal à 2 ($p < 10^{-3}$), la présence d'une hépatomégalie à l'examen clinique initial ($p = 0.02$) et une taille de la tumeur > 3 cm ($p < 10^{-3}$). Aucune association n'a été observée avec la présence d'ictère, de perte de poids ou de douleur pancréatique au moment du diagnostic.

Conclusion : Cette étude monocentrique permet de définir un profil clinico-biologique et d'imagerie simple prédictif de la résécabilité de l'ADK pancréatique au moment du diagnostic. Une étude à plus large échelle pourrait permettre d'affiner les critères de sélection des patients pour la chirurgie.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000926>

Nab-paclitaxel plus gemcitabine suivi de FOLFIRINOX en 1ère ligne chez des patients atteints d'un adénocarcinome pancréatique métastatique : résultats de l'étude de phase II multicentrique GABRINOX

E. Assenat ⁽¹⁾, C. de la Fouchardière ⁽²⁾, C. Mollevi ⁽¹⁾, E. Samalin ⁽¹⁾, F. Portales ⁽¹⁾, F. Desseigne ⁽²⁾, C. Carencio ⁽¹⁾, S. Itache ⁽¹⁾, M. Dupuy ⁽¹⁾, E. Lopez-Martinez ⁽¹⁾, C. Fiess ⁽¹⁾, H. de Forges ⁽¹⁾, T. Mazard ⁽¹⁾, M. Ychou ⁽¹⁾

(1) Montpellier ; (2) Lyon.

Introduction : Les combinaisons Folfirinox (FFX) et Nab-paclitaxel/Gemcitabine (AG) ont montré une meilleure efficacité que la Gemcitabine seule dans le traitement des cancers du pancréas métastatiques. L'alternance d'AG et FFX pourrait permettre de dépasser la résistance au traitement, de retarder la progression tumorale et de diminuer la neurotoxicité. Nous avons mené une étude de phase I-II, multicentrique, pour évaluer un traitement séquentiel par AG suivi de FFX en 1ère ligne chez ces patients. La phase I a permis d'établir la dose recommandée et de confirmer la faisabilité dans une cohorte d'expansion de 12 patients. La phase II a évalué l'efficacité du traitement en terme de réponse objective.

Patients et Méthodes : Les patients inclus avaient un adénocarcinome pancréatique métastatique avec une ou plusieurs lésions métastatiques mesurables, un indice de performance ≤ 1 , et n'avaient pas reçu de traitement antérieur pour la maladie métastatique. Pendant la phase II, AG et FFX étaient administrés de façon séquentielle, chaque cycle d'AG (J1, J8, J15) suivi de 2 cycles de FFX (J29 et J43). Toutes les molécules de chimiothérapie ont été administrées selon la pratique standard. Le critère de jugement principal était le taux de réponse objective. Les critères secondaires étaient la toxicité (NCI-CTCAE v4.03), la survie sans progression et la survie globale. Selon un plan de A'Hern à une étape, et les hypothèses $\alpha=5\%$, $\beta=10\%$, $p=30\%$ et $p=50\%$, il était nécessaire d'inclure 53 patients évaluable, soit un total de 58 patients (10% de non-évaluables). Un minimum de 22 réponses objectives sur les 53 patients évaluable permettrait de conclure à l'efficacité de la séquence thérapeutique.

Résultats : Un total de 58 patients a été inclus dans 3 centres, entre décembre 2014 et décembre 2016. La moitié des patients était des hommes, l'âge médian était de 60 ans (extrêmes: 34-72). Les patients avaient un indice de performance de 0 et 1 dans 37,9% et 62,1% des cas. Le nombre médian de cycles de traitement (1 cycle = 2 mois) administré était de 4 (1-9), sur une durée totale médiane de 7,9 mois (0,5-18,3). Le taux de neurotoxicité était faible (5,2% de grade 3). Les principales toxicités de grades 3 et 4 étaient, respectivement, des thromboses (17,2% et 0%), une thrombopénie (31% et 1,7%), une neutropénie (34,5% et 22,4%), une neutropénie fébrile (1,7% et 1,7%), des nausées (17,2% et 0%), des diarrhées (25,9% et 1,7%), une perte de poids (1,7% et 0%) et de l'asthénie (31% et 0%). La majorité des neutropénies étaient transitoires au décours du cycle AG (pas de GCSF en prophylaxie primaire). Aucun décès lié au traitement n'a été reporté. L'analyse de l'efficacité a porté sur 57 patients (1 patient non évaluable car lésions cibles non mesurables à l'inclusion selon RECIST). La réponse était complète chez 3,5% et partielle chez 61,4% des patients; la maladie était stabilisée chez 19,3% des patients et progressive chez 15,8%. L'objectif principal a été atteint, avec 36 réponses objectives observées sur les 53 premiers patients inclus. Sur les 57 patients évaluable, le taux de réponse objective était de 64,9% (IC 95%: 51,1-77,1). Après un suivi médian de 18,6 mois (IC 95%: 14,5-25,6), la survie sans progression et la survie globale médianes étaient de 9,6 mois (IC 95%: 6,0-12,3) et de 17,8 mois (IC 95%: 11,7-21,3).

Conclusion : Ce schéma séquentiel Gabrincox chez les patients atteints de cancer du pancréas métastatique montre un profil de toxicité acceptable avec un taux de neurotoxicité faible malgré une durée de traitement de presque 8 mois. Les résultats concernant le taux de réponse (65%) et la survie globale (18 mois) sont particulièrement prometteurs et justifient de tester cette combinaison dans un essai randomisé dans cette indication.

Remerciements : Cette étude a été financée par CELGENE. Les auteurs remercient les patients ainsi que toutes les équipes participantes.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000801>

P.483

Comparaison du témozolomide+capécitabine au 5fluororacile+dacarbazine chez 247 patients ayant une tumeur neuroendocrine digestive avancée avec utilisation d'un score de propension

L. de Mestier ⁽¹⁾, T. Walter ⁽²⁾, H. Brix ⁽³⁾, C. Evrard ⁽⁴⁾, J.L. Legoux ⁽⁵⁾, P. De Boissieu ⁽⁶⁾, O. Hentic ⁽¹⁾, J. Cros ⁽¹⁾, P. Hammel ⁽¹⁾, D. Tougeron ⁽⁴⁾, C. Lombard-Bohas ⁽²⁾, V. Rebours ⁽¹⁾, P. Ruszniewski ⁽¹⁾, G. Cadiot ⁽³⁾

(1) Clichy-la-Garenne ; (2) Lyon ; (3) Reims ; (4) Poitiers ; (5) Orléans ; (6) Le Kremlin-Bicêtre.

Introduction : Les chimiothérapies orale par témozolomide+capécitabine (TEM-CAP) et intraveineuse par 5fluororacile+dacarbazine (5FU-DTIC) sont largement utilisées pour le traitement des patients ayant une tumeur neuroendocrine (TNE) digestive avancée, mais n'ont jamais été comparées et les données d'efficacité du 5FU-DTIC sont limitées. L'objectif de cette étude était de comparer l'efficacité et la tolérance du TEM-CAP et du 5FU-DTIC dans une large étude rétrospective multicentrique.

Patients et Méthodes : Nous avons rétrospectivement étudié tous les patients consécutifs traités entre juillet 2004 et décembre 2017 pour une TNE pancréatique (TNEP) ou une TNE grélique (TNEG) avancée métastatique dans cinq centres experts français. Le critère principal de jugement était la survie sans progression (SSP) et les critères secondaires étaient la tolérance, le taux de réponse objective et la survie globale (SG). Les variables associées au risque de progression étaient analysées dans un modèle de Cox. Pour réduire le biais de confusion lié à l'absence de randomisation, un score de propension était créé correspondant à la probabilité individuelle d'être traité par TEM-CAP plutôt que 5FU-DTIC. Le modèle de Cox était ajusté sur le score de propension. La PFS était comparée chez 150 patients appariés selon leur score de propension, et sur la population globale en utilisant la méthode IPTW (inverse probability treatment weighting).

Résultats : Au total, 94 patients ont été inclus dans le groupe 5FU-DTIC et 153 patients dans le groupe TEM-CAP. Les patients recevant du TEM-CAP avaient plus souvent une TNE d'origine pancréatique, un antécédent de résection de la tumeur primitive et avaient reçu moins de chimiothérapie préalable. La médiane de SSP était de 13,9 mois chez les patients traités par 5FU-DTIC (TNEP 20,5 mois et TNEG 8,9 mois) et de 18,3 mois chez les patients traités par TEM-CAP (TNEP 20,6 mois, TNEG 6,9 mois), sans différence statistique (HR 0,97; IC 95% [0,72-1,31], p=0,86). Le risque de progression était augmenté avec le TEM-CAP dans le modèle de Cox multivarié, sans (HR 1,9; IC 95% [1,32-2,73], p=0,001) ou avec ajustement sur le score de propension (HR 1,65; IC 95% [1,18-2,31], p=0,004). Le TEM-CAP était associé à un sur-risque de progression (HR 1,62; IC 95% [1,12-2,34], p=0,01) dans 2 groupes de 75 patients chacun appariés selon le score de propension et ayant des caractéristiques initiales similaires, ainsi que dans les sous-groupes de TNEP ou TNEG. En analyse IPTW, la SSP médiane était plus longue chez les patients traités par 5FU-DTIC en comparaison au TEM-CAP (20,1 mois versus 14,1 mois, respectivement, HR=1.34 [1.09-1.64], p=0.01). La tolérance était acceptable avec les 2 chimiothérapies mais le taux de toxicité de grade 3-4 était supérieur dans le groupe TEM-CAP (24,7% vs. 8,5% rétrospectivement, p=0,002). Les taux de réponse objectif et de stabilité étaient respectivement de 38,3% et 46,8% dans le groupe 5FU-DTIC (TNEP 48,5% et 39,4%, TNEG 14,3% et 64,3%) et respectivement de 39,2% et 41,8% dans le groupe TEM-CAP (TNEP 46,7% et 37%, TNEG 0% and 86,7%) (p=0,70). La survie globale était de 47,1 mois dans le groupe 5FU-DTIC et 60,5 mois dans le groupe TEM-CAP (p=0,24).

Conclusion : L'association 5FU-DTIC pourrait permettre d'obtenir une SSP prolongée en comparaison au TEM-CAP dans les TNE digestives avancées. Bien que les patients préfèrent souvent la chimiothérapie orale, le 5FU-DTIC apparaît comme une alternative pertinente, notamment en cas d'inobservance ou de mauvaise tolérance sous TEM-CAP. Ces résultats encouragent la réalisation d'une étude randomisée prospective.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000659>

P.484

Lanréotide autogel avant, pendant et après la radiothérapie vectorisée interne dans les tumeurs neuroendocrines avancées : résultats de l'étude PRELUDE

E. Baudin ⁽¹⁾, V. Prasad ⁽²⁾, R. Srirajaskanthan ⁽³⁾, C. Toumpanakis ⁽³⁾, C.M. Grana ⁽⁴⁾, S. Baldari ⁽⁵⁾, T. Shah ⁽⁶⁾, A. Lamarca ⁽⁷⁾, F. Courbon ⁽⁸⁾, K. Scheidhauer ⁽⁹⁾, X.M. Truong Thanh ⁽¹⁰⁾, L. Bodei ⁽¹¹⁾

(1) Villejuif ; (2) Ulm, ALLEMAGNE ; (3) Londres, ANGLETERRE ; (4) Milan, ITALIE ; (5) Messine, ITALIE ; (6) Birmingham, ANGLETERRE ; (7) Manchester, ANGLETERRE ; (8) Toulouse ; (9) Munich, ALLEMAGNE ; (10) Boulogne-Billancourt ; (11) New York, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE.

Introduction : Le lutétium 177Lu-DOTATATE, est un produit de radiothérapie interne vectorisée (RIV) indiqué dans le traitement des tumeurs neuroendocrines gastroentéropancréatiques. PRELUDE est la première étude internationale rétrospective avec lecture centralisée des données, décrivant l'utilisation de lanréotide autogel (LAN) avec la RIV dans les tumeurs neuroendocrines avancées.

Patients et Méthodes : PRELUDE (NCT02788578) est une étude internationale, rétrospective, non comparative des patients traités par LAN en association au 177Lu-DOTATATE/DOTATOC, puis par LAN en suivi post RIV jusqu'à 12 mois.

Critères d'inclusion : les patients devaient être atteints d'une tumeur neuroendocrine gastroentéropancréatique ou bronchopulmonaire métastatique ou localement avancée de grade 1/2, avec expression des récepteurs à la somatostatine positive. Les patients devaient présenter une progression dans l'année précédant l'initiation de LAN-RIV, avoir reçu au moins 1 injection de LAN dans les 8 semaines précédant le premier cycle LAN-RIV. LAN devait être poursuivi pendant le traitement par RIV et la dose cumulée de RIV devait être supérieure à 500 mCi.

Le critère d'évaluation primaire était le taux de survie sans progression (SSP) à la fin du dernier cycle LAN-RIV (défini selon les critères RECIST v1.1, avec lecture centralisée). Les critères secondaires incluaient le taux de survie globale, le taux de réponse objective (ces deux paramètres étaient évalués selon les critères RECIST v1.1, avec lecture centralisée), l'évolution par rapport à l'inclusion des diarrhées et des flushs, l'incidence des événements indésirables de nature néphro-, hémato-, et hépato-toxiques, ainsi que les vomissements pendant les perfusions.

Résultats : Les inclusions ont été terminées prématurément en raison d'un recrutement insuffisant. Les raisons de non inclusion dans l'étude comprenaient des déviations au protocole et des contraintes réglementaires locales. Parmi les 40 patients inclus, 39 présentaient une tumeur neuroendocrine gastroentéropancréatique (iléon : 33,3%, primitif inconnu : 25,6%, colon droit : 20,5%, pancréas : 10,3%) et 1 patient une tumeur neuroendocrine pulmonaire (population complète d'analyse [PCA]: GEP-NET n=23, lung-NET n=1). La plupart des patients atteints de tumeur neuroendocrine gastroentéropancréatique avait un Ki67 compris entre 2 et 20% (53,1%), un Krenning score de grade 4 (évaluation centralisée) (70,4%), avait reçu 4 cycles de LAN-RIV (17/23 patients), et LAN à la dose de 120 mg avant l'initiation de la RIV (18/23) (population incluse). Les données d'exposition et d'efficacité de LAN sont présentées dans le tableau 1. La plupart des patients atteints de TNE gastroentéropancréatique a présenté une amélioration / stabilisation des diarrhées (15/15) et des flushs (13/14) à la fin du dernier cycle de LAN-RIV (PCA). Peu de toxicité a été rapportée et il n'y a pas eu de signal d'intolérance identifié.

Tableau 1*RECISTv1.1, lecture centralisée.

Paramètres	TNE (n=23; PCA)	gastroentéropancréatique
Exposition médiane totale à LAN (min-max), mois	37,0 (16,7-90,0)	
Exposition médiane à LAN durant la période de suivi, mois	12,6 (6,1-32,5)	
Taux SSP [IC 95%] à la fin du dernier cycle LAN-RIV *	91,7% [53,9; 98,8]	
Meilleur Taux de réponse [IC 95%] * - réponse partielle	34,8% [18,8; 55,1]	
Meilleur Taux de réponse [IC 95%] * - réponse stable	60,9% [40,8; 77,8]	
Meilleur Taux de réponse [IC 95%] * - maladie progressive	4,3% [0,8; 21,0]	
Taux de réponse objective du dernier cycle LAN-RIV [IC95%] *	27,3% [13,2; 48,2]	

Tableau 1*RECISTv1.1, lecture centralisée.

Conclusion : Les données d'efficacité sont encourageantes dans cette population sélectionnée.

Remerciements : Les auteurs remercient Aude Houchard (statisticienne Ipsen) pour sa contribution. Etude réalisée avec le soutien du laboratoire Ipsen

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000638>

P.485

Comparaison prospective de l'IRM corps entier avec des séquences de diffusion à l'imagerie conventionnelle pour la détection des tumeurs neuroendocrinesC. Soriano ⁽¹⁾, M. Minon ⁽¹⁾, D. Morland ⁽¹⁾, P. Rousset ⁽²⁾, T. Walter ⁽²⁾, C. Lepage ⁽³⁾, M. Debloock ⁽⁴⁾, A. Tabarin ⁽⁵⁾, C. Barbe ⁽¹⁾, C. Hoeffel ⁽¹⁾, G. Cadot ⁽¹⁾

(1) Reims ; (2) Lyon ; (3) Dijon ; (4) Nancy ; (5) Bordeaux.

Introduction : Les tumeurs neuroendocrines (TNE) ont un pronostic très variable du fait de leur grande hétérogénéité. Une évaluation correcte de leur extension est un objectif essentiel lors de la prise en charge initiale ou de leur suivi. L'IRM, avec la possibilité de réaliser une imagerie corps entier, paraît prometteuse dans ce cadre. Les séquences de diffusion ont des performances diagnostiques supérieures à celles de l'IRM conventionnelle pour la détection des métastases, notamment hépatiques. L'objectif de cette étude multicentrique était d'évaluer si l'IRM corps entier avec séquences de diffusion était une technique d'imagerie applicable aux TNE en la comparant à l'imagerie actuellement recommandée en France par le TNCD (tomodensitométrie - TDM et scintigraphie des récepteurs de la somatostatine - SRS) et d'évaluer si les discordances entre ces examens d'imagerie avaient un impact sur la prise en charge thérapeutique.

Matériels et méthodes : Les patients participant à l'étude multicentrique prospective déclarée sous le numéro NCT02786303 et atteints d'une TNE bien différenciée gastroentéropancréatique ou de primitif inconnu ayant eu un TDM thoraco-abdominopelvien, une SRS et une IRM corps entier avec séquences de diffusion dans un délai maximum de 6 semaines ont été inclus dans la présente étude. Une première session de lecture était effectuée en aveugle du dossier médical et des résultats des autres examens d'imagerie, en comptant et localisant le nombre de lésions. Une seconde session de lecture des examens discordants était réalisée à plus de 3 mois de la première, avec l'ensemble du dossier médical et des examens d'imagerie avec le coordonnateur de l'étude. L'impact sur la prise en charge thérapeutique a été analysé rétrospectivement par la relecture de tous les examens d'imagerie et du dossier médical du patient.

Résultats : Trente patients, dont 16 hommes, d'âge moyen 60,9 ans (40-85) ont été inclus dans l'étude, dont un lors de la découverte de la TNE, les 29 autres étant en cours de suivi. La tumeur primitive était située au niveau de l'intestin grêle (53%), du pancréas (27%), dans un autre site (10%) ou de site inconnu (10%); 86,7% des patients étaient métastatiques, principalement au niveau hépatique (73,3%). Les grades OMS étaient respectivement 1 (50%), 2 (43,3%) et 3 (6,7%). Après la première session de lecture, 9 patients sur 30 présentaient des discordances entre l'IRM corps entier avec séquences de diffusion et le TDM/SRS. Après la seconde session de lecture, 83,3% des patients (25/30) avaient une complète concordance entre les différents examens d'imagerie. Concernant les 5 patients discordants, l'IRM montrait davantage de lésions hépatiques dans 2 cas et le TDM/SRS montrait 3 lésions faussement négatives en IRM (une lésion osseuse, une lésion hépatique et de la carcinose péritonéale). Ces lésions ont toutes été confirmées dans le suivi ultérieur des patients. Il n'y avait pas d'impact des discordances sur la prise en charge thérapeutique de ces patients.

Conclusion : L'IRM corps entier avec séquences de diffusion apparaît être une option dans l'imagerie des TNE gastroentéropancréatiques puisque donnant des résultats non différents de ceux des examens de référence. L'Octreoscan® devant être prochainement remplacé en France par la TEP 68Ga DOTATOC, une comparaison de cette technique à l'IRM corps entier avec des séquences de diffusion apparaît nécessaire. La nature non irradiante et la disponibilité sur le territoire de l'IRM reste cependant des atouts pour des patients pouvant être suivis durant de nombreuses années.

Remerciements : Les auteurs remercient le laboratoire IPSEN PHARMA pour leur aide financière apportée à la réalisation de ce travail ainsi que tous les médecins y ayant participé.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.sfnge.org/resumes-2019/000810>

P.486

Traitement par immunothérapie des cancers digestifs avec instabilité micro-satellitaire (MSI)O. Msika ⁽¹⁾, C. Spire ⁽¹⁾, L. Collet ⁽¹⁾, L. de Crignis ⁽¹⁾, C. Morin ⁽¹⁾, P. Rochefort ⁽¹⁾, A. Cattey-Javouhey ⁽¹⁾, F. Desseigne ⁽¹⁾, J.Y. Blay ⁽¹⁾, B. Favier ⁽¹⁾, M. Sarabi ⁽¹⁾, C. de la Fouchardière ⁽¹⁾

(1) Lyon.

Introduction : L'instabilité microsatellitaire (MSI) résulte de la déficience des protéines du système de réparation des mésappariements de l'ADN (système MMR pour Mismatch Repair). Ce phénotype déficient (dMMR) entraîne un taux élevé de mutation dans les tumeurs et peut être le témoin d'une transmission héréditaire du cancer (syndrome HNPCC ou Lynch). Il est également souvent associé à une chimiorésistance et sert aujourd'hui de principal facteur prédictif de réponse aux inhibiteurs des checkpoint immunitaires (ICI). Plusieurs essais cliniques de phase II ont montré une efficacité importante de ces traitements chez des patients (pts) souvent lourdement prétraités pour des tumeurs MSI de différentes origines (Le et al, 2017; Overman et al, 2017, 2018). Pourtant pour l'instant, en France, l'accès à ces traitements est difficile, reposant uniquement sur l'inclusion dans de rares essais cliniques ou programmes d'accès à des thérapies ciblées innovantes (ACSe).

Patients et Méthodes : Nous rapportons ici notre expérience dans le traitement par immunothérapie chez 20 pts consécutifs, porteurs de cancers digestifs, pris en charge au Centre Léon Bérard entre Janvier 2017 et Juillet 2018. Notre objectif était d'analyser les résultats en « vraie vie » vs « essais cliniques » et d'identifier les facteurs prédictifs de progression rapide sous ICI. La date du point a été le 05/10/2018.

Résultats : Parmi nos 20 pts traités par ICI, 11 ont été inclus dans un essai clinique (EC) (55%) (Table 1). 14/20 pts avaient une tumeur primitive colique (70%), 3 gastrique, 2 du canal anal et 1 du duodénum. Tous avaient une tumeur MSI sauf les 2 pts porteurs de la tumeur du canal anal. 13/20 pts ont été traités en 1ère ligne métastatique, 3 en 2^{ème}, 3 en 3^{ème} et 1 en 5^{ème} ligne. 9 pts sont toujours en cours de traitement. 11 pts ont stoppé le traitement pour progression et 2 l'ont stoppé à l'issue d'une année de traitement (1 réponse partielle et 1 réponse complète). La durée médiane du traitement par ICI dans la population globale a été de 4 mois [1-15] et de 5 mois pour les pts traités hors essais cliniques (HEC) [0,5-12]. La tolérance des ICI a été bonne avec 2 toxicités thyroïdiennes biologiques (élévation/baisse TSH) et 2 toxicités de grade 1 cutanée (1 rash et 1 réactivation de pemphigoïde bulleuse). Aucun décès toxique n'a été observé. 7 pts ont eu pour meilleure réponse au traitement, une réponse partielle (35%) (2 dans le groupe EC, 5 dans le groupe HEC), 5 une stabilisation (25%), 7 une progression tumorale et 1, une réponse dissociée. La durée de survie médiane depuis l'initiation de l'immunothérapie a été de 6 mois [0,5-20] pour la population globale, 8 mois pour les pts du groupe EC [0,5-20] et 5 mois pour le groupe HEC [2-16]. 4 pts sont décédés du fait d'une progression tumorale, tous très précocement après la mise en route du traitement par ICI (<3 mois). 8 pts MSI ont été définis comme progresseurs rapides (progression tumorale dans les 2 mois après la mise en route de l'ICI). Quand ils étaient exclus de l'analyse, la survie médiane des pts était de 7 mois après initiation de l'ICI, en notant que 9 des 12 pts concernés étaient toujours en cours de traitement à la date du point. Aucun des paramètres biologiques standard, ratios neutrophiles/lymphocytes, lymphocytes/monocytes ou LDH prétraitement, n'étaient prédictifs de la progression rapide sous ICI.

Conclusion : Le bénéfice des ICI est majeur chez les patients porteurs d'une tumeur digestive MSI, souvent réfractaires aux chimiothérapies classiques. Il apparaît primordial de pouvoir disposer plus largement de ce type de traitement pour ces patients sélectionnés sur un facteur prédictif très robuste. Il serait également intéressant de pouvoir mieux caractériser les progresseurs rapides sous ICI afin 1/d'éviter, dans l'avenir, de leur proposer un ICI dont on sait qu'il ne leur bénéficierait pas ou qu'il leur sera délétère et 2/ évaluer de nouvelles combinaisons thérapeutiques dans cette population sélectionnée.

Références Bibliographiques : Le DT, Durham JN, Smith KN, Wang H, Bartlett BR, Aulakh LK, Lu S, Kemberling H, Wilt C, Luber BS, Wong F, Azad NS, Rucki AA, Laheru D, Donehower R, Zaheer A, Fisher GA, Crocenzi TS, Lee JJ, Greden TF, Duffy AG, Ciombor KK, Eyring AD, Lam BH, Joe A, Kang SP, Holdhoff M, Danilova L, Cope L, Meyer C, Zhou S, Goldberg RM, Armstrong DK, Bever KM, Fader AN, Taube J, Housseau F, Spetzler D, Xiao N, Pardoll DM, Papadopoulos N, Kinzler KW, Eshleman JR, Vogelstein B, Anders RA, Diaz LA (2017) Mismatch repair deficiency predicts response of solid tumors to PD-1 blockade. *Science* 357: 409–413, doi:10.1126/science.aan6733.

Overman MJ, McDermott R, Leach JL, Lonardi S, Lenz H-J, Morse MA, Desai J, Hill A, Axelson M, Moss RA, Goldberg MV, Cao ZA, Ledezine J-M, Maglinte GA, Kopetz S, André T (2017) Nivolumab in patients with metastatic DNA mismatch repair-deficient or microsatellite instability-high colorectal cancer (CheckMate 142): an open-label, multicentre, phase 2 study. *Lancet Oncol* 18: 1182–1191, doi:10.1016/S1470-2045(17)30422-9.

Overman MJ, Lonardi S, Wong KYM, Lenz H-J, Gelsomino F, Aglietta M, Morse MA, Van Cutsem E, McDermott R, Hill A, Sawyer MB, Hendlitz A, Neyns B, Svrcek M, Moss RA, Ledezine J-M, Cao ZA, Kamble S, Kopetz S, André T (2018) Durable Clinical Benefit With Nivolumab Plus Ipilimumab in DNA Mismatch Repair-Deficient/Microsatellite Instability-High Metastatic Colorectal Cancer. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol* 36: 773–779, doi:10.1200/JCO.2017.76.9901.

Table 1 : Caractéristiques des patients.

Caractéristiques	Population globale N=20	Patients inclus dans un essai clinique (EC) N=11	Patients traités hors essai clinique (HEC) N=9
Site tumeur primitive			
-Côlon	14	7	7
-Estomac	3	2	1
-Canal anal	2	2	0
-Quadrant	1	0	1
Tumeurs MSI	18	9	9
Mutations (t. du côlon)			
-KRAS/RSDE	8	1	2
-RAS	7	5	2
Nombre traitements antérieurs			
-1	1	1,5	1
-2 (0-1)	[2-5]	[3-3]	[3-5]
Traitement ICI reçu			
-AntiPD1/PDL1	17	8	9
-AntiPD1/PDL1+AntiCTLA4	3	3	0

Pour consulter ce résumé en ligne :
<https://www.snfge.org/resumes-2019/001030>

P.487

Les tumeurs malignes primitives de l'intestin grêle : aspects cliniques et thérapeutiques

S. Berrad ⁽¹⁾, H. Erraichi ⁽¹⁾, L. Nouiak ⁽¹⁾, K. Messoudi ⁽¹⁾, K. Oualla ⁽¹⁾, Z. Benbrahim ⁽¹⁾, N. Mellas ⁽¹⁾

(1) Fès, MAROC.

Introduction : Les tumeurs malignes de l'intestin grêle sont rares, représentant moins de 2 % des tumeurs digestives. Il s'agit cependant de la première étiologie devant les tumeurs endocrines, les lymphomes ou les tumeurs stromales. Elles sont caractérisées par une hétérogénéité anatomopathologique et une symptomatologie pauvre non spécifique, les moyens d'investigation sont assez pauvres. Ceci entraîne un retard diagnostique et un pronostic assez sévère.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective incluant les patients présentant un cancer du grêle, pris en charge au sein du service d'Oncologie Médicale, sur une période étalée du janvier 2014 au juin 2018. Ce travail a été entrepris en vue d'étudier les particularités épidémiologiques, diagnostiques, thérapeutiques ainsi que les facteurs du cancer de l'intestin grêle et de rapporter notre expérience dans leur prise en charge thérapeutique.

Résultats : Quarante et trois cas ont été répertoriés, L'Age des malades était en moyenne de 58,2 ans (37 à 86 ans). Une légère prédominance masculine était notée (le sex ratio H/F de 1,3). 20,9 % des patients a été diagnostiqué suite à une complication soit un syndrome occlusif aigu ou une perforation intestinale. La localisation tumorale était dans 23,2 % au niveau du jéjunum, 32,5 % duodénal et 44,1 % iléale. Sur le plan histologique l'adénocarcinome était le type le plus fréquemment retrouvait (51,2 %) suivi du carcinome neuroendocrine (27,9 % des cas), les tumeurs stromales (16,2 % des cas). La majorité des cas a été diagnostiquée à un stade avancé métastatique (55,8 % des cas). Les sites des métastases étaient respectivement : le foie (30,4 %), le poulmon (16,6 %) l'os et le péritoine (8,3 %). Le traitement a été chirurgical dans 44,1 % des cas, Il a consisté en une résection intestinale segmentaire, suivie d'anastomose terminale. Soixante dix neuf pourcent des patients étaient éligibles à un traitement systémique, dont 23,6 % étaient en situation adjuvante et 55,8 % en situation palliative des cas. Le protocole de chimiothérapie dépendait du type histologique et a été dominé par l'association 5FU-oxaliplatine dans les carcinomes, tandis que les tumeurs stromales ont reçu les TKI. Après un recul médian du 52,7 mois, La survie sans progression médiane était de 11,2 mois et la survie globale médiane était de 16,8 mois toutes types histologiques confondus.

Conclusion : Les tumeurs malignes de l'intestin grêle posent des problèmes diagnostiques du fait de leur rareté et de l'absence de signes cliniques spécifiques. Elles sont souvent des découvertes opératoires à l'occasion d'une complication aigue. Le traitement curatif est la résection chirurgicale quelque soit le type histologique. Le pronostic reste bien réservé en raison du diagnostic tardif de la tumeur.

Pour consulter ce résumé en ligne :
<https://www.snfge.org/resumes-2019/001018>

Dosage concomitant des marqueurs tumoraux dans le sérum et le liquide d'ascite : quel intérêt en pratique clinique ?

S. Mejdoub ⁽¹⁾, H. Hachicha ⁽¹⁾, L. Chtourou ⁽¹⁾, S. Feki ⁽¹⁾, N. Trabelsi ⁽¹⁾, A. Bouzid ⁽¹⁾, A. Amouri ⁽¹⁾, N. Tahri ⁽¹⁾, H. Masmoudi ⁽¹⁾

(1) Sfax, TUNISIE.

Introduction : L'ascite, un des motifs de consultation en gastro-entérologie, peut être la conséquence de pathologies diverses dont la carcinose péritonéale (secondaire principalement aux cancers digestifs et ovariens). Le dosage des marqueurs tumoraux dans le sérum peut donc être utile au diagnostic étiologique. Bien que leur dosage dans le liquide d'ascite (LA) soit plus controversé, certains cliniciens continuent à le demander. Le but de notre étude était d'évaluer l'intérêt de cette pratique, à savoir le dosage concomitant des marqueurs tumoraux dans le sérum et le LA.

Patients et Méthodes : Durant la période d'étude allant de Janvier 2016 à Juin 2018, 40 patients ont bénéficié d'un dosage d'un ou plusieurs marqueurs tumoraux (alphafoetoprotéine (AFP), antigène carcino-embryonnaire (ACE), antigène carbohydrique 19-9 (CA19-9) et/ou antigène carbohydrique 125 (CA125)) dans le sérum et le LA le même jour. Le dosage a été effectué par électrochimiluminescence sur l'automate Cobas e411 (Roche®).

Résultats : Pour les patients ayant eu un dosage concomitant (sérum/LA) de l'AFP (n=30), 27 avaient des valeurs <10 ng/ml dans les deux types d'échantillon et 3 avaient des valeurs élevées (>200 ng/ml) aussi bien dans le sérum que dans le LA (4 à 7 fois plus élevé dans le sérum). Il s'agissait dans les 3 cas d'un carcinome hépatocellulaire (CHC). A noter qu'un autre patient ayant un CHC avait des valeurs <10 ng/ml dans les deux échantillons. Pour le dosage concomitant de l'ACE (n=28), 18 patients avaient des valeurs négatives (<5ng/ml) aussi bien dans le sérum que le LA. Dans 2 cas (carcinose secondaire à un cancer de l'estomac), les valeurs dans le LA étaient élevées alors que celles dans le sérum étaient <5 ng/ml. Pour des valeurs sériques comprises entre 5 et 10 ng/ml (4 cas), celles du LA étaient <5 ng/ml dans 2 cas (décompensation d'une cirrhose) et >10 ng/ml dans 2 cas (cancer du pancréas dans 1 cas). Pour les valeurs sériques >10 ng/ml (4 cas), celles du LA étaient aussi élevées dans 3 cas, (dont un cas de cancer du rectum et un cas de cancer de l'estomac) et <5 ng/ml dans 1 cas. Concernant le dosage concomitant du CA 19-9 (n=27), 19 avaient des valeurs sériques et dans le LA <37U/ml. Dans 2 cas (carcinose secondaire à un cancer de l'estomac dans 1 cas), les valeurs dans le LA étaient élevées alors que celles dans le sérum étaient <37U/ml. Pour des valeurs sériques comprises entre 37 et 120U/ml (3 cas), celles du LA étaient <37U/ml dans 2 cas (décompensation d'une cirrhose) et >120 U/ml dans 1 cas. Pour les valeurs sériques >120 U/ml (3 cas), celles du LA étaient élevées dans 2 cas (carcinose secondaire à un cancer de l'estomac pour l'un et un cancer du pancréas pour l'autre) et <37 U/ml dans 1 cas (décompensation d'une cirrhose). Enfin pour le CA 125, 9 patients parmi 11 avaient des valeurs élevées (>65U/ml) dans les 2 types d'échantillons (plus élevée dans le LA que dans le sérum dans 8 cas). Il s'agissait d'un CHC dans 1 cas, un cancer de l'estomac dans 1 cas, une tuberculose péritonéale dans 2 cas et une décompensation de cirrhose dans 3 cas. Le diagnostic était incertain dans les 2 autres cas.

Conclusion : Nos résultats montrent que le dosage de l'AFP dans le LA n'aurait aucun apport comparativement à son dosage dans le sérum pour le diagnostic de CHC. Par contre, le dosage de l'ACE et du CA 19-9 pourraient être utile notamment en cas de leur négativité dans le sérum. L'élévation du CA 125 au cours d'une ascite indépendamment de son étiologie limite son intérêt. Un seuil de positivité plus élevé pourrait être adopté mais ceci nécessite une étude sur un effectif plus important pour être validé.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000361>

L'œsophagectomie après résection endoscopique non curative d'un cancer superficiel de l'œsophage

S. Dermine ⁽¹⁾, M. Leconte ⁽¹⁾, S. Leblanc ⁽¹⁾, B. Dousset ⁽¹⁾, B. Terris ⁽¹⁾, A. Berger ⁽²⁾, G. Rahmi ⁽¹⁾, M. Pichot ⁽³⁾, V. Lepilliez ⁽³⁾, O. Plomteux ⁽⁴⁾, P. Leclercq ⁽⁴⁾, R. Coriat ⁽¹⁾, S. Chaussade ⁽¹⁾, F. Prat ⁽¹⁾, M. Barret ⁽¹⁾

(1) Paris ; (2) Angers ; (3) Lyon ; (4) Liège, BELGIQUE.

Introduction : La résection endoscopique d'un cancer superficiel de l'œsophage incomplète en profondeur, présentant un envahissement sous-muqueux profond, ou des critères histopronostiques péjoratifs, impose actuellement une œsophagectomie complémentaire. Les résultats cliniques et oncologiques de l'œsophagectomie dans cette indication sont peu rapportés. L'objectif de cette étude est d'analyser les performances et la sécurité de l'œsophagectomie après résection endoscopique d'un cancer superficiel.

Patients et Méthodes : Cette étude rétrospective a été réalisée dans quatre centres tertiaires entre 2012 et 2017. Chaque patient avait eu une résection endoscopique première d'un cancer superficiel de l'œsophage. Cette résection était définie comme non curative devant les critères suivants : tumeur peu différenciée, présence d'embolie veino-lymphatique, marge verticale envahie et/ou invasion pariétale profonde (correspondant à une atteinte de la musculaire muqueuse (m3) et/ou de la sous-muqueuse pour les carcinomes épidermoïdes et une atteinte de la sous-muqueuse de plus de 500 µm de profondeur pour les adénocarcinomes). Cette résection endoscopique avait été suivie d'une œsophagectomie. Le critère de jugement principal était la proportion de pièces d'œsophagectomie avec envahissement tumoral, et les critères de jugement secondaires étaient l'évaluation des complications postopératoires, de la survie globale, sans récurrence, et spécifique au cancer.

Résultats : Trente patients (13 carcinomes épidermoïdes et 17 adénocarcinomes) avec un âge médian [IQR] de 65 [55 – 72] ans ont été inclus. Les tumeurs étaient localisées dans le tiers supérieur, moyen et inférieur chez 1, 14 et 15 patients, respectivement. Les critères de résection non curative étaient : tumeur peu différenciée (n=6), embolie veino-lymphatique (n=6), marge verticale positive (n=12), envahissement de la musculaire muqueuse m3 (n=3) et de la sous-muqueuse profonde de plus de 200 µm (n=9) pour les carcinomes épidermoïdes, et envahissement de la sous-muqueuse profonde de plus de 500 µm (n=10) pour les adénocarcinomes. Dix patients (33 %) avaient une tumeur résiduelle sur la pièce opératoire. Seuls deux patients (7 %) présentaient une atteinte ganglionnaire : un adénocarcinome intra-muqueux m4 avec marge verticale envahie et un carcinome épidermoïde avec invasion sous-muqueuse profonde (500 µm) sur la résection endoscopique. La morbidité post-opératoire précoce (J 30) et sévère selon la classification de Clavien-Dindo était de 43 % (n=13) : grade IIIa (n=3), grade IIIb (n=4) et grade IVa (n=6). La mortalité post-opératoire intra-hospitalière était de 7 % (n=2). Les complications chirurgicales étaient les suivantes : fistule anastomotique intra-thoracique (n=12) et cervicale (n=2), chylothorax (n=2), traumatisme du nerf récurrent (n=2), nécrose de plastie (n=1), pneumothorax (n=1), et occlusion grêlue (n=1). La morbidité post-opératoire tardive (J 90) était de 7 % (2/30), correspondant à des sténoses anastomotiques. Deux rechutes tumorales ont été diagnostiquées sur un suivi médian [IQR] de 15 mois [8 – 37]. Cinq décès ont été observés au cours du suivi : deux décès postopératoires, un décès lié à une pneumonie d'inhalation secondaire à une sténose anastomotique, un décès lié au cancer et un décès d'autre cause. A la fin du suivi, la survie globale, la survie sans récurrence et la survie spécifique au cancer étaient respectivement de 83 %, 75 % et 90 %.

Conclusion : L'œsophagectomie après résection endoscopique non curative a permis de réséquer une tumeur résiduelle chez 30 % des patients, des métastases ganglionnaires dans 7% des cas, au prix de 43 % de morbidité sévère et de 7 % de mortalité péri-opératoire, chiffres comparable aux tumeurs opérées d'emblée ou après radio-chimiothérapie. Ces données invitent à évaluer avec précaution en réunion de concertation pluridisciplinaire l'état

général du patient et le risque d'envahissement ganglionnaire d'un cancer superficiel de l'œsophage et d'envisager la possibilité d'une surveillance rapprochée ou d'une radiochimiothérapie avant d'envisager une prise en charge chirurgicale après résection endoscopique non curative.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000095>

P.490

Les lymphomes gastriques : caractéristiques cliniques et facteurs pronostiques

M. Ayari ⁽¹⁾, Y. Zaimi ⁽¹⁾, S. Nsibi ⁽¹⁾, E. Bel Hadj Mabrouk ⁽¹⁾, K. El Jeri ⁽¹⁾, Y. Said ⁽¹⁾, L. Mouelhi ⁽¹⁾, R. Debbeche ⁽¹⁾

(1) Tunis, TUNISIE.

Introduction : Les lymphomes primitifs du tube digestif sont des lymphomes non-Hodgkiniens les plus fréquents après la localisation ganglionnaire. L'estomac est le site de prédilection. Ces tumeurs restent peu communes et se caractérisent par une diversité anatomo-clinique, évolutive et pronostique. But: déterminer les caractéristiques épidémiologiques, la conduite thérapeutique et les facteurs pronostiques du lymphome gastrique (LG).

Patients et Méthodes : Etude rétrospective colligeant les patients suivis à notre service pour (LG) sur 15 ans. Les caractéristiques clinico-biologiques, histologiques, thérapeutiques ainsi que l'évolution ont été déterminé pour chaque patient.

Résultats : Quarante-cinq patients étaient inclus dans notre étude dont 28 hommes et 17 femmes avec sex-ratio H/F=1.64. L'âge moyen était de 50 ans (18-73 ans). Les symptômes évoluaient depuis 4 mois en moyenne. Le siège antral était la localisation prépondérante (41%), suivi par le fundus (25%) et la jonction antro-fundique (14%). Un cas de lymphome sur moignon gastrique était noté et un autre était associé à une tumeur sous-muqueuse antrale. Les aspects endoscopiques les plus fréquents étaient : des ulcérations dans 66%, des gros plis dans 33%, un processus infiltrant dans 25% et un processus ulcero-bourgeonnant dans 16.6 %. Une gastropathie nodulaire isolée a été retrouvé chez 3 patients. L'examen histologique a conclu à un lymphome de MALT dans 58% des cas, un lymphome B à grande cellule dans 40%, un cas de lymphome du manteau. L'étude immuno-histochimique montrait le phénotype B : CD20 et CD79a dans 82% des cas. Le statut *Helicobacter pylori* (HP) était positif dans 80% des cas. La prévalence de l'infection par HP était plus fréquente dans les lymphomes de bas grade de malignité (72%) contre ceux de haut grade (28%) (p=0.01). Selon la classification d'Ann Arbor les LG étaient classés: stade IE dans 13 cas (35%), stade IIE dans 12 cas (32.4%), stade IIIE dans 3 cas (8.1%) et stade IVE dans 9 cas (24.3%). Sur le plan thérapeutique, Pour les stades localisés (IE et IIIE) 65% ont eu uniquement une cure d'éradication d'HP avec une rémission clinique, endoscopique et histologique dans 70%. Pour les stades avancés (IIIE, IIIE et IVE) la chimiothérapie a été proposée dans 78% avec une rémission observée dans 30% des cas. Dans un seul cas un traitement chirurgical a été proposé. La survie globale à 5 ans était de 66% avec comme facteur pronostique: le grade histologique (p=0.04) et le stade d'extension (p=0.02). Le taux de la lactico-deshydrogénase ne constituait pas un facteur pronostique

Conclusion : Les LG demeurent une affection rare mais avec une incidence en augmentation. Ils sont caractérisés par la diversité de leur présentation clinique et par leurs aspects endoscopiques hétérogènes, multiples et non spécifique. Le rôle de l'HP dans leur pathogénie est clairement établi justifiant son éradication comme première étape du traitement quel que soit le statut.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000444>

Etude anatomo-clinique et évolutive de 120 lymphomes malins gastriques

M. Djebli ⁽¹⁾, Y. Nedil ⁽¹⁾, K. Soualal ⁽¹⁾, K. Layaida ⁽¹⁾, S. Berkane ⁽¹⁾

(1) Alger, ALGÉRIE.

Introduction :

L'estomac est le principal siège des Lymphomes malins non hodgkiniens extra ganglionnaires. Ce lymphome digestif pose des problèmes de prise en charge thérapeutique essentiellement.

But : étudier les caractéristiques anatomo-cliniques et évolutives sous traitement des patients présentant un Lymphome malin gastrique.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective, mono-centrique de 120LMG, colligés de Janvier 2000 à Juin 2018, ayant bénéficié d'une exploration clinique et para-clinique, rédio-endoscopique et évolutive.

Résultats : De Janvier 2000 à Juin 2018, 120 Lymphomes malins gastriques ont été colligés, d'âge moyen au moment du diagnostic de 48,44ans (16-80), le sexe ratio de 0.85 (57H/67F). Il s'agit d'un MALT dans 52cas (41,9%), LMG à grandes cellules 43cas (34,6%), LMG à grandes cellules + MALT 21cas (16,8), non précisé dans 8cas. Les principales circonstances diagnostiques sont les épigastalgies, les vomissements et l'amaigrissement. Une complication (hémorragie digestive haute et syndrome obstructif haut) était révélatrice dans 10 et 7cas respectivement. L'infection à Hp est présente chez 64 patients, négative chez 42, non précisée chez 18 patients. Selon la classification d'Ann Arbor, 45 patients étaient au stade avancés (37 IV, 8 IIIE), 32cas au stade I, 41cas au stade II. Le traitement a consisté en une éradication de Hp dans 20cas, une chimiothérapie seule dans 71cas, chirurgie puis chimiothérapie 13cas, chirurgie 9cas, non précisé dans 6cas. Sur le plan évolutif, rémission endoscopique et histologique 34cas, récurrence ou aggravation 12cas, complications 05cas, rémission incomplète 04cas, décès avant traitement 5cas et un total de 11 décès survenus.

Conclusion : Le lymphome malin gastrique malgré sa baisse de fréquence constatée ces 2 dernières décades reste le principal lymphome extra ganglionnaire dans notre pays. Le diagnostic reste tardif, MALT dans 42%, diffus à grandes cellules dans 34% des cas. Une chirurgie pour complication est indiquée dans 17% des cas, soulignant l'intérêt d'un diagnostic précoce pour un meilleur pronostic.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000812>

Mitomycine et 5FU en traitement de seconde ligne des carcinomes épidermoïdes du canal anal métastatiques

A. Saint ⁽¹⁾, L. Evesque ⁽¹⁾, A. Falk ⁽¹⁾, G. Cavaglione ⁽¹⁾, L. Montagne ⁽¹⁾, K. Benezery ⁽¹⁾, E. François ⁽¹⁾

(1) Nice.

Introduction : Les carcinomes épidermoïdes du canal anal constituent une entité rare, avec une incidence annuelle estimée à environ 27000 cas dans le monde dont environ 20% de formes métastatiques. Le schéma thérapeutique comportait une administration de mitomycine à la dose de 10 mg/m² sur 15 minutes suivi d'une perfusion continue de 5FU 1000 mg/m²/j durant 96h répété tous les 28 jours. Le critère de jugement principal était la survie sans progression, les critères de jugements secondaires étaient la survie globale, le taux de réponse tumorale et la tolérance du traitement.

Matériels et méthodes : Nous rapportons une analyse rétrospective des patients traités par 5FU et mitomycine en deuxième ligne de 2000 à 2017 au sein de notre établissement pour un carcinome épidermoïde du canal anal métastatique après échec d'une chimiothérapie à base de cisplatine et 5FU. Le schéma thérapeutique comportait une administration de mitomycine à la dose de 10 mg/m² sur 15 minutes suivi d'une perfusion continue de 5FU 1000 mg/m²/j durant 96h répété tous les 28 jours. Le critère de jugement principal était la survie sans progression, les critères de jugements secondaires étaient la survie globale, le taux de réponse tumorale et la tolérance du traitement.

Résultats : A partir de notre base de données institutionnelle de 402 patients, nous avons identifié au total 19 patients, 15 femmes et 4 hommes dont l'âge médian était de 57 ans [extrêmes : 40-79]. Les patients ont reçu en moyenne 3 cures [1-7] de chimiothérapie. Les effets secondaires non hématologiques les plus communément rencontrés étaient de grade I - II principalement digestifs chez 63,2% des patients. Une toxicité hématologique existait chez 6 patients (31,6%) dont trois grade IV à type de neutropénie fébrile. Une réduction de dose de la chimiothérapie a été nécessaire chez 6 patients (31,6%). Une réponse objective a été observée chez 5 patients (26,4 %) dont 1 réponse complète et 6 patients (31,6 %) ont présenté une stabilisation tumorale. La médiane de survie sans progression était de 3 mois [95%IC 1 - 5] et la survie globale était de 7 mois [95%IC 2,2 - 11,8]. La durée médiane de réponse des patients répondeurs était de 4 mois [95 %IC 1,8 - 6,1] et un patient a obtenu une réponse de 23 mois.

Conclusion : L'association mitomycine et 5FU permet un contrôle tumoral avec une tolérance acceptable. Il s'agit d'une option thérapeutique en deuxième ligne pour les patients atteints d'un carcinome épidermoïde du canal anal métastatique après l'échec d'une chimiothérapie à base de sels de platine.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000316>

P.493

Impact du tabagisme actif sur les résultats du traitement médical au cours des sténoses crohniennes « inflammatoires »

N. Bibani ⁽¹⁾, N. Bellil ⁽¹⁾, M. Sabbah ⁽¹⁾, D. Trad ⁽¹⁾, A. Ouakaa Kchaou ⁽¹⁾, H. Elloumi ⁽¹⁾, D. Gargouri ⁽¹⁾

(1) Tunis, TUNISIE.

Introduction : Il a largement été démontré que le tabagisme était un facteur délétère au cours de la maladie de Crohn (MC). En effet, il augmente le nombre de poussées, favorise les collections profondes, le risque de chirurgie, et les récidives post opératoires. Son impact sur les résultats du traitement a moins été évalué dans la littérature.

Le but de ce travail était d'évaluer l'impact du tabagisme actif sur la réponse au traitement médical des sténoses digestives de type « inflammatoire » au cours de la MC.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective (2002-2015) menée à l'hôpital Habib Thameur ayant inclus tous les patients ayant présenté une sténose de type inflammatoire symptomatique traitée médicalement (par corticothérapie ou anti TNF alpha seuls ou en association avec l'azathioprine). Le type inflammatoire de la sténose retenu sur des signes d'activité biologiques (syndrome inflammatoire) et radiologique objectifs de l'imagerie en coupe. Les patients ont été répartis en deux groupes selon le statut tabagique : groupe I: tabagisme actif, groupe II: pas de tabagisme. L'échec du traitement médical a été défini par une récidive symptomatique conduisant à une hospitalisation, une dilatation endoscopique ou au recours à la chirurgie dans les 24 mois suivant le traitement médical.

Résultats : Au total, 43 patients ont été colligés (groupe I (n=21) et groupe II (n=22)). Dans le groupe I, le traitement médical était basé sur une corticothérapie chez 15 patients (71%) avec un traitement d'entretien par azathioprine (AZA) chez 70 % (n=11) des cas et sur les anti-TNF alpha en combothérapie avec l'AZA chez 8 patients (29%). Dans le groupe II, le traitement médical était basé sur la corticothérapie chez 16 patients (76%) associé à l'AZA dans 65 % des cas (n=14) et sur les Anti-TNF alpha en combothérapie chez 6 patients (22%). La nécessité de cures répétées de corticoïdes (p=0,046), la présence de fistules entéro-entériques objectivées à l'imagerie en coupe (p<10⁻³), la récidive symptomatique (p=0,006), le recours à la chirurgie (p=0,004) ainsi l'échec du traitement médical étaient significativement plus élevés dans le groupe I. Par ailleurs, la survie sans recours à la chirurgie à 2 ans et à 4 ans suivant le traitement médical était respectivement de 83 % et de 76% dans le groupe I versus 45% et 30 % dans le groupe II (log-rank Test= 0,006).

Conclusion : Notre étude confirme l'impact péjoratif du tabagisme actif au cours des sténoses inflammatoires de la MC. Il diminue l'efficacité du traitement médical et augmente le risque de sanction chirurgicale. De plus, celui-ci était significativement associé à la présence de fistules entéro-entériques. Ceci souligne l'intérêt majeur du sevrage tabagique chez ces patients.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/001010>

P.494

L'observance et certains de ses déterminants dans les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI) : résultats préliminaires d'une étude prospective

A. El Farouki ⁽¹⁾, M.A. Lkousse ⁽¹⁾, Y. Ismail ⁽¹⁾, J. El Atmani ⁽¹⁾, S. Oubaha ⁽¹⁾, Z. Samlani ⁽¹⁾, K. Krati ⁽¹⁾

(1) Marrakech, MAROC.

Introduction : La mauvaise observance des traitements des MICI diminue leur efficacité. Une meilleure connaissance des circonstances et typologies exposant plus les malades au risque de mauvaise observance devrait permettre de mieux les prendre en charge.

Le but de ce travail était d'identifier les facteurs associés à la mauvaise observance des traitements des MICI chez nos patients

Patients et Méthodes : Nous avons interrogé les patients suivis pour une MICI (RCH ou crohn) dans notre service, de Décembre 2017 à juin 2018 en utilisant un questionnaire. Les patients récemment diagnostiqués (moins de six mois) ont été exclus ainsi que les patients hospitalisés pour une rechute.

Résultats : Soixante douze patients (66,5 % de femmes de 34 ans en moyenne et 33,5 % d'hommes de 38 ans en moyenne) ont été interrogés. Cinquante cinq pour cent d'entre eux étaient ruraux, 49 % avaient une activité professionnelle et 16 % étaient des analphabètes. 61,9 % étaient suivis pour RCH et 37 % pour MC. L'âge moyen au diagnostic était de 29,9 ans (31,7 pour la MC et 28,2 pour la RCH), l'ancienneté moyenne de la maladie était de 5,7 ans. Le nombre moyen de coloscopies et de rectoscopies était de 2,5 et 4,8 respectivement. 82 % des malades se déclaraient observant, le taux d'observance thérapeutique (TOT) moyen est de 81± 12 % (extrêmes 46-100 %). Les facteurs significativement associés à l'observance thérapeutique étaient : le niveau économique, un antécédent de chirurgie, la voie d'administration du traitement, l'absence de signes de tristesse, la facilité d'accès et de relation aux médecins. La situation familiale, le diagnostic de RCH ou MC, et la peur d'effets secondaires lié aux traitements n'étaient pas différents entre les observants et les non observants.

Conclusion : Une non-observance médicamenteuse est fréquente au cours des MICI et augmente le risque de rechute. Ses déterminants sont particulièrement d'ordre psychosocial et relationnel entre médecin et malade.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000952>

P.495

La colite aiguë grave : facteurs prédictifs de la colectomie

A. Bouhadjela ⁽¹⁾, K. Layaida ⁽¹⁾, Y. Zair ⁽¹⁾, S. Khoutar ⁽¹⁾, B. Othmane ⁽¹⁾, Z. Amir ⁽¹⁾, Z. Imessaoudene ⁽¹⁾, S. Berkane ⁽¹⁾
(1) Alger, ALGÉRIE.

Introduction : La colite aigue grave (CAG) est une complication des Maladies Inflammatoires Chroniques de l'Intestin (MICI), plus fréquente au cours de la RCH. Son diagnostic repose sur des critères clinico-biologiques classiques (critères de Truelove). Elle constitue une urgence médicochirurgicale. Sa prise en charge doit donc être rapide et coordonnée. **Le but de notre travail** est de rechercher les facteurs prédictifs de la colectomie au cours de la CAG de RCH.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective, ayant inclus tous les patients adultes, âgés de plus de 18 ans, admis pour colite aigue grave (CAG) durant une période allant de Janvier 2005 à Septembre 2018. La sévérité de la CAG a été évaluée selon les critères clinico-biologiques reconnus plus ou moins radio-endoscopiques. En absence de complication, tous les patients ont reçu une corticothérapie par voie intraveineuse pendant 5 à 7 jours, puis relais par voie orale en cas de bonne réponse. La colectomie a été réalisée en cas d'échec de la corticothérapie ou en cas de complication. Des facteurs prédictifs de chirurgie ont été recherchés. Les variables ont été comparées par le test de Student.

Résultats : 65 patients ont été inclus, l'âge moyen est de 40.1 ans [18-68 ans], un sex-ratio de 1.16 (35H/30F). Il s'agissait d'une CAG inaugurale chez 17 patients (26.2%). La durée d'évolution de la RCH avant la poussée était < 18 mois chez 20 patients (41,7%), [19 mois-5 ans] chez 12 patients (25%) et > 5 ans chez 16 patients (33,3%). 28 patients (58,3%) ont eu au moins une poussée antérieure. La durée moyenne de rémission avant la poussée était de 19.4 mois [0-72 mois]. Lors de la poussée aigue grave, 77.1% des patients étaient sous 5-ASA et 12,5% sous Azathioprine. L'atteinte était pancolique chez 47 patients (72,3%) et colique gauche dans 9,2%. L'endoscopie a été réalisée dans 91,3%, mettant en évidence des signes de gravité chez 45 patients (75%). Deux patients ont été opérés d'emblée pour (1 colectasie et 1 colite fulminante). Une corticothérapie intraveineuse a été instaurée chez 63 patients (96,9%). 35 (55,5%) patients ont été opérés après échec du traitement à J3 (5%), J5(14,2%), ou après récidence durant la corticothérapie orale (71,4%). La durée moyenne de la récidence après corticothérapie orale était 24 jours [2-80]. Dans notre cohorte, les facteurs associés à un risque de colectomie au cours de la CAG étaient : un taux d'albumine inférieur à 31 g/l (p=0.008), une tachycardie (>97 bpm) (p=0.04), la survenue de plus de 2 poussées antérieures (p=0.0023) et un rapport CRP/Albuminémie > 4.18 (p=0.009).

Conclusion : Dans ce travail rétrospectif, 55,5% des patients avec CAG ont été opérés après échec de la corticothérapie. L'existence d'au moins 2 poussées antérieures, une hypoalbuminémie (<31 g/l), la tachycardie (>97 bpm) et un rapport CRP/Albuminémie > 4.18 étaient les principaux facteurs prédictifs de colectomie.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfige.org/resumes-2019/000621>

P.496

La neurostimulation vagale dans le traitement de la maladie de Crohn. Effet sur le profil cytokinergique du patient stimulé à un an

B. Bonaz ⁽¹⁾, C. Trocmé ⁽¹⁾, S. Pellissier ⁽²⁾, N. Mathieu ⁽¹⁾, V. Sinniger ⁽¹⁾
(1) Grenoble ; (2) Chambéry.

Introduction : Le nerf vague a des propriétés anti-inflammatoires via la voie cholinergique anti-inflammatoire (1). L'acétylcholine libérée à son extrémité inhibe la libération de TNFalpha par les macrophages via des récepteurs alpha7 nicotiniques. Une stimulation électrique du nerf vague améliore une colite expérimentale. C'est dans ce contexte que nous avons mené une étude pilote translationnelle chez des patients avec maladie de Crohn (MC) active. Cette étude consistait à implanter chirurgicalement une électrode autour du nerf vague (NV) gauche et à traiter les patients par neurostimulation vagale électrique (NSV). Sont présentés ici les résultats portant sur l'effet de la stimulation vagale sur le profil cytokinergique des patients sous stimulation.

Patients et Méthodes : Neuf patients (5H, 4F) avec MC en poussée légère à modérée ont été sélectionnés sur des critères cliniques (220<CDAI<450), biologiques (CRP et calprotectine fécale) et endoscopique (CDEIS). La NSV était réalisée à l'aide d'une électrode implantée autour du NV cervical gauche, au cours d'une intervention neurochirurgicale, et reliée à un neurostimulateur (Llivanova (Cyberonics), Lyon, France). Les paramètres de neurostimulation étaient les suivants : 10 Hz, 500 ms, 0,5 mA, 30 sec ON, 5 min OFF en cycles continus. Les patients étaient suivis de façon régulière pendant 1 an sur les critères cités ci-dessus. D'autre part, les concentrations plasmatiques des cytokines/chimikines impliquées dans l'inflammation étaient dosées lors de l'inclusion et à un an (dosage ELISA des cytokines IFN-gamma, IL-12, IL-10, IL-17a, IL-1beta, IL-21, IL-6, IL-23, TNF-alpha, IL-2, GM-CSF et MIP-1alpha ; MagPix Kit, Merck 12-plex, pôle biologie, CHU de Grenoble). Devant la persistance de l'activité de leur maladie, malgré une amélioration initiale, deux patients sont sortis de l'étude à 3 mois post-implantation et traités médicalement ou chirurgicalement. Les dosages post-NSV de ces deux patients ont été réalisés à leur sortie (M3).

Résultats : A l'inclusion, les patients avaient tous une MC active (CDAI), huit un score endoscopique supérieur au seuil d'activité (CDEIS) et sept avaient une CRP et/ou une calprotectine fécale anormales. Comparé à un profil cytokinergique de 12 contrôles sains, celui des patients montrait une augmentation des cytokines suivantes : 7 patients sur 9 avaient un taux d'IL6 augmenté de 2,5 à 10 fois. 6 patients sur 9 avaient un taux d'IL23 augmenté de 2 à 15 fois. 5 patients sur 9 avaient un taux d'IL1beta, IL17 et IL12 augmentés de 2 à 5,5 fois ; de 2 à 5 fois ; de 2 à 6 fois respectivement. 4 patients sur 9 avaient un taux d'interféron-gamma et de MIP1alpha augmentés de 2 à 4,5 fois et de 2 à 2,5 fois respectivement. 3 patients sur 9 avaient un taux de TNFalpha augmenté de 2 à 4 fois. Après 12 mois de NSV, les 9 patients implantés étaient encore stimulés. Sept patients n'avaient pas d'autre traitement que la NSV. Les sept patients ayant terminé l'étude avaient un score clinique abaissé de 80 à 230 points (delta CDAI) et cinq d'entre eux avaient un score endoscopique diminué de 50 à 100%. 6 patients sur 9 avaient un taux d'IL6 diminué de 29 à 97% (avec un taux normalisé pour deux patients). 5 patients sur 9 avaient un taux de TNFalpha diminué de 36 à 70% (avec un taux normalisé pour deux patients). 5 patients sur 9 avaient un taux d'IL23 diminué de 5 à 51%, sans toutefois atteindre des valeurs normales. 4 patients sur 9 avaient un taux d'IL12 et de MIP1alpha diminué de 3 à 44% et de 3 à 32% respectivement, sans toutefois atteindre des valeurs normales. Enfin, l'IL17, l'IL1beta, l'interféron gamma et l'IL10 avaient un taux diminué pour 3 patients sur 9.

Conclusion : La NSV, appliquée pour la première fois dans le traitement de la MC, nous apparaît comme une alternative thérapeutique intéressante au traitement médicamenteux conventionnel, pour des patients avec MC légère à modérée. Les résultats de cette étude pilote confirment partiellement la voie cholinergique anti-TNF

utilisée et semble aussi impacter d'autres cytokines telles que l'IL6 et l'IL23.

Remerciements : Financement : AAP translationnel INSERM-DGOS, 2011.

Références Bibliographiques : (1) Pavlov VA et al. Mol Med 2003;9(5-8):125-34.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000790>

P.497

Résultats de l'étude STAR, étude sur les pratiques en ville de prise en charge de la rectocolite hémorragique en France dans les premières années suivant le diagnostic

A. Bourreille ⁽¹⁾, S. Nancey ⁽²⁾, H. Sokol ⁽³⁾, L. Peyrin-Biroulet ⁽⁴⁾, Y. Bouhnik ⁽⁵⁾, X. Roblin ⁽⁶⁾, G. Bonnaud ⁽⁷⁾, A. Attar ⁽³⁾

(1) Nantes ; (2) Lyon ; (3) Paris ; (4) Vandœuvre-lès-Nancy ; (5) Clichy-la-Garenne ; (6) Saint-Etienne ; (7) Toulouse.

Introduction : L'objectif principal de cette étude est de décrire pour la première fois les pratiques en ville de prise en charge de la RCH, en France, dans les premières années suivant le diagnostic et de confronter les données de la vie réelle aux recommandations européennes.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude observationnelle, rétrospective, multicentrique et nationale (France), menée auprès de gastro-entérologues libéraux. Les médecins participants ont recueilli les données des patients vus en consultation, ayant eu un diagnostic de RCH au cours des 36 derniers mois, avec un recul d'au moins 12 mois. Les patients inclus dans cette étude devaient être âgés de 18 ans ou plus. Les données collectées étaient issues des dossiers médicaux des patients.

Résultats : Quatre-vingt-dix médecins ont inclus 249 patients entre mars 2017 et juin 2018. L'âge médian des patients était de 35 ans avec 48,3 % de femme et 11,6 % de fumeur. L'ancienneté médiane de la RCH était de 18,4 mois. L'étendue de la RCH selon la classification de Montréal était de 42,9 % pour E1 (limitée au rectum), 40,0 % pour E2 (en dessous de l'angle gauche) et 17,1 % pour E3 (dépassant l'angle gauche). La gravité de la maladie perçue par le médecin (EVA0-100 mm) lors du diagnostic était en moyenne à la dernière consultation de 34,50 et de 18,55 respectivement. Le score partiel Mayo lors du diagnostic et à la dernière consultation était en moyenne de 4,26 et de 1,95. Le score partiel de Mayo au diagnostic montrait : 36,4 % de forme légère, 56,1 % de forme modérée et 5,3 % de forme sévère. En comparaison, le score partiel de Mayo à la dernière consultation montrait : 2,2 % de rémission, 35,1 % de forme légère, 56,7 % de forme modérée et 5,9 % de forme sévère. La dernière endoscopie au cours de la 1ère année de traitement montrait : 28,6 % de cicatrisation, 38,6 % d'activité légère, 28,6 % d'activité modérée et 4,3 % d'activité sévère. 97 % des patients ont reçu un traitement par 5-ASA, 43 % des corticoïdes, 14 % des immunosuppresseurs et 19 % des Anti-TNF. Au jour de la dernière consultation, plus de 40 % des patients ne recevaient plus de 5-ASA. La forme orale de 5-ASA a été prescrite chez 39 % des patients, la forme rectale chez 31 % et l'association chez 27 % des patients. Le traitement par 5-ASA a été efficace dès le 1^{er} mois pour 67 % des patients. La posologie moyenne du traitement d'attaque oral de 5-ASA était de 3,3 g/j. 70 % des patients avaient un traitement d'attaque optimal ≥ 4 g/j de mésalazine et 12 % avait une posologie inférieure aux recommandations européennes ($<2,4$ g/j). La posologie moyenne de 5-ASA en entretien était de 2g/j. Pour la forme basse de mésalazine, la posologie moyenne était de 1,2g/j. La durée médiane de traitement d'attaque avec la forme orale était de 89 jours versus 48 jours avec la forme rectale. La durée médiane du traitement d'entretien oral était de 346 jours et 127 jours avec la forme rectale. 70 % des patients ayant commencé un 5-ASA en 1ère ligne n'ont nécessité aucune autre classe médicamenteuse. Depuis le diagnostic jusqu'au jour de la dernière consultation, 44 % des patients avaient eu des corticoïdes, 20 % des immunosuppresseurs et 19 % au moins un anti-TNF. L'initiation d'un traitement par anti-TNF n'était pas liée à la sévérité de la maladie au diagnostic (score de Mayo 5).

Conclusion : Les 5-ASA sont le traitement de référence dans la prise en charge de la RCH en attaque et en entretien et montrent une efficacité dès le 1^{er} mois de traitement. Un patient sur 5 est traité par immunosuppresseurs et un patient sur 5 par anti-TNF. Ceci suggère que de nombreux patients passent directement des 5-ASA aux anti-TNF sans être exposés aux immunosuppresseurs et que l'utilisation des anti-TNF dans cette population ayant une forme majoritairement légère à modérée est très élevée. Un sous-dosage en 5-ASA pourrait expliquer en partie ces chiffres.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000273>

P.498

Etude sur le parcours de soins des patients recevant une biothérapie pour maladie inflammatoire chronique de l'intestinF. Mouri ⁽¹⁾, G. Herbet ⁽²⁾, H. Guesdon ⁽¹⁾, N. Nestor Avril ⁽³⁾, M. Chtini ⁽⁴⁾, Y. Bouhnik ⁽¹⁾, C. Stefanescu ⁽⁴⁾

(1) Clichy-la-Garenne ; (2) Clichy ; (3) Saint-Malo ; (4) Paris.

Introduction : L'outil IV pass a été développé en 2012 sur la base de la méthode d'évaluation "Activity Based Costing". Il a été utilisé pour la réalisation d'une démarche d'évaluation de l'efficacité et de la qualité de prise en charge des patients recevant une biothérapie intraveineuse (IV) en hôpital de jour (HDJ) pour une maladie inflammatoire chronique de l'intestin (MICI). L'objectif était de permettre d'observer les pratiques, mesurer la qualité de la prise en charge et mettre en œuvre des actions d'amélioration.

Patients et Méthodes : L'étude IV pass a été conduite au sein de l'HDJ du service de Gastro entérologie MICI entre octobre 2015 et juillet 2016 avec le soutien de MSD France. L'outil a permis d'évaluer de manière précise et détaillée le parcours de soins des patients atteints de MICI et reçus en HDJ pour l'administration IV d'une biothérapie. Le projet a été conduit en 3 étapes :

- 1) Octobre 2015: mesure du temps à chaque étape du parcours patient;
- 2) Décembre 2015 - Mai 2016 : Identification des zones de blocage et mise en place d'actions d'amélioration;
- 3) Mai 2016 - début Juillet 2016 : évaluation de l'impact des changements apportés par la nouvelle organisation. Cette dernière étape a été réalisée en prenant en compte deux critères d'analyse :

- 1.Impact sur le temps de parcours: évaluation du temps moyen passé dans le service entre l'heure d'arrivée et l'heure de sortie du patient;
- 2.Impact sur la satisfaction patient sur trois items: temps d'attente, condition de prise en charge et qualité de prise en charge. 50 patients ont été inclus à chacune des deux mesures (octobre 2015 et mai 2016). La répartition des patients était identique entre les deux cohortes, à savoir : 64% de patients ont reçu une perfusion d'une heure, 24% une perfusion de deux heures et 12% ont reçu une perfusion de 30 minutes. Une enquête de satisfaction a été réalisée auprès de 50 patients en traitement d'entretien lors de la 2^{ème} mesure (mai 2016). Le relevé des heures et durées de chaque étape a été réalisé par les soignants sous la coordination du médecin référent de l'HDJ. Les questionnaires de satisfaction ont été remis à l'arrivée du patient et récupérés à leur sortie.

Résultats : La première étude a montré un temps moyen de parcours de 3h26 dont la moitié correspondait au temps d'attente soit 48 minutes en moyenne entre l'accueil du patient et la consultation médicale. Pas de différence significative entre les temps de prises en charge du matin et celles de l'après-midi n'a été relevée. Par contre, une nette hétérogénéité de parcours entre les différents types de perfusions :

Un temps de perfusion ne représentant que 12% du parcours patient venu pour une perfusion de 30 minutes, 35% pour une perfusion de 60 minutes et 47% pour une perfusion de 120 minutes. A partir de ces résultats, le service a décidé de travailler sur le réaménagement du temps de travail afin de permettre une consultation médicale au plus près de l'arrivée du patient et une répartition de l'activité sur la journée pour éviter une saturation des lits sur certaines plages horaires. Ce qui a permis de constater une réduction de 56 minutes du temps de prise en charge. L'expérience patient a également été améliorée avec 72% des patients interrogés qui ont constaté une réduction du temps d'attente et 59% ont perçu une amélioration des conditions de prises en charge.

Conclusion : Un réaménagement du temps de travail médical et une répartition équilibrée du flux des patients, permettent de réduire d'un tiers le temps moyen de prise en charge d'un patient nécessitant une biothérapie IV en HDJ. Les patients constatent une diminution du temps d'attente et une amélioration des conditions de prise en charge.

Références Bibliographiques : Ricci C, Lanzarotto F, Lanzini A. The multidisciplinary team for management of inflammatory bowel diseases. Dig Liver Dis 2008;40 Suppl 2:S285-8.

Panes J, O'Connor M, Peyrin-Biroulet L, et al. Improving quality of care in inflammatory bowel disease: What changes can be made today? J Crohns Colitis;8:919-26.

Faure P, Laharie D, Sibilia J, et al. Parcours de soins des patients recevant un biomédicament. Le concours médical 2016;138:187-9.

Sharan AD, Schroeder GD, West ME, Vaccaro AR. Understanding time-driven activity-based costing. Clin Spine Surg;29:62-5.

Oker F, Ozyapici H. A new costing model in hospital management: Time-driven activity-based costing system. Health Care Manag (Frederick);32:23-36.

Buisson A, Seigne AL, D'Huart M C, Bigard MA, Peyrin-Biroulet L. The extra burden of infliximab infusions in inflammatory bowel disease. Inflamm Bowel Dis;19:2464-7.

Pham T, Bachelez H, Berthelot JM, et al. Tnf alpha antagonist therapy and safety monitoring. Joint Bone Spine;78 Suppl 1:15-185.

Amiot A, Grimaud JC, Peyrin-Biroulet L, et al. Effectiveness and safety of vedolizumab induction therapy for patients with inflammatory bowel disease. Clin Gastroenterol Hepatol;14:1593-601 e2.

Hazlewood GS, Rezaie A, Borman M, et al. Comparative effectiveness of immunosuppressants and biologics for inducing and maintaining remission in crohn's disease: A network meta-analysis. Gastroenterology;148:344-54 e5; quiz e14-5.

Danese S, Fiorino G, Peyrin-Biroulet L, et al. Biological agents for moderately to severely active ulcerative colitis: A systematic review and network meta-analysis. Ann Intern Med;160:704-11.

Bonovas S, Fiorino G, Allocca M, et al. Biologic therapies and risk of infection and malignancy in patients with inflammatory bowel disease: A systematic review and network meta-analysis. Clin Gastroenterol Hepatol;14:1385-97 e10.

Danese S, Fiocchi C. Ulcerative colitis. N Engl J Med;365:1713-25.

Kappelman MD, Rifas-Shiman SL, Kleinman K, et al. The prevalence and geographic distribution of crohn's disease and ulcerative colitis in the united states. Clin Gastroenterol Hepatol 2007;5:1424-9.

Baumgart DC, Sandborn WJ. Crohn's disease. Lancet;380:1590-605.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000016>

P.499

Résultats d'une enquête nationale sur l'éducation thérapeutique dans les MICI par une association impliquant des soignants et des patients : l'AFEMI

J. Moreau ⁽¹⁾, E. Balez ⁽²⁾, C. Devos ⁽³⁾, X. Hébuterne ⁽²⁾, M. Veltin ⁽⁴⁾, M. Allez ⁽³⁾
 (1) Toulouse ; (2) Nice ; (3) Paris ; (4) Vandœuvre-lès-Nancy.

Introduction : Selon l'OMS, l'éducation thérapeutique (ETP) vise à aider les patients à acquérir des compétences pour améliorer leur qualité de vie avec leur maladie chronique. Beaucoup d'acteurs (professionnels de santé et associations de patients) sont désormais convaincus du rôle essentiel que joue l'ETP dans la prise en charge des MICI. Ceci a conduit à la création, en 2018, de l'AFEMI (Association Française pour l'Éducation thérapeutique dans les Maladies Inflammatoires chroniques de l'intestin).

Le but de notre travail a été d'établir un état des lieux de l'ETP dans les MICI en France grâce à une enquête nationale.

Matériels et méthodes : Les questionnaires élaborés par un comité, regroupant des médecins, des soignants spécialistes de l'ETP et des patients, ont été adressés par voie électronique à 73 centres préalablement sélectionnés pour leur implication dans la prise en charge des patients atteints de MICI. Les questionnaires pouvaient être remplis par les gastro-entérologues, les infirmiers coordinateurs ou par l'ensemble de l'équipe en charge de l'ETP.

Résultats : Sur les 73 centres sollicités, 37 ont répondu dont 33 centres hospitaliers (CHG ou CHU) et 4 gastro-entérologues libéraux. Parmi les centres répondants, 70% ont déclaré disposer d'un programme d'ETP MICI reconnu par l'ARS. Il était en cours de création dans 16% des centres. 70% des centres disposaient d'une structure transversale d'ETP (type UTEP). Le nombre d'éducateurs variait de 1 à 5, avec une moyenne de 2.5. Six personnes (en moyenne) étaient impliquées dans les programmes d'ETP, avec de fortes disparités suivant les centres. Finalement, l'ETP n'était définie comme une action prioritaire du pôle que pour 26 % des centres répondants. Moins de la moitié des centres disposaient d'une salle dédiée à l'ETP et/ou d'une plateforme transversale pour les patients. Parmi les thématiques abordées en séances individuelles ou en ateliers, la connaissance de la maladie (95%), l'alimentation (91%), la fatigue (77%) étaient presque systématiquement proposées tandis que les douleurs (18%), l'activité physique (27%) ou le travail (50%) ne l'étaient pas toujours. Deux tiers des centres répondants (68%) ne disposaient pas d'un outil d'évaluation et de planification de leur programme d'ETP. Un quart des répondants utilisaient des supports numériques (applications, sites internet, télémedecine) pour la pratique quotidienne de l'ETP. La moitié des patients des centres répondants, s'inscrivant aux programmes d'ETP, étaient adressés par l'association de patients (AFA). Moins d'un tiers des centres (29%) proposaient systématiquement des séances d'ETP à tous les patients et 24% des centres les organisaient à l'occasion d'une consultation. Un peu plus de la moitié des centres (52%) impliquaient un patient expert dans leur programme. Le diagnostic éducatif n'était réalisé que chez 33% des patients et l'évaluation du bénéfice de l'ETP en fin de programme n'était effectuée que dans 28% des centres.

Conclusion : Cette enquête démontre que l'ETP-MICI commence à se développer et à se structurer en France même s'il existe une hétérogénéité des pratiques. Les missions essentielles de l'AFEMI seront donc de favoriser le développement de l'ETP-MICI et d'harmoniser les pratiques, en veillant à une formation plus spécifique d'éducateurs dans le domaine des MICI, en développant et en diffusant des outils mieux adaptés et en accompagnant les professionnels de santé par des programmes structurés afin d'améliorer la qualité de vie des patients atteints de MICI.

Toutes ces données sont rassemblées dans un livre blanc.

Remerciements : Soutien institutionnel du laboratoire Takeda France.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000384>

P.500

Evolution et prise en charge thérapeutique des patients atteints d'une maladie de Crohn compliquée d'une sténose serrée du tractus digestif supérieur : résultats d'une étude multicentrique du GETAID

T. Lambin ⁽¹⁾, A. Amiot ⁽²⁾, C. Stefanescu ⁽³⁾, J.M. Gornet ⁽³⁾, P. Seksik ⁽³⁾, D. Laharie ⁽⁴⁾, C. Reenaers ⁽⁵⁾, A. Bouraille ⁽⁶⁾, G. Cadiot ⁽⁷⁾, F. Carbonnel ⁽⁸⁾, N. Dib ⁽⁹⁾, M. Fumery ⁽¹⁰⁾, C. Gilletta de Saint-Joseph ⁽¹¹⁾, J. Filippi ⁽¹²⁾, L. Peyrin-Biroulet ⁽¹³⁾, B. Pariente ⁽¹⁾

(1) Lille ; (2) Créteil ; (3) Paris ; (4) Bordeaux ; (5) Liège, BELGIQUE ; (6) Nantes ; (7) Reims ; (8) Le Kremlin-Bicêtre ; (9) Angers ; (10) Amiens ; (11) Toulouse ; (12) Nice ; (13) Vandœuvre-lès-Nancy.

Introduction : Les localisations digestives hautes de la maladie de Crohn (MC) sont rares mais peuvent se compliquer de sténoses et leur prise en charge reste mal connue. L'objectif de cette étude était d'évaluer l'évolution et la prise en charge thérapeutique des patients atteints d'une MC compliquée d'une sténose serrée du tractus digestif supérieur.

Patients et Méthodes : De janvier 1978 à janvier 2018, nous avons réalisé une étude rétrospective au sein de 25 centres du Groupe d'Etude Thérapeutique des Affections Inflammatoires du tube Digestif (GETAID) incluant tous les patients ayant une MC avec sténose du tractus digestif supérieur non franchissable en endoscopie digestive haute. Le critère de jugement principal était la survie sans chirurgie depuis le diagnostic de la sténose. Les facteurs de risque de survenue d'une chirurgie ont été étudiés en analyse uni et multivariée. L'efficacité clinique des traitements médicaux, endoscopiques et chirurgicaux a également été évaluée.

Résultats : Soixante patients ont été inclus, 20 (33%) étaient des femmes et 9 (15%) étaient fumeurs. La durée médiane d'évolution de la MC au diagnostic de la sténose était de 5,5 (IQR : 0-12) ans. La localisation de la sténose était l'œsophage dans 4 (7%) cas, l'estomac dans 6 (10%) cas, le duodénum dans 37 (62%) cas, le jéjunum proximal dans 7 (11%) cas, l'estomac et le duodénum simultanément dans 6 (10%) cas. Cinquante-sept (95%) sténoses étaient natives et 3 (5%) étaient anastomotiques. La durée médiane de suivi du diagnostic de la sténose à la date des dernières nouvelles était de 5,5 (IQR : 3-12) ans. La survie sans chirurgie était de 77% à 1 an, 64% à 5 ans et 55% à 7 ans. Les traitements médicaux de la sténose étaient les immunosuppresseurs dans 40 cas avec une efficacité clinique dans 53% des cas, les anti-TNF α dans 42 cas avec une efficacité clinique de 74%, le vedolizumab dans 1 cas avec échec du traitement et l'ustekinumab dans 6 cas avec une efficacité clinique de 66%. Trente-deux (53%) patients ont bénéficié d'un traitement endoscopique ; 80 procédures endoscopiques ont été réalisées : 2 injections de corticoïdes seules, 61 dilatations au ballonnet, 3 dilatations à la bougie, 11 poses de stent, 1 dilatation avec pose de stent, et 2 gastroentéroanastomoses. L'efficacité endoscopique initiale, définie par le franchissement de la sténose par l'endoscope au décours immédiat de la procédure, était rapportée dans 79% des cas, avec une efficacité clinique dans 80% des cas. Quatre (5%) complications ont été décrites : 3 perforations duodénales et 1 hémorragie duodénale. Au terme du suivi 27 (45%) patients ont été opérés avec 30 interventions réalisées : 1 stricturoplastie, 10 résections intestinales, 1 anastomose duodéno-jéjunale, 15 gastroentéroanastomoses et 3 duodénoanacréatomes céphaliques, avec une efficacité clinique toutes chirurgies confondues dans 96% des cas. Dix (33%) complications chirurgicales ont été rapportées dont un décès. En analyse multivariée le risque de chirurgie était significativement plus faible chez les patients recevant un anti-TNF α au moment du diagnostic de la sténose, chez les patients chez qui un traitement anti-TNF α était introduit à la suite du diagnostic de la sténose et chez ceux ayant bénéficié d'une prise en charge endoscopique.

Conclusion : Dans cette étude multicentrique, 2/3 des sténoses digestives hautes non franchissables en endoscopie observées dans la MC étaient localisées dans le duodénum.

Un traitement chirurgical lourd est souvent nécessaire, néanmoins les traitements médicaux et endoscopiques permettent d'éviter une intervention chirurgicale chez la moitié des patients.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000315>

P.501

Evaluation d'une check-liste gérée par les infirmier(ères) avant l'administration d'une biothérapie chez les patients atteints de maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI) : étude prospective monocentrique

A. Buisson ⁽¹⁾, A. Giraudon ⁽¹⁾, C. Allimant ⁽¹⁾, M. Dodel ⁽¹⁾, B. Pereira ⁽¹⁾, M. Reymond ⁽¹⁾, G. Bommelaer ⁽¹⁾

(1) Clermont-Ferrand.

Introduction : Les perfusions répétées de biothérapies, bien qu'efficaces, peuvent participer à l'altération de la qualité de vie des patients atteints de maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI). Une organisation optimale du déroulement de ces traitements est donc un élément important à prendre en compte dans la prise en charge de ces patients.

L'objectif de notre étude était de comparer le temps de présence à l'hôpital, la satisfaction des patients et le taux d'effets secondaires entre deux organisations de perfusions de biothérapies intra-veineuse en hôpital de jour chez les patients atteints de MICI.

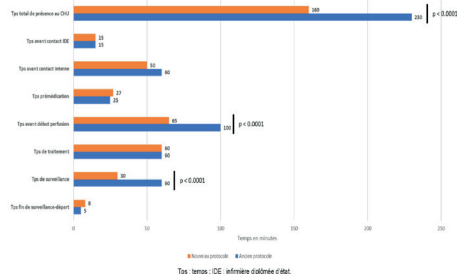
Patients et Méthodes : Tous les patients traités par perfusions intra-veineuse de biothérapie pour MICI ont été inclus prospectivement et suivis pendant 2 périodes successives de 8 semaines chacune. Lors de la première période, tous les patients recevaient leur biothérapie selon le protocole habituel. Ils étaient successivement accueillis par l'infirmière (IDE), qui attendait que le patient soit vu par l'interne (prescription de la biothérapie) avant d'administrer la biothérapie (avec prémédication préalable chez certains patients). Les patients étaient ensuite surveillés (paramètres vitaux et signes cliniques) pendant une période le plus souvent d'une heure avant de pouvoir quitter l'hôpital. Lors de la deuxième période, un nouveau protocole était mis en place. Il était basé sur le remplissage d'une checklist par l'IDE. Cette checklist était composée de 5 questions : le patient présente-t-il 1) une température > 38°C, 2) des douleurs anales ou écoulements anaux apparus ou qui se sont aggravés récemment, 3) des douleurs abdominales intenses (Echelle numérique > 6) apparues ou qui se sont aggravées récemment, 4) une augmentation du nombre de selles d'au moins 3 selles par jour par rapport à la dernière perfusion (n +3). 5) Est-il inclus dans un protocole de recherche ? En cas de réponse positive à l'une d'elles, l'infirmière devait attendre le passage de l'interne (ou de l'ARC pour la 5^{ème} question concernant la participation à un protocole de recherche) avant de démarrer la perfusion. Si toutes les réponses étaient négatives, l'IDE démarrait la perfusion (le passage de l'interne se faisant alors pendant le déroulement de la perfusion). De plus, la prémédication n'était plus réalisée que si le patient avait présenté une réaction à la perfusion antérieurement et la durée de surveillance avait été ramenée à 30 minutes pour tous les patients. Les données sur le déroulement de la perfusion pour l'ancienne et la nouvelle organisation : heure d'arrivée du patient, heure de premier contact avec l'IDE, heure de premier contact avec l'interne, heure du début de la prémédication, heure de début et de fin de la perfusion, heure de la fin de la surveillance, heure de départ. Une évaluation de la satisfaction des patients (échelle numérique) était réalisée. Les données entre les 2 organisations ont été comparées par des tests appariés non paramétriques.

Résultats : Au total, 173 patients ont été inclus dans notre étude dont 51,4 % de maladie de Crohn et 33,7 % de fumeurs actifs. Le CDAI médian était de 71 [36 – 112] et le SCCAI médian de 1 [0 - 2]. Les patients recevaient comme biothérapie de l'infliximab (76,3 %), du vedolizumab (16,8 %) ou de l'ustekinumab (7,5 %). Les traitements associés étaient des 5-ASA (5,8 %), des corticoides (4,6 %), des thiopurines (27,7 %) ou du méthotrexate (11,0 %). Nous avons décomposé le passage de chaque patient en différentes séquences que nous avons comparé. Nous avons observé une durée médiane significativement plus courte concernant la durée totale de présence à l'hôpital (2h40 vs 3h50 ; p < 0,0001), le délai avant mise en route de la perfusion (1h05 vs 1h40 ; p < 0,0001) et la durée de surveillance post-traitement (30 vs 60 minutes ; p < 0,0001). Les résultats sont présentés sur la Figure 1.

Afin d'évaluer la satisfaction des patients, nous leur avons proposé une échelle numérique allant de 0 (pas du tout satisfait) à 10 (parfaitement satisfait). Les patients étaient significativement plus satisfaits du nouveau protocole que de l'ancien ($9,3 \pm 1,2$ vs $7,7 \pm 3,2$; $p < 0,0001$).

Nous n'avons pas observé plus d'effets secondaires lors du nouveau protocole qu'au cours de l'ancien que ce soit à court terme (taux de réaction à la perfusion = $3,1\%$ vs $0,6\%$; $p = 0,30$) ou pendant les 8 semaines suivant la perfusion.

Conclusion : Notre organisation des perfusions de biothérapie en hôpital de jour basée sur une checklist utilisée par les infirmières pour délivrer le traitement permettait de diminuer le temps de présence à l'hôpital des patients atteints de MICI et d'améliorer leur satisfaction sans augmenter le risque d'effets secondaires.



Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000922>

P.502

Prise en charge de la maladie de Crohn fistulisante : à propos de 153 cas

A. Maktoub⁽¹⁾, H. Abid⁽¹⁾, S. Bahja⁽¹⁾, A. Lamine⁽¹⁾, M. Lahlali⁽¹⁾, N. Lahmidani⁽¹⁾, M. Elyoussfi⁽¹⁾, D.A. Benajah⁽¹⁾, M. Elabkari⁽¹⁾, S.A. Ibrahim⁽¹⁾

(1) Fès, MAROC.

Introduction : La survenue d'une fistule est une complication redoutable au cours de la maladie de Crohn.

Le but de ce travail est d'étudier les aspects cliniques, radiologiques, thérapeutiques et évolutifs de ces fistules au cours de la maladie de Crohn.

Matériels et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive, à propos de 153 cas de maladie de crohn fistulisante, colligés au sein de notre service entre janvier 2001 et octobre 2018.

Résultats : L'âge moyen de nos malades était de 32 ans [17-58 ans] avec un sexe ratio H/F à 0,46. Les signes révélateurs étaient des douleurs abdominales chez 81 patients (53%), des diarrhées chroniques chez 51 patients (33%), un syndrome de Koenig chez 29 patients (19%). L'examen clinique avait noté la présence de lésions ano-périnéales chez 80 cas (52%), des fistules entéro cutanées chez 46 cas (30%), un abcès de la paroi abdominale chez 37 cas (24%). La localisation des fistules était anopérinéale dans 40,5%, entéro-entérale dans 35,3%, entéro-cutanée dans 24,8% puis entéro-vésicale chez 8 patients et recto-vaginale chez 4 cas. Une sténose était associée chez 62 patients (40,5%). Le traitement chirurgical a été indiqué d'emblée dans tous les cas de fistules enterovésicales, 81% des fistules entéro-cutanées, 59% des cas de fistules ano-périnéales, 46% des cas de fistules entéro-entérales et 2 cas des fistules recto-vaginales. 61 patients (39%) n'ont pas été opérés dont 28 cas (18%) mis sous immunosuppresseurs, 22 cas (14%) sous aminosalicylés, et 11 (7%) sous anti-TNF. 23 cas de fistules anopérinéales opérés étaient mis sous immunosuppresseurs. Seuls 8 cas de fistules anopérinéales et 2 cas de fistules entéro-vésicales étaient mis sous infliximab.

Conclusion : La maladie de Crohn fistulisante pose un problème de prise en charge surtout dans notre contexte avec les difficultés d'accès aux biothérapies.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000850>

P.503

Cicatrisation endoscopique chez les patients atteints de MICI sous ISS : résultat préliminaire d'une cohorte prospective

I. Akoch ⁽¹⁾, N. Lahmidani ⁽¹⁾, A. Lamine ⁽¹⁾, M. Lahlali ⁽¹⁾, H. Abid ⁽¹⁾, M. Elyoussfi ⁽¹⁾, D.A. Benajah ⁽¹⁾, M. Elabkari ⁽¹⁾, S.A. Ibrahim ⁽¹⁾

(1) Fès, MAROC.

Introduction : La cicatrisation muqueuse est un objectif à obtenir au cours des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI), que se soit la maladie de Crohn (MC) ou la rectocolite hémorragique (RCH). Cet objectif permet de modifier l'histoire naturelle des MICI en diminuant le nombre des poussées, le recours à un geste chirurgical et en obtenant une amélioration de la qualité de vie de nos patients.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude prospective à propos de 45 malades atteints d'une MICI, suivis dans notre formation. On a inclus les malades traités par azathioprine et / ou anti-TNF alpha, et qui ont bénéficié d'une endoscopie de contrôle au cours de leur suivi. L'objectif de cette étude étant d'évaluer le taux de cicatrisation endoscopique, définie par un score sous- mayo 0-1 pour la RCH et un CDEIS à 3 ans inférieur à 3 pour la maladie de Crohn, et la récurrence clinique.

Résultats : Notre étude a inclut 47 malades répondants aux critères, l'âge moyen était de 40.31 ans et des extrêmes âges allant de 20-67 ans, et un sexe ratio H/F = 1.13. La durée moyenne d'évolution de la maladie était de 47 mois. 26.6% malades (n=12) avaient une maladie de Crohn avec comme une localisation iléo-colique chez 4 patients (33.33%) et une localisation colique pure chez 8 cas (66.66%). Tous nos patients ont bénéficié d'une endoscopie initiale. Trois malades ont été opérés avant la prise des immunosuppresseurs. L'indication de l'azathioprine (AZA) seul était essentiellement une colite aigue grave après réponse à la corticothérapie chez 27 malades (60%). L'AZA était prescrite en association avec des aminosalicylés (locaux et/ou per os) chez 7 (15.55%) patients. 17.02% (n=8) cas ont été mis sous combothérapie suite à non réponse à l'azathioprine.

Tous nos malades ont bénéficié d'une endoscopie de contrôle après un délai médian de 40 mois pour le traitement par l'azathioprine et de 36mois pour la combothérapie. La cicatrisation endoscopique à 36 mois était obtenue chez 31.91% sous AZA et 6.38 % sous combothérapie. Dans la maladie de Crohn la cicatrisation a été obtenue chez 12.76% (n=6) et dans la RCH chez 25.53% (n=12). 10.63% des patients avaient une rémission clinique et non endoscopique.

Conclusion : L'obtention de la cicatrisation muqueuse endoscopique est devenue un nouvel objectif à atteindre, si bien que l'endoscopie y conserve un rôle crucial même si d'autres techniques d'imagerie endoscopique (vidéo-capsule) ou radiologique (entéro-IRM) se développent dans ces indications. Dans notre étude, l'objectif thérapeutique de cicatrisation muqueuse au cours d'un traitement par de l'azathioprine ou anti TNF était possible chez presque le tiers de nos malades à 3 ans, un résultat modeste qu'il faudra certainement améliorer.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000896>

P.504

Les immunosuppresseurs seuls sont-ils capables d'entraîner une cicatrisation des fistules dans la maladie de Crohn ?

A. Choukri ⁽¹⁾, F. Haddad ⁽¹⁾, A. Bellabab ⁽¹⁾, W. Hliwa ⁽¹⁾, M. Tahiri Joutei Hassani ⁽¹⁾, W. Badre ⁽¹⁾

(1) Casablanca, MAROC.

Introduction : La maladie de crohn est responsable d'une inflammation chronique de la paroi intestinale à l'origine de plusieurs complications dont les fistules qui peuvent être internes ou externes, et dont la prise en charge peut être médicale ou chirurgicale. **Le but de notre travail** est d'évaluer l'efficacité des immunosuppresseurs (IS) seuls à entraîner une cicatrisation de ces fistules comparativement au traitement chirurgical.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur tous les cas de maladie de crohn fistulisante, suivis dans notre service durant une période de 5 ans

Résultats : Parmi patients suivis pour maladie de crohn 60 patients présentaient une forme pénétrante soit 31,5%. L'âge moyen de nos patients était de 32 ans (14-62 ans), une légère prédominance masculine a été noté dans 54% avec un sexe ratio H/F de 1,14. 14 patients soit 23,3% étaient des tabagiques chroniques, 6 patients (10%) ont subi une appendicectomie, 6 cas de MICI familial (10%), 4 patients avaient un antécédent de tuberculose soit 6,7%. La médiane de la durée d'évolution était de 6 ans (2-15 ans), la localisation iléo-colique était prédominante retrouvée dans 48 cas (80%), suivie de la localisation colique dans 6 cas (10%), puis la localisation iléale dans 4 cas (6,7%), et périnéale dans 2 cas (3,3%). Les fistules anales étaient prédominantes retrouvées dans 30 cas (50%), suivies par les fistules entéro-entérales et entéro-cutanées retrouvées dans 14 cas chacune soit (23,3%), puis les fistules recto-vaginales dans 3 cas (5 %), les fistules colo-vésicale, entéro-vésicale, et colo-cutané dans 1 cas chacune. Les fistules étaient multiples dans 30% des cas et associées à une sténose dans 64% des cas. 26 Patients (43,3%) ont été traités médicalement : mis sous azathioprine dans 18 cas (69,2%), sous Anti-TNF dans 4 cas (15,3%), sous purinethol dans 2 cas (7,6%), et sous pentasa dans 1 cas. Sous traitement médical l'évolution a été marquée par une cicatrisation complète des fistules dans 18 cas (69,2%), diminution de débit sans fermeture des fistules dans 2 cas (7,6%), échec du traitement médicale dans 6 cas (23%) avec relais par Anti-TNF dans 2 cas, et par chirurgie dans 1 cas. La chirurgie d'emblée a été indiquée dans 34 cas (56,7%), la chirurgie a consisté en une résection grélique et cure de fistule anale dans 14 cas chacune (23,3%), en résection iléo-caecale dans 10 cas (16,7%), déconnexion d'une fistule colo- vésicale et grêlo-vésicale dans 1 cas chacune (3,3%), un lambeau vaginal est prévu chez une patiente présentant une fistule recto-vaginale. Parmi les 17 patients opérés 16 cas ont été mis sous IS en post opératoire et 1 cas a été mis sous Anti-TNF, avec bonne évolution.

Conclusion : Dans notre étude le recours à la chirurgie était prédominant, mais le traitement médical garde également sa place dans la prise en charge des fistules crohniennes permettant une cicatrisation dans 69,2% des cas traités médicalement.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000576>

P.505

Automédication aux corticoïdes chez les patients porteurs de MICIF.Z. Kharbachi ⁽¹⁾, F. Haddad ⁽¹⁾, M. Tahiri Joutei Hassani ⁽¹⁾, W. Hliwa ⁽¹⁾, A. Bellabah ⁽¹⁾, W. Badre ⁽¹⁾

(1) Casablanca, MAROC.

Introduction : Les maladies inflammatoires chroniques intestinales (MICI) sont des maladies chroniques évoluant par poussées. La prescription des corticoïdes n'a pas diminué chez les patients atteints de MICI même à l'ère des biothérapies. Le but de l'enquête est d'étudier la fréquence et les modalités de l'automédication aux corticoïdes chez des patients adultes atteints de MICI.

Patients et Méthodes : Cette enquête a inclus 90 patients hospitalisés pour une poussée de MICI. Nous avons interrogé ces patients en utilisant un questionnaire composé de 11 items.

Résultats : L'âge moyen de nos malades est de 33 ans avec des extrêmes allant de 15 à 72 ans. On a noté une prédominance du sexe masculin 54%. 50% des malades sont porteurs de maladie de Crohn, 40% de RCH. 65% des malades sont admis pour une poussée modérée et 34% pour une poussée sévère.

13% des malades avaient déjà utilisé les corticoïdes sans prescription médicale. 58% d'entre eux sont des femmes. 28% des malades ont utilisé des corticoïdes à plus de 10 reprises sans prescription médicale. La durée moyenne de traitement est de 26 jours avec des extrêmes allant de 4 jours à 4 mois. La dose utilisée varie de 10 mg à 40 mg par jour. 18% des malades procédaient à la dégression progressive des corticoïdes jusqu'à l'arrêt complet. 50% des malades ont développé des complications liées à l'usage intempestif des corticoïdes : une ostéoporose cortisonique chez 8 % des malades, une insuffisance surrénalienne chez 25% des malades et une corticodépendance chez 26% des malades. Les deux principales raisons évoquées étaient : la nécessité d'être soulagé rapidement (n = 7) et l'absence de volonté de consulter un médecin (n = 5).

Conclusion : Une proportion relativement élevée de patients atteints de MICI utilise des corticoïdes sans prescription médicale. En raison de leurs effets secondaires et du risque de la corticodépendance, il semble crucial d'interroger les patients en ce qui concerne ce sujet. L'automédication aux corticoïdes chez les patients ayant une MICI pourrait être discutée après information et éducation des patients.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000277>

P.506

Impact du fer injectable sur le cours évolutif des poussées au cours des MICIS. Mrabti ⁽¹⁾, I. Errabih ⁽¹⁾, N. Benzoubeir ⁽¹⁾, M. Cherkaoui ⁽¹⁾, F. Souidine ⁽¹⁾, L. Chahed Ouazzani ⁽¹⁾

(1) Rabat, MAROC.

Introduction : L'anémie ferriprive a un impact négatif sur la qualité de vie et sur la gravité de la maladie inflammatoire chronique de l'intestin (MICI). Le fer injectable permet de recharger rapidement les réserves en fer et de normaliser le taux d'hémoglobine (Hb), par conséquent la gravité de la poussée de la MICI s'améliore. **Le but de notre travail** est d'évaluer l'efficacité du fer injectable sur le cours évolutif des poussées au cours des MICI.

Matériels et méthodes : Etude rétrospective de Janvier 2008 à Septembre 2018 incluant 856 patients atteints de MICI. Le recours au fer injectable était une anémie sévère selon l'OMS (Hb < 8g/dl) associé à un taux de 30ng/ml-ferritine < 100ng/ml et un taux de CST < 20%, chez des patients ayant une poussée modérée à sévère de leurs MICI (score de Harvey Bradshaw pour la maladie de Crohn et score de Truelove pour la RCH).

Résultats : Il s'agit de 452 patients suivis pour maladie de Crohn soit 52, 8%, et 404 patients ont une RCH soit 47,2%. L'âge moyen est 35,66 (16-66), le sex-ratio : 0,6%. 84% étaient sous traitement médical de la poussée. 170 patients parmi 856 cas de MICI ont bénéficié du fer injectable, soit une prévalence de 19,8%. Nos patients ont reçu 500 mg de fer saccharose réparti sur 2 jours. La poussée de la maladie de Crohn était modérée dans 93,3% et sévère dans 6,7%. La poussée de la RCH était modérée dans 85% et sévère dans 15%. Après perfusion du fer et traitement de fond de la MICI, l'activité est devenue légère dans 86% des cas de même qu'une amélioration de l'état général chez tous nos malades. Le taux moyen de l'Hb à 4 semaines était 11,1g/dl et le taux moyen de la ferritine à 10 mois était 162,4ng/ml.

Conclusion : Le fer injectable a amélioré la prise en charge de l'anémie ferriprive chez les patients suivis pour MICI. Il permet une recharge rapide des réserves en fer et une amélioration de l'activité inflammatoire de la maladie.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000168>

P.507

Place des thiopurines dans le traitement d'entretien après une colite aiguë graveA. Choukri ⁽¹⁾, F. Haddad ⁽¹⁾, A. Bellabah ⁽¹⁾, W. Hliwa ⁽¹⁾, M. Tahiri Joutei Hassani ⁽¹⁾, W. Badre ⁽¹⁾

(1) Casablanca, MAROC.

Introduction : L'objectif de notre étude est d'évaluer le génie évolutif des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI) sous thiopurines (Azathioprine ou 6MP) comme traitement de fond mis au décours d'une colite aiguë grave (CAG) traitée médicalement.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective colligeant tous les patients ayant une MICI et traités par thiopurines au décours d'une CAG sur une période allant de 4 ans. Pour chaque patient nous avons relevé les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et l'évolution de la MICI après la mise sous thiopurines. Tous les patients recevaient une dose entre 2- 2,5mg/Kg/jour. L'échec de traitement est défini par l'absence de maintien de la rémission au cours des 9 premiers mois de traitement et la perte de réponse est définie par la survenue d'une poussée sévère à grave ou plus de 3 poussées par an après 9 mois de traitement. La saisie et l'analyse des données ont été réalisées au moyen du logiciel spss .

Résultats : Nous avons colligé 56 patients d'âge moyen au moment du diagnostic de la MICI de 33 ans.(18 -63) Ils étaient 24 (42,9%) hommes et 32 (57,1%) femmes suivis sur une période moyenne de 4 ans (2-14ans) . Les antécédents familiaux de MICI ont été notés chez 2 patients, 6 patients étaient tabagiques. 2 patients (3,6%) avaient une maladie de Crohn, 52 (92,9%) des patients avaient une rectocolite hémorragique (RCH) et 2 patients avaient une colite inclassée (3,6%).

La CAG était inaugurale dans 26 cas (46,4%), et sur MICI connue dans 30 cas (53,6%) , le score de Lichtiger était en moyenne de 13 (11-16) , 14 patients avaient eu au moins une poussée au cours du traitement avec une moyenne de 2 poussées : 6 patients ont eu une poussée modérée (10,7%), et la colite aiguë grave a récidivé chez 8 patients (14,3%), un échec de traitement a été noté chez 4 patients (7,1%) et une perte de réponse chez 6 patients (10,7%) et le maintien de la rémission chez 32 patients (57,1%) . Le traitement a dû être interrompu chez 10 patients (17,9%) : dont 2 pour survenue d'un effet secondaire (intolérance digestive et pancréatite) , 2 pour un échec et 6 pour une perte de réponse, avec relais par Anti-TNF dans 6 cas (10,7%). Le recours à la chirurgie a été noté chez 6 patients (10,7%).

Conclusion : Dans notre série l'Azathioprine comme traitement de fond au décours d'une CAG ne maintenait la rémission que dans 57,1% des cas. Ces résultats peuvent -ils inciter à la mise sous biothérapie d'emblée en cas de CAG ???.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000580>

P.508

La ciclosporine dans les colites aiguës graves sur rectocolite hémorragique : efficacité et facteurs prédictifs d'échecB. Hasnaoui ⁽¹⁾, A. Ben Slama ⁽¹⁾, A. Hammami ⁽¹⁾, N. Elleuch ⁽¹⁾, H. Jaziri ⁽¹⁾, A. Braham ⁽¹⁾, S. Ajmi ⁽¹⁾, M. Ksiaa ⁽¹⁾, A. Jmaa ⁽¹⁾

(1) Sousse, TUNISIE.

Introduction : La ciclosporine intraveineuse (CSA IV) est une alternative à la colectomie au cours des colites aiguës graves corticorésistantes sur rectocolite hémorragique (RCH). Toutefois, si le taux de la réponse à la CSA est satisfaisant à court terme, son efficacité à moyen et long terme demeure variable selon les études. **Le but de ce travail** rétrospectif est d'évaluer les résultats du traitement par CSA à court et long terme et de dégager les facteurs prédictifs d'échec.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive et analytique, étalée sur une période de 10 ans (2008 à 2017) et incluant tous les patients atteints de colite aiguë grave corticorésistante sur RCH et traités par CSA.

Résultats : Durant la période de l'étude, 80 patients ont été colligés. Il s'agissait de 45 femmes (56,3%) et de 35 hommes (43,7%) avec un sexe-ratio (femme/homme) de 1,28. L'âge moyen des malades était de 35 ans [14-73 ans]. Une bonne réponse à la CSA IV a été observée chez 55 malades (68,75%) alors que 25 étaient colectomisés suite à l'échec de ce traitement. En étude multivariée, on a retenu comme des facteurs de risque indépendants associés à l'échec de la CSA IV : une durée d'évolution de la RCH ≥ 10 ans ($p=0,039$; OR=5,183), un score de Lichtiger ≥ 10 à J3 du traitement ($p=0,01$; OR=16,628) et une valeur de CRP ≥ 30 mg/l à J3 du traitement ($p=0,02$; OR=10,15). Les 55 patients qui ont bien répondu à la CSA IV, étaient mis sous CSA orale à la dose de 5mg/kg/jour associée à l'azathioprine à la dose de 2 mg/kg/jour. Sur une durée médiane de suivi de 27,5 mois, 28 malades (51%) ont rechuté alors que la rémission a été maintenue dans 27 cas (49%). Le taux de colectomie à moyen et long terme était de 21,81% (n=12).

Conclusion : La ciclosporine était efficace dans l'immédiat chez plus que les 2/3 des malades (68,75%) et a pu éviter la colectomie à long terme chez 43 patients (53,75%).

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000463>

P.509

Etude d'efficacité des thiopurines en monothérapie pour obtenir une cicatrisation muqueuse endoscopique et histologique chez les patients atteints de maladies inflammatoires chroniques de l'intestin traité

M. Reymond ⁽¹⁾, L. Blayac ⁽¹⁾, C. Allimant ⁽¹⁾, M. Dapigny ⁽¹⁾, B. Pereira ⁽¹⁾, G. Bommelaer ⁽¹⁾, A. Buisson ⁽¹⁾

(1) Clermont-Ferrand.

Introduction : A l'ère des biothérapies, l'efficacité des thiopurines en monothérapie est remise en question chez les patients atteints de maladies inflammatoire chroniques de l'intestin (MICI) notamment quant à leur capacité à obtenir une cicatrisation muqueuse.

L'objectif de notre étude était d'étudier le taux de cicatrisation muqueuse endoscopique (CME) et de cicatrisation muqueuse histologique (CMH) chez les patients atteints de MICI traités par thiopurines en monothérapie.

Patients et Méthodes : A l'aide d'une base de données de patients atteints de MICI ayant eu une endoscopie basse (coloscopie totale ou partielle et recto-sigmoïdoscopie) entre janvier 2012 et juin 2018, nous avons identifié de manière rétrospective tous les patients atteints de MICI ayant eu une évaluation de l'activité endoscopique de leur maladie alors qu'ils étaient traités par azathioprine en monothérapie dans notre centre.

Les thiopurines étaient prescrits à la dose de 2 à 2,5 mg/kg pour l'azathioprine et 1 à 1,5 mg/kg pour la 6-mécaptopurine par voie orale en une prise par jour. Toutefois, la posologie pouvait être adaptée en fonction du taux de 6-TGN (objectif entre 240 et 400) ou en raison d'une mauvaise tolérance. La CME était définie comme un score endoscopique Mayo ≤ 1 pour la rectocolite hémorragique (RCH) et l'absence d'ulcération pour la maladie de Crohn (MC). La CMH était définie comme un indice de Nancy ≤ 1 pour la RCH et comme l'absence de signes histologiques d'activité (infiltration par des polynucléaires neutrophiles) pour la MC.

Les facteurs associés à la CME ou la CMH ont été identifiés en analyse univariée en utilisant les tests adaptés puis ont été confirmés par analyse multivariée (modèle de régression logistique). Pour les critères quantitatifs des courbes ROC ont été réalisées pour définir les meilleurs seuils.

Résultats : Parmi les 517 patients atteints de MICI ayant eu au moins une endoscopie digestive (1099 endoscopies au total), 146 patients ont été inclus dont 67 RCH et 79 MC. Leurs caractéristiques sont décrites Tableau 1. Le taux de CME était de 53,2 % pour les patients atteints de MC après une durée médiane de traitement de 31,5 mois [6 – 73,8]. En analyse multivariée, seules l'absence d'activité clinique (CDAI < 150) (OR = 0,28 [0,08 - 0,94] ; p = 0,039) et une CRP < 7,5 g/L (OR = 0,09 [0,01 – 0,58] ; p = 0,011) étaient associées à la CME. Le taux de CMH dans la MC était de 38,3%. En analyse multivariée, seule la présence d'une CME était associée à la CMH (OR = 83,2 [5,8 – 1192,9] ; p = 0,001). Le taux de CME était de 49,3 % dans la RCH, après une durée médiane de traitement de 20 mois [6,0 – 73,7]. En analyse multivariée, seules l'absence d'activité clinique (SCCAI < 2) (OR = 0,08 [0,01 - 0,4] ; p = 0,003) et une endoscopie réalisée après le 8^{ème} mois de traitement (OR = 8,2 [1,4 - 49,4] ; p = 0,021) étaient associées à la CME. Le taux de CMH était de 28,9 % dans la RCH. En analyse multivariée, seule la présence d'une CME était associée à la CMH (OR = 24,4 [1,01 – 67,1] ; p = 0,05).

Conclusion : Dans notre étude, les thiopurines prescrits en traitement de maintenance et lorsqu'elles étaient tolérées, permettaient d'obtenir une CME chez environ la moitié des patients et une CMH chez environ un tiers des patients atteints de MICI. Compte-tenu de leur délai d'action, l'évaluation endoscopique devrait être réalisée au plus tôt 9 mois après le début des traitements.

	RCH n=67	Maladie de Crohn n = 79
Sexe féminin	33 (49,3%)	42 (53,4 %)
Fumeurs	16 (23,9%)	30 (38,0 %)
Age à l'inclusion (moyenne ± écart-type)	40,4 ± 15,7	33,1 ± 15,8
Durée d'évolution de la MICI, médiane [IQR]	7,0 [1,0-10,0]	7,0 [2,0-13,0]
Antécédent de résection intestinale	-	29 (36,7 %)
Classification de Montréal		
Localisation		
L1	-	16 (21,9 %)
L2	-	20 (27,4 %)
L3	-	37 (50,7 %)
L4	-	4 (5,4 %)
Lésions ano-périodales	-	19 (26,8 %)
Phénotype		
B1	-	43 (59,0 %)
B2	-	15 (20,5 %)
B3	-	15 (20,5 %)
Extension		
E1	7 (11,3%)	-
E2	19 (30,6%)	-
E3	36 (58,1%)	-
Type d'endoscopie		
Recto-sigmoïdoscopie	39 (58,2%)	-
Coloscopie	28 (41,8%)	79 (100,0 %)
Indication de l'endoscopie		
Evaluation de l'activité de la maladie	67 (100,0%)	79 (100,0 %)
Dépistage du cancer colorectal	9 (13,4%)	-
Durée d'exposition aux thiopurines en mois, médiane [IQR]	20,0 [5,0 - 53,0]	31,5 [6,0 – 73,8]
Présence d'une activité Clinique	30 (44,8%)	37 (46,8 %)
CRP, médiane [IQR]	2,9 [1,0-8,0]	6,4 [2,5 – 47,1]
VGM, médiane [IQR]	90,3 [86,0-96,0]	90,2 [84,8-94,1]
Lymphocytes, médiane [IQR]	1,5 [1,2-1,8]	1,2 [0,8-1,8]
Posologie des thiopurines en mg/kg, médiane [IQR]	2,1 [1,8 – 2,3]	2,2 [1,7 – 2,4]
Traitements associés		
5-ASA	24 (35,8%)	5 (6,6 %)
Corticoides	19 (28,4%)	9 (11,8 %)
Nails d'anti-TNF	64 (95,5%)	57 (72,2 %)

Pour consulter ce résumé en ligne :
<https://www.snfge.org/resumes-2019/001055>

P.510

Rectites réfractaires : aspect endoscopique et prise en charge thérapeutiqueH. Beggar ⁽¹⁾, N. Benzoubeir ⁽¹⁾, I. Errabih ⁽¹⁾, L. Chahed Ouazzani ⁽¹⁾, H. Chahed Ouazzani ⁽¹⁾

(1) Rabat, MAROC.

Introduction : La rectite réfractaire est une forme particulière de maladie inflammatoire chronique intestinale (MICI) de localisation limitée au rectum. Il s'agit dans la plupart des cas d'une rectocolite hémorragique (RCH). Le terme réfractaire ne fait pas référence à l'histoire naturelle de la maladie, mais à la façon dont la maladie répond à un traitement donné. Il est donc réservé aux échecs ou aux intolérances de stratégies thérapeutiques bien définies. **L'objectif de notre étude** est d'avoir une idée sur l'épidémiologie, l'intérêt de l'endoscopie et la PEC thérapeutique de cette forme de MICI.

Patients et Méthodes : Notre étude rétrospective porte sur 798 cas de MICI colligés sur une période de 11 ans (janvier 2006 – décembre 2017) et dont 33 sont des rectites réfractaires. La fiche d'exploitation a permis d'apprécier les données épidémiologiques et cliniques : Identité, âge, sexe, origine, profession, antécédents médicaux et toxiques (tabac), les manifestations cliniques digestives, le type de MICI, les aspects endoscopiques, et la prise en charge thérapeutique.

Résultats : L'âge moyen est de 42,3 ans. 54% de nos patients sont des femmes avec un sexe ratio (18F/15H) de 1. L'origine urbaine des patients est retrouvée dans 80% des cas. 79% des patients n'ont jamais été tabagiques. La notion de MICI familiales est notée dans 1,8% des cas. La diarrhée glairo-sanglante constitue le motif de consultation le plus fréquent, notée dans 88,1% des cas. La RCH est retrouvée dans 82% des cas, la maladie de Crohn dans 18% et la colite indéterminée dans 0% des cas. A l'exploration endoscopique il s'agit d'une muqueuse rectale congestive avec des ulcérations superficielles dans 72% des cas, aspect inflammatoire boursoufflé dans 36% de cas, muqueuse hémorragique dans 7% de cas, et une muqueuse congestive d'aspect granité dans 4,5% de cas. Le traitement était à base de corticoïdes dans 46% des cas, d'immunosuppresseurs associés aux corticoïdes dans 29% de cas, d'immunosuppresseurs seuls dans 19,3% de cas, et à la base d'Anti-TNF α dans 9% de cas (Infliximab dans 6,4% de cas et Adalimumab dans 2,6% de cas). L'évolution était favorable chez 29 patients (87,8%). Il y avait eu recours à la chirurgie seulement chez 04 patients (12%).

Conclusion : Au cours des rectites réfractaires, l'endoscopie a surtout l'intérêt de rechercher les signes de gravité et de contrôler la cicatrisation. Il convient de respecter les critères diagnostiques (durée de traitement, observance, diagnostic différentiel). Le caractère réfractaire justifie une stratégie d'escalade thérapeutique. Même si les anti-TNF n'ont pas acquis dans la RCH l'importance qu'ils ont désormais dans la maladie de Crohn, l'avenir de la prise en charge de ces formes réfractaires passe probablement par des molécules de ce type. La chirurgie reste exceptionnelle mais représente l'ultime recours.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000950>

P.511

Collection intra-abdominale spontanée au cours de la maladie de Crohn : aspects clinico-biologiques et facteurs prédictifs de recours à la chirurgieS. Hamdi ⁽¹⁾, A. Labidi ⁽¹⁾, M. Ben Abbes ⁽¹⁾, N. Ben Mustapha ⁽¹⁾, M. Fekih ⁽¹⁾, M. Serghini ⁽¹⁾, J. Boubaker ⁽¹⁾

(1) Tunis, TUNISIE.

Introduction : La collection intra-abdominale spontanée est une complication redoutable de la maladie de Crohn (MC) fistulisante. La présentation clinique initiale peut être plus ou moins sévère. La prise en charge repose sur une étroite collaboration médico-chirurgicale. Les objectifs de notre étude étaient d'étudier la présentation clinico-biologique des patients dont la MC était compliquée d'abcès spontané intra abdominal et d'identifier les facteurs prédictifs de recours à la chirurgie après un traitement médical de première intention.

Patients et Méthodes : Les patients porteurs de MC ayant présenté une collection intra abdominale spontanée ont été rétrospectivement colligés entre Janvier 2002 et Octobre 2017. On a étudié les données cliniques et biologiques des malades au moment du diagnostic. L'évolution sous traitement non-chirurgical de première intention a été appréciée ainsi que les facteurs prédictifs de recours à la chirurgie qui a été réalisée soit en cas de survenue de complication ou d'échec du traitement médical. On a exclu de notre étude les collections post-opératoires.

Résultats : Cinquante patients ont été inclus dans notre étude. Il y avait 28 (56%) hommes et 22 (44%) femmes. L'âge moyen était 35,14 $\pm$ 11,84 ans. La collection était inaugurale chez 15 (30%) malades. 34 (58%) patients avaient une MC iléale, 15 (30%) une MC iléo-colique et un (2%) avait une atteinte colique. Au moment du diagnostic de la collection, une fièvre a été chiffrée chez 24 (48%) patients et 41 (82%) présentaient une douleur abdominale. La protéine C réactive (CRP) initiale variait entre 4,4 et 262,7 (moyenne 95,3 $\pm$ 75,5) mg/L et le taux de globules blancs (GB) entre 3800/mm3 et 22000 (moyenne 9992,8 $\pm$ 4594,1) par mm3. Tous les malades ont eu un traitement médical de première intention basé sur une antibiothérapie à large spectre durant 21 $\pm$ 6,4 jours avec un drainage percutané guidé par imagerie chez 5 (10%) patients et une ponction-aspiration dans 3 (6%) cas. Un germe a été isolé chez 3 (6%) patients (*Escherichia coli* chez 2 patients et un *enterococcus faecium*). Un contrôle radiologique par tomomodensitométrie ou par imagerie par résonance magnétique) après 21,7 $\pm$ 7,4 jours objectivant la disparition complète de la collection chez 23 (46%) patients, une régression de plus de la moitié de la taille initiale de la collection chez 3 (6%) et la persistance de l'abcès chez 21 (42%). On a observé une complication chez 3 (6%) patients : 2 (4%) occlusions intestinales aiguës et 1 (2%) péritonite. La moitié de nos patients ont été opérés en urgence pour complication (6%) ou échec du traitement médical (44%). Le drainage percutané prévenait significativement le recours à la chirurgie (0% vs. 55,5% $p=0,025$). Après 10 jours de traitement médical, la baisse de protéine C réactive (CRP) (75,1% vs. 46,7% $p=0,041$) ainsi que le taux de plaquettes (405813,6 vs. 353545,4 par mm3 $p=0,039$) étaient prédictifs de bonne évolution. Toutefois, la fièvre au moment du diagnostic, la douleur abdominale, le taux de CRP et de GB initiaux, la localisation de la MC n'étaient pas identifiées comme des facteurs pronostiques.

Conclusion : Un tableau clinico-biologique initial bruyant avec fièvre, douleur abdominal et syndrome inflammatoire biologique semble ne pas avoir de valeur pronostique. La baisse de la CRP, le taux de plaquettes après 10 jours de traitement médical ainsi que le drainage percutané seraient des facteurs prédictifs de bonne évolution sous traitement médical.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/001120>

P.512

Sténose « inflammatoire » au cours de la maladie de Crohn : résultats du traitement médicalN. Bellil ⁽¹⁾, N. Bibani ⁽¹⁾, D. Trad ⁽¹⁾, M. Sabbah ⁽¹⁾, A. Ouakaa Kchaou ⁽¹⁾, H. Elloumi ⁽¹⁾, D. Gargouri ⁽¹⁾

(1) Tunis, TUNISIE.

Introduction : La maladie de Crohn (MC) est une affection inflammatoire chronique du tube digestif caractérisée par une évolution cyclique. La sténose représente la complication la plus fréquente de la MC. Le traitement de la sténose crohnienne semble être codifié et dépend du type inflammatoire ou fibreux de la sténose mais sa prise en charge reste complexe puisque la plupart des sténoses sont mixtes à la fois inflammatoire et fibreuse.

Le but de ce travail était d'évaluer l'efficacité du traitement médical à court et à long terme au cours des sténoses crohniennes d'allure inflammatoire et de dégager les facteurs prédictifs d'échec thérapeutique à court et à long terme ainsi que les facteurs prédictifs de recours à la chirurgie.

Patients et Méthodes : Il s'agissait d'une étude rétrospective où nous avons inclus tous les patients ayant eu un traitement médical pour une sténose crohnienne d'allure inflammatoire symptomatique. Le caractère inflammatoire de la sténose a été retenu principalement retenu sur des signes d'activité radiologique objectivés à l'imagerie en coupe (entéro-scanner et entéro-IRM). L'échec du traitement médical a été défini par la survenue de récidive symptomatique nécessitant une hospitalisation, un recours à la dilatation endoscopique ou un recours à la chirurgie. L'échec à court et à long terme ont été définis par la survenue de l'un des événements sus cités dans les 6 mois et les 24 mois suivant le traitement médical, respectivement.

Résultats : Sur une période de 15 ans (2001-2016), nous avons colligé 43 patients ayant bénéficié d'un traitement médical pour 51 sténoses crohniennes d'allure inflammatoire (8 patients ayant eu des sténoses digestives de siège différent). Le traitement médical était basé sur la corticothérapie orale à pleine dose dans 39 cas (23%) et sur les anti-TNF alpha dans 14 cas (27%). L'azathioprine (AZA) a été prescrit en association à la corticothérapie dans 21 cas (63%) et en association avec les anti-TNF (combithérapie) chez 12 patients (85%). Le traitement médical a été efficace à long terme dans 29 cas (55%). Le taux d'échec à court terme était de 21,6 % (n= 11) et le taux d'échec à long terme était de 45 % (n= 23) dont 37 % (n=19) ont fini par être opérés dans un délai moyen de 11 mois (7-18 mois). En analyse univariée, Le tabagisme actif (p=0,024), une valeur de CRP>28 mg/dL (p=0,034) et la présence de fistules (p=0,005) étaient significativement associés à l'échec à court terme du traitement médical. Le tabagisme actif (p=0,005), l'âge jeune au diagnostic (A1 selon la classification de Montréal) (p=0,014), les antécédents de recours multiple à la corticothérapie ≥ 3 fois (p=0,001), une valeur de CRP>28 mg/L (p=0,002) et la présence de fistules (p<10-3) étaient significativement associés à l'échec à long terme. L'usage des anti-TNF alpha représentait un facteur protecteur de l'échec à long terme et du recours à la chirurgie (p=0,05). En analyse multivariée, seule la présence de fistules entéro-entériques (p=0,014) était associée à l'échec à court terme du traitement médical. L'intoxication tabagique (p=0,009), l'âge au moment du diagnostic correspondant à A1 selon la classification de Montréal (p=0,036) et la présence de fistules entéro-entériques (p=0,001) représentaient des facteurs indépendants prédictifs d'échec à long terme du traitement médical et de recours à la chirurgie.

Conclusion : Dans notre étude, malgré le caractère inflammatoire des sténoses digestives, le traitement médical a échoué dans la moitié des cas et près de 40% des patients ont fini par être opérés au bout de 2 ans. Ceci souligne le fait que les deux entités inflammation et fibrose ne peuvent être dissociées. Dégager des facteurs, indépendants de la dichotomie inflammation/fibrose, prédictifs d'échec du traitement médical peut nous permettre de sélectionner d'emblée les patients à haut risque de recours à la chirurgie.

Pour consulter ce résumé en ligne :
<https://www.snfge.org/resumes-2019/000989>

P.513

Colectomie segmentaire pour rectocolite hémorragique : est-ce bien raisonnable ? Une étude multicentrique internationale chez 59 patientsL. Cohen ⁽¹⁾, A. Frontali ⁽¹⁾, V. Bridayou ⁽²⁾, P. Myrelid ⁽³⁾, D. Laharie ⁽⁴⁾, G. Sica ⁽⁵⁾, G. Poggioli ⁽⁶⁾, E. Louis ⁽⁷⁾, M. Fumery ⁽⁸⁾, E. Espin ⁽⁹⁾, A. Spinelli ⁽¹⁰⁾, X. Treton ⁽¹⁾, Y. Panis ⁽¹⁾

(1) Clichy-la-Garenne; (2) Rouen; (3) Linköping, SUÈDE; (4) Bordeaux; (5) Rome, ITALIE; (6) Bologne, ITALIE; (7) Liège, BELGIQUE; (8) Amiens; (9) Barcelone, ESPAGNE; (10) Milan, ITALIE.

Introduction : Selon les recommandations, la chirurgie de la rectocolite hémorragique (RCH) repose sur la colectomie subtotal ou la coloproctectomie totale mais la colectomie segmentaire n'est pas recommandée. L'objectif était d'étudier, chez des patients avec RCH après colectomie segmentaire, l'évolution de la colite et le taux de réintervention chirurgicale ultérieure.

Patients et Méthodes : Un registre international de colectomie segmentaire chez des patients avec RCH a été établi auprès de centres experts.

Résultats : 59 patients (40 hommes; âge moyen au diagnostic de RCH: 47±18 ans; lors de la colectomie segmentaire: 56±18 ans) ont été inclus: 19 colectomies droites, 25 sigmoïdectomies, 9 proctectomies, 6 colectomies gauches, réalisées pour: sténose (n=4), diverticulite (n=15), dysplasie (n=9), cancer (n=19) ou autre (n=12). Huit patients (14%) ont présenté une complication postopératoire dont 2 sont décédés de détresse respiratoire (3%), après sigmoïdectomie; 6 (10%) ont été traités pour une complication Dindo III (n=5) ou IV (n=1), mais aucun pour colite aiguë grave, après proctectomie (n=3), sigmoïdectomie (n=1), ou colectomie gauche ou droite (n=2). Après un suivi médian de 50 mois (3-600), 21/57 (37%) ont été réopérés après une médiane de 21 mois (2-120): 2/21 (10%) pour nouvelle colectomie segmentaire et 19/21 (90%) pour colectomie ou coloproctectomie totale: 11/21(52%) pour colite réfractaire (dont 2 (3%) on présenté une colite en postopératoire immédiat), 6/21 (29%) pour dysplasie ou cancer, 1/21 (5%) pour sténose et 3/21 (14%) pour une autre raison.

Conclusion : Cette étude montre que la colectomie segmentaire est réalisable en cas de RCH sélectionnée avec un risque acceptable (37%) à moyen terme de réintervention et un risque faible (3%) de colite en postopératoire.

Pour consulter ce résumé en ligne :
<https://www.snfge.org/resumes-2019/000834>

P.514

La tolérance de la biothérapie dans les MICIF.Z. Chabib ⁽¹⁾, I. Benelbarhdadi ⁽¹⁾, F.Z. Ajana ⁽¹⁾

(1) Rabat, MAROC.

Introduction : Les anti-TNF ont révolutionné la prise en charge des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI). La tolérance générale des anti-TNF est bonne mais expose à de nombreux effets indésirables. Le but de notre étude est de rapporter notre expérience sur la tolérance de biothérapie.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude descriptive concernant les malades sous biothérapie et qui ont présenté un effet indésirable suite à cette thérapie.

Résultats : Sur un total de 98 patients sous biothérapie 21 patients soit 21,42% ont eu un effet indésirable. Il s'agit de 19 cas de crohn et 02 cas de RCH. L'âge moyen de nos patients est de 32 ans [13-65]. 85% était sous infliximab et 15% sous adalimumab. Le délai de leur survenue était variable avec une moyenne de 10 mois. Les effets survenus sont les suivants : 9 cas soit (42,86 %) d'infections spécifiques : 8 cas de tuberculose avec différentes localisations (1 cas ganglionnaire, 1 cas péricardique, 1cas péritonéale, 5 cas pulmonaires) et un cas de zona maligne ; 5 cas (23,81%) de réactions allergiques dont 2 cas de choc anaphylactique, 3 cas de réactions paradoxales (14,2 %) : 2 cas de psoriasis et un cas de rhumatisme paradoxal, un cas soit 4,76% pour chacune des manifestations suivantes : un asthme, une bradycardie sinusale, une névrite optique et un cancer du sein . Sur le plan thérapeutique un arrêt temporaire du traitement avec un traitement spécifiques en cas d'infection, un arrêt définitive de la molécule en cas d'allergie de même que pour le cas du cancer du sein. Pour les réactions paradoxales on a switché chez 1 cas et on a continué le traitement chez les autres cas. Pour le cas d'asthme un traitement symptomatique associé était nécessaire mais le patient a préféré l'arrêt du traitement, la névrite optique était une contre-indication à tout anti-TNF. L'évolution était bonne chez tous nos patients y compris les cas de tuberculose chez qui on a pu reprendre l'anti-TNF après 06 mois du traitement anti-bacillaire.

Conclusion : Les anti-TNF ont transformé l'évolution des MICI mais exposent à des effets indésirables graves nombreux et parfois très sévères en particulier un risque d'infections opportunistes dont la tuberculose d'où l'intérêt de la surveillance clinique.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000272>

P.515

Traitement des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin par anti-TNFα : résultats d'une étude monocentrique et rétrospectiveZ. Kassama ⁽¹⁾, A. Abdennour ⁽¹⁾, F. Boucenna ⁽¹⁾, S. Boucherek ⁽¹⁾, A. Touati ⁽¹⁾, A. Salhi ⁽¹⁾, M. Fermas ⁽¹⁾, F. Boutra ⁽¹⁾, T. Hammada ⁽¹⁾

(1) Constantine, ALGÉRIE.

Introduction : Les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI) est un groupe hétérogène de pathologies digestives qui posent toujours un problème de prise en charge thérapeutique dans leurs formes sévères. Les anti-TNFα occupent aujourd'hui une place importante dans l'arsenal thérapeutique de ces maladies.

Notre étude avait pour objectif de déterminer les aspects cliniques des MICI traités par anti-TNFα, avec une évaluation rétrospective de l'efficacité des anti-TNFα chez les patients suivis à notre service.

Patients et Méthodes : Les dossiers de tous les malades atteints de MICI suivis à notre service et traités par les anti-TNFα (Infliximab IFX ou Adalimumab ADA) entre Janvier 2012 à Aout 2018 ont été analysés rétrospectivement. La réponse aux anti-TNFα était définie par le maintien d'une rémission clinico-biologique, endoscopique et radiologique sans recours à la chirurgie ni aux corticoïdes à S24 et à S 52.

Résultats : Notre étude a été réalisée sur une série de 89 MICI traités par anti-TNFα (IFX :55,81%, ADA :44,18%), 81 malades traités pour maladie de Crohn(MC) sévère et réfractaire (44 malades pour lésions ano-périnéales), et 8 cas de rectocolite hémorragique (RCH). L'âge moyen de 36,83 ans(15-68ans), 44,94% étaient de sexe masculin, 6,74% avaient un antécédent de MICI dans la famille. Un tiers des malades présentaient au moins une manifestation extra-digestive. Le recul évolutif médian des MICI était de 75,93 mois (extrêmes 3-348).

Pour la MC, 22,47% étaient tabagiques, la topographie était iléale, jéjuno-iléale, iléo colique, rectocolique dans respectivement 23,45%, 12,34%, 58% et 11,11% des cas ; 4 cas avaient une localisation oeso-gastro-duodénale associée. Les manifestations ano-périnéales(MAP) étaient présentes chez 54,32% des patients. La maladie était fistulisante (35,8%), sténosante (65,43%) ou inflammatoire (39,5%). Un tiers des patients ont reçu antérieurement plus de deux cures de corticoïdes et les immuno-suppresseurs ont été prescrits chez 92,59%, environ 46,91% des malades ont été opérés. La RCH se présentait sous forme de pancolite dans la moitié des cas, la plupart des patients ont reçu antérieurement plus de deux cures de corticoïdes, et les immuno-suppresseurs ont été prescrits chez 87,5% des cas de RCH, une seule malade a été opérée.

Les anti-TNF ont été prescrits dans la MC pour des MAP complexes (49,38%), une cortico-dépendance ou une cortico-résistance (3,7%) ou une atteinte iléale étendue (35,8%). Dans les cas de la RCH étaient des colites aiguës graves avec une cortico-résistance dans la majorité des cas. Les malades étaient suivis dans un délai médian de 23,75 mois (extrêmes 1-72). Les taux respectifs de réponse clinique, à la semaine 12 (S12), à la semaine 24 (S24) et à la semaine 52(S52) étaient de 75,28% (67/89), 66,29%(59/89), 51,68%(46/89). Un total de 11 événements indésirables a été constaté et le traitement par infliximab a dû être interrompu chez 3 patients (réaction allergique : N=2, psoriasis : N=1). Le taux d'échec était de 31,46% (67,85% dans le cas de MC traitée par l'IFX et 14,28% dans le cas de la RCH sous ADA) les taux d'optimisation étaient respectivement de 13,48%(12/89) et 15,73%(14/89), à 6 mois et à un an. Un switch d'anti-TNF a été réalisé chez six patients. Au total, 2 patients ont été opérés dans la MC, et une malade a été colectomisée pendant la durée du suivi de RCH.

Conclusion : Cette étude confirme l'efficacité des anti-TNF dans les MICI sévères et réfractaires, ainsi que sa bonne tolérance à court terme. L'échec des anti-TNF est retrouvé dans 31,46% de nos patients. Les anti-TNFα ont un grand apport dans l'arsenal thérapeutique des MICI sévères qui a diminué le recours à la chirurgie.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/001067>

P.516

Intérêt du bilan de la tuberculose chez les patients atteints des maladies inflammatoires chroniques intestinales sous traitement anti-TNFα

Z. Kassama ⁽¹⁾, A. Abdenmour ⁽¹⁾, F. Boucenna ⁽¹⁾, S. Boucherek ⁽¹⁾, A. Touati ⁽¹⁾, A. Salhi ⁽¹⁾, M. Fermas ⁽¹⁾, F. Boutra ⁽¹⁾, T. Hammada ⁽¹⁾

(1) Constantine, ALGÉRIE.

Introduction : Chez les patients atteints de maladies inflammatoires de l'intestin (MICI) traités par les anti-TNF, la survenue des événements indésirables, notamment infectieux, justifie la réalisation d'un bilan pré-thérapeutique complet et doit inciter à une stratégie rigoureuse de prévention et de surveillance, en particulier le dépistage d'une tuberculose latente.

Le but de ce travail était d'estimer la fréquence de la tuberculose latente et de la tuberculose maladie, et d'évaluer l'intérêt du bilan tuberculeux pré thérapeutique dans la prévention de la réactivation tuberculeuse sous anti TNF.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective colligeant tous les patients atteints de MICI et traités par anti-TNFα (Infliximab ou Adalimumab), entre Janvier 2012 et Septembre 2018. Une tuberculose latente et maladie était diagnostiquée. Le bilan de la Tuberculose comportait : une radiographie thoracique, une intradermoréaction à la tuberculine (IDRT) et/ou un Quantiféron

Résultats : Quarante-neuf patients atteints de MICI sont traités par les anti-TNF (81 avec une maladie de Crohn, 40 hommes). L'âge moyen au moment du diagnostic de la maladie 36,83 ans (extrêmes : 15-68 ans). Le traitement était à base d'infliximab dans 55,81% des cas et à base d'adalimumab dans 44,18% des cas. La durée moyenne de traitement était de 36,53 mois (extrêmes : 1-75). L'IDRT à la tuberculine était positive chez 6 malades, le dosage du quantiféron réalisé chez tous nos malades, une tuberculose latente a été retrouvée chez 13,48% des patients, tous ont reçu un traitement antituberculeux prophylactique. Une tuberculose active était survenue (malgré un bilan pré-thérapeutique négatif) chez 4 patients, atteints de maladie de Crohn sévère (avec lésions ano-périnéales chez 3 malades) à un délai médian de 2 ans du TRT par infliximab, de localisation méningée dans un cas, pleuro-péricardique chez un malade ; ganglionnaire et pulmonaire dans 2 autres cas, trois patients ont été mis sous traitement anti-tuberculeux.

Conclusion : La recherche de la tuberculose latente ou active est obligatoire avant d'envisager un traitement anti-TNF. La tuberculose active survient généralement au cours de la première année de traitement et correspond dans la majorité des cas à une réactivation de tuberculose latente.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfg.org/resumes-2019/001116>

P.517

Infection tuberculeuse chez les patients atteints de maladies inflammatoires chroniques de l'intestin traités par anti-TNFα

S. Zemmouchi ⁽¹⁾, R. Ouldgougam ⁽¹⁾, Y. Chikhi ⁽¹⁾, F. Lounes ⁽¹⁾, S. Cheraitia ⁽¹⁾, M. Lahcene ⁽¹⁾

(1) Alger, ALGÉRIE.

Introduction : Les anti-TNF sont des médicaments efficaces dans le traitement d'induction et d'entretien des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI), cependant, ils exposent à un risque élevé d'infections opportunistes; en particulier la tuberculose (TB). Le but de cette étude a été d'évaluer les prévalences de la TB latente et de la TB active (TBA) chez les patients atteints de MICI avant et pendant le traitement par anti TNF alpha (TTNFα).

Patients et Méthodes : 102 patients atteints de MICI (49H / 53F, âge moyen: 27 ans [16-54], maladie de Crohn (MC) n=76, colite ulcéreuse (CU) n=23, colite indéterminée (CI) n=3) recevant un TTNFα ont été inclus rétrospectivement de janvier 2011 à septembre 2018, ils ont tous bénéficié du même protocole de dépistage de la tuberculose (antécédents cliniques, radiographie thoracique, test cutané à la tuberculine et test au Quantiféron*). La période d'observation moyenne a été de 37 mois.

Résultats : Le bilan préthérapeutique a révélé une TB latente chez 28 patients (27.4%) et une chimioprophylaxie antituberculeuse par Isoniazide pour une durée de six mois a été instaurée, le TTNFα a été introduit au minimum deux mois après le début de la prophylaxie. Dans ce groupe, un patient a développé une TB active de localisation pleurale treize mois après le début du TTNFα (H, 38 ans, MC, histologie pleurale positive). Dans le deuxième groupe et sous TTNFα, deux cas de TB actives disséminées ont été diagnostiquées soit 2% des patients: Cas (1) : F, 34 ans, MC. Cas (2): H, 41 ans, MC, cultures et histologies positives à huit et quatre mois de traitement respectivement.

Le TTNFα a été interrompu et un traitement antituberculeux adapté a été instauré chez ces trois patients. L'évolution a été favorable chez 1 patient sur 3 et le TTNFα a pu être repris (cas (2)). Dans les deux autres cas, un traitement antituberculeux prolongé a été nécessaire du fait de réponses incomplètes et le TTNFα n'a pas pu être réintroduit à ce jour.

Conclusion : Dans notre cohorte, la prévalence de la TB latente est de 27.4%. Trois patients ont développé une TB active sous TTNFα soit 2.9% des cas. L'infection tuberculeuse est une complication rare du TTNFα, cependant, elle est sévère et requiert un protocole de surveillance plus rapproché; en particulier en zone d'endémie tuberculeuse.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfg.org/resumes-2019/000734>

P.518

Perte de réponse à l'anti-TNF α dans la maladie de CrohnF.Z. Chabib ⁽¹⁾, I. Benelbarhdadi ⁽¹⁾, F.Z. Ajana ⁽¹⁾

(1) Rabat, MAROC.

Introduction : Les (anti-TNF) sont un pilier dans le traitement des maladies inflammatoires de l'intestin (MICI), mais une proportion significative de patients ne répondent pas ou perdent leur réponse à ces traitements au fil du temps. Le but de notre étude est de déterminer les facteurs prédictifs de perte de réponse des (anti-TNF) dans maladie de crohn .

Patients et Méthodes : Étude rétrospective monocentrique incluant les patients atteints de maladie de crohn , suivis sur une période de 1 an et qui sont en perte de réponse secondaire. On a défini la perte de réponse par les situations suivantes : escalade de la dose, switch pour un autre anti TNF , une poussée ou chirurgie sous traitement. On a exclu de cet étude les patients avec une perte de réponse primaire . les facteurs prédictifs ont été étudiés par méthode non paramétrique de kaplan-Meier de la fonction de survie (logiciel statistique SPSS). On a étudié les facteurs suivants : âge, sexe, le tabac, l'ancienneté de la maladie, la localisation de la maladie , le phénotype , la présence d'une atteinte périnéale , le type d'anti-TNF , et l'association à un antiTNF (combothérapie).

Résultats : Sur un total de 108 patients sous anti-TNF, 85 patients répondent aux critères d'inclusion . Il s'agit de 50 femmes et 35 hommes avec un sexe ration de 1.42. L'âge moyen était de 34.75+/- 13.119 [16 ;72] . 83.5 % était sous infliximab, et 16.5 % d'adalimumab. 74.1% était sous combothérapie. La durée moyenne d'évolution de la maladie était de 11.83 ans [2 ; 32] . selon la classification de montréal le phénotype est répartie ainsi : B1 : 24.7%, B2 : 15.3%, B3 : 60% et localisation est répartie ainsi : L1 : 32.9%, L2 : 23.5%, L3 : 40%, L4 : 3.5%. l'atteinte périnéale était présente chez 54.1%. Les indications de Biothérapie sont : Forme fistulisante 43.5%, échec d'immunosuppresseurs (purine et /ou méthotrexate) : 27.1%, récidence post opératoire : 9.4%, corticodépendance : 5.9%, intolérance au immunosuppresseurs : 2.04%, et manifestations extradiigestives 1.2%. La perte de réponse à un an a été noté chez 47.1 % (40 cas). Le délai moyen était de 43.86+/- 12.928 semaines. L'étude de facteurs de pertes de réponse en analyse univarié a retrouvé comme facteurs prédictifs d'échec, le phénotype fistulisant (p= 0.001) et la présence d'atteinte périnéale (p= 0.036).

Conclusion : Malgré l'efficacité des anti-TNF , notre étude montre un taux d'échec à 1 an non négligeable estimé à 47.1%, le phénotype fistulisant et la présence de manifestations anopérinéales sont significativement associés à la perte de réponse précoce aux anti TNF .

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000284>

P.519

Crohn périnéal : immunosuppresseurs ou anti-TNF α , expérience dans la vraie vieF.Z. Chabib ⁽¹⁾, I. Benelbarhdadi ⁽¹⁾, F.Z. Ajana ⁽¹⁾

(1) Rabat, MAROC.

Introduction : Pour des décennies les thiopurines ont été le pilier du traitement du crohn périnéal . L'avènement de la biothérapie a révolutionné la prise en charge de l'atteinte périnéale de la maladie de crohn et l'objectif a changé d'un simple contrôle de la maladie vers la cicatrisation. A l'heure des anti-TNF, le recours au l'immunosuppresseur reste exceptionnel. Les objectifs de cette étude est de comparer l'efficacité des thiopurines et des anti-TNF- α dans la prise ne charge de la maladie de crohn périnéale.

Patients et Méthodes : IL s'agit d'une étude rétrospective descriptive, incluant les malades crohniens avec une atteinte périnéale. Le recueil des dossiers était du janvier 1990 à juillet 2018. On a distingué 2 groupes : Groupe 1 : patients traités par les IS (thiopurines ou MTX) faute d'une biothérapie pour une période minimum de 6 mois. Groupe 2 : patient traités par biothérapie (Infliximab ou adalimumab) pendant minimum 06 minimum . L'évaluation de la réponse était basée sur la clinique et/ou la morphologie (IRM pelvienne). Le critère de jugement principal est la cicatrisation qui consiste à la disparition de tout signe d'activité clinique et/ou morphologique. L'analyse statistique a été faite par le Logiciel SPSS

Résultats : 100 Patients remplissent les critères d'inclusion répartis ainsi le GP1 : 56 patients et GP2 : 44 patients.

	GP 1(n=56)	GP 2(n=44)
âge moyen	30.17+/- 10.24	31.93+/-11.45
Sexe	41 femmes	27 femmes
Localisation	L2 :40,4%	L3 : 38.6%
Cardiff	F1 :73.7%	F1 : 72 ,7%
Traitement	AZA ou 6MP : 80.4%	IFX : 86.4%
Taux de cicatrisation	53.6%	53.5%
Délai moyen de réponse (mois)	9.19 [3,36]	11.55 [3;30]

Notre étude n'a pas montré de différence significative entre les 2 traitements.

Pour les malades en échec 5 cas ont eu une dérivation fécale transitoire et un cas d'anus iliaque définitif pour le groupe IS contre un seul cas de dérivation fécale et un cas de stomie définitive en cas de traitement par anti-TNF.

Conclusion : Nous avons observé une efficacité similaire de la thiopurine et de l'anti-TNF- α dans le crohn périnéale . Il est probablement légitime de proposer des anti-TNF en première intention car leur efficacité est démontrée, Néanmoins les immunosuppresseurs restent une alternative à ne pas négliger et peuvent donner de très bons résultats allant jusqu'à la cicatrisation complète. Ces résultats prometteurs restent à confirmer par d'autre étude .

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000290>

P.520

Réponse primaire et échappement thérapeutique aux anti-TNF α au cours des MICI optimisation vs switch

N. Guessoum ⁽¹⁾, S. Berkane ⁽¹⁾

(1) Alger, ALGÉRIE.

Introduction : Une non réponse primaire aux anti TNF alpha dans le traitement des MICI est observé dans près de 10 à 40% des cas tandis que la perte de réponse primaire après une bonne réponse primaire est observé dans près de 40% des cas à la première année. En l'absence du dosage du taux sérique des anti TNF α et des auto Ac, 2 options thérapeutiques s'offrent à nous: diminuer l'intervalle entre les injections ou augmenter la posologie de l'anti-TNF α (optimisation) et le changement de molécules (Switch).

L'objectif de notre étude était d'évaluer l'efficacité des anti TNF α et de comparer la réponse après optimisation versus Switch des anti TNF α .

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective, monocentrique, colligeant tous les patients suivis pour MICI (RCH et MC) traités par anti-TNF alpha (INFLEXIMAB : IFX, ADALIMUMAB : ADA) du 01.09.15 au 01.09.18. Une non réponse primaire est l'absence d'amélioration des symptômes après traitement d'induction (14 semaines). Une perte de réponse primaire est définie comme la réapparition des symptômes après une réponse primaire positive. Nous avons définie 2 groupes; Groupe A : patients ayant eu une optimisation du traitement, Groupe B : patient ayant eu un Switch d'anti TNF α .

Résultats : durant la période d'étude, 180 patients ont été inclus, sex-ratio 1,7 (F/H), l'âge moyen au moment du diagnostic est de 31.25 ans (13-69). La durée moyenne d'évolution de la maladie était de 7.56 ans. Il s'agissait de 156 MC (86.67%) et 24 RCH (13.33%). La RCH était pancolique dans 79.17% et colique gauche dans 20.8% des cas. La MC était 50% iléo colique, 23.71% colique, 19.87% iléale, 1.3% haute et 5.13% ano-périnéale. Le phénotype de la MC était inflammatoire (39.1%), sténosant (39.1%), fistulisant (10.25%) mixte (6.41%) et ano périnéale pure (5.1%). Les LAP étaient présentes dans 63.30% des cas de MC. En en combothérapie avec l'azathioprine (AZT) dans 36.67% des cas. Une réponse primaire aux anti-TNF α a été retrouvée chez 147 patients (81.66%). Un Switch a été réalisé chez 8 patients en raison de la survenue d'une réaction allergique dont un grave. Une non réponse primaire a été établie chez 25 patients (13.89%). 7 patients ont du être opérés en urgence, 12 ont été optimisés en durée et/ou dose et 6 ont bénéficié d'un switch. Une réponse secondaire au traitement a été observée chez 53% du groupe A et 47% du groupe B. Une perte de réponse primaire été retrouvé chez 36 patients soit 24.5% des bons répondeurs initiaux dans la première année.

Conclusion : la non réponse primaire aux anti TNF α est survenue chez 13.89% des patients et la perte de réponse a été observée dans 24.5% des cas, la première année. L'optimisation (dose et/ou durée) et le Switch des anti TNF alpha sont justifiés dans ce cas.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/001105>

P.521

Les biothérapies au cours de la maladie de Crohn précoce : promesses tenues.

Expérience d'un centre tunisien

A. Sabbek ⁽¹⁾, N. Elleuch ⁽¹⁾, A. Hammami ⁽¹⁾, M. Ksaa ⁽¹⁾, A. Ben Slama ⁽¹⁾, H. Jaziri ⁽¹⁾, A. Brahm ⁽¹⁾, S. Ajmi ⁽¹⁾, A. Jmaa ⁽¹⁾

(1) Sousse, TUNISIE.

Introduction : Actuellement, le traitement de la maladie de Crohn (MC) est devenu plus ambitieux visant à choisir le bon traitement, au bon patient et surtout au bon moment avec un but ultime espéré, d'éviter la destruction irréversible de la paroi intestinale et de modifier par conséquent l'histoire naturelle de la maladie. Avec l'avènement des biothérapies, cet objectif est devenu possible particulièrement en cas de MC précoce.

On se propose de comparer le profil évolutif des patients traités par biothérapies en fonction du délai d'introduction.

Patients et Méthodes : Etude rétrospective descriptive et analytique, étalée sur 5 ans, colligeant les patients suivis pour une MC à la consultation de gastroentérologie de Sahloul et mis sous anti TNF α . Deux groupes ont été comparés en fonction du délai d'introduction des biothérapies :

- Groupe 1 : Délai entre le début de la maladie et l'introduction des anti TNF α $\leq$ 18 mois (N=24).

- Groupe 2 : Délai entre le début de la maladie et l'introduction des anti TNF α > 18 mois (N=39).

Résultats : Soixante-trois patients ont été inclus. L'âge moyen était de 36,4 ans [15-66 ans] et le sexe ratio de 0,7 (H/F= 26/37). L'infliximab était indiqué dans 61,9% et l'adalimumab dans les 38,1% des cas restants. L'âge du début de la maladie était significativement plus jeune dans le 1^{er} groupe (32,7 ans versus 39,1 ans, p=0,01). La localisation iléale étendue était plus fréquemment retrouvée dans 1^{er} groupe sans corrélation statistiquement significative (p= 0,08). Le phénotype sténosant et fistulisant ainsi que la présence de manifestations ano-périnéales étaient significativement plus retrouvée dans le 1^{er} groupe (p=0,03 et p=0,05 respectivement). Les complications spécifiques de la maladie (perforation, occlusion) ainsi que le recours à la chirurgie étaient significativement moins fréquentes en cas d'introduction précoce des anti TNF α (p=0,004 et p=0,05 respectivement). Par ailleurs, la survenue d'une collection profonde était semblable dans les deux groupes (20,5% versus 20,5%, p=0,8).

Conclusion : Dans notre étude, une introduction précoce des anti TNF α était associée à un génie évolutif moins sévère comme en témoigne le faible taux de complications et un moindre recours à la chirurgie. Ceci appuie la place révolutionnaire des biothérapies au cours de la maladie de Crohn précoce.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000630>

P.522

Efficacité des anti-TNF α dans le traitement et la prévention de la récurrence post-opératoire de la maladie de Crohn iléo-colique sténosanteF.Z. Agoune ⁽¹⁾, S. Berkane ⁽¹⁾

(1) Alger, ALGÉRIE.

Introduction : Les anti-TNF représentent une arme thérapeutique incontournable dans le traitement et la prévention de la récurrence post-opératoire de la maladie de Crohn sténosante. Leur efficacité à court et à long terme a été démontrée dans la littérature.

L'objectif de l'étude est d'évaluer à court et à moyen terme l'efficacité des anti-TNF Infliximab (IFX) ou Adalimumab (ADA) dans le traitement et la prévention de la récurrence post-opératoire chez les patients atteints d'une maladie de Crohn (MC) iléo-colique sténosante avec un risque élevé de récurrence.

Patients et Méthodes : Etude rétrospective monocentrique de 53 patients avec MC iléo-colique ayant reçu un traitement par anti-TNF (IFX ou ADA) après résection intestinale et anastomose iléo-colique en présence de facteurs prédictifs de récurrence; colligés entre le 01/01/2014 et le 30/06/2018. Un bilan pré-thérapeutique exhaustif a été réalisé chez tous les patients. Un contrôle endoscopique a été effectué systématiquement 6 mois après l'intervention en se référant au score endoscopique de Rutgeerts.

Une évaluation de l'efficacité clinique et endoscopique a été réalisée à 6 mois et à un an de traitement respectivement.

Résultats : 53 patients ont eu une résection intestinale avec anastomose iléo-colique pour une MC dont le phénotype était sténosant seul chez 37 patients (69,8%) (22/37 (41,5%) avaient des antécédents de résection antérieure), sténosant et fistulisant chez 16 patients (30,2%). Des lésions anopérinéales étaient associées chez 29 patients (54,7%). L'âge moyen était de 39 ans [18-73 ans] avec un sex-ratio H/F de 1,2. 8 patients (15%) étaient tabagiques, 7 (13,2%) avaient des antécédents familiaux de MC.

Avant la chirurgie; 44 patients (83%) étaient sous Azathioprine et 9 patients (17%) sous 5ASA.

Le contrôle endoscopique à 6 mois post opératoire (score de Rutgeerts) montrait une rechute (score ≥ 2) chez 32 patients (60%), 21 patients (40%) étaient en rémission endoscopique. Un traitement biologique était introduit chez tous ses patients avec facteurs prédictifs de récurrence même en absence de lésions endoscopiques.

Le délai moyen post-opératoire d'introduction de l'anti TNF était de 7,13 mois. 27 patients (50,9 %) étaient sous ADA et 26 (49,1%) sous IFX, associés à un immunosuppresseur chez 19 patients (36%).

A 6mois et à 1 an de traitement par anti TNF, le taux de rémission clinique était de 79% (n=42) et 68% (n=36) respectivement contre 21%(n=11) et 32%(n=17) de récurrence.

A 6mois et à un an de traitement, le taux de rémission endoscopique était de 36% (n=19) et 26% (n=14) contre 64% (n=34) et 74%(n=39) de récurrence endoscopique.

Aucune chirurgie n'a été indiquée à 6mois de traitement, par contre à 1 an, une chirurgie était inévitable chez 6 patients (11%). Un cas de décès est survenu par complication post opératoire.

Conclusion : La récurrence post-opératoire dans la MC est quasi systématique, endoscopique en particulier. Dans notre étude le traitement biologique après chirurgie est efficace permettant d'obtenir une rémission clinique à court et à moyen terme dans 73% des cas, et endoscopique dans 31% des cas évitant le recours à une seconde chirurgie.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000534>

P.523

Etude de la perception psychologique du traitement par biothérapie au cours de la maladie de Crohn selon ses modalités d'administration à domicile ou en hôpital de jourL. Montreuil ⁽¹⁾, V. Duval ⁽²⁾, B. Devaux ⁽²⁾, I. Nion-Larmurier ⁽³⁾, G. Savoye ⁽²⁾, I. Banovic ⁽¹⁾

(1) Mont-Saint-Aignan ; (2) Rouen ; (3) Paris.

Introduction : La nature intrinsèquement relationnelle du traitement médical est déterminante dans l'observance et la réponse au traitement. Les dispositifs auto-injectables de traitement de la maladie de Crohn en rendant les patients plus autonomes et indépendants devraient, d'un point de vue psychologique, renforcer des croyances dans un contrôle personnel fort sur la maladie (Charles et al., 2013). Toutefois, des travaux ont montré que le contrôle personnel perçu des patients était modifié par la voie d'administration (Banovic et al., 2012). Il apparaît important de comprendre quels sont les effets des auto-injections sur les croyances et les modalités d'ajustement psychologiques. L'objectif est d'étudier le contrôle perçu de patients atteints d'une maladie Crohn traités avec des anti-TNF soit en i.v. en hospitalisation de jour (HDJ) soit en sc à domicile en auto-injection (AI).

Patients et Méthodes : Les patients inclus ont répondu à une échelle de lieu de contrôle de la santé (MHCLS), une échelle de perception de la maladie (IPQ-R) et une échelle d'évaluation du coping (CHIP). L'activité clinique de la maladie a été évaluée avec l'indice d'Harvey-Bradshaw. Les comparaisons entre les groupes HDJ et AI ont été réalisées par le test de Mann-Whitney. En complément à cette procédure quantitative, deux entretiens par groupe ont été réalisés pour apprécier la perception et les croyances des patients dans leur traitement. Les corpus ainsi recueillis ont été analysés par le logiciel TROPES.

Résultats : Vingt patients, 13 dans le groupe HDJ et 7 dans le groupe AI, avec un sexe ratio à 1, un âge moyen de 34 $\pm$ 7,6 ans et un score d'Harvey-Bradshaw de 5 $\pm$ 3,2 ont été inclus. Concernant l'état de santé général (MHCLS) la croyance des patients dans la contrôlabilité de maladie par le corps médical était indépendante du type de traitement. En revanche, on notait un contrôle personnel significativement plus fort dans le groupe AI : 3,84 $\pm$ 0,47 versus 3,26 $\pm$ 0,5 en HDJ ($p=0.03$). Concernant les stratégies de coping les patients en AI utilisaient significativement plus une stratégie centrée sur la recherche de bien être que les patients HDJ (AI=4 $\pm$ 0,3 versus HDJ=3,49 $\pm$ 0,49, $p=0.03$).

L'analyse des entretiens montre que les patients ont des discours de style argumentatif structuré à partir de thématiques ayant trait à la maladie et ses symptômes, le personnel soignant et à la régularité temporelle du traitement. Les patients du groupe AI évoquant l'hôpital de manière plus fréquente que ceux en HDJ.

Conclusion : Les résultats confirment la croyance des patients dans la contrôlabilité de maladie par le corps médical indépendamment du type de traitement. Les auto-injections renforcent la croyance personnelle dans le fait de pouvoir agir sur les symptômes de la maladie et orientent la stratégie de coping vers la recherche de bien être couplée à celle d'informations. Chez ces patients en AI les entretiens menés suggèrent l'importance de la référence hospitalière.

Références Bibliographiques : /1/ Sewitch, M.J., Leffondré, K., Dobkin, P.L. (2004). Clustering patients according to health perceptions: relationships to psychosocial characteristics and medication nonadherence. *Psychosom Res.*, 56(3), 323-32. /2/ Lopez, A., Billioud V., Peyrin-Biroulet, C., Peyrin-Biroulet, L. (2013). Adherence to anti-TNF therapy in inflammatory bowel diseases: a systematic review. *Inflamm Bowel Dis.*, 19(7), 1528-33. /3/ Moss, A.C., Brinks V., Carpenter, J.F. (2013). Review article: immunogenicity of anti-TNF biologics in IBD - the role of patient, product and prescriber factors. *Aliment Pharmacol Ther.*, 38(10), 1188-97. /4/ Banovic, I., Glibert, D., Cosnes, J. (2012). Perceived personal controllability of IBD patients and the method of administering treatment. *Revue Internationale du Médicament*, 4 (2), 1-18. /5/ Charles, C., Dauchy, S., Bungener, C. (2013). Choix thérapeutiques : s'appuyer davantage sur les représentations individuelles des traitements. *Bulletin du Cancer*, 100(10), 999-1005.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000274>

Infliximab : dosage résiduel et recherche d'immunisation. Intérêt de la mise en place des tests unitaires rapides en pratique

G. Bourdenet ⁽¹⁾, E. Berthe ⁽¹⁾, J. Loreau ⁽²⁾, F. Brazier ⁽²⁾, M. Fumery ⁽²⁾, B. Gubler ⁽¹⁾

(1) Salouël ; (2) Amiens.

Introduction : La prise en charge des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI) s'est grandement améliorée avec l'arrivée des biothérapies et notamment des anticorps (Ac) monoclonaux ciblant le TFN- α , tels que l'infliximab (IFX). Le dosage des taux résiduels d'anti-TNF et la recherche d'immunisation contre le médicament sont recommandés en cas de perte de réponse. Les dosages actuellement utilisés en routine hospitalière reposent sur des techniques ELISA, qui impliquent un délai de rendu incompressible. Plus récemment, ont été commercialisés des tests unitaires permettant d'effectuer un dosage quantitatif rapide d'IFX et si besoin une recherche d'Ac anti-IFX. Les objectifs de cette étude étaient : (i) d'évaluer la faisabilité de la mise en place de ces tests rapides pour l'obtention d'un résultat au cours de l'hospitalisation en HDJ ; (ii) d'évaluer l'adéquation de ces techniques rapides avec la technique de référence (ELISA).

Patients et Méthodes : Etaient inclus tous les patients traités par IFX pour une MICI et pour lesquels un dosage résiduel de l'IFX ($\pm$ recherche d'Ac anti-IFX) était prescrit. Les prélèvements étaient acheminés directement au laboratoire d'immunologie où les tests rapides étaient immédiatement effectués (recherche d'Ac anti-IFX lorsque taux résiduel d'IFX $< 3 \mu\text{g/ml}$). Les reliquats de sérum étaient conservés en vue de la réalisation ultérieure des dosages par technique ELISA. Les résultats des dosages unitaires de l'IFX (Buhlmann Quantum Blue) d'une part, de détection des Ac anti-IFX (Grifols Promonitor Quick) d'autre part, étaient corrélés aux résultats issus de la technique ELISA (Theradiag LisaTracker).

Résultats : Quarante trois patients ont été inclus, 30 atteints de maladie de Crohn et 13 de rectocolite hémorragique. Vingt (48%) étaient traités par Remicade® et 23 (52%) par Inflectra®. Les principaux motifs du dosage d'IFX étaient le suivi thérapeutique (45%) et la perte de réponse (24%).

Les résultats du dosage d'IFX par tests rapides étaient rendus avec une médiane de 40 min après l'arrivée du prélèvement au laboratoire, délai qui passait à 85 min si une recherche d'Ac anti-IFX y était associée. Il existait une corrélation significative entre les résultats de dosage d'IFX obtenus par test rapide et par ELISA ($r^2=0.891$, $p<0.0001$, Figure 1). Une discordance susceptible de modifier la prise en charge était observée pour 4 patients (9,3%).

Parmi les 11 patients avec des taux inférieurs à $3 \mu\text{g/ml}$, 3 (27%) présentaient des Ac anti-IFX positifs par technique rapide et ELISA, et 1 pour lequel un taux d'Ac anti-IFX de $140,9 \text{ ng/ml}$ n'était retrouvé que par la technique ELISA.

Conclusion : La mise en place des tests rapides en pratique est faisable à moyen constant, mais moyennant une organisation adaptée. Les taux identifiés par ce test rapide sont bien corrélés au test ELISA de référence. Cependant, l'existence de quelques cas discordants semble indiquer que ces résultats devraient être confirmés a posteriori par la technique de référence (ELISA).

Ils pourraient être utilisés en pratique clinique chez les patients justifiant d'une intervention thérapeutique immédiate.

Remerciements : Laboratoires Buhlmann, Grifols et Theradiag et l'ensemble du personnel du service de Gastroentérologie et du laboratoire d'immunologie.

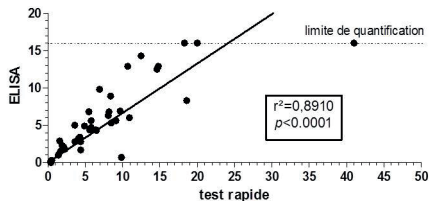


Figure 1. Corrélation des résultats de quantification du taux d'IFX résiduel en fonction de la technique utilisée : ELISA versus test unitaire rapide (corrélation de Spearman, $n=43$, GraphPad Prism 5.00).

Pour consulter ce résumé en ligne :
<https://www.snfge.org/resumes-2019/000738>

P.525

Impact du dosage de l'infliximabémie résiduelle et des anticorps anti-infliximab dans la prise en charge thérapeutique de la maladie de Crohn : cohorte en vie réelle

F. Guinard-Brun ⁽¹⁾, C. Gilletta de Saint-Joseph ⁽¹⁾, E. Berard ⁽¹⁾, J. Moreau ⁽¹⁾, A. Blancher ⁽¹⁾, X. Roblin ⁽²⁾, L. Alric ⁽¹⁾

(1) Toulouse ; (2) Saint-Etienne.

Introduction : Il existe une corrélation significative entre les dosages pharmacologiques des biothérapies par le taux résiduel de l'infliximabémie ou la présence d'anticorps (AC) anti infliximab, et le contrôle de la maladie Crohn (MC). A partir de ces dosages pharmacologiques, un algorithme d'adaptation du traitement en cas de perte de réponse clinique est habituellement utilisé. Les objectifs de cette étude étaient d'évaluer la réponse de la MC, un an après l'adaptation thérapeutique faisant suite aux dosages pharmacologiques et d'évaluer le respect par les cliniciens de l'algorithme décisionnel.

Patients et Méthodes : Sur une période de 18 mois, tous les patients consécutifs avec une MC sous infliximab bénéficiant du dosage du taux résiduel d'Infliximab et de la recherche d'Ac anti Infliximab pour suspicion de perte de réponse thérapeutique ont été inclus dans cette étude monocentrique. Le clinicien avait le libre choix d'adapter le traitement de la MC et de respecter l'algorithme décisionnel thérapeutique. Pour tous les patients, il a été recueilli lors du dosage pharmacologique et un an après, la réponse thérapeutique de la MC sur le plan clinique (score de Harvey-Bradshaw inférieur ou égal à 4), la réponse biologique (CRP inférieure à 5 mg/l et – ou calprotectine fécale inférieure à 250 µg/g), et la réponse endoscopique (score SES-CD inférieur ou égal à 2).

Résultats : 104 patients ont été inclus. Il s'agissait de femmes à 55% (n=57), dont l'âge moyen était 35 ± 14 ans. 21 (20%) étaient nés d'Azathioprine, mais seulement 27% (n=28) étaient sous combothérapie lors du dosage. Les patients présentaient principalement une MC de localisation étendue (n=54, 52%) avec un phénotype fistulisant dans 57% (n=59) des cas. La durée moyenne d'évolution de la maladie était de 10.8 ± 9.9 ans, et la durée moyenne du traitement par Infliximab était de 35 ± 35 mois. A l'inclusion les patients présentaient un score Harvey-Bradshaw moyen de 4.2 ± 3.6, une CRP moyenne à 18 ± 29.6 mg/l, une calprotectine fécale moyenne à 920 ± 901 mg/g, et un score SES-CD moyen de 3.8 ± 4.3. La cohorte totale de 104 patients était divisée en 2 groupes. Le groupe 1, contrôle, qui regroupait 59 (56.7%) patients avec une infliximabémie normale sans Ac : le clinicien concluait à un bon contrôle de la MC et aucune modification thérapeutique n'a été réalisée pour 52/59 (88 %) des patients. Le groupe 2 (n=45, 43.2%) regroupait les patients présentant une infliximabémie résiduelle infra-thérapeutique, avec ou sans Ac significatifs. Dans ce groupe 2, le clinicien concluait à un mauvais contrôle de la MC, le traitement était modifié. A un an le taux global de réponse clinique était observé chez 68/93 (73%) patients. Pour les patients analysables, le taux de réponse endoscopique était de 60% (n=14) et le taux de réponse biologique de 54% (n=45). Le taux de complication grave à un an (abcès, occlusion, chirurgie) est de 24% (n=22). La comparaison du groupe 1 et du groupe 2 à un an, montrait un taux de réponse clinique dans le groupe 1 de 34/55 (61.8%) et de 30/38% (78.9%) dans le groupe 2 sans différence significative p=0.08. Le taux de réponse biologique était de 31/54 (57.4%) dans le groupe 1 et de 14/35 (40%) dans le groupe 2, p=0.109. Le taux de réponse endoscopique était de 9/13 (69.2%) dans le groupe 1 et de 7/10 (70%) dans le groupe 2. L'analyse dans le groupe 2 montre qu'une modification thérapeutique basée sur l'algorithme a été respecté chez 35/45 (80%) patients. En cas de respect de l'algorithme d'adaptation thérapeutique le taux de réponse clinique était respectivement de 77%, le taux de réponse endoscopique était respectivement de 62% et le taux de réponse biologique de 36%.

Conclusion : Les dosages pharmacologiques guident efficacement en vie réelle, la prise en charge de la MC, avec 73% de réponse clinique à un an. Chez les patients avec un dosage pharmacologique anormal, le respect de l'algorithme d'adaptation thérapeutique par le clinicien est respecté dans la grande majorité des cas. Cette adaptation selon l'algorithme permet une modification précoce du traitement et de récupérer la réponse thérapeutique de manière comparable au groupe contrôle.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000206>

P.526

Etude des coûts de prise en charge des patients atteints de maladie inflammatoire chroniques intestinales sous anti-TNFα dans un CHU en France

J. Lawton ⁽¹⁾, H. Achit ⁽¹⁾, L. Pouillon ⁽²⁾, E. Boschetti ⁽²⁾, B. Demore ⁽²⁾, T. Matton ⁽²⁾, C. Tournier ⁽³⁾, M. Prodel ⁽³⁾, L. Peyrin-Biroulet ⁽²⁾, F. Guillemin ⁽²⁾

(1) Nancy ; (2) Vandœuvre-lès-Nancy ; (3) Lyon.

Introduction : Dans la population des patients atteints de maladie inflammatoire chronique intestinale (MICI) un nombre important d'entre eux nécessite des traitements par Anti-TNF alpha. Ces molécules représentent un coût important et grandissant pour la société. Peu d'études se sont intéressées aux coûts de prise en charge des MICI depuis la venue de ces nouvelles molécules. Le but de notre étude était d'analyser les coûts de prise en charge des patients MICI sous Anti-TNF alpha et d'identifier les facteurs déterminant ces coûts.

Matériels et méthodes : Tous les patients vus en consultation ou en hôpital de jour atteints de maladie de Crohn (MC) ou de rectocolite hémorragique (RCH) bénéficiant d'un traitement par anti TNF alpha ont été inclus prospectivement, les coûts liés à leur prise en charge ont été recueillis sur une période d'un an précédant l'inclusion. Les coûts d'hospitalisation, chirurgie, médicaments, transports, consultation et examens complémentaires ont été pris en compte du point de vue de l'assurance maladie.

Résultats : 108 patients ont été inclus dans l'analyse, 83 MC et 25 RCH. Le coût moyen d'un patient sur une année était de 15 775€ [IC 95% : 1 622€-29 928€]. La majorité des coûts étaient constituées des médicaments représentant 84% des coûts directs totaux. Les hospitalisations et la chirurgie représentaient une part mineure de ces coûts avec respectivement 11% et 2%. Les patients avec RCH coûtaient en moyenne plus cher que ceux avec une MC : 17 376€ contre 15 292€ (p=0.207). En analyse univariée puis multivariée, l'antécédent de switch d'anti-TNF était le seul facteur associé à un coût de prise en charge plus important (p=0.0018).

Conclusion : Cette étude est la première à évaluer chez cette population le coût direct de prise en charge sur une période d'un an évaluée à 15 775€. Les biothérapies représentent la majeure partie des coûts de prise en charge avec une part mineure de la chirurgie et des hospitalisations. Compte tenu de ces coûts importants et de leur répartition, l'arrivée des biosimilaires aura un impact économique majeur dans la prise en charge de ces patients.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000500>

Intensification de doses d'infliximab en cas de perte de réponse avec taux résiduels thérapeutiques : jusqu'à quel seuil le proposer ?

X. Roblin ⁽¹⁾, U. Kopylov ⁽²⁾, S. Paul ⁽¹⁾, E. Del Tedesco ⁽¹⁾, J.M. Phelip ⁽³⁾, S. Ben Horin ⁽²⁾, P. Veyrard ⁽³⁾, B. Ungar ⁽²⁾

(1) Saint-Etienne ; (2) Tel-Aviv, ISRAËL ;
(3) Saint-Priest-en-Jarez.

Introduction : La perte de réponse clinique sous infliximab (IFX) est rapportée dans environ 30% des cas de patients porteurs de MICI. Chez les patients infra thérapeutiques en taux résiduel d'infliximab (TRI) et en l'absence d'anticorps (ATI), une optimisation de dose est nécessaire. Un taux thérapeutique est défini lorsque celui-ci est compris 3-7 µg/ml et les algorithmes de prise en charge en cas d'échappement proposent chez ces patients de changer de classe de traitement. Cependant, peu d'étude ont rapporté l'évolution de patients optimisés malgré des taux thérapeutiques et cherché à isoler un seuil prédictif de succès à cette optimisation. Le but de cette étude était d'évaluer l'impact des TRI sur l'efficacité de l'optimisation de dose chez des patients MICI ayant des TRI > 3 µg/ml au moment de la perte de réponse

Patients et Méthodes : Il s'agissait d'une étude rétrospective observationnelle de patients MICI sous IFX en traitement d'entretien à la dose de 5mg/kg/8S et suivis dans deux centres tertiaires entre 2013 et 2017. Les patients éligibles étaient en perte de réponse secondaire sous IFX et présentaient des taux d'IFX supérieurs à 3 µg/ml. Tous les patients inclus étaient répondeurs primaires à l'IFX et ont eu à l'inclusion une intensification de dose. Etaient exclus les patients porteurs d'ATI retrouvés en technique Drug tolerant. L'activité clinique basée sur les scores cliniques (CDAI ou HBI pour maladie de Crohn(MC) ou score Mayo pour la rectocolite hémorragique (RCH)) et les taux résiduels d'IFX étaient rapportés avant intensification de doses, 6 et 12 mois après optimisation du traitement. Le critère d'analyse principal était la rémission clinique dans le suivi. Une analyse par courbe ROC était pratiquée pour isoler le seuil de TRI avant intensification de dose, prédictif d'une rémission clinique dans le suivi.

Résultats : 48 patients (31 MC, (64%)) ont été inclus dans cette étude. Vingt-trois (49%) et vingt-neuf patients (60%) étaient en rémission clinique à 6 et 12 mois respectivement après l'intensification de doses. Des TRI < 4,8 µg/ml avant intensification de dose étaient significativement plus associés à l'obtention d'une rémission clinique après optimisation tant à 6 mois (AUROC=0.77, p=0.0001, 91% sensibilité, 56% spécificité) qu'à 12 mois (AUROC=0.74, p=0.001, 83% sensibilité, 53% spécificité). Les courbes de survie (Kaplan Meier) sans rechute clinique, étaient significativement plus favorables à 6 et 12 mois chez les patients ayant un TRI < 4,8 µg/ml avant intensification (Log Rank test p=0,001 et < 0,001 respectivement). Les taux de rémission clinique à 6 et 12 mois étaient significativement plus importants chez les patients présentant le quartile de TRI le plus bas à l'inclusion (< 4,5 µg/ml) par rapport au second et quatrième quartile (6 mois: p=0,02 et p=0,003; 12 mois: p=0,02 et p=0,008 respectivement).

Conclusion : Chez les patients MICI en perte de réponse sous IFX avec taux thérapeutique d'IFX > 3 µg/ml et sans ATI, une intensification de dose est significativement plus efficace si le patient avant intensification présentait des taux < 4,8 µg/ml. Ces résultats doivent modifier nos algorithmes et proposer un changement de classe plutôt qu'une intensification de dose uniquement chez les patients ayant un TRI supérieur à 4,8 µg/ml.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000212>

Facteurs associés à la prise de poids des patients suivis pour une maladie inflammatoire chronique de l'intestin traités par anti-TNFα

M. Haas ⁽¹⁾, V. Abitbol ⁽²⁾, T. Paupard ⁽³⁾, W. El Hajj ⁽¹⁾, M. Petiet ⁽¹⁾, S. Chaussade ⁽²⁾, S. Nahon ⁽¹⁾

(1) Montfermeil ; (2) Paris ; (3) Dunkerque.

Introduction : Une prise de poids a été observée chez certains patients traités par anti-TNF suivis pour un rhumatisme inflammatoire, mais aussi au cours des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI). Les facteurs explicatifs suggérés sont l'effet orexigène des anti-TNF ainsi qu'une amélioration de la maladie. Cependant, il pourrait exister d'autres facteurs explicatifs tels qu'un changement des habitudes alimentaires, une activité physique limitée, un bas niveau socio-économique, facteurs reconnus pour être associés à un surpoids. Le but de ce travail était de déterminer s'il existait des facteurs associés à une prise de poids au cours des MICI traités par anti-TNF.

Patients et Méthodes : Tous les patients suivis pour une MICI et traités par une biothérapie étaient inclus dans ce travail multicentrique (Montfermeil, Cochin, Dunkerque) principalement ceux suivis en hospitalisation de jour pour une perfusion. Au cours de cette hospitalisation, les questionnaires et scores suivants étaient complétés: activité de la MICI (Harvey-Bradshaw et score Mayo), qualité de vie (sIBDQ), fatigue (FACIT), activité physique, précarité (EPICES), anxiété-dépression (HAD) et les patients avaient un entretien avec une diététicienne pour évaluer la ration calorique, les habitudes alimentaires et d'éventuels troubles du comportement alimentaire. Les caractéristiques de la MICI (démographiques et type de traitement) étaient issues des bases prospectives Focus_MICI® mise en place dans les trois hôpitaux.

Nous avons comparé les données des patients ayant une variation de poids de plus de 10% par rapport à l'initiation de l'anti-TNF à ceux dont la variation était inférieure à 10%, en analyse univariée. Tous les patients ont donné leur consentement pour participer à l'étude et le protocole a été validé par le comité de protection des personnes. (CPP 2018-A00634-51).

Résultats : Cent treize patients [sex ratio (F/H) 51/62], âges en moyenne de 41,1 ans] ont été inclus de Janvier à Juillet 2018 ; 69 (61%) avaient une maladie de Crohn (MC) et 44 (38%) une rectocolite hémorragique (RCH). La durée moyenne de la maladie était de 10,3 ans et la durée moyenne de traitement par anti-TNF de 3,8 ans. L'indication principale du traitement était une MC luminale (56%) et une RCH résistante aux traitements conventionnels (69%). Vingt et un (30%) patients ont été opérés; 71 (62%) étaient en rémission clinique (Harvey Bradshaw < 4 ou score Mayo < 2). Chez 39 (34%) patients, une variation de poids de plus de 10% a été observée entre le début du traitement par anti-TNF et le jour de l'étude. Il y avait significativement plus de patients précaires (p<0,02) sédentaires (p<0,05) et consommant un régime hyperglucidique (P<0,05) dans le groupe des patients ayant une variation de poids >10% . En revanche, une rémission était plus fréquente dans le groupe des patients ayant une variation de poids < 10% (p<0,04).

L'âge, le sex ratio, la consommation de tabac, un antécédent familial d'obésité, la durée de la maladie, une durée de traitement par corticoïdes supérieure à 4 semaines (après le début de l'anti-TNF), la CRP moyenne, le niveau d'anxiété, de dépression et de fatigue n'étaient pas statistiquement différents entre les deux groupes. Une optimisation de l'anti-TNF n'était pas statistiquement plus fréquente dans le groupe des patients ayant variation de poids > 10%.

Conclusion : Dans ce travail, un tiers des patients avait une variation de poids >10% après l'initiation d'un traitement par anti-TNF. La prise de poids était associée à la précarité socio-économique, une activité physique limitée, un régime hyperglucidique et une durée de traitement plus importante. Ces résultats suggèrent l'importance d'intégrer le patient dans un programme d'activité physique et de prendre en charge une éventuelle précarité à l'initiation d'un traitement par anti-TNF.

Remerciements : Les diététiciennes de chaque centre : Mme Agnès Revel (Cochin), Mme Pauline Andrienssen (Dunkerque), Mme Nathalie Poirot (Montfermeil).

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000144>

P.529

Intérêt du dosage de l'Infliximabémie résiduelle avant désescalade thérapeutique dans les maladies inflammatoires chroniques

C. Lucidarme ⁽¹⁾, A. Petitcollin ⁽¹⁾, C. Brochard ⁽¹⁾, M. Dewitte ⁽¹⁾, L. Siproudhis ⁽¹⁾, G. Bouguen ⁽¹⁾
(1) Rennes.

Introduction : Il existe peu de données sur la désescalade thérapeutique des biothérapies dans les maladies inflammatoires de l'intestin (MICI). Le but de l'étude était d'évaluer le taux de rechute après désescalade de l'infliximab (diminution de dose ou espacement de l'intervalle entre les perfusions) chez les patients atteints de MICI en rémission ainsi que les facteurs prédicteurs de rechute.

Patients et Méthodes : Nous avons réalisé une étude monocentrique sur 96 patients atteints de MICI en rémission clinique (indice Harvey Bradshaw <4 ou Mayo Score <2) et biologique (CRP <5 mg/l). La désescalade était définie par une diminution de la dose d'infliximab ou un espacement de l'intervalle des perfusions sans modification de dose. Les données étaient extraites d'une base de données prospective (CNIL n° 1412467) entre juin 2012 et septembre 2017. Deux groupes ont été définis : celui de la désescalade basée sur la clinique lorsque les concentrations résiduelles d'infliximab n'étaient pas disponibles ou inférieures à 7 mg/L et celui de la désescalade basée sur les taux résiduels lorsque ceux-ci étaient supérieurs à 7 mg/L. Le critère principal était la rechute lors du suivi, défini par l'apparition d'une rechute clinique associée à une optimisation de l'infliximab. Une analyse actuarielle a été effectuée.

Résultats : Un total de 146 désescalades a été recensé chez les 96 patients (âge médian de 36 ans à la désescalade). Parmi eux, on comptait 57 hommes (53%). Il y avait une majorité de patients atteints de maladie de Crohn (MC) : 65 (68%) dont 43 (72%) étaient de phénotype inflammatoire selon la classification de Montréal, 27 (28%) avaient déjà été opérés et 22 (14%) présentaient une atteinte périméale. Sur les 31 patients atteints de rectocolite hémorragique (RCH), 17 (55 %) avaient une pancolite. Les 146 désescalades étaient scindées en deux groupes : 54 (37%) basées sur la rémission seule et 92 (63%) basées sur la rémission et une concentration résiduelle de l'infliximab supérieure à 7 mg/L. Deux principaux types de désescalade étaient objectifs : une réduction de la dose de 10 à 5 mg / kg (30 (20%)) et une augmentation de l'intervalle entre les perfusions de 2 semaines (90 (62%)). Les probabilités cumulées de rechute après désescalade étaient respectivement de 16% et 47% à 1 et 2 ans. En analyse multivariée, le tabagisme (HR = 2,2, IC95 [1,07-4,58], p = 0,03), le diagnostic de RCH (HR = 2,9, IC95 [1,45-5,98], p = 0,0028) et l'absence de comorbidité initiale (HR = 2,65, IC95 [1,34-5,1] augmentaient le risque de rechute. En revanche, une stratégie de désescalade basée sur la résiduelle d'infliximab diminuait le risque de rechute (HR = 0,48, IC95 [0,24-0,96]. Par ailleurs, une concentration résiduelle supérieure à 3 mg/L après désescalade était associée à une probabilité moindre de rechute. Il existait une bonne corrélation entre les concentrations avant et après désescalade (corrélation de Spearman $\rho = 0,67$, $p < 0,0001$) : la diminution de dose de 10 à 5 mg/kg ou l'augmentation de 2 semaines de l'intervalle diminuait de moitié les concentrations résiduelles d'infliximab post-désescalade.

Conclusion : L'utilisation des concentrations résiduelles d'infliximab pour évaluer la faisabilité d'une désescalade semble être une condition nécessaire pour diminuer le risque de rechute. Il est possible d'estimer simplement les concentrations résiduelles d'infliximab post-désescalade afin de maintenir des concentrations thérapeutiques.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000783>

P.530

Evaluation de l'impact d'un entretien médical sur l'acceptation du switch de l'infliximab par son biosimilaire chez les patients atteints de maladie inflammatoire chronique de l'intestin

V. Haghnejad ⁽¹⁾, Y. Dominique ⁽¹⁾, C. Zallot ⁽¹⁾, S. El Ouahabi ⁽¹⁾, F. Guillemain ⁽²⁾, L. Peyrin-Biroulet ⁽²⁾
(1) Nancy ; (2) Vandœuvre-lès-Nancy.

Introduction : Un biosimilaire est une copie hautement similaire d'un médicament biologique de référence qui a déjà obtenu une AMM. l'Inflectra® (Infliximab) est le premier traitement par anticorps monoclonal biosimilaire du Remicade® (Infliximab) ayant reçu un avis positif de l'Agence Européenne du Médicament. Cette étude s'est intéressée à l'impact d'un entretien médical sur l'acceptation du switch du Remicade® par son biosimilaire Inflectra®. L'objectif secondaire était de déterminer les caractéristiques individuelles des patients notamment leur satisfaction vis à vis des médicaments génériques.

Patients et Méthodes : Un dispositif a été mis en place afin d'aviser 143 patients atteints de MICI de la possibilité de réaliser un switch du médicament biologique de référence Remicade® par son biosimilaire Inflectra® lors d'un entretien médical. A l'issue de cet entretien, une note d'information de l'Association François Aupetit (AFA) sur les biosimilaires et un questionnaire composé principalement de questions fermées leur a été remis pour recueillir leur consentement et préciser les variables sociodémographiques des patients, caractériser la MICI et aborder des questions relatives aux connaissances des patients sur les biosimilaires ainsi que l'influence de l'entretien avec le médecin et leurs expériences avec les médicaments génériques.

Résultats : Sur 143 patients interrogés, 138 patients ont donné leur avis sur le switch et 120 ont remplis correctement le questionnaire. Au total, 93 (67 %) patients sur 138 ont donné leur accord pour le switch et sur les 120 questionnaires, 82 (68 %) patients ont bénéficié d'un switch de traitement. Les patients avec switch (S+) ont plus fréquemment changé d'opinion sur les biosimilaires suite à l'entretien que les patients sans switch (S-) (60 (73 %) vs 18 (47 %), $p=0.006$). Ils déclarent également avoir plus souvent été influencé par l'entretien pour réaliser ce switch (68 (83 %) vs 5 (13 %), $p<0.001$) et qu'ils auraient plus fréquemment pris une autre décision sans l'entretien (33 (40 %) vs 3 (8 %), $p<0.001$). Les patients S+ ont été plus souvent traité par générique (67 (82 %) vs 22 (58 %), $p=0.006$) et lorsque c'était le cas, ils ont plus souvent bien toléré ces traitements (60 (90 %) vs 14 (64 %), $p=0.005$). Avant l'entretien avec le médecin, 40 (33 %) patients étaient prêts à accepter le switch. Suite à l'entretien, 18 (15 %) patients ont fait marche arrière, tandis que 60 (50 %) patients ont été convaincu par l'entretien d'accepter le switch. Les patients ayant changé d'opinion suite à l'entretien ont une probabilité 1.47 fois plus élevée d'accepter le switch de traitement que les patients dont l'entretien n'a pas modifié l'opinion (Risque relatif [intervalle de confiance à 95 %] : $RR=1.47$ [1.07-2.01]. Les patients S+ avaient des scores de satisfaction (0 à 10) concernant les génériques significativement plus élevés que les patients S- (moyennes des scores comprises entre 7.0 et 7.4 (écart-type entre 2.5 et 2.7) vs 5.5-5.9 (2.7-3.1), $p<0.05$).

Conclusion : Notre étude confirme que l'entretien avec un médecin et une information structurée et ciblée permettent une meilleure acceptation du switch du Remicade® par son biosimilaire Inflectra® chez les patients atteints de MICI. La perception des médicaments génériques et leur tolérance influencent la prise de décision suggérant un biais cognitif. Une meilleure information pourrait éviter le biais induit par la perception des génériques. Globalement, cette étude renforce l'idée que le médecin influence significativement les choix de santé du patient.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000861>

P.531

Dosage sérique de la concentration résiduelle de l'infliximab CT-P13 pour le traitement des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin : étude observationnelle multicentrique de cohorte au sein de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP)

N. Petitdidier ⁽¹⁾, L. Beaugerie ⁽²⁾, F. Carbonnel ⁽³⁾, A. Bourrier ⁽²⁾, S. Rajca ⁽⁴⁾, G. Malamut ⁽²⁾, V. Abitbol ⁽²⁾, M. Allez ⁽²⁾, A.L. Pelletier ⁽²⁾, L. Marthey ⁽⁵⁾, P. Jouet ⁽⁶⁾, R. Benamouzig ⁽⁷⁾, Y. Bouhnik ⁽⁸⁾, A. Amiot ⁽¹⁾

(1) Créteil ; (2) Paris ; (3) Le Kremlin-Bicêtre ; (4) Colombes ; (5) Clamart ; (6) Boulogne-Billancourt ; (7) Bobigny ; (8) Clichy-la-Garenne.

Introduction : L'intérêt du dosage sérique de la concentration résiduelle d'infliximab est désormais bien démontré pour la prise en charge des patients atteints de maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI) en situation de non-réponse primaire ou de perte de réponse (Approche réactive) et reste débattu de façon préemptive chez un patients en rémission clinique (approche proactive). L'utilisation pratique des dosages thérapeutiques en vraie vie est néanmoins mal connue avec potentiellement de grandes disparités entre centres. Le but de cette étude est d'étudier l'utilisation des dosages pharmacocinétiques d'infliximab dans une cohorte de patients traités par infliximab CT-P13 et d'en étudier les caractéristiques.

Patients et Méthodes : Entre septembre 2015 et décembre 2016, tous les patients atteints de maladie de Crohn (MC) active (Indice de Harvey-Bradshaw (HBI)>4 et/ou traité par corticothérapie systémique) et de rectocolite hémorragique (RCH) active (Score partiel de la Mayo Clinic (pMCS)≥3 et/ou traité par corticothérapie systémique), débutant un traitement par infliximab CT-P13 dans un département de Gastroentérologie au sein de l'AP-HP, ont été inclus dans cette étude rétrospective. L'infliximab sérique et les anticorps anti-infliximab ont été dosés grâce au kit ELISA Lisa Traker (Theradiag®). L'opportunité et le timing de réalisation des dosages étaient laissés à l'appréciation des investigateurs. La réalisation des dosages pharmacocinétiques était encouragée par le remboursement de deux dosages par patient par la société HOSPIRA®. Les taux d'infliximab CT-P13 ont été évalués en fonction de la réponse clinique par des tests Mann-Whitney, du chi² et de régression logistique binaire.

Résultats : 379 patients ont été traités par infliximab CT-P13 entre septembre 2015 et décembre 2016. 351 dosages sériques de la concentration résiduelle d'infliximab CT-P13 ont été réalisés chez 334 patients (177 femmes, 221 patients atteints de MC, âge médian de 32,4 [IQR : 25,7-44,4] ans, ancienneté de la MICI de 3,7 [1,0-9,5] ans) représentant 88% des patients traités. Les dosages ont été réalisés chez 18 patients à S6 et chez 326 patients entre S14 et S54 représentant 333 dosages différents (76 à S14, 60 à S22, 46 à S30 et 151 entre S38 et S54). En intention de traiter, les taux de rémission clinique sans corticoïdes (HBI≤4 pour la MC et pMCS≤2 pour la RCH) à S14 et S54 était de respectivement 68% et de 67% pour les patients atteints de maladie de Crohn et de 51,5% et de 56% pour les patients atteints de RCH. Les dosages ont été réalisés en situation de rémission clinique sans corticoïdes chez 209 (63%) patients (approche proactive) et en l'absence de rémission clinique sans corticoïdes chez 124 (37%) patients (approche réactive). Les dosages étaient réalisés de façon plus précoce chez les patients du groupe approche réactive ($p < 0,001$). A S6, le taux moyen d'infliximab CT-P13 était de $9,2 \pm 6,3$ et la proportion de patients ayant des anticorps anti-infliximab était de 11% ($n = 2$). Il n'existait pas de différence de taux moyen d'infliximab CT-P13 chez les patients en rémission clinique sans corticoïdes et ceux qui ne l'étaient pas. Entre S14 et S54, le taux moyen d'infliximab CT-P13 était de $4,2 \pm 4,3$ µg/mL et la proportion de patients ayant des anticorps anti-infliximab de 16% ($n = 53$). Le taux d'infliximab CT-P13 était supérieur chez les patients en rémission clinique sans corticoïdes par rapport à ceux qui ne l'étaient pas ($4,8 \pm 4,2$ vs. $3,2 \pm 4,3$, $p = 0,001$). Les taux d'infliximab CT-P13 étaient plus élevés chez les patients atteints de RCH par rapport à ceux atteints de MC

($3,6 \pm 4,0$ vs. $5,0 \pm 4,7$, $p < 0,001$). Aucune différence n'a été observée suivant le moment du dosage sérique. En analyse multivariée, un taux d'infliximab CT-P13 thérapeutique (> 3 µg/mL) était significativement diminué en cas de présence d'anticorps anti-infliximab (OR = 0,10 (0,04-0,27), $p < 0,001$) de sexe masculin (OR = 0,44 (0,27-0,73), $p = 0,001$) et de CRP > 10 mg/L (OR = 0,42 (0,23-0,75), $p = 0,004$) alors qu'il était significativement augmenté chez les patients ayant été traités par corticoïdes au moment de l'induction de l'infliximab CT-P13 (OR = 1,99 (1,21-3,26), $p = 0,006$).

Conclusion : Cette étude confirme l'utilisation à large échelle du dosage sérique d'infliximab CT-P13. L'utilisation des dosages est mise en phase de façon proactive chez deux tiers des patients. Les patients en rémission clinique sans corticoïdes présentaient des taux d'infliximab CT-P13 plus élevés que les patients avec un moindre contrôle clinique. Un taux d'infliximab thérapeutique (> 3 µg/mL) était plus fréquemment associé à l'absence d'anticorps anti-infliximab, au sexe féminin, à une CRP < 10 et à une corticothérapie concomitante lors de l'induction de l'infliximab CT-P13.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000767>

P.532

Etude comparative en vie réelle du bénéfice et des risques du Remicade® et de son biosimilaire le CT-P13 dans la maladie de Crohn : une étude de cohorte sur les données du SNDS

A. Meyer ⁽¹⁾, J. Rudant ⁽¹⁾, J. Drouin ⁽¹⁾, A. Weill ⁽¹⁾, F. Carbonnel ⁽²⁾, J. Coste ⁽¹⁾

(1) Paris ; (2) Le Kremlin-Bicêtre.

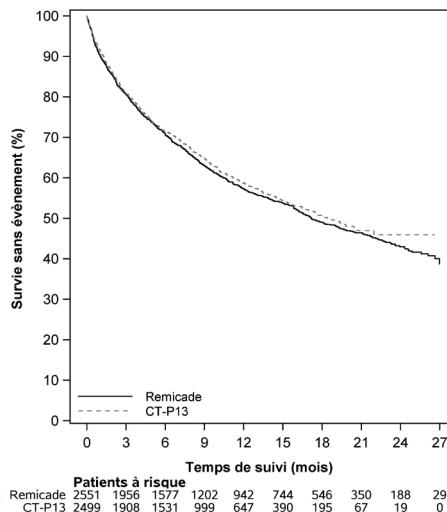
Introduction : Le CT-P13 est un biosimilaire de l'infliximab de référence (Remicade®). Le CT-P13 a une efficacité et une sécurité d'emploi équivalente à celle du Remicade® dans les rhumatismes inflammatoires. L'autorisation de mise sur le marché pour la maladie de Crohn (MC) a été obtenue par extrapolation, sans qu'il y ait eu d'essai spécifique à cette indication. Le but de cette étude était de comparer l'efficacité et la tolérance du CT-P13 et du Remicade®, en vie réelle, chez des patients atteints de MC, nouveaux utilisateurs d'infliximab.

Matériels et méthodes : Le système national des données de santé (SNDS) collecte les données individualisées et anonymes de l'intégralité des remboursements de dépenses de santé pour près de 99% des résidents français (environ 65 millions de personnes). Nous avons réalisé une étude d'équivalence, en vie réelle, à partir des données du SNDS. En effet, pour démontrer la biosimilarité, l'European Medicines Agency recommande de réaliser un essai d'équivalence. Les patients de plus de 15 ans, atteints de MC qui ont initié un premier traitement par infliximab, et n'avaient pas d'indication d'infliximab autre que la MC ont été inclus. Si la première délivrance était du Remicade®, le patient était inclus dans le groupe Remicade® ; si la première délivrance était du CT-P13, le patient était inclus dans le groupe CT-P13. Le critère de jugement principal était un critère composite incluant au moins l'un des items suivants : décès, chirurgie liée à la MC, hospitalisation quelle qu'en soit la cause et délivrance d'une autre biothérapie. L'équivalence était déclarée si l'intervalle de confiance à 95% du hazard ratio du CT-P13 versus Remicade® d'un modèle de Cox marginal multivarié était intégralement inclus dans des limites prédéfinies à [0,80-1,25], en prenant pour référence le Remicade®.

Résultats : Parmi 157 886 patients avec MC, 5 050 patients ont rempli les conditions d'inclusion. Entre le 1^{er} mars 2015 et le 30 novembre 2016, 2 551 ont reçu du Remicade® et 2 499 du CT-P13. Il y a eu 1147 (45%) événements entrant dans la définition du critère principal (dont 838 hospitalisations) dans le groupe Remicade® et 952 (38%) dans le groupe CT-P13 (dont 719 hospitalisations) (Figure). Soixante-quatre pour cent des hospitalisations étaient pour MC dans le groupe Remicade® et 71% dans le groupe CT-P13. Dans l'analyse multivariée du critère de jugement composite principal, le CT-P13 était équivalent au Remicade® (HR 0,92 ; IC95% : 0,85-0,99). L'analyse multivariée montrait que la combothérapie avec une thiopurine était associée à un risque plus faible d'atteindre le critère de jugement principal (HR 0,78 ; IC95% : 0,71-0,85). L'analyse des critères de jugement secondaires n'a pas montré de différence entre les deux groupes pour le risque d'hospitalisation toutes causes confondues (HR 0,92 ; IC95% : 0,83-1,01), ou pour MC (HR 1,00 ; IC95% : 0,90-1,11), ainsi que pour une chirurgie pour MC (HR 1,09 ; IC95% : 0,92-1,28). La tolérance des deux médicaments était similaire : 198 infections sévères (HR 0,82 ; IC95% : 0,61-1,11), 12 tuberculoses (HR 1,10 ; IC95% : 0,36-3,34) et 38 cancers solides ou hématologiques (HR 0,66 ; IC95% : 0,33-1,32).

Discussion : Cette étude est la première à évaluer l'efficacité d'un traitement des MICI, en vie réelle, à partir des données du SNDS. L'absence de biais d'indication entre les deux produits est un des points forts et permet de comparer deux populations très similaires. Les autres points forts de notre étude étaient une base de données quasi-exhaustive, un effectif de 5 050 patients et des bornes d'équivalence plus strictes que dans les essais cliniques d'AMM. La principale limite était l'absence de données cliniques, biologiques, radiologiques ou endoscopiques. C'est pourquoi, nous avons utilisé des marqueurs pour estimer la gravité de la maladie, notamment l'utilisation de médicaments de la MC, les hospitalisations et les interventions chirurgicales.

Conclusion : Le bénéfice en vie réelle et la tolérance du CT-P13 est équivalent à celui du Remicade® chez les patients atteints de MC, nouveaux utilisateurs d'infliximab. Le choix entre les deux produits peut être fondé sur le prix.



Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000047>

Doit-on poursuivre les 5-aminosalicylés chez les patients atteints de maladie de Crohn traités par anti-TNF ?

C. Yzet⁽¹⁾, R. Ungaro⁽²⁾, B. Limketkai⁽³⁾, J.C. Björn⁽⁴⁾, K. Allin⁽⁴⁾, J. Burisch⁽⁴⁾, M. Agrawa⁽²⁾, T. Ullman⁽²⁾, T. Jess⁽⁴⁾, J.F. Colombel⁽²⁾

(1) Amiens ; (2) New York, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (3) Stanford, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (4) Copenhague, DANEMARK.

Introduction : Bien que les 5-aminosalicylés (5-ASA) ne soient pas recommandés dans le traitement de la maladie de Crohn (MC) ils sont cependant utilisés en association avec un traitement biologique chez 30 à 50% des malades (1,2). L'objectif de cette étude était d'évaluer l'impact de l'arrêt ou de la poursuite des 5-ASA en association avec un anti-TNF alpha dans la MC.

Patients et Méthodes : Les patients atteints de MC traités par anti-TNF alpha et 5-ASA ont été identifiés à partir de deux bases de données nationales : l'une Américaine (Truven MarketScan) où les données étaient disponibles de 2007 à 2016 et l'autre Danoise (Registre National de Santé) où les données étaient disponibles de 1977 à 2014. Le critère principal de jugement était l'apparition d'une complication définie par la nécessité de recours aux corticostéroïdes, d'une hospitalisation ou d'une résection intestinale.

Résultats : Respectivement 2960 et 218 patients traités par un anti-TNF alpha et par 5-ASA ont été identifiés dans la cohorte Américaine et Danoise. Parmi eux, 1044 (35,3%) patients ont arrêté leurs 5-ASA et 1916 (64,7%) les ont poursuivis dans la cohorte Américaine et 106 (48,6%) et 112 (51,4%) dans la cohorte Danoise. Le délai de suivi médian après initiation de l'anti-TNF alpha, dans le groupe poursuivit et arrêté des 5-ASA était respectivement de 325 jours (IQR 163-642) et 296 jours (IQR 166-558) dans la cohorte Américaine et de 199 jours (IQR 101-410) et 142 jours (IQR 82-336) dans la cohorte Danoise. La durée médiane de prise de 5-ASA avant initiation d'un anti-TNF alpha dans la cohorte Américaine était de 491 jours (IQR 393-638) dans le groupe poursuite des 5-ASA contre 290 jours (203-359) dans le groupe arrêté ($p < 0,01$). Le délai de survenue d'une complication n'était pas significativement différent entre le groupe arrêté et poursuite des 5-ASA dans la cohorte Américaine (figure 1) et Danoise (figure 2) après ajustement sur la prise d'immunosuppresseur. Il n'y avait pas de différence significative entre le groupe arrêté et poursuite du 5-ASA dans les cohortes Américaine et Danoise en termes d'utilisation de corticostéroïde (respectivement $aHR=0,87$, $IC95\% 0,74-1,03$ et $aHR=1,18$, $IC95\% 0,60-2,33$) ou de chirurgie (respectivement $aHR=0,79$, $IC95\% (0,49-1,29)$ et $aHR=1,13$, $IC95\% (0,45-2,83)$). De même le taux d'hospitalisation n'était pas différent dans la cohorte Américaine mais était statistiquement plus important dans le groupe arrêté des 5-ASA dans la cohorte Danoise $aHR=2,06$, $IC95\% 1,01-4,2$, $p=0,05$. Cependant ce risque d'hospitalisation n'était pas corrélé à la durée d'arrêt du 5-ASA.

Conclusion : L'arrêt des 5-ASA après l'instauration d'une biothérapie n'entraîne pas un sur-risque de complication. Ces données suggèrent qu'il n'est pas nécessaire de continuer un traitement par 5-ASA quand un anti-TNF alpha est débuté dans la MC.

Références Bibliographiques : 2. Klag T, et al. United Eur Gastroenterol J. 2015

1. Geary RB, et al. Inflamm Bowel Dis. 2007

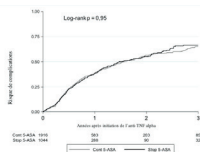


Figure 1 : Délai de complications après initiation d'une biothérapie en fonction de la poursuite ou non de 5-ASA dans la cohorte américaine.

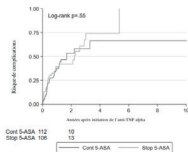


Figure 2 : Délai de complications après initiation d'une biothérapie en fonction de la poursuite ou non de 5-ASA dans la cohorte danoise.

Les taux d'adalimumab sérique sont significativement plus bas lors de l'injection en seringue par rapport au stylo

X. Roblin⁽¹⁾, P. Veyrard⁽²⁾, E. Del Tedesco⁽¹⁾, J.M. Phelip⁽³⁾, S. Paul⁽¹⁾

(1) Saint-Etienne ; (2) Saint-Etienne ; (3) Saint-Priest-en-Jarez.

Introduction : L'adalimumab (ADA) est un anti TNF efficace dans la prise en charge de la maladie de Crohn (MC). Deux présentations sont possibles : stylo et seringue préremplie. Il a été montré que des taux d'ADA sérique au delà de 5 mcg/mL étaient significativement plus associés à la présence d'une rémission clinique et d'une cicatrisation muqueuse. **Le but de ce travail** rétrospectif était de comparer les taux d'ADA en fonction de la technique d'injection.

Patients et Méthodes : il s'agissait d'une étude rétrospective à partir d'une base de donnée prospective ayant inclus tout patient porteur de maladie de Crohn, traité par ADA monothérapie à une dose de 40mg en SC tous les 14 jours, répondeurs primaires à l'ADA et pour lequel un dosage d'ADA avait été pratiqué juste avant une injection d'ADA (taux résiduel). Les patients devaient faire eux même à domicile l'injection. Outre les caractéristiques des patients, étaient colligés les taux de CRP, albumine et le score d'activité HBI. Le dosage d'ADA était pratiqué par technique ELISA (Theradiag, France). L'étude a été pratiquée après les changements de formulation de l'ADA. Les patients traités avec un immunosuppresseur ou ayant été déjà optimisés en ADA auparavant étaient exclus de l'étude

Résultats : 66 patients étaient éligibles (Age moyen : 41 ans, sex ratio H/F : 1). 30 patients (45%) utilisaient les seringues et 28% présentaient une activité clinique au moment du dosage (HBI >3). Les caractéristiques des patients étaient comparables (seringue versus stylo). En terme d'activité, le score HBI moyen était comparable entre les deux groupes (seringue : 2,8 versus 2,2 sous stylo). Les taux moyens d'albumine et de CRP étaient comparables entre les deux groupes. Les taux d'ADA résiduels étaient plus élevés sous stylo que sous seringue sans atteindre la significativité (7,9 versus 4,5 mcg/mL, $p=0,11$). Cependant les pourcentages de patients infra-thérapeutiques (< 5 mcg/mL) étaient significativement plus fréquents en utilisant la seringue préremplie (79% versus 45%, $p=0,027$) sous stylo.

Conclusion : la technique d'injection influence les taux sériques d'adalimumab. Il est donc indispensable de proposer une éducation thérapeutique à nos patients afin que la technique d'injection sans doute moins comprise par le patient pour la seringue soit la plus optimale possible.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000162>

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000038>

P.535

Faisabilité du bévacizumab chez les patients atteints de MICI

R.G. Herrera Gomez ⁽¹⁾, C. Gallois ⁽²⁾, M. Adler ⁽¹⁾, D. Malka ⁽³⁾, P. Burtin ⁽³⁾, V. Boige ⁽³⁾, A. Hollebécque ⁽³⁾, D. Planchard ⁽³⁾, B. Pistilli ⁽³⁾, P. Pautier ⁽³⁾, F. Lemare ⁽³⁾, M. Ducreux ⁽³⁾, O. Mir ⁽³⁾,
(1) Lausanne, SUISSE ; (2) Paris ; (3) Villejuif.

Introduction : Les cancers digestifs et non digestifs chez les patients atteints d'une maladie inflammatoire chronique de l'intestin (MICI) sont potentiellement sensibles à des chimiothérapies associées au Bevacizumab. Des publications préalables ont suggéré une toxicité accrue chez les patients atteints de MICI recevant des agents anti-VEGF. L'innocuité du Bevacizumab dans cette population est mal documentée.

Patients et Méthodes : Revue rétrospective des dossiers de patients porteurs de MICI traités par Bevacizumab et chimiothérapie pour des tumeurs solides métastatiques à Gustave Roussy entre janvier 2007 et décembre 2016.

Résultats : Vingt-huit patients (âge médian 43 ans, intervalle : 23-73 ans) ayant des antécédents de MICI (6 colites ulcéreuses, 22 maladies de Crohn) ont été identifiés. Les MICI ont été jugées graves dans quatre cas (13 %). Les patients présentaient un bon contrôle des symptômes de MICI avec un nombre médian de 0 (intervalle : 0-2) poussées de maladie au cours des deux années précédant le début du traitement au Bevacizumab. Trois patients recevaient des corticostéroïdes et quatre autres recevaient de la mésalazine pour les MICI. Aucun patient n'avait d'abcès, de fistule ou d'hémorragie au moment de l'initiation au bevacizumab. Les cancers traités étaient les suivants : côlon (n=8), rectum (n=5), intestin grêle (n=5), CBNPC (n=4), ovaire (n=1), sein (n=3) et autres (n=2).

Les patients ont reçu une chimiothérapie [à base de 5-FU (LV5FU2, FOLFOX ou FOLFIRI) n=17, d'oxaliplatine n=7, d'irinotécan n=8, de taxanes n=7] avec du Bevacizumab aux doses approuvées de 2,5 mg/kg/semaine (19 pts) ou 5 mg/kg/semaine (7 pts). Les données pour deux patients étaient manquantes.

Un nombre médian de 8 cycles de Bevacizumab (intervalle : 2-39) a été administré en concomitance avec une chimiothérapie, puis comme traitement d'entretien, avec les toxicités de grade ≥ 2 suivantes : hypertension dans 6 cas (20%) et protéinurie dans 3 cas (10%).

Aucune toxicité dose-limitante n'a été observée. Aucun changement dans le traitement des MICI n'a été nécessaire.

Un patient a développé une rectorragie de grade 2 (identifiée comme une poussée de la maladie de Crohn) après 6 mois de Bevacizumab + FOLFIRI. Après arrêt de l'irinotécan, le patient a repris le Bevacizumab pendant 6 autres cycles sans récurrence de saignement.

Conclusion : D'après notre expérience, le Bevacizumab peut être administré à des patients cancéreux atteints de MICI en phase quiescente à des doses conventionnelles avec une bonne tolérance clinique.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000242>

P.536

Les taux d'adalimumab (ADA) sériques sont équivalents entre un schéma thérapeutique d'adalimumab 40mg/SC toutes les semaines ou 80mg/SC tous les 14 jours

P. Veyrard ⁽¹⁾, N. Williet ⁽²⁾, E. Del Tedesco ⁽²⁾, J.M. Phelip ⁽¹⁾, X. Roblin ⁽²⁾

(1) Saint-Priest-en-Jarez ; (2) Saint-Etienne.

Introduction : Un nombre important de patients MICI sont optimisés à ADA (40mg/sc toutes les semaines.) La possibilité d'usage d'injections à 80mg permet de proposer un schéma d'injection tous les 14 jours. Cependant, à notre connaissance aucune étude n'a comparé les taux sériques d'ADA selon ces deux schémas : 40mg/SC tous les 7 jours et 80mg/SC tous les 14 jours en stylo.

Patients et Méthodes : il s'agissait d'une étude prospective ayant inclus de manière consécutive tout patient porteur de MICI et traité par ADA (40mg en SC tous les 7 jours en stylo). Les patients devaient être en rémission clinique lors du dosage, depuis au moins 4 mois (CDAI < 150 pour la MC et Score mayo partiel < 3 pour la RCH). Un premier dosage du taux résiduel était effectué (T0). Juste après ce dosage, les patients étaient traités par ADA 80mg en SC tous les 14 jours et un taux sérique d'ADA était pratiqué en temps résiduel après 2 mois (T1). Tous les dosages étaient faits en aveugle du résultat précédent. Étaient exclus les patients n'ayant pas fait un des deux dosages d'ADA en résiduel ou ayant présenté une activité clinique après le changement de prescription. Ces dosages ont été pratiqués par méthode ELISA (Theradiag France). Un questionnaire de satisfaction a été demandé à T0 et à T1.

Résultats : Sur 43 patients éligibles, à T0, 3 ont présenté une rechute clinique et ont été exclus de l'étude. 40 patients ont été inclus (25 MC, sexe ratio H/F : 0,9, Age moyen : 36,5 ans). Les taux moyens d'ADA à T0 et à T1 étaient comparables (6,99 µg/ml versus 7,01 µg/ml ; p=0,9). En utilisant le test de wilcoxon pour études de séries appariées, celui-ci ne montrait aucune différence significative entre les temps T0 et T1 chez chaque patient (p=0,544). En considérant la définition d'un seuil thérapeutique d'ADA à 5 µg/ml, les 6 patients infra-thérapeutiques à T0 restaient infra-thérapeutiques à T1 et aucun nouveau patient n'était infra-thérapeutique à T1. En définissant ce seuil à 7,5µg/ml, sur les 14 patients infra-thérapeutiques à T0, 13 le restaient à T1 et aucun nouveau patient ne devenait infra-thérapeutique à T1. 20 patients ont été plus satisfaits par le passage à une injection toutes les deux semaines. 16 patients ont rapporté une satisfaction équivalente et 4 patients ont préféré les injections hebdomadaires du fait d'une observance jugée plus facile

Conclusion : les taux sériques résiduels d'ADA sont équivalents en utilisant l'ADA à une dose de 40mg/SC hebdomadaire ou à une dose de 80mg/SC toutes les deux semaines. Ces résultats rassurants nous laisseront le choix après discussion avec le patient de cette prescription en toute sécurité sur le plan pharmacocinétique.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000114>

P.537

Le taux initial d'albumine n'est pas un prédicteur significatif de l'efficacité du tofacitinib chez les patients atteints de rectocolite hémorragique : résultats d'une analyse multifactorielle exposition-réponse

X. Roblin⁽¹⁾, A. Tinsley⁽²⁾, T. Hisamatsu⁽³⁾, C. Vong⁽⁴⁾, S. Tsuchiawata⁽⁵⁾, K. Tsilkos⁽⁶⁾, H. Zhang⁽⁵⁾, A. Mukherjee⁽⁶⁾, C. Su⁽⁵⁾, D.T. Rubin⁽⁷⁾

(1) Saint-Etienne ; (2) Hershey, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (3) Tokyo, JAPON ; (4) Cambridge, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (5) Collegeville, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (6) Groton, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (7) Chicago, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE.

Introduction : Il est démontré que la concentration sérique d'albumine est inversement proportionnelle à la clairance des agents biologiques utilisés dans le traitement des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin [1-3]. Un plus faible taux d'albumine serait lié à une plus forte clairance médicamenteuse et à de plus mauvais résultats cliniques pour certains agents biologiques [4]. La valeur prédictive du taux d'albumine concernant l'efficacité chez les patients (pts) recevant le tofacitinib est incertaine.

Patients et Méthodes : Le tofacitinib est une petite molécule à prise orale, de la famille des inhibiteurs des Janus Kinases, pour le traitement de la rectocolite hémorragique (RCH). Nous avons évalué l'effet du taux initial d'albumine (ALBi) sur la pharmacocinétique (PK) et l'efficacité du tofacitinib. Quatre études randomisées contre placebo chez des patients atteints de RCH modérée à sévère ont été incluses dans les analyses PK : une étude de Phase P2 (A3921063, NCT00787202) [5] et trois études de P3 (OCTAVE Induction 1 & 2, NCT01465763 & NCT01458951 ; et OCTAVE Sustain, NCT01458574) [6]. Le modèle PK de base était un modèle mono-compartimental avec des cofacteurs pour ALBi, évalué comme prédicteur potentiel de la clairance orale apparente (CL/F). L'effet de ALBi sur les critères d'efficacité dans les études d'induction et d'entretien de P3 a été évalué dans une analyse multifactorielle.

Résultats : 1096 pts ont été inclus dans l'analyse PK : 641 hommes et 455 femmes ; la majorité (81,3 %) était de race caucasienne ; âge médian : 40 ans. Le taux moyen (écart-type) de ALBi était de 4,18 g/dL (0,39), limites 2,1-5,4 g/dL. Dans le modèle de PK des populations (popPK), ALBi a été évalué comme prédicteur de la CL/F individuelle, et n'a montré aucune corrélation statistiquement significative ; il n'a donc pas été inclus dans le modèle popPK final. Le taux ALBi a été évalué comme cofacteur dans les analyses d'efficacité exposition-réponse (ER) et il a été prouvé, par modélisation séquentielle des cofacteurs, qu'il n'était pas significatif ; il n'a donc pas été inclus dans le modèle ER final. Le critère principal des études d'induction et d'entretien était la rémission, d'après la lecture centralisée aux Semaines 8 et 52, respectivement. L'analyse multifactorielle n'a montré aucune corrélation statistiquement significative entre le taux de ALBi et les critères d'efficacité dans l'analyse ER, après avoir tenu compte des autres prédicteurs significatifs de l'efficacité, comme le score Mayo initial.

Conclusion : Contrairement à ce qui a été observé pour les agents biologiques [1-3], la clairance du tofacitinib n'est pas liée à la concentration d'albumine. Comme l'ont montré les analyses multifactorielles, le taux initial d'albumine n'a pas d'effet sur les critères d'efficacité en traitement d'induction ou d'entretien, et n'aurait donc pas d'utilité dans le choix du dosage du tofacitinib.

Références Bibliographiques : 1.Fasanmade AA. Eur J Clin Pharmacol 2009;65:1211-28. 2.Sharma S. Inflamm Bowel Dis 2015;21:783-92. 3.Rosario M et al. Aliment Pharmacol Ther 2015;42:188-202. 4.Lichtenstein GR. Am J Gastroenterol Suppl 2016;3:17-26. 5.Sandborn WJ et al. N Engl J Med 2012;367:616-24. 6.Sandborn WJ et al. N Engl J Med 2017;376:1723-36

Pour consulter ce résumé en ligne : <https://www.snfge.org/resumes-2019/000107>

P.538

Efficacité et tolérance en vraie-vie du tofacitinib chez les patients atteints de rectocolite hémorragique réfractaire

L. Lair-Mehiri⁽¹⁾, C. Stefanescu⁽¹⁾, T. Vaysse⁽²⁾, D. Laharie⁽³⁾, X. Roblin⁽⁴⁾, I. Rosa⁽⁵⁾, X. Treton⁽¹⁾, V. Abitbol⁽⁶⁾, A. Amiot⁽⁶⁾, G. Bouguen⁽⁷⁾, N. Dib⁽⁸⁾, M. Fumery⁽⁹⁾, B. Pariente⁽¹⁰⁾, F. Carbonnel⁽²⁾, L. Peyrin-Biroulet⁽¹¹⁾, M. Simon⁽⁶⁾, S. Viennot⁽¹²⁾, Y. Bouhnik⁽¹⁾

(1) Clichy-la-Garenne ; (2) Le Kremlin-Bicêtre ; (3) Bordeaux ; (4) Saint-Etienne ; (5) Créteil ; (6) Paris ; (7) Rennes ; (8) Angers ; (9) Amiens ; (10) Lille ; (11) Vandœuvre-lès-Nancy ; (12) Caen.

Introduction : Les essais OCTAVE de phase III ont confirmé l'efficacité du tofacitinib, inhibiteur de Janus kinase (JAK), administré par voie orale versus placebo en traitement d'induction et d'entretien de la rectocolite hémorragique (RCH) modérée à sévère. Avant d'obtenir l'autorisation de mise sur le marché, le tofacitinib a pu être proposé à des patients sous forme d'autorisation temporaire d'utilisation (ATU) ou en délivrance exceptionnelle. Le but de notre étude était d'évaluer les premiers résultats en vraie vie du tofacitinib chez les patients atteints de RCH réfractaire (réponse inadéquate, perte de réponse ou intolérance aux corticoïdes, immunosuppresseurs, anti-TNF et autres biologiques).

Patients et Méthodes : De décembre 2016 à août 2018, tous les patients atteints de RCH active traités en France par tofacitinib en induction (10 mg deux fois par jour) ont été recensés pour réaliser une étude observationnelle, rétrospective, multicentrique. Le critère de jugement principal était la survie sans colectomie à la semaine 24. Les critères secondaires étaient la survie sans arrêt de traitement et la rémission clinique sans corticoïdes à la semaine 24. L'activité de la maladie a été évaluée par le score Mayo partiel. La rémission était définie par un score Mayo total ≤ 2 sans aucun sous-score > 1 , et la réponse clinique était définie par la diminution du score Mayo ≥ 3 points et $\geq 30\%$ par rapport à l'inclusion et diminution du sous-score saignement rectal ≥ 1 ou sous-score absolu ≤ 1 . Le suivi a été effectué pendant 48 semaines. Les analyses de survie ont été effectuées selon la méthode de Kaplan-Meier.

Résultats : Parmi les 37 patients inclus, la maladie était pancolique dans 23 (62 %) cas, et le score Mayo total médian de 9 (intervalle de 4 à 11) à l'inclusion. 37 (100 %) patients avaient été en échec à au moins un anti-TNF, 26 (70 %) à deux anti-TNF ou plus et 36 (97 %) avaient été en échec au vedolizumab. Avec un suivi médian de 24 semaines, la survie globale sans colectomie était de 77 % (n = 26) ; la survie sans arrêt du traitement était de 62,6 % (n = 25) à la semaine 24 et de 58,2 % (n = 9) à la semaine 48. A la semaine 24, une réponse clinique a été observée chez 15 (41 %) patients, dont 12 (32 %) étaient en rémission clinique sans corticoïdes. Des effets indésirables (EI) sont survenus chez 10 (27 %) patients, dont 5 (13,5 %) étaient graves, correspondant à des infections, et 3 (8,1 %) étaient des infections à type de zona. Aucun décès n'a été rapporté.

Conclusion : Dans cette population de patients atteints de RCH modérée à sévère réfractaire à l'ensemble des traitements disponibles, le tofacitinib a permis la rémission complète sans corticoïde chez un tiers des patients à la semaine 24, et d'éviter la colectomie à 6 mois dans plus de 75% des cas. Les données de tolérance de cette étude n'ont pas montré d'événement indésirable inattendu au regard de ceux connus dans les études pivots sur le tofacitinib.

Pour consulter ce résumé en ligne : <https://www.snfge.org/resumes-2019/000202>

P.539

Le filgotinib diminue les marqueurs systémiques et muqueux de l'inflammation, en particulier chez les répondeurs endoscopiques, chez les patients présentant une atteinte modérée à sévère de la maladie de Crohn

X. Roblin ⁽¹⁾, G. D'Haens ⁽²⁾, R. Galien ⁽³⁾, L. Goyal ⁽⁴⁾, W. Li ⁽⁴⁾, A. Mirza ⁽⁴⁾, A. Serone ⁽⁴⁾, C. Tasset ⁽⁵⁾, A. Van Der Aa ⁽⁵⁾, W. Jacky ⁽⁴⁾, S. Vermeire ⁽⁶⁾

(1) Saint-Etienne ; (2) Amsterdam, PAYS-BAS ; (3) Romainville ; (4) Californie, ETATS-UNIS ; D'AMÉRIQUE ; (5) Mechelen, BELGIQUE ; (6) Louvain, BELGIQUE.

Introduction : Le filgotinib (FIL) est un inhibiteur sélectif de JAK1 actuellement évalué dans des essais cliniques de phase III pour le traitement de la rectocolite hémorragique et de la maladie de Crohn (MC). Dans une étude de phase II chez des patients atteints d'une MC modérée à sévère (FITZROY, ClinicalTrials.gov ID#NCT02048618), un traitement par FIL avec une prise une fois par jour de 200 mg pendant 10 semaines était associé à des taux de rémission clinique significativement supérieurs au placebo. Nous rapportons ici les modifications causées par le traitement sur les cytokines sériques, la protéine C-réactive (CRP) et la calprotectine fécale et avons étudié l'association de ces changements par rapport aux changements observés par endoscopie gastro-intestinale.

Patients et Méthodes : Des échantillons de sérum ont été recueillis avant le traitement ainsi qu'aux semaines 2, 4 et 10 du début du traitement par FIL ou placebo. Les échantillons de selles ont été prélevés avant le traitement et à la semaine 10. Les cytokines sériques ont été mesurées par chimiluminescence, la CRP par immunoturbidimétrie et la calprotectine fécale par la méthode immuno-enzymatique Calprest. Les variations en pourcentage des biomarqueurs lors des visites après le début du traitement ont été comparées entre les patients traités par placebo (n=44) et par FIL (n=128) en utilisant un modèle d'ANCOVA ajustant les niveaux de biomarqueurs initiaux et les facteurs de stratification (utilisation de corticoides, exposition antérieure aux anti-TNF et niveau de CRP initiale). L'association de variations en % sur les biomarqueurs avec une réponse endoscopique à la semaine 10 (diminution ≥50 % par rapport au score initial SES-CD) a été évaluée par courbe ROC.

Résultats : Les niveaux des biomarqueurs initiaux étaient comparables entre les groupes placebo et FIL, à l'exception de l'interleukine (IL)-17A et du facteur de croissance de l'endothélium vasculaire-A (VEGF-A) qui étaient supérieurs dans le groupe placebo (médianes à 3,2 et 547,2 pg/ml) par rapport au groupe FIL (1,3 et 389,6 pg/ml, p<0,05). Le traitement par FIL a entraîné des réductions de la calprotectine fécale (variation en % de la médiane de -30 % à -35 %), de l'IL-6 sérique (-11 % à -20 %) et du VEGF-A sérique (-8 % à -12 %) à chaque évaluation. Une diminution de la calprotectine fécale, de la CRP et du VEGF-A ont été observées chez les patients traités par FIL dès la semaine 2 et étaient supérieures en comparaison avec les patients traités par placebo (p<0,05). Aucun effet significatif du traitement n'a été observé pour l'IL-10, l'IFN-γ et l'IL-8. Aucune variation significative de la calprotectine fécale, de la CRP et des cytokines du sérum n'a été observée chez les patients traités par placebo. Chez les patients traités par FIL, une association significative a été observée entre la diminution des biomarqueurs aussi bien systémiques (CRP et IL-6 sériques) que muqueux (calprotectine fécale) et la réponse endoscopique (tableau 1).

Conclusion : Le traitement par FIL a entraîné une diminution précoce de l'inflammation systémique et muqueuse qui était plus prononcée chez les répondeurs endoscopiques.

Tableau 1 : Variation en % de la médiane (95 % d'intervalle de confiance) des biomarqueurs à différentes visites post-traitement par réponse endoscopique et de traitement							
Bio-marqueurs	Visite	Placebo		AUCROC	Filgotinib		AUCROC
		Répondeurs endoscopiques (n=46)	Non répondeurs endoscopiques (n=39)		Répondeurs endoscopiques (n=32)	Non répondeurs endoscopiques (n=23)	
CRP	Semaine 2	-13 (-86, 30)	-12 (-58, 13)	0,87	-44 (-76, -8)	-22 (-57, -10)	0,79***
	Semaine 4	-17 (-88, 124)	-1 (-24, 31)	0,56	-42 (-77, -3)	-26 (-38, -9)	0,74***
	Semaine 10	-51 (-88, 639)	1 (-24, 47)	0,74	-45 (-56, -34)	6 (-17, 33)	0,74***
Calprotectine	Semaine 2	-12 (-42, 26)	2 (-2, 40)	0,59	-47 (-69, -14)	-32 (-56, -9)	0,71
	Semaine 4	-25 (-96, -3)	-9 (-32, 19)	0,66	-54 (-84, -20)	-29 (-47, -9)	0,65***
	Semaine 10	12 (-44, 182)	9 (-30, 55)	0,5	-74 (-84, -21)	-28 (-39, 2)	0,67***
IL-6	Semaine 2	-40 (-78, 93)	8 (-13, 18)	0,95	-33 (-48, -20)	-1 (-29, 13)	0,79***
	Semaine 4	60 (-37, 312)	1 (-14, 39)	0,58	-29 (-52, -18)	-4 (-16, 13)	0,68***
	Semaine 10	-11 (-72, 365)	4 (-21, 46)	0,53	-54 (-64, -33)	-11 (-23, 14)	0,77***
IL-17A	Semaine 2	-1 (-49, 2)	-3 (-6, 2)	0,33	-4 (-14, -)	-7 (-20, 9)	0,6
	Semaine 4	17 (-50, 48)	-4 (-18, 13)	0,62	-4 (-19, 0)	-1 (-10, 1)	0,59
	Semaine 10	7 (-52, 70)	-1 (-24, 22)	0,5	-26 (-41, -)	-11 (-22, 0)	0,69***
VEGF-A	Semaine 2	-3 (-49, 9)	-1 (-6, 37)	0,58	-14 (-26, -)	-9 (-16, -)	0,66
	Semaine 4	9 (-52, 17)	2 (-6, 12)	0,51	-20 (-38, -14)	8 (-13, -4)	0,65***
	Semaine 10	-5 (-34, 17)	4 (-10, 16)	0,65	-10 (-26, -)	-4 (-11, -)	0,69***

Pour consulter ce résumé en ligne : <https://www.snfge.org/resumes-2019/000478>

* p<0,05 ; ** p<0,01 ; *** p<0,001 ; AUCROC courbe ROC ; ROC : opérateur de récepteur caractéristique.

Intérêt des dosages sanguins d'ustekinumab dans une série de patients atteints de maladie de Crohn sévère et réfractaire

J. Lavolé ⁽¹⁾, H. Cheddani ⁽²⁾, P. Roland Nicaise ⁽²⁾, M. Peyneau ⁽²⁾, C. Auditeau ⁽²⁾, A. Schernberg ⁽²⁾, C. Martins ⁽¹⁾, C. Stefanescu ⁽¹⁾, M. Cohen ⁽¹⁾, Y. Bouhnik ⁽¹⁾, X. Treton ⁽¹⁾

(1) Clichy-la-Garenne ; (2) Paris.

Introduction : L'ustekinumab (UST) est une biothérapie ciblant la voie IL12/23 utilisée dans le traitement de la maladie de Crohn (MC) pour des patients en échec ou intolérants aux antiTNF. Le but de notre étude était d'évaluer l'association entre les taux sériques d'UST et les rémissions clinique, biologique et endoscopique, durant la période de traitement d'entretien par UST.

Matériels et méthodes : Nous avons réalisé une étude rétrospective monocentrique incluant des patients avec MC sévère ayant débuté un traitement par UST entre mars 2014 et janvier 2018 dans un centre tertiaire. Le dosage d'UST était réalisé sur un sérum disponible prélevé dans le cadre du soin courant. Pour la rémission clinique, le critère de jugement était un score de Harvey-Bradschaw <5, pour la rémission biologique, une CRP <5mg/L. La calprotectine fécale, biomarqueur corrélé à la cicatrisation muqueuse (<250µg/g de selles) était également analysée. L'activité endoscopique était cotée grâce aux données des comptes-rendus avant et après mise sous UST.

Résultats : 48 patients ont été inclus et 68 dosages ont pu être réalisés. Une rémission clinique était observée chez 60% des malades. 52% avaient une CRP<5mg/L et 58%, une calprotectine fécale<250µg/g. En comparaison de médianes, notre étude n'a pas mis en évidence d'association significative entre taux d'UST et rémission clinique, biologique ni avec la calprotectine fécale. Toutefois une tendance numérique associait des seuils élevés avec la rémission clinique. La courbe ROC avec le calcul de l'AUC pour la rémission clinique a permis d'identifier un seuil d'ustekinumabémie de 1620ng/mL avec une AUC estimée à 0.59. La sensibilité et la spécificité avec ce seuil sont respectivement de 74% et 48%. En analyse multivariée, les taux d'UST supérieurs à ce seuil de 1620ng/mL, sont apparus corrélés avec la rémission clinique (OR=3.4, p=0.04). L'association à un traitement par immunosuppresseur (n=9) n'était pas associé à des taux plus élevés, ni à une meilleure réponse clinique.

Conclusion : Notre étude n'a pas mis en évidence d'association significative entre ustekinumabémie et rémissions clinique, biologique et taux de calprotectine fécale dans une série de patients atteints de MC sévères, réfractaires. Ces données sont concordantes avec les autres études de vraie vie publiées, et questionnent sur l'utilité des dosages. Néanmoins un seuil à 1620ng/mL a pu être identifié comme facteur associé à la rémission clinique. Des études de plus forte puissance sont nécessaires pour préciser l'utilité éventuelle des dosages sanguins d'UST.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000918>

Développement d'un biomarqueur d'efficacité du vedolizumab (Entyvio®) dans la rectocolite hémorragique : résultats préliminaires

L. Quénéhervé ⁽¹⁾, R. Olivier ⁽²⁾, M. Neunlist ⁽¹⁾, J. Bregéon ⁽¹⁾, M. Dewitte ⁽³⁾, M. Amil ⁽⁴⁾, A. Boureille ⁽¹⁾, E. Coron ⁽¹⁾, G. Bouguen ⁽³⁾

(1) Nantes ; (2) Poitiers ; (3) Rennes ; (4) La Roche-sur-Yon.

Introduction : Le développement de biomarqueurs d'efficacité est nécessaire pour permettre de choisir la classe thérapeutique de biothérapie la plus à même d'induire une rémission chez les patients atteints de rectocolite hémorragique (RCH), parmi les 2 types de molécules disponibles: les anti-TNF-alpha, dont l'adalimumab, qui agissent en partie par leur capacité à fixer le TNF transmembranaire exprimé par les cellules immunitaires intestinales et les anti-intégrines (vedolizumab) qui agissent par leur fixation à l'intégrine α4β7 exprimée à la surface des lymphocytes pénétrant le tube digestif. Le développement de nouvelles sondes d'endoscopie confocale (EMC) couplées à 2 sources laser de longueurs d'ondes différentes permet d'envisager la détection simultanée des cellules fixant 2 molécules d'intérêt durant l'endoscopie.

L'objectif de cette étude pilote était de démontrer la faisabilité d'un test de détection des cellules fixant le vedolizumab-FITC et des cellules fixant l'adalimumab-Alexa fluor 647 à l'aide du dispositif Cellvizio Dualband (Maunaakea technologies) au sein de biopsies réalisées chez des patients suivis pour une RCH active.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude ouverte prospective multicentrique ayant inclus des patients adultes atteints de RCH modérée à sévère (MAYO global ≥ 5, un sous score endoscopique ≥ 2) nécessitant un traitement par biothérapie, en échec ou ayant une contre-indication à des traitements conventionnels. Les patients inclus étaient traités par vedolizumab par voie intraveineuse à la posologie de 300 mg/perfusion à S0, S2, S6 puis toutes les 8 semaines jusqu'à la semaine 22, date de l'évaluation clinique, endoscopique et histologique de l'efficacité. Les patients répondeurs poursuivaient alors le traitement par vedolizumab. Les patients non répondeurs recevaient un traitement par adalimumab à la posologie est de 160 mg à S0, 80 mg à S2 puis 40 mg toutes les deux semaines jusqu'à réévaluation à S30.

Une rectosigmoïdoscopie était réalisée à S0 et S22 pour tous les patients. A S0, 5 biopsies étaient prélevées en zone pathologique et si possible en zone saine dans le sigmoïde à l'aide d'une pince sans dard (2 pour analyse histologique ; 3 pour analyse en EMC). A S22 les biopsies pour analyse en EMC étaient prélevées uniquement chez les patients non répondeurs.

Trois biopsies étaient rincées au PBS (37°C) puis incubées dans une solution de vedolizumab marqué au FITC et d'adalimumab marqué à l'Alexa fluor 647 pendant 10 minutes à 37°C. Après rinçage au PBS, les biopsies étaient analysées par EMC avec deux longueurs d'onde 488 et 660 nm permettant la visualisation des deux marqueurs fluorescents de façon distincte sur un même prélèvement.

Le critère de jugement principal était le nombre de cellules fluorescentes par champ d'examen en EMC pour chacun des anticorps : vedolizumab couplé au FITC et adalimumab couplé à l'Alexa fluor 647 à S0 pour tous les patients.

Résultats : Neuf patients ont été inclus dans l'étude entre décembre 2016 et octobre 2018 (étude toujours en cours). L'âge médian des patients est de 39 ans (20-69), avec une prédominance de femmes (8 femmes pour 1 homme) et une durée moyenne d'évolution de 50 mois. L'atteinte est limitée au colon gauche chez 4 patients, pancolique chez 4 patients, limitée au rectum chez 1 patient. Le score Mayo global à l'inclusion était de 8.6. Trois patients sont répondeurs au vedolizumab, 2 sont non répondeurs au vedolizumab et répondeurs à l'adalimumab, 1 est non répondeur au vedolizumab et non répondeur à l'adalimumab, les autres sont encore en cours de suivi.

Des cellules marquées aux 2 fluorophores étaient visibles chez tous les patients à S0.

Conclusion : Les résultats préliminaires de cette étude pilote démontrent que le marquage ex vivo de biopsies de patients ayant une RCH active par du vedolizumab et de l'adalimumab peut être quantifié par EMC de type Dual Band. Ces sondes capables de détecter 2 longueurs d'ondes permettent de tester 2 molécules simultanément. Si le marquage est corrélé à la réponse thérapeutique, cette technique pourrait ouvrir la voie à un traitement personnalisé des maladies inflammatoires du tube digestif.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000296>

P.542

Efficacité et tolérance de l'ustekinumab 90 mg toutes les 4 semaines dans la maladie de Crohn : étude multicentrique française

M. Fumery ⁽¹⁾, L. Peyrin-Biroulet ⁽²⁾, S. Nancey ⁽³⁾, R. Altwegg ⁽⁴⁾, P. Veyrard ⁽⁵⁾, G. Bouguen ⁽⁶⁾, S. Vienne ⁽⁷⁾, D. Laharie ⁽⁸⁾, J. Filippi ⁽⁹⁾, A. Bozon ⁽⁴⁾, F. Brazier ⁽¹⁾, L. Pouillon ⁽²⁾, B. Flourie ⁽³⁾, L. Boivineau ⁽⁴⁾, L. Siproudhis ⁽⁶⁾, F. Poullenot ⁽⁸⁾, X. Roblin ⁽¹⁰⁾, X. Treton ⁽¹¹⁾

(1) Amiens ; (2) Vandœuvre-lès-Nancy ; (3) Lyon ; (4) Montpellier ; (5) Saint-Priest-en-Jarez ; (6) Rennes ; (7) Caen ; (8) Bordeaux ; (9) Nice ; (10) Saint-Etienne ; (11) Clichy-la-Garenne.

Introduction : Le schéma d'entretien le plus fréquent au cours d'un traitement par ustekinumab dans la maladie de Crohn (MC) est de 90 mg toutes les 8 semaines. Les patients présentant une réponse partielle ou une perte de réponse pourraient bénéficier d'un raccourcissement de l'intervalle entre deux injections. L'objectif de cette étude était d'évaluer l'efficacité et la tolérance de l'ustekinumab 90 mg toutes les 4 semaines (90 mg/4S) dans la MC.

Patients et Méthodes : Tous les patients atteints de MC active, définie par un CDAI > 150 et au moins un signe objectif d'inflammation (CRP > 5 mg/L et/ou calprotectine fécale > 250 µg/g et/ou preuve radiologique et/ou endoscopique d'activité de la maladie) traités par de l'ustekinumab 90mg/4S pour une perte de réponse ou une réponse partielle à l'ustekinumab 90 mg/8S étaient inclus dans une cohorte rétrospective. La réponse et la rémission clinique étaient respectivement définies par une diminution du score d'Harvey-Bradshaw d'au moins 3 points et un score de Harvey-Bradshaw < 4.

Résultats : Soixante-seize patients étaient inclus. L'âge médian à l'optimisation était de 33 ans (intervalle interquartile range (IQR), 27 - 42) et la durée médiane d'évolution de la maladie de 12 ans (IQR, 7 - 16). L'optimisation était réalisée après une médiane de 4.5 mois (IQR, 2.2 - 7.2) après l'initiation de l'ustekinumab. L'ustekinumab était associé aux corticoïdes et aux immunosuppresseurs dans respectivement 32% (n = 25/76) et 36% (n = 27/76) des cas. Une réponse clinique était observée chez 57% (n = 43/76) des patients, après une médiane de 2.1 mois (IQR, 1.0 - 3.0). Après un suivi médian de 8.2 mois (IQR, 5.2-12.0), 47% (n = 36/76) des patients étaient toujours traités par l'ustekinumab, et 26% (n = 20/76) étaient en rémission clinique sans corticoïde. Parmi les 29 patients ayant eu une coloscopie au cours du suivi, 10 présentaient une cicatrisation muqueuse. Au terme du suivi, respectivement 35% (n = 27/76) et 22% (n = 17/76) des patients étaient hospitalisés ou opérés. Des effets indésirables étaient rapportés chez 9% (n = 7) des patients, dont deux événements indésirables graves (pneumopathie, colite infectieuse). En analyse multivariée, une localisation colique (L2) (Hazard Ratio (HR), 4,6 (IC95%, 1,8-8,4); p = 0,047), un phénotype inflammatoire (B1) (HR, 9,1 (IC95%, 1,2-16,5); p = 0,015) et la durée du traitement par l'ustekinumab avant optimisation (HR, 3,2 (IC95%, 1,2-5,4); p = 0,043) étaient associés à une réponse clinique à 2 mois.

Conclusion : Dans cette première étude évaluant l'efficacité et la tolérance d'une optimisation de l'ustekinumab à 90mg toutes les 4 semaines dans la MC, plus de la moitié des patients répondaient à l'optimisation. Une localisation colique, un phénotype inflammatoire et la durée du traitement par l'ustekinumab avant l'optimisation étaient associés à la réponse clinique à 2 mois.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000265>

P.543

Dilatation des bronches et MICI : prévalence et prise en charge

S. Mrabti ⁽¹⁾, I. Errabih ⁽¹⁾, N. Benzoubeir ⁽¹⁾, M. Cherkaoui ⁽¹⁾, F. Souidine ⁽¹⁾, L. Chahed Ouazzani ⁽¹⁾

(1) Rabat, MAROC.

Introduction : La prévalence des manifestations pulmonaires au cours des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI) est de l'ordre de 25%. La dilatation des bronches (DDB) est rare et sa prévalence est d'environ 1,5%. **Le but de notre travail** est d'évaluer la prévalence de la dilatation des bronches ainsi que sa prise en charge chez les patients atteints de MICI

Matériels et méthodes : Etude rétrospective de Janvier 2002 à septembre 2018 incluant 1053 patients suivis pour MICI dont 03 patients présentaient une DDB. Ces derniers ont eu recours à un scanner thoracique, exploration fonctionnelle respiratoire (EFR) et avis spécialisé.

Résultats : Sur 1053 cas de MICI, trois patients présentaient une dilatation des bronches soit 0,28%. L'âge moyen est 43 ans, avec 100% de femmes. La MICI était pancolique avec lésions ano-périnéales (LAP) dans deux cas, et iléo-colique avec LAP sténosante avec fistule ano-vaginale PARKS 1 dans un cas. Le délai moyen entre le diagnostic de la MICI et la survenue de la DDB était de 10 ans. Le scanner thoracique a révélé une DDB chez tous les patients au niveau basal gauche chez une malade et au niveau des deux bases chez les deux autres. L'EFR a montré un syndrome obstructif chez 100% des malades. Le bilan infectieux notamment la recherche de BK était négative. L'amélioration était partielle sous corticoïde inhalée, bronchodilatateur, antihistaminique, mucolytique et kinésithérapie respiratoire; cependant l'évolution était spectaculaire sous anti TNF, avec un contrôle pléthysmographique nettement amélioré chez nos trois malades avec : VEMS à 99%, VEMS/CV à 109%, DEM25 à 76%, DEM50 à 105%, DEM75 à 77%, RVA à 73% et VR à 178%.

Conclusion : La DDB au cours des MICI est rare nécessitant d'abord un diagnostic positif minutieux et une prise en charge multidisciplinaire. Son identification précoce est cruciale pour adapter la stratégie thérapeutique et discuter l'introduction d'une biothérapie.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000165>

P.544

Maladies inflammatoires chroniques de l'intestin chez les sujets de plus de 60 ans : série de 46 cas

F. Abdelfettah ⁽¹⁾, S. Berkane ⁽¹⁾

(1) Alger, ALGÉRIE.

Introduction : Les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI) sont rares chez les personnes âgées. Les sujets diagnostiqués au-delà de 60 ans représentent 10 à 15 % de la population MICI. La Maladie de Crohn (MC) comme la Rectocolite hémorragique (RCH) du sujet âgé sont une entité particulière, caractérisée par sa survenue chez un sujet fragile, avec souvent une comorbidité associée et l'évolution parfois sévère.

Le but de notre étude est d'étudier les caractéristiques cliniques et évaluer les réponses thérapeutiques des MICI chez des patients âgés de plus de 60 ans au moment du diagnostic.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude monocentrique, rétrospective de 46 patients avec une MICI diagnostiquée au-delà de 60 ans, colligés entre le 01/01/2010 et le 30/06/2018. Le diagnostic de la MICI a été retenu sur les critères cliniques, biologiques, endoscopiques, histologiques et évolutifs.

Résultats : Sur les 46 patients colligés; l'âge moyen au moment du diagnostic était de 65 ans [60-82], le sex-ratio H/F de 1,3, 12 (26%) patients étaient fumeurs, 26 (56,5%) avaient au moins une comorbidité associée et 13 (29%) avaient un BMI < 18. Il s'agit d'une MC chez 34 patients (74%) et une RCH chez 12 patients (26%).

La RCH était pancolique dans 11 cas (91,6%) et recto-colique gauche dans 1 cas (9,33%).

La MC était de topographie iléale (44,1%), iléo-colique (26,4%), colique (23,5%), ano-périnéale (5,8%), bifocale iléale et duodénale 1 cas(2,9%), elle est de phénotype sténosant chez 22 patients (65%).

4 patients (8,65%) ont été opérés dans le cadre de l'urgence pour colite aigue grave avec 2 décès post opératoire.

Après un suivi moyen de 64mois [2mois-20 ans] des 42 patients restants; 10 (23,4%) ont dû être opérés, 8 résections pour sténose iléale ou iléo-caecale sur maladie de crohn, et 2 colostomie de décharge (AAP), puis traitement par Anti TNF chez 7 patients, immunosuppresseur chez 1 patient et surveillance pour 2 patients.

32 autres (76,2 %) étaient sous traitement médical; 5asa chez 10 patients (23,8%), immunosuppresseurs (azathioprine, méthotrexate, 6MP) chez 6 patients (14,3%) (Avant 2014, date de la disponibilité régulière des Anti TNF en Algérie) et anti TNF chez 6 patients (14,3%).

Parmi les patients traités, 9 patients (21,4%) ont eu recours à la chirurgie, 8 résections de sténose et une GEA, 4 (9,5%) patients ont reçu des anti TNF en post opératoire.

Au total 17 patients (40,4%) ont bénéficié d'un traitement par anti TNF (ADA et IFX). Le maintien de la rémission est noté dans 75% des cas. 25% ont nécessité une optimisation en dose ou un Switch suite à un échec dans 17% et 8% des cas respectivement

Conclusion : Notre étude montre que la MC est plus fréquente que la RCH chez le sujet âgé. Elle est souvent de phénotype sténosant nécessitant une résection intestinale. La RCH quant à elle survient chez un quart des patients, elle est pancolique 9 fois sur 10. Sur le plan thérapeutique, les Anti-TNF sont aujourd'hui de plus en plus prescrits dans cette catégorie de patients et en toute sécurité.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/001040>

P.545

Prévalence et facteurs de risque des manifestations extra-digestives au cours des maladies inflammatoires chroniques de l'intestinF.E. Haddar ⁽¹⁾, F. Bellouhou ⁽²⁾, A. Benayad ⁽¹⁾, S. Oubaha ⁽¹⁾, Z. Samlani ⁽¹⁾, K. Krati ⁽¹⁾

(1) Marrakech, MAROC ; (2) Marrakech , MAROC.

Introduction : Les patients atteints d'une maladie inflammatoire chronique de l'intestin (MICI) développent souvent au cours de l'évolution de leur maladie une ou plusieurs atteintes extradiigestives. Néanmoins, les données sur la prévalence et les facteurs de risque de survenue de ces manifestations extra-intestinales sont limitées dans la littérature. Le but de cette étude était d'évaluer la prévalence des manifestations extra-digestives associées aux MICI et d'identifier les éventuels facteurs de risque de leur survenue.

Patients et Méthodes : Nous avons mené une étude rétrospective qui a colligé tous les patients suivis dans notre service de Gastroentérologie entre Janvier 2013 et Décembre 2017. Les principales caractéristiques épidémiologiques et cliniques ont été analysées. Le diagnostic des différentes manifestations extra-digestives était conforme aux critères établis et basé sur des explorations spécialisées.

Résultats : Au total, 82 patients suivis pour une MICI ont été inclus : 70,7% pour une maladie de Crohn et 29,3% pour une rectocolite hémorragique (RCH). L'âge moyen était de 37 ans [15-60 ans], avec prédominance féminine ; un sexe ratio H/F égal à 0,8. 46,5% des patients présentaient au moins une manifestation extradiigestive associée à leur maladie. Les atteintes ostéo-articulaires (Rhumatisme axial) et oculaires (uvéite) étaient les plus fréquentes. Une durée d'évolution de la MICI ≥ 5 ans était significativement associée au risque de survenue d'une atteinte extra-intestinale ($p=0,05$). Concernant les patients suivis pour RCH, le risque d'une atteinte extradiigestive était significativement majoré en cas de maladie étendue ($p<0,05$). En analyse multivariée, seule une durée d'évolution de la MICI ≥ 5 ans et une atteinte étendue au cours de la RCH étaient significativement prédictifs de survenue de manifestations extra-digestives ($p<0,05$).

Conclusion : Dans notre série, près de la moitié des patients avaient une ou plusieurs manifestations extradiigestives associées à leur MICI. En analyses uni et multi variée, le risque d'apparition d'une atteinte extra-intestinale était significativement majoré en cas d'une durée d'évolution de la MICI ≥ 5 ans et d'une RCH étendue.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000969>

P.546

Impact des MICI sur la qualité de vie des patientsM. Yakoubi ⁽¹⁾, M. Mahmoudi ⁽¹⁾, O. Gharbi ⁽¹⁾, M. Medhioub ⁽¹⁾, L. Hamzaoui ⁽¹⁾, A. Khsiba ⁽¹⁾, M.M. Azouz ⁽¹⁾

(1) Nabeul, TUNISIE.

Introduction : Si la mortalité liée aux maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI) est faible, leur évolution chronique et parfois invalidante peut avoir un impact considérable sur la qualité de vie (QDV) des patients. Etant donné que les différents index de mesure de l'activité clinique des MICI n'apprécient pas le retentissement de la pathologie sur la vie quotidienne des malades, plusieurs questionnaires psychométriques ont été élaborés.

L'objectif principal de cette étude est donc d'évaluer la QDV des patients suivis pour MICI par un questionnaire validé. L'objectif secondaire sera de mettre en évidence les éventuels facteurs liés au patient et/ou à la maladie influençant cette QDV.

Patients et Méthodes : Nous avons réalisé une étude transversale qui a colligé tous les patients suivis pour MICI et qui se sont présentés à la consultation externe de gastroentérologie de l'hôpital Tahar Maamouri de Nabeul entre Juillet et Septembre 2017. La version courte de l'Inflammatory Bowel Disease Questionnaire (T-IBDQ) a été utilisée. Ce questionnaire comporte dix questions regroupées en quatre items : symptômes digestifs, signes généraux, état émotionnel et retentissement sur la vie sociale. Chacun des items est noté entre 1 et 7 (1 indiquant un problème sévère et 7 révélant au contraire une absence de problème) et les scores globaux vont de 10 à 70.

Résultats : Quarante patients ont été colligés. Le taux de réponse était de 100% avec une bonne acceptabilité par tous les malades. L'âge moyen était de 46 ans avec des extrêmes allant de 16 à 68 ans. Le sexe ratio était de 1,1 (H/F=21/19). Parmi les consultants interrogés, 26 étaient suivis pour une maladie de Crohn et 14 pour une rectocolite hémorragique (RCH). La durée moyenne d'évolution de la MICI était estimée à 8,4 années. La localisation de la maladie de Crohn était iléale, colique ou iléo-colique dans respectivement 46,15%, 11,5% et 42,3% des cas. Elle s'associait dans 23% des cas à des manifestations anopérinéales à type de fissure ($n=2$) ou de fistule ($n=4$). Le recours à la chirurgie a eu lieu chez sept patients porteurs de maladie de Crohn. Neuf patients interrogés avaient une RCH distale, tandis que cinq avaient une atteinte pancolique. Au moment de la consultation, 35% des patients étaient sous salicylés, 8% sous corticothérapie, 35% sous azathioprine et 4% sous anti TNF alpha. L'activité de la maladie de Crohn a été évaluée grâce à l'indice de CDAI. Celle de la RCH par le score de Mayo. Sept patients avaient une maladie de Crohn active (CDAI>150). La RCH était en poussée chez 3 malades. Un score T-IBDQ inférieur à 40 a retrouvée dans 25% des cas. Aucune différence statistiquement significative du T-IBDQ n'a été retrouvée en comparant les patients ayant une maladie active ou en poussée et ceux dont la MICI est une rémission ($p=0,045$). De même, le score de QDV était comparable qu'il s'agisse d'une RCH ou d'une maladie de Crohn ($p=0,256$).

Conclusion : La mesure du score de QDV n'est pas encore réalisée en pratique courante, pourtant il s'agit d'un reflet de la prise en charge médicale. Désormais, l'objectif du praticien suivant les patients ayant une MICI n'est plus uniquement d'obtenir la rémission mais également que ces derniers aient une QDV acceptable permettant l'adhésion aux soins.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000694>

P.547

MICI, médecins et malades : un décalage ?

R. Benjira ⁽¹⁾, H. Abid ⁽¹⁾, O. Laalj ⁽¹⁾, M. Lahlali ⁽¹⁾, A. Lamine ⁽¹⁾, N. Lahmidani ⁽¹⁾, M. Elyoussfi ⁽¹⁾, D.A. Benajah ⁽¹⁾, S.A. Ibrahimi ⁽¹⁾, M. Elabkari ⁽¹⁾

(1) Fès, MAROC.

Introduction : L'état de connaissance des patients en matière de leur maladie chronique joue un rôle crucial dans la gestion de celle-ci et ainsi une meilleure adhérence à la prise en charge thérapeutique. Le but de notre étude est d'apprécier et d'évaluer le niveau des connaissances des patients porteurs de maladies inflammatoires chroniques intestinales (MICI) en matière de leur maladie.

Matériels et méthodes : C'est une étude rétrospective incluant 130 patients suivis dans notre formation pour MICI. Un questionnaire a été rempli auprès de chaque malade incluant des données épidémiologiques ainsi que des questions concernant les différents aspects des MICI.

Résultats : L'âge moyen des patients était de 37 ans avec un sexe-ratio F/H à 1,4. L'origine urbaine a été notée chez 76%% des cas. 33 patients n'ont jamais été scolarisés alors que seulement 14% de nos patients (N=18) ont un niveau scolaire universitaire. Parmi nos patients, 43% ne connaissaient pas le nom de leur maladie. Seulement 23% des cas savent que leur maladie est d'origine inflammatoire. Le traitement médical semble être le principal moyen de prévention des complications pour 23% de ces patients. Vingt-sept patient (20%) patients ne savaient pas le nom de leurs médicaments. La plupart des patients ont eu leurs informations auprès de leur médecin traitant, tandis qu'ils ont eu recours à d'autres moyens pour plus d'informations : autres malades (13%) internet (22,3%), famille/amis (8,4%). A la fin du questionnaire, les patients ont suggéré d'organiser des tables rondes et des activités distractives afin d'alléger le poids de la maladie et les moments de souffrance.

Conclusion : Notre travail illustre une connaissance insuffisante des malades MICI de leur maladie justifiant l'importance de la mise en place de programmes d'information et de sensibilisation.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000501>

P.548

L'évaluation de la perte osseuse chez les patients marocains porteurs de maladies inflammatoires chroniques de l'intestin : résultats d'une étude prospective

T. Addajou ⁽¹⁾, S. Ouahid ⁽¹⁾, S. Berrag ⁽¹⁾, Y. Azali ⁽¹⁾, M. Fidèle ⁽¹⁾, L. Ndayikeza ⁽¹⁾, S. Jamal ⁽¹⁾, M. Tamzaourte ⁽¹⁾, A. Aourarh ⁽¹⁾

(1) Rabat, MAROC.

Introduction : La baisse de la densité minérale osseuse représente la principale manifestation osseuse décrite au cours des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI). Plusieurs études ont rapporté des pertes osseuses variant de 7% à 56% chez les patients atteints de MICI (1). Plusieurs mécanismes physiopathologiques sont impliqués dans la survenue de cette perte osseuse. Il est donc essentiel d'identifier ces facteurs de risque afin de pouvoir proposer un traitement précoce et prévenir les complications.

L'objectif de l'étude : Déterminer les facteurs de risque et la prévalence des pertes osseuses chez les patients marocains atteints d'une MICI.

Matériels et méthodes : Il s'agit d'une étude prospective réalisée dans notre centre sur une période de 8 ans (Janvier 2010 - Décembre 2017). 412 patients atteints de MICI (244 MC, 168 RCH) ont été inclus.

L'âge moyen était de 39 ± 17 ans (18-70 ans). Les Mesures de la densité minérale osseuse (DMO) ont été obtenus par Absorptiométrie biphotonique à rayons X au niveau du col fémoral et au rachis lombaire. Une analyse multivariée y compris les facteurs significativement associés à une DMO basse dans l'analyse univariée a été utilisée pour identifier les facteurs de risque indépendants.

Résultats : En utilisant le T-score, la prévalence globale des pertes osseuses était de 57,4%: l'ostéopénie était de 41,6%, et l'ostéoporose était de 11,9%. Seulement 25,3% des patients présentaient une DMO normale.

Sur une analyse de régression, l'index de masse corporelle (IMC) et l'âge ont été les principaux facteurs de risque des pertes osseuses chez nos patients ayant une MICI.

Conclusion : Dans notre série, Les patients marocains atteints d'une MICI présentaient un risque accru d'ostéopénie. La prévalence était similaire quel que soit le type de la maladie (MC et RCH). L'IMC et l'âge étaient les facteurs prédictifs indépendants d'une DMO basse.

Références Bibliographiques : 1- Bjarnason I, Macpherson A, Mackintosh C, Buxton-Thomas M, Forgacs I, Moniz C. Reduced bone density in patients with inflammatory bowel disease. Gut 1997;40:228-33.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000816>

P.549

Evolution après une première colite aiguë grave sur une maladie inflammatoire chronique de l'intestin

M. Ghribi ⁽¹⁾, M. Ghanem ⁽¹⁾, B. Ben Slimane ⁽¹⁾, K. Boughoula ⁽¹⁾, H. Ben Abdallah ⁽¹⁾, M.R. Bouali ⁽¹⁾, S. Bizid ⁽¹⁾, N. Abdelli ⁽¹⁾

(1) Tunis, TUNISIE.

Introduction : La colite aiguë grave (CAG) est une urgence médicochirurgicale exposant à un risque de décès et de colectomie. Des avancées thérapeutiques majeures se sont succédées ces deux dernières décennies. Une répercussion positive de ces avancées sur l'évolution de la maladie est attendue.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective ayant inclus toutes les premières poussées de CAG (répondant aux critères cliniques et / ou endoscopiques) prises en charge dans notre service, à partir de l'année 2000. On a recueilli les données épidémiologiques, cliniques et évolutives à court et à long terme des patients.

Résultats : On a inclus 64 patients répondant aux critères de CAG. L'âge moyen de survenue de la poussée grave était de 31 ans [12 à 60 ans]. Il s'agit de 30 hommes et 34 femmes (SR=0.88). La maladie inflammatoire chronique (MICI) sous jacente était une recto-colite ulcéro-hémorragique (RCH) dans 57,8% des cas, une maladie de Crohn dans 34,4% des cas et une colite indéterminée dans 6,3% des cas. La CAG était inaugurale chez 45,3 % des malades. Pour les patients connus porteurs d'une MICI, 25,7% étaient naïfs aux immunosuppresseurs. Le diagnostic était porté sur des critères cliniques seuls chez 13 patients (20,3%), des critères endoscopiques seuls chez 18 patients (28,1%), et sur l'association des deux critères chez 33 patients (51,6%). Une surinfection colique à *Salmonella* a été notée chez 3 patients et à CMV chez deux patients. La durée moyenne de la corticothérapie était de 12 jours. 44 patients (68,8%) ont répondu au traitement de 1ère ligne. Parmi les 20 patients corticorésistants : 5 patients (25%) ont subi une colectomie d'urgence ; 10 patients (50%) ont été mis sous anti-TNF avec 90% de réponse primaire, et 5 patients (25%) sous ciclosporine avec 80% de bonne réponse. Le taux de réponse primaire était équivalent entre les anti - TNF et la ciclosporine ($p = 0.59$). Les patients ont été suivis sur une période moyenne de 76 [2 à 240] mois. La survie sans colectomie après la première CAG était estimée à 77% à 1 an et à 63% à 5 ans. L'incidence cumulée de recours aux anti-TNF était estimée à 12% dans l'année suivant la CAG, et à 32% à 5 ans. Deux décès septiques sont survenus en phase aiguë (3,1%).

Conclusion : La CAG touche les sujets jeunes des deux sexes. La première poussée est souvent corticocensible. L'efficacité des anti - TNF et de la ciclosporine en cas de corticorésistance était comparable. La mortalité et le taux de colectomie restent élevés en phase aiguë. Néanmoins, passé ce cap le pronostic à long terme est excellent.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfgc.org/resumes-2019/000711>

P.550

Prévalence et facteurs associés à la survenue de complications thromboemboliques au cours des MICI

R. Zgoulli ⁽¹⁾, M. Sabbah ⁽¹⁾, D. Trad ⁽¹⁾, H. Elloumi ⁽¹⁾, A. Ouakaa Kchaou ⁽¹⁾, L. Gargouri ⁽²⁾

(1) Tunis, TUNISIE ; (2) Sfax, TUNISIE.

Introduction : Les complications thrombo-emboliques (CTE) représentent une complication majeure au cours des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI). Elles sont responsables d'une morbi-mortalité élevée. Le but de notre étude était d'évaluer la prévalence et de rechercher les facteurs associés pouvant favoriser la survenue des CTE au cours des MICI.

Patients et Méthodes : Nous avons mené une étude rétrospective sur 12 ans colligeant tous les patients suivis pour MICI dans notre service et ayant présenté une CTE au cours de leur suivi. Seules les complications thrombo-emboliques confirmées par l'imagerie (échographie doppler ou tomodensitométrie) ont été retenues.

Résultats : Parmi les 113 patients suivis pour MICI dans le service, six ont présenté une CTE soit une prévalence de 5,3%. Il s'agissait de cinq hommes et d'une femme, d'un âge moyen de 37 ans (23-48ans). Cinq patients avaient une maladie de Crohn et un seul patient avait une rectocolite ulcéro-hémorragique. Le délai moyen entre le diagnostic de la maladie et la survenue de la thrombose était de 92 mois. Il s'agissait d'une thrombose profonde des membres inférieurs dans 3 cas (50 %), de la veine porte dans un cas (16,6%), de la veine rénale gauche dans un cas et de la veine cave sous rénale dans le dernier cas. Aucun cas d'embolie pulmonaire n'a été observé dans notre série.

Dans le cadre de la recherche des facteurs favorisant de la thrombose, la maladie était active chez tous les patients, 33% des malades étaient tabagiques, une thrombocytopénie a été notée chez 50% des patients et une dénutrition sévère secondaire à une atteinte iléale étendue a été retrouvée chez 60% des patients atteints de maladie de Crohn. Aucun des patients n'était sous héparinoprofylaxie au moment de la thrombose. Le bilan de thrombophilie était négatif chez tous les patients.

Conclusion : La prévalence des thromboses veineuses dans notre série était de 5,3 %. La thrombose veineuse des membres inférieurs était la localisation la plus fréquente. Il est important d'insister sur le sevrage tabagique et de traiter rapidement les poussées afin de diminuer l'inflammation et la dénutrition qui favorisent la survenue de ces accidents.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfgc.org/resumes-2019/000984>

P.551

Le surpoids influence-t-il le profil clinique et étiologique des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin ?

J. El Atmani ⁽¹⁾, Y. Ismail ⁽¹⁾, A. El Farouki ⁽¹⁾, M.A. Lkousse ⁽¹⁾, K. Gharbi ⁽¹⁾, S. Oubaha ⁽¹⁾, Z. Samlani ⁽¹⁾, K. Krati ⁽¹⁾

(1) Marrakech, MAROC.

Introduction : L'obésité a été liée à un état pro-inflammatoire et au développement de maladies inflammatoires. Les données sur l'évolution et le traitement des patients en surpoids souffrant d'une maladie inflammatoire chronique de l'intestin (MICI) sont limitées. **Le but de ce travail** était de décrire les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et évolutives des patients porteurs de maladies inflammatoires chroniques de l'intestin ayant un surpoids.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective menée entre 2012 et 2018 colligeant 195 patients suivis pour MICI. Le diagnostic était retenu sur un faisceau d'arguments clinico-biologiques, endoscopiques et histologiques. L'indice de masse corporelle (IMC) a été utilisé pour classer les malades. Le surpoids était défini pour un IMC $\geq 25 \text{ Kg/m}^2$.

Résultats : Cent quatre-vingt-quinze patients suivis pour MICI ont été colligés, dont 65 (33,33 %) avaient un IMC $\geq 25 \text{ Kg/m}^2$. Parmi ces derniers, 33 avaient une maladie de Crohn (50,76%) et 32 avaient une RCH (49,23%). Il s'agissait de 36 hommes et de 29 femmes. Le sex-ratio était de 1,24. L'âge moyen était de 37 ans (18-90 ans). Parmi ces malades, 30,76% (20 cas) étaient tabagiques. Parmi l'effectif des patients porteurs de maladie de Crohn, la maladie évoluait depuis en moyenne 55 mois (6-185mois). Le siège de la maladie était colique, iléo-colique et iléal dans respectivement 18,18%, 45,45% et 24,24% des cas. Des lésions digestives hautes ont été notées chez 4 patients (12,12%). Dix sept malades (51,51%) avaient un phénotype inflammatoire (B0 selon la classification de Montréal), 5 patients un phénotype sténosant (15,15%), 8 patients un phénotype fistulisant (24,24%) et 3 (9,1 %) malades avaient une maladie sténosante et fistulisante. Par ailleurs, 28 patients (43,07%) avaient des manifestations extra-digestives. Des manifestations ano-périnéales étaient retrouvées chez 9 patients (13,84%) ce qui est de même pour la prévalence du recours à la chirurgie (9 patients soit 13,84%). Concernant la rectocolite hémorragique, elle était distale dans 18 cas (60%), pancolitique chez 13 patients (40%). Cinquante pour cent des malades porteurs de MICI étaient sous azathioprine et 20 % étaient sous anti TNF. L'obésité chez les patients porteurs de MICI a été associée au sexe féminin ($p=0,031$), à l'âge > 40 ans au moment du diagnostic ($p = 0,013$), à la stéatose hépatique ($p=0,041$), aux taux élevés de la CRP ($P = 0,007$). Il n'a pas été mis en évidence d'association entre le surpoids d'une part et le tabagisme, la localisation de la maladie, le phénotype, la chirurgie, les manifestations ano-périnéales et le nombre de poussées d'autre part. Toutefois, une association significative a été mise en évidence entre le surpoids et le moindre taux de rémission sous immunosuppresseurs ($p=0,032$) ainsi qu'une plus faible réponse aux anti-TNF ($p=0,04$).

Conclusion : Au cours des MICI, le surpoids semble assez fréquent. Dans notre série, il a été associé au sexe féminin, à un âge avancé au moment du diagnostic ainsi qu'à la stéatose hépatique. Concernant les caractéristiques évolutives, une association significative était trouvée avec un moindre taux de rémission sous immunosuppresseurs et une plus faible réponse à l'anti TNF.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000620>

P.552

Les complications thromboemboliques au cours de MICI : une atteinte extra-intestinale fatale à prendre au sérieux !

O. Kharmach ⁽¹⁾, I. Benelbarhdadi ⁽¹⁾, F.Z. Ajana ⁽¹⁾

(1) Rabat, MAROC.

Introduction : Parmi les manifestations extra-intestinales des MICI, il y a les accidents thromboemboliques (ATE) qui sont relativement rares, survenant le plus souvent au cours de l'évolution de la maladie mais peuvent exceptionnellement la révéler. Le but de notre étude est d'estimer leur prévalence et de déterminer leurs particularités épidémiologiques et évolutives.

Matériels et méthodes : Etude rétrospective colligeant sur une période de 16 ans (2002-2018) les patients hospitalisés pour une MICI ayant présenté une thrombose confirmée par l'imagerie. Les données ont été recueillies à partir des registres de MICI du service.

Résultats : Nous avons inclus 1034 patients, parmi eux 9 avaient une thrombose : 4 hommes et 5 femmes, d'âge moyen de 35,33 ans. 8 patients avaient une maladie de Crohn et 1 avait une rectocolite hémorragique. L'ATE était révélateur de la MICI chez 2 patients alors que le délai moyen entre le diagnostic de la MICI et la survenue de l'ATE chez les autres était de 8,5 mois. Il s'agissait d'une thrombose profonde des membres inférieurs dans 7 cas associée à une embolie pulmonaire dans 1 cas, d'une thrombose veineuse cérébrale dans 2 cas dont 1 associée à une embolie pulmonaire. Tous nos patients étaient en poussée au moment de la survenue de la thrombose, dont 2 étaient déjà sous héparinothérapie préventive, la notion d'immobilisation prolongée était retrouvée chez 1 patient, chirurgie chez 2 patients, tabagisme chez 1 patient, grossesse chez 1 patiente, diabète chez 1 patient. Au bilan : déficit en protéine S chez 1 patient, carence en vitamine B12 chez 1 patient, hypoalbuminémie chez tous les patients. L'évolution était fatale pour 1 patient.

Conclusion : La thrombose veineuse profonde des membres inférieurs est l'atteinte la plus fréquente, semble survenir à la phase active de la maladie soulignant l'importance de la prévention de la maladie thrombo-embolique lors des poussées.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/001134>

P.553

Impact de l'âge sur les caractéristiques cliniques, thérapeutiques et évolutives des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin

Z. Kassama ⁽¹⁾, Y. Chelbi ⁽¹⁾, F. Boucenna ⁽¹⁾, M. Fernas ⁽¹⁾, F. Boutra ⁽¹⁾, T. Hammada ⁽¹⁾

(1) Constantine, ALGERIE.

Introduction : Les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin, la maladie de Crohn (MC) et la rectocolite hémorragique (RCH) est une affection qui débute préférentiellement chez les jeunes adultes et la majorité de nos connaissances concerne cette catégorie de patients. Les caractéristiques cliniques, thérapeutiques et évolutives de la maladie chez des sujets plus âgés ont été insuffisamment étudiées.

Le but de notre travail est d'évaluer l'influence de l'âge sur le profil clinique, thérapeutique et l'évolution à long terme de la maladie

Patients et Méthodes : Entre Janvier 2014 et Janvier 2017, nous avons mené une étude rétrospective de 121 dossiers des patients suivis pour MICI. Les principales caractéristiques des MICI, cliniques, thérapeutiques et celles relatives à l'évolution ont été relevées. Les patients ont été répartis en 2 groupes en fonction de l'âge : groupe I (GI) : 18-40 ans et groupe II (GII) : > 40 ans. Une comparaison des deux groupes a été réalisée à travers une étude univariée.

Résultats : Cent vingt et un malades suivis pour MICI étaient colligés et répartis en groupe I (GI) (n = 65) et groupe II (GII) (n = 56). Il n'y avait pas de différence significative concernant : -Le sexe des patients (sex-ratio: GI : 1,83 Vs GII : 1,66). -La prévalence en fonction de l'âge de la maladie de Crohn (MC) et de la rectocolite hémorragique (RCH), MC : GI : 77% vs GII : 82,2%, RCH : GI : 23% vs GII : 17,8% -La localisation initiale des lésions de la MICI au moment du diagnostic : Iléale GI : 23%vs GII : 23%, iléo-caecale GI : 46% vs GII : 28%, colique GI : 20% vs GII : 27%, rectale GI : 11% vs GII : 22%. -La gravité de la première poussée ni le type de traitement prescrit pour traiter cette poussée : le recours aux corticoïdes (GI : 48% Vs GII : 39%), le traitement d'entretien prescrit : 5ASA (GI : 15% Vs GII : 45%), Azathioprine (GI : 68% Vs GII : 34%), AntiTNF (GI : 17% Vs GII : 21%).-Le recours à la chirurgie (GI : 7,69% Vs GII : 5%).

Conclusion : Dans cette étude rétrospective, l'âge de début des MICI ne semble pas influencer sur les caractéristiques cliniques et évolutives essentielles de la maladie. En revanche, la différence serait imputée à l'azathioprine qui était plus fréquemment prescrit chez les sujets jeunes par rapport au groupe plus âgé, chez ces patients, la prescription plus restreinte des immunosuppresseurs, ne semble pas avoir d'impact sur le cours évolutif des MICI.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/001147>

P.554

Comparaison entre le score de qualité de vie spécifique aux maladies inflammatoires chroniques de l'intestin IBDQ au questionnaire général SF36 : résultats d'une série monocentrique

N. Maamouri ⁽¹⁾, H. Ben Jeddi ⁽¹⁾, D. Issaoui ⁽¹⁾, D. Cherif ⁽¹⁾, H. Debbabi ⁽¹⁾, H. Chaabouni ⁽¹⁾, H. Kchir ⁽¹⁾

(1) Tunis, TUNISIE.

Introduction : L'IBDQ (Inflammatory bowel disease questionnaire) est un score évaluant la qualité de vie des patients atteints de maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI). Sa sensibilité est supérieure à celle du questionnaire général « Short Form Survey 36 » (SF36). Ce premier comporte 32 questions évaluant 4 domaines : les symptômes digestifs, les symptômes systémiques, les troubles émotionnels et la fonction sociale.

Le but de ce travail est de comparer le score IBDQ au SF36 afin de le valider dans notre population.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude prospective transversale colligeant tous les malades suivis pour MICI sur une période de 6 mois allant de janvier à juin 2010. Les scores IBDQ et SF36 ont été calculés et comparés chez tous les malades.

Résultats : Durant cette période, cent malades ont été colligés. Il s'agissait de 44 hommes et de 56 de femmes d'âge moyen égal à 37,3 ans [16-71 ans]. Soixante-douze patients étaient suivis pour une maladie de crohn (MC), 25 pour une rectocolite hémorragique (RCH) et 3 pour une colite indéterminée (CI). La MC était iléale (32%), colique (24%) et iléocolique (44%). Une localisation haute était notée chez 7%. Des lésions anopérinéales étaient présentes chez 30 malades. La RCH était distale (44%), gauche (28%) et étendue (28%). L'atteinte de la CI était distale (N=1), gauche (N=1) et pancolitique (N=1). L'activité de la poussée au moment de l'inclusion était minime (79%), modérément active (12%) et sévère (9%). Six patients avaient une complication au moment de l'inclusion : occlusion intestinale aiguë (N=5) et colite aiguë grave (N=1).

Le score global de l'IBDQ et de ses domaines étaient significativement corrélés avec toutes les dimensions du SF36 ($p < 0,0001$ et r constamment positif). Ce qui signifie que plus les valeurs du score global de l'IBDQ et de ses domaines étaient élevées et plus les valeurs des dimensions du SF36, du score global de l'activité physique et du score global de la santé mentale l'étaient également.

Conclusion : Dans notre étude, le score global IBDQ et ses domaines était corrélé aux différentes dimensions du SF36 ce qui a permis de le valider dans notre population.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000573>

Les compléments alimentaires : quel impact chez les malades atteints de MICI ?

S. Jiddi ⁽¹⁾, F.E. Lairani ⁽¹⁾, S. El Yazal ⁽¹⁾, I. Haraki ⁽¹⁾, S. Oubaha ⁽¹⁾, Z. Samlani ⁽¹⁾, K. Krati ⁽¹⁾

(1) Marrakech, MAROC.

Introduction : les MICI ne sont pas des maladies de la nutrition ou liées aux aliments. Néanmoins, les patients se posent souvent la question du régime à suivre ou de la pertinence des compléments alimentaires sur l'évolution de leur maladie. Ce sont des produits industriels destinés chez les patients souffrant de MICI vu que l'assimilation ou le métabolisme est perturbé.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude retrospective et prospective entre janvier et aout 2018 portant sur des malades hospitalisés ou suivis en consultation. Nous avons collecté des informations sur les données démographiques des sujets ainsi que des questions sur la maladie sous jacente, le traitement actuel, les antécédents chirurgicaux en rapport avec la maladie, les régimes alimentaires, la prise de compléments alimentaires. La présentation, la texture, composition et la durée de la prise, la satisfaction du sujet, l'observance.

Objectif : Cette étude évalue le retentissement des compléments alimentaires chez les patients atteints de MICI, afin de tenter d'établir des liens entre suppléments nutritifs et les paramètres d'évolutivité de la maladie.

Résultats : 86 patients ont été recrutés pour la prescription de complément alimentaire. La moyenne d'âge était de 45 ans. 51% avaient une maladie de Crohn, 43% une rectocolite et 6% une colite indéterminée. 64% des malades étaient traités par immunosuppresseur et 26% avaient bénéficié d'une résection intestinale. L'index de masse corporel moyen était de 22, mais 21% des malades avaient un IMC < 20. 60,46% des patients prenaient les compléments alimentaires au moment des poussées, 25,58% en post chirurgie. La forme parentérale était la présentation la plus prescrite (66,27%). Pour 33,73% des malades, la prise des compléments alimentaires était orale dont 82,75% d'entre eux préféraient la prise unique journalière. Le fer était le complément alimentaire le plus prescrit dans 43%, suivi par les suppléments protéiques dans (33,72%) puis vitaminique 15,28%. La durée moyenne de la prise de ces compléments oraux était de 49 jours. La prescription était le plus souvent conseillée par leur gastro-entérologue (50%), par l'entourage (23%), par un diététicien (16%). 72% des malades disaient ne pas prendre de compléments en dehors des poussées. 26% des malades suivaient un régime alimentaires spécifique en parallèle avec la suppléments alimentaires, le plus souvent pauvre en résidu. 93% des patients n'avaient aucun suivi nutritionnel. Globalement, une légère différence significative de l'efficacité rapide a été observée au dépend la forme parentérale par rapport à la forme orale. 42% des malades signalaient une mal observance: 33% à cause de l'inefficacité, 28% à cause des intolérances, 16% pour défaut de moyens. Sur une EVA de 0 à 10 concernant le degré d'influence de ces compléments alimentaires sur leur qualité de vie, 27 % des malades avaient un score entre 7 et 10, 25% entre 4 et 6 et 48% entre 0 et 3.

Conclusion : Les complexes alimentaires sont des produits aujourd'hui très utilisés dans les établissements de santé mais aussi à domicile. Les malades porteurs d'une MICI près de 50% patients affirment qu'ils ont un retentissement sur leur qualité de vie. Ces produits, en général riches en énergie et protéines, contiennent des vitamines, des oligoéléments et des sels minéraux bénéfiques pour les patients atteints de MICI surtout au moments des poussées.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000710>

Epidémiologie des MICI en Polynésie française

V. Grymonpré ⁽¹⁾, A. Loria ⁽²⁾, E. Beaugendre ⁽²⁾, B. Condat ⁽²⁾, B. Tassy ⁽¹⁾, M. Bismuth ⁽¹⁾, F. Panaro ⁽¹⁾, J.C. Valats ⁽¹⁾, P. Blanc ⁽¹⁾, G. Pineton de Chambrun ⁽¹⁾

(1) Montpellier ; (2) Papeete, FRANCE (POLYNÉSIE FRANÇAISE).

Introduction : La prévalence des maladies inflammatoires chroniques intestinales (MICI) en Asie du Sud-Est est en forte croissance depuis ces cinquante dernières années. La Polynésie française est une collectivité d'outre-mer de la République française qui compte en 2018, 275 918 habitants. Aucune donnée n'est disponible concernant les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI) dans cette population qui possède des particularités génétiques et un environnement unique. Le but de cette étude était de décrire l'incidence, la prévalence, les caractéristiques et l'évolution des MICI en Polynésie Française.

Matériels et méthodes : Il s'agit d'une étude descriptive, rétrospective, multicentrique, transversale menée de novembre 2017 à avril 2018 dans les centres hospitaliers publics et privés de Papeete. Le diagnostic de MICI était basé sur des critères cliniques, endoscopiques et/ou anatomopathologiques. Etaient inclus tous les patients diagnostiqués avec une maladie de Crohn (MC) ou une rectocolite hémorragique (RCH) ayant eu au moins une consultation médicale et/ou hospitalisation en Polynésie française depuis 2011. Trois groupes de patients étaient définis : Les polynésiens autochtones ; Les expatriés ayant développé une MICI en Polynésie ; Les expatriés ayant développé une MICI avant leur arrivée en Polynésie.

Résultats : Un total de 49 patients (25 H, 24 F) atteints de MICI (27 MC, 30 RCH) était recensé sur le territoire de Polynésie française entre janvier 2011 et avril 2018, ce qui représentait une prévalence globale de 17 cas pour 100 000 habitants (11/100 000 habitants pour la RCH et 6/100 000 habitants pour la MC). 5 polynésiens avaient une MICI (4 RCH, 1 MC). Parmi les expatriés, 12 (6 RCH, 6 MC) patients avaient une MICI avant l'arrivée en Polynésie et 21 (16 RCH, 4 MC) développaient une MICI en Polynésie. La prévalence des MICI chez les autochtones Polynésiens était de 1,2 cas /100 000 habitants (1,5/100 000 habitants pour la RCH et 0,4/100 000 habitants pour la MC). La prévalence des MICI chez les expatriés ayant développé une MICI en Polynésie était de 203 cas/100 000 habitants (154/100 000 habitants pour la RCH et 39/100 000 habitants pour la MC). L'incidence moyenne globale des MICI en Polynésie était de 0,7 (±) cas/100 000 habitants (0,1[±] cas /100 000 habitants chez les polynésiens et 13 [±] cas/100 000 habitants pour les expatriés). L'âge médian au diagnostic de MICI des patients était de 43,4 (34,1-51,2) ans. La majorité des patients (n=72,1%) expatriés présentant une MICI étaient d'origine caucasienne. Aucun polynésien atteint de MICI ne nécessitait de traitement par immunosuppresseur ou biothérapie, ni de chirurgie. Parmi les expatriés ayant développé une MICI en Polynésie, 19% (n=4/21) des patients recevaient un traitement immunosuppresseur, 14% (n=3/21) une biothérapie et un seul avait dû subir une chirurgie. Parmi les patients expatriés avec une MICI apparue avant leur arrivée en Polynésie, 45 % recevaient un traitement immunosuppresseur et 66% recevaient un traitement par anti-TNF. Dans la majorité des cas, ces traitements étaient introduits avant l'expatriation (60% pour les immunosuppresseurs et 37,5% pour les anti-TNF).

Conclusion : Les résultats de notre étude montre une prévalence faible des MICI chez les polynésiens comparable à celle observée dans les pays asiatiques dans les années 1960. La prévalence des MICI chez les expatriés développant leur maladie en Polynésie, était similaire à celle observée actuellement en France. Les MICI développées en Polynésie semblaient nécessiter moins de traitement immunosuppresseurs, de biothérapies et de chirurgie. Les variations de prévalence et de présentation de la maladie dans cette étude démontrent l'influence des facteurs génétiques et environnementaux dans le développement des MICI.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000842>

P.557

Les connaissances, attitudes et pratiques des médecins généralistes et urgentistes concernant les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin

K. El Montacer ⁽¹⁾, S. Elmansouri ⁽¹⁾, A. Bellabah ⁽¹⁾, M. Tahiri Joutei Hassani ⁽¹⁾, F. Haddad ⁽¹⁾, W. Hliwa ⁽¹⁾, W. Badre ⁽¹⁾

(1) Casablanca, MAROC.

Introduction : La maladie de Crohn et la rectocolite hémorragique sont des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI) dont l'incidence est en augmentation exponentielle. La prise en charge initiale adéquate par le médecin généraliste et urgentiste permet d'éviter au malade un parcours erratique et une évolution morbide. Le rôle de ces derniers pourrait être également pointant dans le suivi de la maladie et des effets iatrogènes et pour la surveillance d'une éventuelle grossesse, épargnant ainsi aux centres spécialisés de troisième niveau une surcharge de références. L'objectif du travail est d'évaluer les connaissances, attitudes et pratiques des médecins généralistes et urgentistes dans la prise en charge des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin.

Patients et Méthodes : Notre travail est une étude épidémiologique, descriptive et transversale menée durant le mois de septembre 2018. Le support de l'enquête est un questionnaire individuel électronique distribué à travers les réseaux sociaux des médecins généralistes et urgentistes exerçant dans mon pays natal, comprenant cinq grandes rubriques : données sociodémographiques et professionnelles, éléments d'orientation cliniques et paracliniques initiaux, arsenal thérapeutique, suivi évolutif et encadrement de grossesse. L'analyse des données était réalisée sur fichier Excel.

Résultats : Cent quinze médecins ont répondu à notre questionnaire dont 89,6% sont des médecins généralistes, 53,9% travaillent au secteur libéral et 86,1% en milieu urbain. L'âge moyen des participants est 29,58ans (23ans - 56ans) majoritairement des femmes (75,7%) avec un sexe ratio de 3,10.

Tous les participants affirmaient connaître les MICI. Les diarrhées chroniques, les diarrhées glairo-sanglantes et le syndrome carentiel font évoquer la maladie le plus fréquemment, dans respectivement, 76,5%, 77,4% et 58,3% des cas. Le bilan inflammatoire est le plus souvent demandé en première intention, dans 75,7% des cas.

Une fois le diagnostic est fortement suspecté, 98,3% réfèrent le malade à un gastro-entérologue.

Dix-neuf pour cent des répondants pensent pouvoir prévenir la survenue des MICI et la corticothérapie est reconnue comme principale moyen thérapeutique, citée par 80,9% des répondants. La biothérapie n'est mentionnée que dans 29,6% des cas et 0,9% pensent que le traitement des MICI est chirurgical. Cinquante-deux pour cent des participants affirment pouvoir assurer une éducation nutritionnelle des malades et 88,7% recommandent le sevrage tabagique avec comme principale source d'information, le réseau informatique public.

Cinq pour cent contre-indiquent une grossesse chez les femmes atteintes de MICI et 58,3% la considèrent à haut risque l'adressant ainsi à un gynéco-obstétrique et à un gastroentérologue pour complément de prise en charge.

Conclusion : Les résultats de notre travail démontrent avec acuité les lacunes à traiter dans les connaissances des médecins généralistes et des urgentistes marocains des MICI avant de les inclure dans l'équipe multidisciplinaire de prise en charge de cette pathologie lourde; d'où l'intérêt d'organiser des journées scientifiques de sensibilisation et de formation continue pour nos confrères et d'établir des guides pragmatiques de protocoles de diagnostics, soins et suivi.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000998>

P.558

Fistules entérocutanées au cours de la maladie de Crohn

A. Mensi ⁽¹⁾, A. Labidi ⁽¹⁾, N. Ben Mustapha ⁽¹⁾, M. Serghini ⁽¹⁾, M. Fekih ⁽¹⁾, J. Boubaker ⁽¹⁾

(1) Tunis, TUNISIE.

Introduction : Les fistules entérocutanées (FEC) sont une complication rare mais gênante de la maladie de Crohn (MC) et se définissent comme une communication anormale entre le tube digestif et le revêtement cutané donnant lieu à l'extériorisation de liquide digestif par le trajet fistuleux néoformé. Sa prévalence varie de 7 à 21 % chez les patients atteints de MC. **Le but de ce travail** était d'évaluer les caractéristiques cliniques et thérapeutiques des fistules entérocutanées développées chez les malades ayant une MC.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective ayant colligé tous les patients ayant une MC qui ont développé une FEC entre 2005 et 2018. Les données démographiques, cliniques, radiologiques et thérapeutiques ont été relevées à partir des dossiers médicaux. Le diagnostic de FEC est évoqué cliniquement. Une TDM abdominale était demandé pour mieux étudier le trajet fistuleux et pour rechercher une sténose ou une fistule interne associée.

Résultats : Nous avons colligé 23 patients d'âge moyen 32,3 ans avec des extrêmes allant de 22 à 49 ans. Quatorze patients étaient de sexe masculin (60 %). Onze patients étaient tabagiques (48 %). La MC était iléale chez 18 patients et iléo-colique chez 5 patients. Le phénotype était fistulisant chez 8 patients et sténosant et fistulisant chez 15 patients. Des manifestations anopérinéales étaient présentes chez 6 patients à type de fistules complexes. Le délai moyen entre le diagnostic de MC et l'apparition de la FEC était de 32 ± 42 mois. Lors du diagnostic de la FEC, la MC était active chez 10 patients et inactive chez 13 patients. La FEC était spontanée chez 8 patients et postopératoire chez 15 patients. Pour les fistules postopératoires, le délai entre la chirurgie et le diagnostic de la FEC était de 15 ± 17 mois. L'orifice interne de la FEC était anastomotique chez 9 patients et iléal chez 14 patients. L'orifice externe de la FEC était localisé au niveau de la FID chez 17 patients, hypogastre chez 2 patients et sur la cicatrice médiane chez 4 patients. Une sténose associée était présente chez 8 patients. Une fistule interne associée était retrouvée chez 9 patients. Un abcès intra-abdominal concomitant était présent chez 8 patients.

Une antibiothérapie était instaurée chez 13 patients. L'azathioprine était administrée chez 2 patients. Un traitement par anti-TNF était indiqué chez 3 patients. Une indication chirurgicale était posée chez 17 patients. Parmi ces patients opérés, 8 patients avaient une sténose associée, 9 patients avaient une fistule interne associée, 7 patients avaient un abcès profond concomitant, 8 patients avaient une fistule spontanée et 9 patients avaient une fistule postopératoire, un patient a été mis sous Infliximab puis il a été opéré devant une non réponse. La durée moyenne de suivi après traitement de la FEC était 33± 39 mois. 2 patients ont été perdus de vue. Aucun patient n'a récidivé sa FEC.

Conclusion : Dans notre étude, les FEC sont postopératoires dans la majorité des cas. Une indication chirurgicale était posée chez la plupart des patients. Aucun patient n'a récidivé sa FEC après traitement médical ou chirurgical.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000140>

P.559

La dénutrition chez les patients atteints de la maladie de Crohn

S. Mechhor ⁽¹⁾, I. Errabih ⁽¹⁾, N. Benzoubeir ⁽¹⁾, N. Azib ⁽¹⁾, M. Cherkaoui ⁽¹⁾, L. Chahed Ouazzani ⁽¹⁾,

(1) Rabat, MAROC.

Introduction : La maladie de crohn (MC) est une cause majeure de dénutrition. Celle-ci , a été associée à une fréquence plus élevée de complications. L'évaluation de l'état nutritionnel ainsi que son amélioration est un des objectifs majeurs de la prise en charge. **Le but de notre travail** était d'étudier la prévalence de la dénutrition chez des patients atteints de MC et son retentissement sur la prise en charge de la maladie.

Matériels et méthodes : C'est une étude rétrospective , de Janvier 2002 à juin 2018, incluant 618 patients Crohniens. La classification de l'OMS se basant sur L'IMC a été utilisée pour l'évaluation de l'état nutritionnel. Les caractéristiques épidémiologiques et cliniques des patients ont été recueillies ainsi que celles liées à la maladie et à sa prise en charge. De même un prélèvement sanguin a été réalisé pour évaluer les paramètres nutritionnels biochimiques.

Résultats : Parmi nos 618 patients , nous avions 68 femmes et 43 hommes ; le sexe ratio F/H = 1,5 .L'âge moyen est de 35 ans(17-72).La maladie était de siège colique, iléo-colique et iléale dans respectivement 49 %, 34 % et 15% des cas .Cent cinq malades (17 %) étaient dénutris (IMC < 18,5) dont 7,7 % , 2,6 % et 1,7 % avaient respectivement une dénutrition modérée, profonde et sévère. Parmi les patients dénutris, 72 % étaient en poussée de leur maladie ;49 % étaient sous corticoïdes et 30 % avaient eu une résection chirurgicale. Tous nos patients ont bénéficié de conseils nutritionnels. L'alimentation parentérale était préconisée chez 7 % des paitiens.

Conclusion : La prévalence de la dénutrition dans notre série est de 17%. Elle est associée à la sévérité de la maladie ,l'étendue de l'atteinte grêlique et la corticothérapie. La prise en charge nutritive associée au traitement de la pousée ont permis l'obtention d'un résultat optimal.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000193>

P.560

Les rapports plaquettes sur albumine, neutrophiles sur lymphocytes, plaquettes sur lymphocytes sont-ils prédictifs de recours à la chirurgie dans la maladie de Crohn sténosante ?

H. Ben Jeddi ⁽¹⁾, Y. Zaimi ⁽¹⁾, F. Aissaoui ⁽¹⁾, S. Ayadi ⁽¹⁾, K. El Jeri ⁽¹⁾, Y. Saïd ⁽¹⁾, L. Mouelhi ⁽¹⁾, R. Debbeche ⁽¹⁾

(1) Tunis, TUNISIE.

Introduction : La sténose est une complication de la maladie de crohn (MC) qui nécessite un recours fréquent à la chirurgie pouvant atteindre les 70% des cas. Des paramètres biologiques représentent des outils simples pouvant prévoir ce risque. Le but de notre étude est d'étudier les rapports Neutrophiles/Lymphocytes (RNL), Plaquettes/ Lymphocytes (RPL) et Plaquettes/ Albumine (RPA) et leur corrélation avec le recours à la chirurgie dans la MC sténosante.

Patients et Méthodes : Nous avons colligé rétrospectivement les patients hospitalisés pour MC compliquée de sténose intestinale sur une période de 8 ans allant de 2009 à 2016.

Nous n'avons pas inclus les patients qui présentent les formes compliquées de fistules internes et/ou abcès profonds.

Le RPA = (Plaquettes/Albuminémie) /100.

Résultats : Il s'agissait de 37 patients suivis pour MC sténosante d'âge moyen de 45,8 ans [22-57] ans, répartis entre 18 hommes et 19 femmes. Trente cinq pour cents des patients étaient tabagiques. La localisation haute était présente chez 3 malades (8%). La longueur moyenne de la sténose était de 27cm [4-48] cm. Le siège de la maladie était iléal, colique et iléocolique chez respectivement 24, 2 et 11 patients avec des fréquences respectives de 63, 5 et 29%. Le recours à la chirurgie était noté chez 22 patients (59,4%) : soit d'emblée chez 13 patients (35%) soit secondairement après échec du traitement médical et/ou endoscopique chez 9 patients (24,3%). Il s'agissait de résection intestinale chez 18 patients, de stricturoplastie chez 3 patients et de résection associée à la stricturoplastie chez un seul patient.

Le taux moyen initial d'albumine et de plaquettes étaient respectivement de 28,9 g/L $\pm$ 5,75 et de 391611 éléments/mm3 $\pm$ 122582.

Les valeurs d'albuminémie et de plaquettes prédictives de recours à la chirurgie étaient de 27,8 g/L et de 392666 respectivement.

La valeur prédictive de traitement chirurgical du RPA, RNL et RPL dans notre série est de 3,47 ; 173,82 et 159,702.

Conclusion : Dans notre série, le recours à la chirurgie dans la MC sténosante était corrélé au taux d'albumine, plaquettes initiaux et aux rapports RNL, RPL et RPA.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000399>

P.561

Intérêt clinique du score de Rutgeerts au cours de la maladie de CrohnA. Mensi ⁽¹⁾, A. Labidi ⁽¹⁾, N. Ben Mustapha ⁽¹⁾, M. Serghini ⁽¹⁾, M. Fekih ⁽¹⁾, J. Boubaker ⁽¹⁾

(1) Tunis, TUNISIE.

Introduction : Le score de rutgeerts (SR) est un score endoscopique évaluant la récurrence des lésions endoscopiques après résection iléocœcale ou iléo colique droite au cours de la maladie de crohn (MC). **Le but de notre travail** était d'étudier le rôle du SR dans la prédiction de la récurrence postopératoire clinique chez les patients atteints de MC.

Patients et Méthodes : Nous avons mené une étude rétrospective qui a colligé tous les patients ayant une MC qui ont bénéficié d'une résection iléocœcale ou iléo colique droite entre 2005 et 2016. Les patients qui n'ont pas fait une coloscopie postopératoire ont été exclus. Les patients ont été suivis pendant au moins 12 mois après la chirurgie. Le SR était évalué sur une coloscopie faite généralement entre le 6^{ème} et le 12^{ème} mois après la chirurgie. Une récurrence endoscopique était définie par un SR i2, i3 ou i4. Une récurrence clinique était définie par la survenue d'une poussée, d'un syndrome occlusif, d'une collection profonde ou le recours à la chirurgie.

Résultats : Quatre vingt patients ont été inclus. L'âge moyen de diagnostic de MC de $31,7 \pm 11,2$ ans. L'âge moyen de la chirurgie était de $34 \pm 11,4$ ans. Cinquante cinq pour cent des patients étaient de sexe masculin, 41 % des patients étaient tabagiques. La MC était iléale chez 73 % des patients et iléo colique chez 27 % des patients. Le phénotype de la MC était sténosant dans 73 % des cas et fistulisant dans 69 % des cas. Vingt patients avaient des manifestations anopérinéales (19 patients avaient des fistules complexes et 3 patients avaient des fissures). Les indications de la chirurgie étaient une sténose iléale ou iléocœcale chez 73 % des patients, une fistule interne ou externe chez 50 % des patients, une collection profonde chez 26 patients, une perforation iléale chez 5 patients et le doute diagnostique chez 3 patients. La période moyenne de suivi postopératoire était de 70 ± 45 mois. Une coloscopie postopératoire était faite après un délai moyen de 10 ± 6 mois par rapport à la chirurgie. Une récurrence endoscopique était observée chez 38 patients (47,5 %). Une récurrence clinique était observée chez 26 patients soit 32,5 % : 13 patients ont présenté une poussée modérée, 6 patients ont présenté une poussée sévère, 11 patients ont présenté un syndrome occlusif, 5 patients ont présenté un syndrome de koening, 5 patients ont présenté un abcès profond et 8 patients ont nécessité une deuxième chirurgie.

Une récurrence clinique était significativement associée à une récurrence endoscopique ($p=0,008$, OR=3,7 (95% CI : 1,3-10,1).

Conclusion : Dans notre série, une récurrence clinique était observée dans 32,5 % des cas et était associée significativement associée à une récurrence endoscopique.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000142>

P.562

La pathologie du carrefour iléo-cœcale : corrélation entre l'endoscopie et l'histologie. A propos de 98 casS. Bahja ⁽¹⁾, M. Lahlali ⁽¹⁾, A. Lamine ⁽¹⁾, H. Abid ⁽¹⁾, N. Lahmidani ⁽¹⁾, M. Elyoussfi ⁽¹⁾, D.A. Benajah ⁽¹⁾, M. Elabkari ⁽¹⁾, S.A. Ibrahim ⁽¹⁾

(1) Fès, MAROC.

Introduction : La région iléo-cœcale est un carrefour complexe, formé par le cæcum, la dernière anse iléale, la valvule iléo-cœcale et l'appendice. Il est le siège d'une grande variété de pathologies qu'elles soient inflammatoires (appendicite, diverticulite cæcale, appendicite épiploïque, maladie de Crohn), infectieuses (iléite ou colite infectieuses, tuberculose), tumorales (lymphomes, adénocarcinomes ...) ou ischémiques.

La coloscopie avec catégorisation de l'iléon joue un rôle essentiel dans la précision du diagnostic étiologique.

Le but de ce travail est de décrire l'aspect endoscopique des différentes pathologies de la région iléo-cœcale et d'étudier la corrélation entre ces aspects endoscopiques et les données de l'histologie et de l'imagerie

Patients et Méthodes : Etude rétrospective étalée du Janvier 2010 jusqu'au Mars 2018, 98 cas de pathologies iléo-cœcales ont été étudiées

Résultats : Le sexe masculin était prédominant : 53 Hommes (54%) versus 45 Femmes (46%), l'âge moyen était de ≈ 37 ans [avec des extrêmes d'âge allant de 16 à 73 ans]. Les ATCDs médicaux retrouvés: ATCD de MICI dans la famille dans 1cas (1.1%), tuberculose (extra-digestive) dans 5 cas (5.1%), Tabagisme chronique dans 17cas (17.3%), Spondylarthrite ankylosante dans 3 cas(3%).

Les ATCDs chirurgicaux retrouvés: Appendicectomie dans 13 cas (14%), fistule anale dans 5 cas (5.1%), abcès dans 3 cas « 02 au niveau de la FID, abcès de Psoas chez un cas » occlusion grélique dans 02 cas (2.1%)

Les signes cliniques étaient représentés par: diarrhées chroniques dans 39cas (39.8%), douleurs FID dans 35 cas (35.7%), syndrome de Koenig dans 32 cas (32.6%), masse FID dans 15 cas (13.2%), (6.1%), constipation dans 05 cas (5.1%), alternance diarrhée/constipation dans 03 cas (3.1%). La coloscopie a montré plusieurs types de lésions au niveau de la région iléo-caecale : (voir les tableaux suivants).

	Nb	%
Polypoïde	14	14.2
Ulcéré	35	35.7
Rétracté	12	12.2
Fistule	03	3.06
Processus ulcérobourgeonnant	13	13.2
Autre *	10	10.2

Tableau n°01 : aspect endoscopique lors d'exploration du cœcum
*(04 cas sténosés ; 04 cas déformés ; 02 cas granité)

	Nb	%
Polypoïde	05	5.10
Tuméfiée	37	37.75
Béante	03	3.06
Sténose franchissable	30	30.61
Sténose infranchissable	21	21.43

Tableau n°02 : aspect endoscopique lors d'exploration de la valvule

	Nb	%
Polypoïde	03	3.06
Ulcérée	29	29.5
Sténose franchissable	11	11.2
Sténose infranchissable	42	42.8

Tableau n°03 : aspect endoscopique lors d'exploration de la DAI

L'étude anatomopathologique a permis de poser le diagnostic d'une maladie Crohn dans 45%, la tuberculose dans 5.1%, processus tumoral dans 4.1% des cas, et était non concluante dans 26.6% des cas.

On n'a pas trouvé de corrélation entre l'aspect endoscopique et les résultats anatomopathologiques. (IC 90%- avec $p > 0.1$)

Conclusion : La coloscopie : examen indispensable dans l'exploration de la région iléo-caecale, elle permet de trancher sur l'organicité d'une image radiologique, découvrir des lésions infra radiologiques, voir l'étendue, l'aspect et la sévérité des lésions et obtenir une preuve histologique

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/001141>

P.563

La maladie de Crohn au fil des années

A. Maktoub ⁽¹⁾, H. Abid ⁽¹⁾, M. Figuigui ⁽¹⁾, A. Lamine ⁽¹⁾, M. Lahjali ⁽¹⁾, N. Lahmidani ⁽¹⁾, M. Elyoussfi ⁽¹⁾, D.A. Benajah ⁽¹⁾, M. Elabkari ⁽¹⁾, S.A. Ibrahimi ⁽¹⁾
(1) Fès, MAROC.

Introduction : Les MICI sont réparties de façon inégale dans le monde. Les plus fortes incidences sont initialement décrites en Europe du Nord et aux états unis de l'Amérique. L'Afrique par ailleurs est considérée comme un continent de faible incidence. **Le but de notre travail** était la détermination de l'évolution du profil épidémiologique de la maladie de crohn (MC) au fil des années. Les MICI sont réparties de façon inégale dans le monde. Les plus fortes incidences sont initialement décrites en Europe du Nord et aux états unis de l'Amérique. L'Afrique par ailleurs est considérée comme un continent de faible incidence. **Le but de notre travail** était la détermination de l'évolution du profil épidémiologique de la maladie de crohn (MC) au fil des années

Matériels et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive, à propos de 464 cas suivis pour MC, colligés au sein de notre service entre janvier 2000 et septembre 2018.

Résultats : Notre série est caractérisée par un jeune âge de survenue des MICI avec un âge moyen de 34,5 ans et une prédominance féminine avec un sexe ratio : 1,3 F/M, sans changement au cours des années. L'incidence de la maladie était plus élevée entre l'année 2005-2010 avec un nombre total recruté de 210 malades (45,2%). La MC a gardé la même cartographie au fil des années avec atteinte iléo colique dans 47,2%, sans modification d'incidence des lésions anopérinéales et des formes compliquées. Un traitement de fond a été instauré chez 76% à partir de l'année 2010 alors qu'il était instauré uniquement chez 27% des cas avant l'année 2010. On note une nette augmentation d'usage des traitements immunosuppresseurs et anti TNF avec un pourcentage qui est passé de 26% avant l'année 2010 à 52,3% au-delà. Au cours des années, le recours à la chirurgie a diminué progressivement, passant de 23,5% à 17 % à partir de 2015.

Conclusion : notre étude a permis une meilleure vision des caractéristiques épidémiologiques et prise en charge thérapeutique des MC au cours des années. La réalisation d'un registre national s'avère nécessaire et permettra non seulement de bien connaître les paramètres épidémiologiques mais aussi d'optimiser leur prise en charge.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000853>

P.564

Facteurs prédictifs de survenue de manifestations ano-périnéales au cours de la maladie de Crohn : à propos de 147 cas

I. Jemni ⁽¹⁾, W. Ben Mansour ⁽¹⁾, M. Ben Abdelwahed ⁽²⁾, R. Baklouti ⁽¹⁾, M. Zakhama ⁽¹⁾, A. Guediche ⁽¹⁾, W. Bouhuel ⁽¹⁾, H.L. Mohamed ⁽¹⁾, B.C. Nabil ⁽¹⁾, L. Safer ⁽¹⁾

(1) Monastir, TUNISIE ; (2) Tunis, TUNISIE.

Introduction : Les localisations ano-périnéales de la maladie de Crohn sont fréquentes, considérées comme un critère de gravité car elles altèrent la qualité de vie et augmentent la morbidité. Les lésions ano-périnéales peuvent apparaître à tout moment dans l'évolution de la maladie.

Le but de l'étude est de déterminer les facteurs qui prédisent le risque de survenue de manifestations ano-périnéales au cours de la maladie de Crohn.

Patients et Méthodes : Nous avons mené une étude rétrospective, descriptive, comparative et analytique se basant sur l'analyse des dossiers de 147 malades présentant une maladie de Crohn, hospitalisés et pris en charge à notre service sur une période de 15 ans allant de janvier 2000 jusqu'à décembre 2015. On a réalisé une analyse univariée. Dans un deuxième temps, les variables considérées comme statistiquement significatives ont été incluses dans un modèle d'étude multivariée en régression logistique binaire pour identifier les facteurs prédictifs de survenue de lésions ano-périnéales.

Résultats : le nombre total de patients inclus était de 147 malades avec un sexe ratio de 1.57. la durée moyenne de suivi était estimée à 3.57 ans et allant jusqu'à 12 ans. la moyenne d'âge était de 34 ans avec des extrêmes de 10 à 83 ans, 56% des patients avaient un âge < 40 ans.

Un tabagisme actif était noté chez 34 patients (23 %) dont 2 sont de sexe féminin. le nombre de paquet par année varie de 1 à 50 (moyenne 34 PA par patient). La localisation la plus prépondérante était la localisation iléale qui était présente chez 57 patients (39%) suivie de la localisation iléo-colique retrouvée dans 50 cas (34%) ensuite la localisation colique (21% soit 28 cas) et enfin l'atteinte iléo-cœcale qui était présente dans 9 cas(6,1%). 115 patients avaient un phénotype fistulisant soit 79.3% dont 24 avaient des manifestation ano-périnéales, 30 patients avaient un phénotype sténosant soit 20,68 % dont 2 avaient des manifestations ano-périnéales. les lésions ano-périnéales étaient présentes chez 18% des malades (n=26) : dans 61% des cas il s'agissait de fistule, 26% des cas des fissures, les abcès présentaient 7 % des manifestations ano-périnéales, et les ulcérations 3%.

En analyse uni variée les facteurs prédictifs de survenue de manifestations ano-périnéales étaient le tabagisme actif (p à 0.04) et la localisation colique de la maladie (p=0.049). Il n'y avait pas d'association statistiquement significative avec l'âge : < ou = 60 ans ou > 60 ans (p=0.057), le sexe (p=0.684) ou selon le phénotype sténosant ou fistulisant de la maladie (p=0,071). L'analyse multivariée a permis de retenir, en plus du tabac et de la localisation colique, la sévérité de la maladie, évaluée par l'indice de BEST, comme facteur prédictif de survenue de manifestation ano-périnéale (BEST >350) (OR =0.299 : IC [0.063-1.408]).

Conclusion : Dans notre étude on a démontré que les principaux facteurs prédictifs de survenue de manifestations ano-périnéales sont le tabagisme, la localisation colique et la sévérité de la maladie.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000623>

Facteurs prédictifs de troubles sexuels au cours de la maladie de Crohn

M. Sabbah ⁽¹⁾, H. Jlassi ⁽¹⁾, A. Nakhli ⁽¹⁾, N. Elleuch ⁽²⁾, D. Trad ⁽¹⁾, N. Bibani ⁽¹⁾, H. Elloumi ⁽¹⁾, A. Ouakaa Kchaou ⁽¹⁾, D. Gargouri ⁽¹⁾

(1) Tunis, TUNISIE ; (2) Sousse, TUNISIE.

Introduction : Peu de données existent sur la dysfonction sexuelle chez les patients ayant une maladie de Crohn (MC) en Tunisie, probablement étant donné que la vie intime reste un sujet tabou dans la relation médecin-malade. Les objectifs de ce travail étaient de rechercher des facteurs prédictifs de survenue de ces troubles.

Patients et Méthodes : Une étude prospective transversale (janvier - juin 2018) a été réalisée. La dysfonction sexuelle était évaluée sur les scores International Index of Erectile Function (IIEF) chez les hommes et Female Sexual Function Index (FSFI) chez les femmes. Une étude statistique a été réalisée (SPSS 23) afin de rechercher les facteurs prédictifs de troubles sexuels.

Résultats : Trente patients ont été inclus. L'âge moyen était de 45 ans [18-65] et le sexe ratio était de 0,875 [H/F=14/16]. Une dysfonction sexuelle érectile était observée chez 7 hommes (50%) et chez toutes les femmes (n=16). En analyse univariée, nous avons retrouvé cinq facteurs prédictifs de survenue de troubles sexuels: le sexe féminin (p=0,008) ; la chirurgie (p=0,05) ; la corticothérapie (p=0,026) ; le score de fatigue (p=0,017) et le score de dépression (p=0,045). En analyse multivariée, seul le sexe est ressorti comme facteur prédictif indépendant de troubles sexuels (risque relatif de 2,75 pour les femmes).

Conclusion : Les dysfonctions sexuelles sont fréquentes au cours de la MC, surtout chez les femmes. Une prise en charge globale tant bien médicale, que psychologique s'avère nécessaire chez ces patientes jeunes en pleine activité sexuelle.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000673>

Y a-t-il un lien entre le syndrome appendiculaire révélant la maladie de Crohn et l'activité de la maladie ?

B. Bouibaouen ⁽¹⁾, S. Belmaqrout ⁽¹⁾, I. Errabih ⁽¹⁾, L. Chahed Ouazzani ⁽¹⁾, N. Benzoubeir ⁽¹⁾

(1) Rabat, MAROC.

Introduction : La maladie de Crohn, souvent suspectée devant une symptomatologie chronique, elle peut être également révélée par un syndrome appendiculaire aigu.

Le but du travail étant de décrire et d'analyser le profil des patients chez qui la maladie de Crohn a été révélée par un syndrome appendiculaire.

Matériels et méthodes : C'est une étude rétrospective, descriptive et analytique, portant sur les malades hospitalisés sur 3 ans de Janvier 2015 à janvier 2018. Tous ces patients ont bénéficié d'un interrogatoire, un examen clinique, un bilan biologique, radiologique, d'une endoscopie digestive et d'une prise en charge chirurgicale dans certains cas.

Résultats : Ont été colligés 17 patients ayant présenté un syndrome appendiculaire révélant la maladie de Crohn. L'Age moyen était de 30 ans, 9 hommes et 8 femmes avec un sex-ratio H/F de 1,12. 13 patients ont présenté un tableau d'appendicite simple, 3 patients un tableau d'abcès appendiculaire et 1 patiente un tableau de péritonite appendiculaire.

Selon la prise en charge thérapeutique de ces patients aux urgences on a pu les classer en 3 groupes :

1^{er} groupe : 10 patients (58,8%) ont bénéficié d'une appendicectomie en urgence. 10 % de ces patients se sont compliqués d'un abcès de la fosse iliaque droite, 30% une fistule entéro-cutanée de la fosse iliaque droite, 23,5% l'association des deux complications. 10% une sténose iléale et 10% un syndrome d'obstruction rénal sur masse digestive iléo-caecale. Tous ces patients ont bénéficié d'une résection iléo-caecale dont l'étude anatomopathologique a permis de poser le diagnostic de maladie de Crohn. Le CDAI moyen des patients de ce groupe était de 260. En post opératoire, le Rutgeerts était estimé i4 chez 1 patient, entre i0 et i2 chez les autres patients.

2^{ème} groupe : 3 patients (17,6%) ont bénéficié d'une résection iléo-caecale en urgence. Il s'agissait d'une péritonite appendiculaire dans 1 cas et d'abcès appendiculaire dans 2 cas. Le diagnostic de maladie de Crohn a été posé sur l'étude anatomopathologique de la pièce de résection. Le CDAI moyen de ces patients était de 326. Le Rutgeerts estimé en post opératoire était de i4 chez 1 patient, i3 chez deux patients.

3^{ème} groupe : 4 patients (23,6%) n'ont pas été opérés en urgence, et mis initialement sous traitement médical. Le CDAI moyen de ce groupe de malades était de 186. 1 patient présentant un abcès de la fosse iliaque droite a été mis sous antibiothérapie puis opéré à froid, 2 patients ont été opérés pour sténose de la DAI. Le Rutgeerts de ces 3 patients était respectivement de i0 i0 i1. Une patiente a été maintenue sous traitement médical et n'a pas été opérée.

Le CDAI moyen était de 255, et le HBI à 7, étant plus élevés chez les patients opérés en urgence. Le Rutgeerts chez les malades opérés était plus élevé chez ceux opérés en urgence (i3 i4), i0 i1 chez le reste des malades

Conclusion : La maladie de Crohn doit être évoquée devant tout syndrome appendiculaire, afin d'éviter d'éventuelles complications et d'optimiser la prise en charge de ces malades. Chez les patients porteurs de maladie de Crohn révélée par un syndrome appendiculaire, l'activité de cette maladie paraît élevée notamment chez les patients opérés en urgence toutefois, des études de séries plus nombreuses s'avèrent nécessaires sur ce sujet.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000923>

P.567

Facteurs prédictifs d'une aggravation lésionnelle après une première coloscopie post-opératoire normale ou montrant une récidive endoscopique légère au cours de la maladie de Crohn

A. Mensi ⁽¹⁾, A. Labidi ⁽¹⁾, N. Ben Mustapha ⁽¹⁾, M. Serghini ⁽¹⁾, M. Fekih ⁽¹⁾, J. Boubaker ⁽¹⁾

(1) Tunis, TUNISIE.

Introduction : La majorité des patients ayant une maladie de crohn (MC) nécessitent le recours à la chirurgie au cours de l'évolution. Le score de Rutgeerts (SR) est un score endoscopique permettant de prédire la récidive postopératoire au cours de la MC. Le but de notre étude était d'évaluer les facteurs de risque d'une aggravation lésionnelle chez les patients ayant une MC opérés et qui ont un SR i0 ou i1 sur la coloscopie postopératoire.

Patients et Méthodes : Nous avons mené une étude rétrospective qui a colligé tous les patients ayant une MC qui ont bénéficié d'une résection iléocœcale ou iléo colique droite entre 2005 et 2016. Les patients qui n'ont pas fait une coloscopie postopératoire et ceux ayant un SR $\geq$ i2 ont été exclus. Une aggravation lésionnelle était définie par un SR $\geq$ i2.

Résultats : Quarante deux patients ont été colligés : 36 patients avaient une coloscopie normale et 6 patients avaient un SR i1. L'âge moyen de diagnostic de MC de 29,9 $\pm$ 9,8 ans. L'âge moyen de la chirurgie la chirurgie était de 32,2 $\pm$ 10,5 ans. Soixante deux pour cent (n=26) des patients étaient de sexe masculin, 45 % (n=19) des patients étaient tabagiques. La MC était iléale chez 78,6 % (n=33) des patients et iléo colique chez 21,4 % (n=9) des patients. Le phénotype de la MC était sténosant dans 64,3% (n=27) des cas et fistulisant dans 76,2 % (n=32) des cas. Douze patients avaient des manifestations anopérinéales. La coloscopie postopératoire était faite après un délai moyen de 9,2 $\pm$ 7 mois par rapport à la chirurgie. Après la coloscopie, une escalade thérapeutique a été optée chez 6 patients : 2 patients non traités ont été mis sous pentasa et 4 patients non traités ont été mis sous azathioprine. Une aggravation lésionnelle était observée chez 16 patients soit 38 %. Le délai moyen de cette récidive endoscopique après la coloscopie postopératoire était de 41,3 $\pm$ 30,7 mois.

En analyse univariée, une aggravation lésionnelle était associée à un phénotype sténosant (p=0,015), à un délai court entre le diagnostic de MC et la chirurgie (p=0,002), à l'absence du traitement avant la chirurgie (p=0,003), l'absence du traitement en postopératoire (p=0,008), la prise d'azathioprine en postopératoire (p=0,008), et à la prise de pentasa (p=0,02) et d'azathioprine (p=0,02) après la coloscopie postopératoire. En analyse multivariée, on n'a pas trouvé une association entre une aggravation lésionnelle et les facteurs retrouvés en analyse univariée.

Conclusion : Dans notre étude, on a trouvé une association entre l'aggravation lésionnelle après la coloscopie postopératoire avec le phénotype sténosant, avec un délai plus court entre le diagnostic de MC et la chirurgie, avec l'absence d'un traitement de fond avant et après la chirurgie et à la prise d'azathioprine après la chirurgie et après la coloscopie.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000128>

P.568

Maladie de Crohn à révélation tardive : particularités épidémiologiques, cliniques et évolutives sur une série de 103 cas

M. Fissah ⁽¹⁾, Y. Saadaoui ⁽¹⁾, N.E.I. Boudissa ⁽¹⁾, M. Boucelma ⁽¹⁾

(1) Alger, ALGÉRIE.

Introduction : Le but de cette étude était de comparer en population générale la présentation clinique et le phénotype de la MC entre 2 groupes : celle de patients de plus 55 ans et celle de patients âgés de moins de 55 ans au moment du diagnostic

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective sur dossiers de patients suivis pour une MC entre Janvier 2012 et Aout 2017 portant sur leurs profils épidémiologiques, cliniques et endoscopiques.

Résultats : 103 patients ont été inclus dans cette étude (plus de 55 ans : n = 9 et ; moins de 55 ans ; n = 95), la MC représentait 9 % après 55 ans vs 91 % avant 55 ans. La répartition par sexe était similaire dans les deux tranches d'âge (2/3 des malades était des hommes). Le mode de révélation le plus fréquent était une diarrhée chronique (88,8 % vs 61%). Une fistule anale était moins fréquemment constatée chez les sujets âgés (11% vs 23 %). Les manifestations extradiigestives étaient plus rares après 55 ans que chez les moins de 55 ans (11% vs 33%). Les lésions étaient plus souvent iléo-coliques (44,4% vs 36%) alors que les formes coliques pures étaient moins fréquentes chez le sujet > 55 ans (11% vs 25%). Les formes sténosantes étaient plus fréquentes chez les plus de 55 ans (33,3% vs 20%)

Conclusion : La MC du sujet âgé reste rare touchant plus les hommes, elle est souvent iléo-colique et sténosante. Les manifestations extradiigestives ainsi que les lésions anopérinéales sont moins fréquentes que chez le sujet jeune.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000115>

P.569

Les indices de masses corporelles extrêmes modifient-ils le profil clinique et évolutif de la maladie de Crohn ?

A. Sabbek ⁽¹⁾, N. Elleuch ⁽¹⁾, A. Hammami ⁽¹⁾, M. Ksiai ⁽¹⁾, A. Ben Slama ⁽¹⁾, H. Jaziri ⁽¹⁾, A. Braham ⁽¹⁾, S. Ajmi ⁽¹⁾, A. Jmaa ⁽¹⁾

(1) Soussse, TUNISIE.

Introduction : À côté de la dénutrition toujours possible en raison de la malabsorption, le surpoids et l'obésité sont devenus le trouble de l'état nutritionnel le plus fréquent au cours des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin, atteignant 15 à 40 % des patients. Les données sur l'évolution et le traitement des patients en surpoids ou en dénutrition souffrant d'une maladie de Crohn sont limitées. On se propose d'étudier l'influence des indices de masses corporelles (IMC) extrêmes sur le cours évolutif de la maladie de Crohn.

Patients et Méthodes : Etude rétrospective descriptive et analytique colligeant tous les patients pris en charge pour une maladie de Crohn au service de gastroentérologie de Soussse sur une période de 5 ans. Trois groupes ont été individualisés puis comparés deux par deux avec le groupe des patients ayant un poids normal:

- Groupe 1 (G1) : malades en dénutrition (IMC < 17,5 kg/m², N=28)
- Groupe 2 (G2) : malades obèses (IMC ≥ 30 kg/m², N=34)
- Groupe 3 (G3) : malades ayant un poids normal (18,5 ≤ IMC ≤ 25, N=84)

Résultats : Le sexe ratio, la localisation de la maladie, la présence de localisation haute et le recours à la chirurgie étaient comparables dans les trois groupes. Par contre, l'âge moyen de découverte était significativement plus bas chez les patients dénutris comparé aux groupes 2 et 3 (p=0,04 et p=0,05 respectivement). Le phénotype sténosant et fistulisant ainsi que la présence de manifestations anopérinéales étaient significativement plus fréquents chez les obèses (p= 0,02 et p=0,01 respectivement). Une 1ère poussée sévère/grave était également plus fréquente ainsi que le Crohn's disease endoscopic index of severity moyen plus élevé dans le groupe 2 par rapport aux groupes 1 et 3 sans corrélation significative (p=0,09 et p=0,07 respectivement). Les complications spécifiques de la maladie (occlusion, perforation, collection profonde) étaient comparables dans les groupes 1 et 2 mais statistiquement plus fréquentes par rapport au groupe 3. Une fréquence plus élevée de manifestations extra intestinales a été notée chez les obèses sans corrélation statistiquement significative (G2 : 14,7% versus G1 14,2%).

Conclusion : Dans notre étude l'obésité était associée au phénotype sténosant et fistulisant avec la présence de manifestations anopérinéales. Par ailleurs dénutrition et obésité étaient tous les deux des facteurs prédictifs de survenue de complications. Ainsi une attention particulière doit être accordée à ces patients pour optimiser leurs états nutritionnels.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000598>

P.570

Les aspects cliniques et thérapeutiques des lésions ano-périnéales de la maladie de Crohn

Z. Kassama ⁽¹⁾, A. Abdenmour ⁽¹⁾, F. Boucenna ⁽¹⁾, S. Boucherek ⁽¹⁾, A. Salhi ⁽¹⁾, A. Touati ⁽¹⁾, M. Fernas ⁽¹⁾, F. Boutra ⁽¹⁾, T. Hammada ⁽¹⁾

(1) Constantine, ALGÉRIE.

Introduction : Jusqu'à 50 % des malades ayant une maladie de Crohn (MC) vont avoir une complication périnéale durant le cours de leur maladie. Leur prise en charge est de plus en plus souvent combinée, médicale et chirurgicale

L'objectif de notre travail est d'évaluer l'efficacité du traitement par anti-TNFα (Infliximab IFX et Adalimumab ADA) sur les lésions ano-périnéales (LAP) de la maladie de Crohn en déterminant leurs caractéristiques cliniques.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive des patients admis dans notre service entre janvier 2012 et Aout 2018 incluant 44 patients atteints d'une MC associée à des LAP traités par anti-TNFα (IFX : N=32, ADA : N=12). Le diagnostic et la caractérisation des fistules étaient faits par une IRM pelvienne, combinée à un examen sous anesthésie générale chez tous les malades. La réponse était évaluée à 1an, définie comme une fermeture clinique complète de la fistule (FCCF). L'échec était défini comme une fistule toujours symptomatique à 1an, la nécessité de drainer un nouvel abcès après le début de l'anti-TNF, ou la réalisation d'une colostomie.

Résultats : Parmi 81 cas de MC suivis pour anti-TNFα 54,32% (44 malades, 17 hommes) traités pour des lésions ano-périnéales et suivis sur une durée moyenne de 21,31mois, d'âge moyen de 33,11 ans. La maladie de Crohn évoluait en médiane depuis 5 ans. Au moins 8 patients étaient fumeurs. L'extension de la maladie luminale était colo-rectale dans 18,18 % ou iléo-colo-rectale dans 50 % des cas, alors que les LAP étaient isolées chez 3 malades ; elle était sténosante dans 52,27 % des cas et pénétrante dans 27,27 % des cas. L'examen des patients avait objectivé des LAP primaires ou secondaires spécifiques, il s'agissait de fistules (90,9 %), complexes dans la moitié des cas, d'abcès (47,72 %) et d'une sténose (11,36 %), d'ulcérations (18,18 %), de marisques (9,09%) le plus souvent inflammatoires. L'IRM pelvienne a été réalisée chez tous les patients, elle a objectivé 4 cas de sténose inflammatoire, une FA basse chez 13 malades et hautes chez 14 patients, 7 cas de fistules rectovaginales, et un abcès dans 21 cas. Tous nos patients ont été mis sous antibiothérapie associée aux anti-TNF, ce traitement était combiné dans 90,90% de nos patients à un traitement proctologique : drainage (n =40) avec mise en place de sétions (n=37), et dilatation de sténose (n=5). L'évolution a été marquée par la fermeture clinique des LAP dans 70,27% des cas à S24 et persistance d'une réponse complète chez 62,16 % des patients à 1an. L'échec était marqué par la persistance d'une fistule symptomatique à 1an dans 31,81% des cas, l'optimisation des anti-TNF avec le recours à un nouveau traitement proctologique a permis une rémission chez la plupart d'entre eux. L'aggravation des lésions périnéales a conduit à la réalisation d'une colostomie chez 3 de nos patients.

Conclusion : Les lésions périnéales constituent une manifestation particulièrement invalidante de la maladie de Crohn. La stratégie thérapeutique reste hétérogène consiste, dans la grande majorité des situations en la combinaison de traitements médicaux (les anti-TNF) et de certaines procédures chirurgicales nécessiterait une approche pluridisciplinaire systématique. Les anti-TNF sont les traitements les plus efficaces des fistules péri-anales compliquant la maladie de Crohn

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/001161>

P.571

Apport du CDEIS dans la nouvelle approche thérapeutique de la maladie de Crohn

A. Sabbek ⁽¹⁾, N. Elleuch ⁽¹⁾, A. Hammami ⁽¹⁾, A. Ben Slama ⁽¹⁾, M. Ksiao ⁽¹⁾, H. Jaziri ⁽¹⁾, A. Braham ⁽¹⁾, S. Ajmi ⁽¹⁾, A. Jmaa ⁽¹⁾

(1) Sousse, TUNISIE.

Introduction : La rémission profonde, actuellement considérée comme l'objectif majeur à atteindre au cours de la maladie de Crohn (MC), ainsi que l'émergence du concept du traitement au-delà des symptômes qui en découle, a fait que l'endoscopie digestive basse soit la pierre angulaire dans l'évaluation de la sévérité des lésions, permettant de guider la décision thérapeutique. De ce fait, le Crohn disease endoscopic index score (CDEIS), un score parfaitement validé au cours de la MC, permet d'utiliser un langage commun afin de standardiser les comptes rendus et de se conformer par conséquent à une prise en charge (PEC) codifiée et optimale.

Le but de notre travail est d'évaluer l'apport du CDEIS dans la PEC de la MC en étudiant les attitudes adoptées par les cliniciens et en les comparant à celles qui auraient été de mise en se référant au CDEIS après traitement.

Patients et Méthodes : Etude rétrospective descriptive et analytique étalée sur 5 ans, colligeant les patients suivis à la consultation de gastroentérologie de Sousse pour une MC. La 1^{ère} poussée a été étudiée. Le CDEIS après le traitement a été calculé. La réponse endoscopique était définie par une diminution du CDEIS de plus de 50% tandis que la rémission endoscopique par un score < 3. Les critères de non inclusion étaient les poussées avec complication ayant nécessité d'emblée un traitement chirurgical sans endoscopie préalable. Trois groupes ont été individualisés :

- Groupe 1 : CDEIS < 3 (N=9)
- Groupe 2 : Diminution du CDEIS > 50% (N=72)
- Groupe 3 : Diminution du CDEIS < 50% (N=28)

Résultats : Nous avons colligé 135 patients d'âge moyen 38,6 ans [15-65 ans] et de sexe ratio de 0,43 (H/F= 41/94). Le traitement d'induction de la rémission était une corticothérapie en intra veineux dans 22,9 % et per os dans 66,6 % tandis que les anti TNF α ont été utilisés dans 10,3% des cas. La rémission clinique a été obtenue dans 80,7% des cas (N=109) et dans ce cas là, le traitement d'entretien de la rémission était à base d'azathioprine dans 74,3%, d'une combothérapie (anti TNF α + azathioprine) dans 16,5% et un anti TNF α seul dans 9,1% des cas. La coloscopie de contrôle a été réalisée dans un délai moyen de 14,7 mois [5- 16 mois]. Une rémission endoscopique a été obtenue dans 11% des cas et une réponse dans 66% des cas. Dans le 1^{er} groupe, aucune modification thérapeutique n'a été réalisée alors que le clinicien a opté pour une escalade thérapeutique dans le 2^{ème} groupe dans 11,1% des cas. Pour le 3^{ème} groupe, une attitude thérapeutique plus agressive a été réalisée dans 32,1% des cas (N=9). En analyse univariée, les complications spécifiques de la maladie (collection profonde, occlusion, perforation) étaient significativement plus fréquentes dans le 3^{ème} groupe par rapport au 2^{ème} pour une durée moyenne de suivi de 2,4 ans (25% versus 16,6%, p=0,03).

Conclusion : Dans notre série, notre attitude thérapeutique était plus conservatrice que ne le voudrait l'appréciation du CDEIS dans 17,4% des cas. Certes l'intuition du clinicien est très importante mais se référer au CDEIS, malgré sa relative complexité, permet une appréciation plus objective et reproductible des lésions endoscopiques et par conséquent une meilleure prise en charge visant à modifier l'histoire naturelle de la maladie et éviter la destruction irréversible de la paroi intestinale.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000631>

P.572

Corrélation entre les données de l'imagerie en coupe au cours de la maladie de Crohn

A. Hammami ⁽¹⁾, B. Hasnaoui ⁽¹⁾, N. Elleuch ⁽¹⁾, M. Ksiao ⁽¹⁾, H. Jaziri ⁽¹⁾, A. Braham ⁽¹⁾, S. Ajmi ⁽¹⁾, A. Ben Slama ⁽¹⁾, A. Jmaa ⁽¹⁾

(1) Sousse, TUNISIE.

Introduction : L'imagerie en coupe occupe une place primordiale dans le bilan de la maladie de Crohn (MC). Elle permet d'évaluer l'activité inflammatoire de la maladie lors des poussées ainsi que le dommage tissulaire cumulé. L'entéro-IRM non irradiante et peu invasive tend progressivement à remplacer l'entéro-scanner au cours de la MC. Cependant, elle pose un problème du coût et d'accessibilité. **Le but de notre travail** est de comparer les performances de l'entéro-scanner et l'entéro-IRM dans la MC.

Patients et Méthodes : Il s'agissait d'une étude rétrospective sur une période de 5 ans (Janvier 2013-Décembre 2017) colligeant les patients ayant une MC iléale ou iléo-colique qui avaient eu une imagerie en coupe comportant un entéro-scanner et une entéro-IRM. La saisie et l'analyse des données de ces deux examens ont été effectuées au moyen du logiciel SPSS.

Résultats : Durant la période de l'étude, 37 patients ont été colligés. Il s'agissait de 22 hommes et 15 femmes. L'âge moyen au moment du diagnostic de la maladie était de 28,26 ans [13-50 ans]. La MC était iléocœcale dans 25 cas (67,56%) et iléocolique dans 12 cas (32,44%). En comparant les données de l'entéro-IRM avec celles de l'entéro-scanner, nous avons noté une légère supériorité de l'entéro-IRM concernant la fréquence d'épaississements digestifs (100% vs 97,29%), les fistules (35,13% vs 32,43%), ainsi que les sténoses iléales (24,32% vs 18,91%) sans être statistiquement significative. Les signes d'activité de la maladie étaient beaucoup plus détectés par l'entéro-IRM que l'entéro-scanner avec une différence statistiquement significative (75,67% vs 56,75% ; p=0,02). En ce qui concerne l'étendue de la maladie, les données de l'entéro-scanner et de l'entéro-IRM étaient comparables dans 75,68%, alors qu'une discordance entre les données de ces deux examens était notée dans environ un quart de nos patients (24,32%).

Conclusion : Dans notre série, les données de l'entéro-scanner et l'entéro-IRM étaient souvent concordantes avec supériorité de l'entéro-IRM dans la détection de signes d'activité de la maladie. Toutefois, une discordance élevée a été retrouvée en ce qui concerne l'étendue de l'atteinte intestinale.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000461>

P.573

La dégénérescence au cours de la maladie de Crohn en l'absence de chromoendoscopie : un vrai challenge diagnostique

A. Sabbek ⁽¹⁾, N. Elleuch ⁽¹⁾, A. Hammami ⁽¹⁾, M. Ksiaa ⁽¹⁾, A. Ben Slama ⁽¹⁾, H. Jaziri ⁽¹⁾, A. Braham ⁽¹⁾, S. Ajmi ⁽¹⁾, A. Jmaa ⁽¹⁾

(1) Sousse, TUNISIE.

Introduction : Bien que rare, le surrisque de dégénérescence au cours de la maladie de Crohn (MC) est actuellement bien établi variant de 2 à 5,6% pour les cancers colorectaux et un risque relatif de 30 pour les néoplasies du grêle. Malgré un pronostic probablement semblable aux cancers sporadiques, l'enjeu réside surtout dans le diagnostic précoce et donc dans une stratégie de dépistage bien codifiée basée sur une stratification rigoureuse du risque.

Le but de notre étude est de déterminer l'incidence, les facteurs de risques de dégénérescence ainsi que les modalités diagnostiques au cours de la MC.

Patients et Méthodes : Etude rétrospective descriptive étalée sur 5 ans, colligeant les patients suivis à la consultation de gastroentérologie de Sousse pour une MC. Le seul critère de non inclusion était les cancers imputés aux traitements immunosuppresseurs.

Résultats : Nous avons colligé 166 patients d'âge moyen 42,9 ans [15-73 ans] et de sexe ratio 0,55. Quatre patients ont présenté au cours de leur suivi des cancers digestifs avec une incidence de 2,4% : deux adénocarcinomes coliques, un adénocarcinome du bas rectum et un adénocarcinome du grêle. Ils étaient tous de sexe masculin. Aucun antécédent familial de cancer colorectal ou personnel de cholangite sclérosante primitive n'a été noté. L'âge moyen au moment du diagnostic était de 41 ans et l'âge du début de la maladie était de 24,7 ans. Une durée d'évolution moyenne avant le diagnostic de cancer était de 12,7 ans [7- 25 ans]. Seulement deux patients étaient tabagiques. Tous les patients avaient une MC iléocolique avec un phénotype sténosant et fistulisant. Le nombre moyen de poussées sévères/ graves était de 3,25 [2-5]. Le traitement reçu était l'azathioprine : n=2, un anti TNFα en association à l'azathioprine : n=2. Une coloscopie a été réalisée avec un délai moyen de 3,75 ans avant la découverte du cancer. Des biopsies non ciblées, faute de chromoendoscopie, ont été pratiquées avec un nombre moyen de fragments de 17,75 [6-30]. Aucune lésion de dysplasie n'a été objectivée sur l'examen anatomopathologique. Le diagnostic a été établi en post opératoire dans les ¾ des cas : la chirurgie a été indiquée devant une maladie compliquée d'une fistule entéro-vésicale: n=1, et entéro-sigmoïdienne avec sténose, n=1, sténose grêlrique fibreuse avec une importante dilatation en amont, n=1. L'adénocarcinome rectal a été découvert devant une lésion polypoïde ulcéro-bourgeonnante. Le bilan d'extension était négatif chez trois patients et un seul avait déjà des métastases hépatiques multifocales.

Conclusion : Dans notre série, l'incidence de la dégénérescence au cours de la MC était de 2,4% ce qui est conforme aux données de la littérature. Malgré une attitude de dépistage sensiblement adéquate, à défaut de chromoendoscopie, le diagnostic était tardif ce qui suggère une approche plus prudente avec une surveillance plus rapprochée en l'absence de possibilité de biopsies ciblées.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000634>

P.574

Crohn en rémission : vérité ou fausse estimation nutritionnelle ?

T. Harrabi ⁽¹⁾, L. Mouelhi ⁽¹⁾, H. Jamoussi ⁽¹⁾, A. Gamoudi ⁽¹⁾, I. Lahmar ⁽¹⁾, R. Debbeche ⁽¹⁾, C. Amrouche ⁽¹⁾

(1) Tunis, TUNISIE.

Introduction : La dénutrition est une complication redoutable vue ses conséquences en termes de morbi-mortalité et d'altération de la qualité de vie. Chez les patients porteurs de maladie de Crohn (MC) en rémission, la dénutrition est probablement souvent sous-estimée. Les objectifs de notre travail étaient d'évaluer le statut nutritionnel d'un groupe de patients suivis pour MC en rémission et de déterminer la prévalence de la sarcopénie et ses facteurs associés.

Matériels et méthodes : Etude transversale menée auprès de 40 patients porteurs de MC qualifiés en rémission clinique grâce à un indice de Harvey-Bradshaw ≤4 et âgés entre 18 et 65 ans. Chaque patient a bénéficié d'une évaluation clinico-biologique de son état nutritionnel grâce à l'enquête alimentaire, aux mesures anthropométriques, aux marqueurs biologiques et aux indices cliniques multifactoriels : l'indice de Buzby (IRN) et l'indice de Detsky (EGS).

Résultats : La majorité (83%) avait un apport alimentaire spontané couvrant les besoins énergétiques. L'alimentation était normocalorique, hypercalorique et restrictive respectivement chez 17%, 55% et 28% des patients. La prévalence de la dénutrition variait entre 5 et 60% en fonction du critère diagnostique utilisé : 5% souffrait de dénutrition selon la mesure du pli cutané tricipital (PCT), 7,5% selon le questionnaire d'évaluation globale subjective (EGS), 12,5% selon la circonférence musculaire brachiale (CMB), 15% selon l'indice de masse corporelle (IMC), 25% selon la force de préhension de la main, 30% selon l'indice de Buzby et 60% en se référant à l'indice de masse musculaire appendiculaire. Sur le plan biologique, seulement 10% avaient une hypoalbuminémie et 22% avaient une lymphopénie. La prévalence de la sarcopénie était de 15%. Elle était significativement associée à la présence d'une sténose intestinale. Comparativement aux patients non sarcopéniques, les patients sarcopéniques étaient significativement fréquemment plus dénutris selon EGS (50% versus 0%; p=0,002), selon le PCT (34% versus 0%; p=0,019) et selon CMB (83% versus 12%; p=0,001). Aucune association statistiquement significative n'a été observée entre la sarcopénie d'une part et l'âge, l'ancienneté de la maladie et le type du traitement administré d'autre part.

Conclusion : Malgré la période de rémission et la normalité voire l'excès des apports caloriques journaliers, les prévalences de la dénutrition et de la sarcopénie n'étaient pas négligeables chez les patients ayant une MC. L'évaluation du statut nutritionnel doit être systématique et répétée régulièrement. Elle doit tenir compte de l'anamnèse pondérale, de l'anthropométrie bioélectrique et des marqueurs biologiques.

Références Bibliographiques : The prevalence of sarcopenia and its effect on prognosis in patients with Crohn disease. J Crohns Colitis. 2011; 18(6):103-25.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000152>

Evaluation du score "Crohn's and Colitis Pregnancy knowledge" (CCP knowledge) chez les femmes atteintes de maladies inflammatoires chroniques de l'intestin : résultats préliminaires d'une étude monocentrique tunisienne

N. Hemdani ⁽¹⁾, R. Ennaifer ⁽²⁾, A. Nakhli ⁽¹⁾, H. Ben Romdhane ⁽²⁾, B. Bouchabou ⁽³⁾, H. Ben Nejma ⁽²⁾
(1) Tunis, TUNISIE ; (2) Marsa, TUNISIE ; (3) Ariana, TUNISIE.

Introduction : Les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI) touchent généralement les femmes jeunes en âge de procréation. La prise en charge d'une telle pathologie chronique peut être nettement améliorée par une meilleure connaissance des patientes de leur maladie et des questions relatives à la grossesse et à l'accouchement.

Le but de notre étude était d'évaluer les connaissances des patientes atteintes de MICI concernant la procréation et de déterminer les facteurs associés à une meilleure perception des sujets inhérents à la grossesse et à l'accouchement.

Matériels et méthodes : Nous avons proposé à des femmes atteintes de MICI suivies dans notre département de répondre lors de leurs consultations à un questionnaire tiré du score CCP knowledge pré établi et validé, comprenant 17 questions évaluant les connaissances relatives à la grossesse et à l'accouchement chez les femmes ayant une MICI.

Les données démographiques et épidémiologiques ont été recueillies ainsi que le score CCP knowledge des patientes. Les facteurs associés au CCP knowledge (faible vs adéquat) ont été déterminés à l'aide de tests non paramétriques. L'analyse a été effectuée selon le logiciel SPSS.

Résultats : Vingt patientes ont été incluses d'âge moyen de 42 ans [23-72], la moitié des patientes présentant une maladie de Crohn. Le score moyen CCP knowledge des 20 patientes était de 3,55. Ce score était faible (0-7) dans 85% des cas et adéquat (8-10) dans 15% des cas. Le manque de connaissance principal concernait les questions relatives à la transmission de la maladie : 85% des femmes ont répondu incorrectement à tous les points. La majorité des patientes (80%) ont répondu d'une manière incorrecte aux questions concernant : l'effet des médicaments sur la grossesse, l'allaitement et la question sur la maladie ano-périnéale. Parmi les patientes interrogées, 55% d'entre elles ont répondu correctement à au moins une des questions concernant l'impact de la maladie sur la grossesse. Il ne semblait pas y avoir de corrélation entre un bon score CCP knowledge et le niveau d'études ($p=0,59$), ni le type de la MICI ($p=0,5$). Un lien statistiquement significatif a été retrouvé entre la durée d'évolution de la maladie (>6 ans) et un score CCP knowledge adéquat ($p=0,031$).

Le niveau social élevé était aussi corrélé de façon significative à un score CCP knowledge adéquat ($p=0,04$).

Conclusion : Les résultats préliminaires de ce travail montrent que plus des trois-quarts des patientes atteintes de MICI avaient un niveau de connaissance faible concernant la grossesse et l'accouchement. Ce manque de connaissance était inversement corrélé à l'ancienneté de la maladie et au niveau social.

Un programme d'éducation mené par les gastro-entérologues pourrait sensibiliser les patientes à ce sujet et améliorer ainsi la prise en charge des MICI lors de la grossesse.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000827>

La présence de granulomes épithélioïdes au cours de la maladie de Crohn : un nouveau facteur pronostique ? A propos de 166 cas

N. Elleuch ⁽¹⁾, A. Sabbek ⁽¹⁾, A. Hammami ⁽¹⁾, A. Ben Slama ⁽¹⁾, M. Ksiaa ⁽¹⁾, H. Jaziri ⁽¹⁾, A. Braham ⁽¹⁾, S. Ajmi ⁽¹⁾, A. Jmaa ⁽¹⁾

(1) Sousse, TUNISIE.

Introduction : Plusieurs études se sont intéressées à rechercher les facteurs permettant de prédire le pronostic de la maladie de Crohn (MC) afin de pouvoir classer les malades et de déterminer ceux nécessitant un traitement intensif d'emblée. On se propose dans cette étude de déterminer la valeur pronostique du granulome épithélioïde (GE) retrouvé dans les biopsies pour MC.

Patients et Méthodes : Etude rétrospective étalée sur 5 ans, colligeant les patients pris en charge pour MC au service de gastroentérologie de Sahloul et ayant eu au moins 3 examens endoscopiques avec biopsies. Deux groupes ont été comparés :

- Groupe 1 : MC avec GE à la biopsie (N=22)
- Groupe 2 : MC sans GE à la biopsie (N=144)

Résultats : Nous avons colligé 166 patients d'âge moyen 42,9 ans [15-73 ans] et de sexe ratio 0,55. Un GE était retrouvé dans 13,2% des cas. Sa présence était significativement associée à un âge moyen de découverte plus jeune (31,3 ans versus 41,4 ans, $p=0,04$) ainsi qu'à la consommation tabagique (68,1% versus 20,8%, $p<0,001$). La localisation colique ainsi que la présence de manifestations anopérinéales étaient plus fréquentes dans le 1^{er} groupe sans corrélation statistiquement significative ($p=0,08$ et $p=0,06$ respectivement). De même, les poussées graves/sévères étaient plus fréquentes en présence d'un GE sans corrélation significative (63,6% versus 62,5%, $p=0,6$). La présence de localisations hautes de manifestations extra intestinales ainsi que le recours à la chirurgie étaient comparables entre les deux groupes.

Conclusion : Dans notre étude, le GE à l'histologie était associé à un âge de découverte plus jeune, à la présence de manifestations anopérinéales et à des poussées graves/sévères plus fréquentes suggérant un génie évolutif plus fâcheux.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000609>

P.577

La prescription des examens radiologiques au cours de la maladie de Crohn surexpose-t-elle nos patients aux radiations ionisantes ?

B. Hasnaoui ⁽¹⁾, A. Hammami ⁽¹⁾, N. Elleuch ⁽¹⁾, M. Ksiao ⁽¹⁾, H. Jaziri ⁽¹⁾, A. Braham ⁽¹⁾, S. Ajmi ⁽¹⁾, A. Ben Slama ⁽¹⁾, A. Jmaa ⁽¹⁾

(1) Sousse, TUNISIE.

Introduction : L'imagerie joue un rôle primordial dans le diagnostic, l'évaluation de l'activité ainsi que le suivi de la maladie de crohn (MC). L'utilisation de plus en plus importante de ces examens radiologiques est responsable d'une exposition excessive des patients atteints d'une MC aux radiations ionisantes. **Le but de ce travail** était d'établir la dose moyenne d'irradiation (DMI) chez les malades ayant une MC ainsi que les facteurs de risque associés à l'exposition à une forte irradiation.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective colligeant les patients suivis pour une MC entre 2011 et 2016. Les caractéristiques épidémiologiques des patients, les paramètres liés à la maladie, le type des examens radiologiques effectués ainsi que la DMI durant cette période ont été déterminés pour chaque patient. Une exposition à une forte irradiation était définie par une dose cumulative >75mSv.

Résultats : Soixante-quatorze patients ayant une MC ont été colligés. Il s'agit de 43 femmes (58,1%) et de 31 hommes (41,9%). L'âge moyen de nos patients au moment du diagnostic de la MC était de 28,26 ans [17-49 ans]. La durée moyenne de suivi était de 7,8 ans [5-12 ans]. La DMI annuelle à laquelle ont été exposés nos malades était de 5,8 mSv [3,6-11,54 mSv]. La DMI cumulative reçue atteignait en moyenne 62,82 mSv [20-142mSv]. Une dose cumulative supérieure à 75 mSv concernait 21 patients (28,37%). En étude univariée, l'âge du diagnostic de la MC < 20 ans, le recours à l'infliximab et la chirurgie constituaient les facteurs de risque à l'exposition à une forte irradiation. En étude multivariée, on a retenu l'âge < 20 et la chirurgie comme des facteurs de risque indépendants associés à l'exposition à une forte irradiation avec des odds ratio ajustés respectifs de 4,48 et 6,05.

Conclusion : Les malades atteints d'une MC sont exposés à une forte irradiation. Cette exposition est majorée chez les patients jeunes et opérés pour MC. L'entéro-IRM non irradiante et peu invasive doit être privilégiée chez cette population.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000462>

P.578

Impact du niveau socio-économique sur le délai diagnostique et l'évolution de la maladie de Crohn

M. Yakoubi ⁽¹⁾, M. Medhioub ⁽¹⁾, O. Gharbi ⁽¹⁾, L. Hamzaoui ⁽¹⁾, M. Mahmoudi ⁽¹⁾, A. Khsiba ⁽¹⁾, M.M. Azouz ⁽¹⁾

(1) Nabeul, TUNISIE.

Introduction : Le niveau socio-économique bas serait un facteur limitant de l'accès aux soins et de l'assiduité au traitement avec un risque surajouté de complications. Le but de notre étude était de déterminer l'impact du niveau socio-économique sur le délai diagnostique et le génie évolutif de la maladie de crohn.

Patients et Méthodes : Une étude rétrospective descriptive incluant les patients suivis pour une maladie de crohn entre 2010 et 2018 a été réalisée. Le niveau scolaire ainsi que la profession ont été utilisés comme étant des indicateurs du niveau socio-économique des patients. Les patients ont été répartis en deux groupes :

- groupe 1 : niveau socio-économique élevé.

- groupe 2 : niveau socio-économique bas.

Les délais diagnostiques et l'évolution de la maladie ont été comparés au sein des deux groupes. L'étude analytique a été réalisée par le logiciel SPSS.

Résultats : Cent dix huit patients ayant une maladie de crohn ont été colligés. L'âge moyen était de 46 ans avec des extrêmes allant de 22 à 88 ans. Le sexe ratio était de 1,18 (H/F=64/54). La maladie de crohn était iléale dans 47,45% (n=56), colique dans 21,18% (n=25) et iléo-colique dans 31,53% des cas (n=37). 73,72% des patients avaient un niveau socio-économique bas. Le délai diagnostique moyen de la maladie de crohn était de 12,8 mois au sein du premier groupe et de 18,4 mois pour les patients ayant un niveau socio-économique bas. La survenue de complications tel que les occlusions intestinales aiguës ou les collections profondes était comparable entre les 2 groupes (p=0,918 ; p=0,214). Au cours de leur suivi, les patients ont nécessité 3 hospitalisations ou plus dans respectivement 25,8% et 34,48% des cas (p=0,336). La survenue de poussées sévères était comparable entre les deux groupes (p=0,890). Le recours à la corticothérapie lors des poussées a été noté dans 32,25% dans le premier groupe et 59,77% dans le deuxième groupe (p=0,006).

Conclusion : Dans notre étude, le niveau socio-économique des patients semble affecter le délai diagnostique de la maladie de crohn sans pour autant modifier son court évolutif.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/001139>

P.579

Facteurs prédictifs d'un nouvel épisode de suppuration ano-périnéale après mise en rémission d'une maladie de Crohn ano-périnéale fistulisanteA. Malian ⁽¹⁾, P. Rivière ⁽¹⁾, D. Bouchard ⁽¹⁾, F. Pigot ⁽¹⁾, M. Elouet-Kaplan ⁽¹⁾, C. Favreau-Weltzer ⁽¹⁾, F. Poullénot ⁽¹⁾, D. Laharie ⁽¹⁾

(1) Bordeaux.

Introduction : Les lésions ano-périnéales fistulisantes surviennent chez plus de 20 % des patients atteints de la maladie de Crohn (MC). Bien que de nombreux traitements médicaux et chirurgicaux soient maintenant disponibles, le taux de rechute de telles lésions reste élevé à près de 30%. L'objectif de cette étude était d'identifier les facteurs prédictifs d'un nouvel épisode de suppuration anale chez des patients atteints d'une MC ano-périnéale fistulisante mise initialement en rémission.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude monocentrique rétrospective ayant inclus entre 2007 et 2015 tous les patients atteints d'une MC compliquée d'une fistule ano-périnéale mise en rémission. L'obtention de la rémission était définie par l'absence de nouvelle suppuration dans les 3 mois suivant la dernière chirurgie de drainage. Les caractéristiques des patients étaient recueillies au drainage, à 3 mois et au cours du suivi (date-point : 31/12/2017). L'événement étudié au cours du suivi était la survenue d'un nouvel épisode de suppuration ano-périnéale en rapport avec une fistule de MC.

Résultats : Cent trente-sept patients (57% de femmes ; âge médian au drainage de 35 ans) ayant présenté 157 épisodes de suppuration ont été inclus consécutivement au cours de la période. La durée médiane de suivi était de 187.1 semaines (IQR 111.9-276.1). Le taux de nouvelle suppuration ano-périnéale était de 22 %, qui survenait dans un délai médian de 1,8 an. En actuariel, la survie sans nouvelle suppuration était de 96,7 % à un an, 78,4 % à 3 ans et 74,4 % à 5 ans. Chez les 120 (76,4 %) patients recevant un traitement anti-TNF (84 infliximab et 36 adalimumab) après le drainage, la localisation colique (OR 1.25, $p = 0.015$) ou iléo-colique (OR 5.16, $p = 0.015$) de la MC, le phénotype luminal sténosant (OR 5.32, $p = 0.013$) et l'arrêt du traitement par anti-TNF pendant le suivi (OR 3.37, $p = 0.049$) étaient associés à une augmentation du risque de nouvel épisode de suppuration en analyse multivariée. A l'inverse, l'arrêt du traitement par immunosuppresseurs conventionnels était associé à une réduction du risque de nouvel épisode de suppuration (OR 0.22, $p = 0.29$). Ni le type d'anti-TNF débuté, ni le recours à une combothérapie n'étaient prédictifs de l'évolution.

Conclusion : Après un drainage efficace, la survie sans nouvelle suppuration ano-périnéale en rapport avec la MC est élevée, d'environ 75 % à 5 ans. L'atteinte colique associée, le phénotype sténosant et l'arrêt du traitement anti-TNF sont associés à un nouvel épisode suppuratif.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000033>

P.580

Le volume plaquettaire moyen en comparaison avec les autres biomarqueurs : est-il prédictif d'activité de la maladie de Crohn ?A. Hassine ⁽¹⁾, D. Issaoui ⁽¹⁾, H. Ben Jeddi ⁽¹⁾, H. Kchir ⁽¹⁾, H. Debbabi ⁽¹⁾, H. Chaabouni ⁽¹⁾, N. Maamouri ⁽¹⁾

(1) Tunis, TUNISIE.

Introduction : Au cours de la maladie de Crohn (MC) plusieurs marqueurs biologiques représentent des moyens non invasifs permettant d'évaluer l'activité de la maladie. Récemment plusieurs études ont suggéré que le Volume plaquettaire moyen (VPM) varie au cours de la maladie de Crohn constituant potentiellement un marqueur d'activité de la maladie.

Le VPM est un paramètre calculé de l'hémogramme qui varie en fonction de la production des plaquettes. Il n'existe pas une valeur de référence pour ce paramètre étant tributaire de nombreux facteurs y compris l'âge, le sexe et l'échantillon de la population étudiée.

Le but de ce travail est d'étudier la variation du VPM chez les patients présentant une MC en rémission et ceux en poussée et la corrélation entre le VPM et les autres biomarqueurs biologiques avec l'activité de la maladie.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective analytique et longitudinale colligeant tous les patients hospitalisés consécutivement pour MC sur une durée de 10 ans étalée de 2008 jusqu'à 2018.

Nous avons relevé le CDAI, les taux de VPM, les plaquettes (PQ), polynucléaires neutrophiles, lymphocytes, albumine et CRP chez nos patients. Nous avons calculé les rapports neutrophiles sur lymphocytes (RNL), le rapport plaquettes sur lymphocytes (RPL) et le rapport plaquettes sur albumine (RPA).

Le RPA est égal au rapport (PQ / Albumine) sur 100.

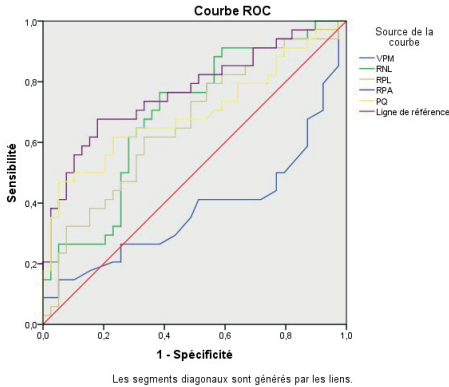
Résultats : Durant cette période, 74 patients ont été colligés. Il s'agissait de 33 Hommes (45%) et de 41 femmes (55%) avec un sex-ratio de 0,8. L'âge moyen était de 41 ans $\pm$ 14,5 (avec des extrêmes allant de 14 jusqu'à 79 ans). La localisation de la maladie était iléale, colique et iléocolique dans respectivement 22% ; 22% et 56% des cas. Une localisation haute était retrouvée chez 7% des patients. Des manifestations anopérinéales étaient présentes dans 40% des cas. Le phénotype de la MC était inflammatoire, sténosant et fistulisant dans respectivement 39% ; 22% et 23% des cas. La maladie était à la fois sténosante et fistulisante dans 16 % des cas.

Soixante-six pourcent des patients étaient sous traitement de fond. Il était à type de salicylés, azathioprine, anti-TNF alpha et combothérapie dans respectivement 15% ; 32% ; 6% et 13%. Ces patients étaient répartis en deux groupes en fonction de l'activité de la maladie. Cinquante-six pourcent des patients étaient en rémission avec un CDAI moyen de 79,2 (allant de 28 à 142), la CRP et l'albuminémie moyennes étaient respectivement de 4,5 mg/l et 37,9 g/l. Les taux moyens des plaquettes, lymphocytes et neutrophiles étaient respectivement de 287605, 1803 et 3962. La valeur moyenne du VPM était de 10,07 FL (variant entre 6,7 et 11,4 FL).

Quarante-quatre pourcent des malades étaient en poussée. Cette dernière était minime, modérée et sévère chez respectivement 17% ; 23% ; 4%. Des signes de gravité endoscopiques étaient notés chez 5% des patients. Le CDAI moyen était de 247 (variant entre 152 et 523), la CRP et l'albuminémie moyennes étaient respectivement de 73,6 mg/l et 30,7 g/l. Les taux moyens des plaquettes, lymphocytes et neutrophiles étaient respectivement de 404000/mm3 ; 1698/mm3 et 5756/mm3. La valeur moyenne du VPM était de 9,68 FL (variant entre 7 et 12,7 FL). Il n'existait pas de différence significative entre les deux groupes de pont de vue âge et sexe. Le VPM n'était pas associé à l'activité de la MC ($p = NS$). Par ailleurs, la CRP, et les plaquettes y étaient associés avec des p respectifs de 0,0001 et 0,004. De même, le RNL, le RPL et le RPA étaient associés à la présence de poussée avec des p respectifs de 0,004 ; 0,014 et 0,0001.

La valeur prédictive d'activité de la CRP et PQ étaient respectivement de 65,4 mg/L et 366582/mm3. Les taux de RNL, RPL et RPA prédictifs de poussée étaient respectivement 1,57 ; 329,6 et 57,6.

Conclusion : Dans notre étude, le VPM n'était pas prédictif d'activité des patients suivis pour MC. Par ailleurs, les autres biomarqueurs tels le RNL, RPL et RPA avaient une bonne corrélation avec la présence de poussée.



Pour consulter ce résumé en ligne :
<https://www.snfge.org/resumes-2019/000729>

P.581

Perception des risques liés à la pollution atmosphérique et modification des symptômes chez les patients atteints de maladie de Crohn

S. Frère ⁽¹⁾, I. Ducret ⁽¹⁾, M. Body-Malapel ⁽²⁾, A.P. Hellequin ⁽³⁾, N. Guillon ⁽²⁾, H. Sarter ⁽²⁾, C. Gower-Rousseau ⁽²⁾, C. Vignal ⁽²⁾

(1) Dunkerque ; (2) Lille ; (3) Nanterre.

Introduction : La littérature a mis en lumière un potentiel lien entre exposition à la pollution atmosphérique et développement ou aggravation des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin, tant au niveau épidémiologique que fonctionnel. Le but de cette étude était d'étudier la perception de la pollution atmosphérique par des patients atteints de maladie de Crohn (MC) issus d'une étude en population générale (registre EpiMad). L'impact de cette pollution sur les symptômes des patients a également été évalué.

Patients et Méthodes : Deux enquêtes sociologiques successives ont été réalisées par téléphone auprès de 245 patients atteints de MC diagnostiqués entre 2005 et 2013, âgés de plus de 18 ans, et résidant en zone urbaine. Un premier questionnaire passé entre avril et juillet 2017 interrogeait les patients sur le ressenti des facteurs influençant leur maladie et la perception des questions environnementales et de la pollution en général. Un second questionnaire passé après l'hiver permettait de questionner les patients sur l'évolution de leurs symptômes et l'association éventuelle avec la pollution atmosphérique. En parallèle, des données quantitatives permettant d'estimer la qualité de l'air dans les lieux de résidence des répondants pendant les périodes précédant la passation des questionnaires ont été recueillies. Les indices de qualité de l'air ont également été fournis par l'association agréée de surveillance et d'évaluation de la qualité de l'air des Hauts-de-Franc (ATMO Hauts de France).

Résultats : Les résultats des enquêtes montrent une ignorance générale des impacts des polluants atmosphériques sur l'appareil digestif, et une méconnaissance des comportements à adopter pour réduire cette exposition. Ainsi, à la question ouverte des effets de la pollution de l'air sur la santé, l'impact sur le système digestif n'est cité qu'en 4^{ème} position par 7% des patients, loin derrière les problèmes respiratoires (83%) ou l'allergie (21%). A la question de l'influence des problèmes environnementaux, 40% des patients déclarent que la pollution de l'air extérieur impacte fortement leur qualité de vie et 21% leurs troubles digestifs. Par comparaison, 54% déclarent que la mauvaise qualité des produits alimentaires transformés impacte fortement leur qualité de vie et 49% leurs troubles digestifs. Un peu plus d'1 répondant sur 2 se dit régulièrement gêné par le trafic routier et la pollution atmosphérique. Une association entre les individus se plaignant d'un air malsain et ceux qui déclarent le plus ressentir l'impact de la pollution a été mise en évidence ($p < 0.001$ pour la qualité de vie et $p < 0.01$ pour les troubles digestifs, test de χ^2). Près d'1 individu sur 10 déclare avoir remarqué un lien entre la qualité de l'air et ses troubles digestifs. Les données quantitatives de pollution de l'air dans les zones d'habitation des patients ont mis en évidence que les mois les plus pollués sont associés à des taux de poussées importants. Une aggravation des symptômes a été constatée dès lors qu'au moins un indice de qualité de l'air était mauvais dans le mois, évoquant une probable association entre aggravation des symptômes digestifs et détérioration de la qualité de l'air. Une analyse factorielle multiple a permis de distinguer 2 types de patients : un groupe composé d'individus en rémission ou atteints d'une forme modérée de MC, qui étaient pour la majorité des hommes, actifs, évoluant dans un environnement favorisé (peu de nuisances quotidiennes, indice de développement urbain de la commune élevé), ayant une bonne hygiène de vie (activité sportive, loisirs) et un groupe de patients caractérisés par des formes plus sévères de MC, composés d'avantage de femmes, de plus de 40 ans, ayant un niveau de vie moyen à faible, et ayant tendance à être inactives et sédentaires. Ce dernier groupe de patients évoluait dans un environnement défavorisé et évoquait une forte influence de l'alimentation sur ses symptômes digestifs. Il se déclarait particulièrement impacté par le stress, la fatigue et la mauvaise qualité atmosphérique de leur quartier.

Conclusion : Cette étude ouvre de nombreuses pistes d'exploration du lien entre environnement et maladie de Crohn, qui demandent à être confirmées par des études épidémiologiques dédiées.

Pour consulter ce résumé en ligne :
<https://www.snfge.org/resumes-2019/000479>

Evaluation de la valeur diagnostique de la calprotectine fécale dans la prise en charge de la maladie de Crohn

F.Z. Chabib ⁽¹⁾, I. Benelbarhdadi ⁽¹⁾, F.Z. Ajana ⁽¹⁾

(1) Rabat, MAROC.

Introduction : Pour limiter la répétition des coloscopies, qui sont peu appréciées des patients, des outils non invasifs ont été développés. Parmi eux, la calprotectine fécale qui est le biomarqueur non-invasif de référence pour évaluer l'inflammation et l'activité endoscopique dans la maladie de Crohn (MC). **L'objectif de notre étude** est d'évaluer les performances de la calprotectine fécale pour détecter la poussée endoscopiques chez les patients atteints de maladie de Crohn.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective monocentrique incluant des patients atteints de MC certaines. Critères d'inclusion : Patient ayant eu à la fois un dosage de la calprotectine fécale et une iléocoloscopie. La calprotectine fécale était dosée par méthode ELISA et exprimée en mg/kg. Critères de jugement : La rémission endoscopique : CDEIS < 6 et un score de Rutgeert < I2. L'analyse statistique : L'analyse statistique a été réalisée par le logiciel Medcalc V9. L'évaluation diagnostique de la (calpro) a été réalisée par la courbe ROC. Pour chaque valeur, on a déterminé la sensibilité (Se), la spécificité (Spe), la valeur prédictive positive (VPP) et négative (VPN). La meilleure valeur seuil de la (calpro) correspondait à la valeur ayant une meilleure sensibilité pour une meilleure spécificité.

Résultats : Au total, 70 patients ont été inclus dans cette étude. Il s'agit de 54 femmes et 16 hommes, le couple calprotectine fécale-iléocoloscopie a été fait 90 fois. selon la classification de Montréal : la localisation est répartie ainsi L1= 17.8 %, L2= 20 % L3= 62.2%, le phénotype est répartie ainsi : B1= 50%, B2= 37.8%, B3= 12.2 %. Sur le plan clinique : 76.6 % étaient asymptomatique. L'analyse de l'air sous la courbe a retrouvé une valeur diagnostique estimée à 70% (Intervalle de confiance [0,589 - 0,788]). Le meilleur seuil de détection de la poussée endoscopique était de 150 mg/kg. Ce seuil démontrait les performances suivantes : Se=72.97 %, Spe= 71.70 %, VPP = 64.3 %, VPN = 79.2 %.

Conclusion : Le dosage de calprotectine fécale présente une valeur diagnostic acceptable dans le diagnostic et le suivi de la rémission endoscopique chez les malades atteints de la maladie de Crohn. Dans notre étude, la valeur seuil optimale était de 150 mg/kg. Cette valeur seuil présentait un meilleur compromis spécificité-sensibilité.

Seuil de calpro en mg/kg	Sensibilité	Spécificité	VPP	VPN
50	84.91 %	35.14%	61.9%	65.2%
100	56.76%	75.47%	61.8%	71.4%
150	72.97 %	71.70 %	64.3%	79.2%
200	75.68%	64.15%	59.6%	79.1%
250	78.38%	52.83 %	53.7%	78.4%

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000288>

Évaluation de la prise en charge nutritionnelle des poussées de maladie de Crohn iléales fistulisantes ou abcédées

P. Chevrel ⁽¹⁾, E. Berard ⁽¹⁾, B. Bournet ⁽¹⁾, L. Buscail ⁽¹⁾, J. Moreau ⁽¹⁾, J.P. Duffas ⁽¹⁾, C. Zadro ⁽¹⁾, C. Gilletta de Saint-Joseph ⁽¹⁾

(1) Toulouse.

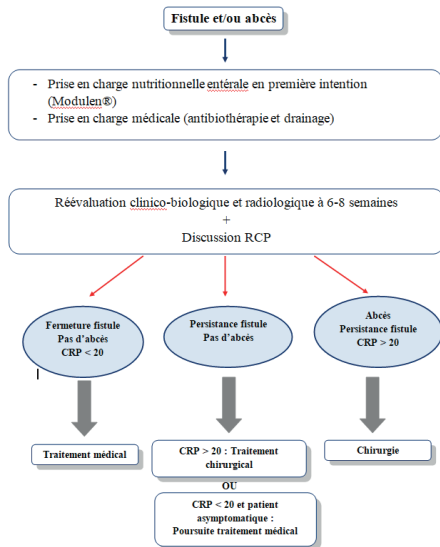
Introduction : La prise en charge des poussées de maladie de Crohn pénétrantes (complicquées de fistules ou d'abcès) se fait en 3 grands axes : médical (antibiothérapie, drainage, puis secondairement une combothérapie), nutritionnel et chirurgical (réssection intestinale en cas d'échec du traitement médical). La chirurgie doit être considérée à toutes les étapes du traitement de ces formes compliquées avec la préoccupation d'une épargne intestinale maximale. L'amélioration de l'état nutritionnel est connu pour participer à la cicatrisation des lésions et diminuer la morbidité de la chirurgie. Cependant il n'existe aucun consensus sur les modalités de cette nutrition dans ces situations. **L'objectif de notre étude** était de distinguer la meilleure préparation nutritionnelle avant la chirurgie afin de limiter le recours aux stomies et les complications péri-opératoires.

Patients et Méthodes : Nous avons réalisé une étude monocentrique rétrospective concernant tous les patients hospitalisés pour une poussée de maladie de Crohn fistulissante ou abcédée entre Décembre 2016 et Octobre 2017. Des données cliniques, biologiques et radiologiques ont été recueillies, au moment de l'hospitalisation puis lors de la ou des deux réévaluations suivantes, précédant une éventuelle chirurgie et enfin à la date des dernières nouvelles. Sur le plan nutritionnel, nous avons distingué deux groupes de patients : groupe 1 pour la nutrition parentérale stricte et groupe 2 pour la nutrition entérale ou mixte. La nutrition "entérale" correspond uniquement à l'administration de Modulen® par voie orale. L'évolution morphologique a été évaluée par le score de Lémann.

Résultats : 61 patients (39 H et 22 F) d'âge moyen de 28 ans ont été inclus : 26 dans le groupe 1 et 35 dans le groupe 2. A l'inclusion, 23% des patients avaient déjà eu une intervention. Le délai moyen de réévaluation a été de 71 jours pour la 1ère réévaluation, 321 jours pour la 2ème réévaluation. Un patient a été opéré d'emblée, 17 patients après la 1ère réévaluation et 20 patients après la 2ème réévaluation. L'albumine, le Nutritionnal Risk Index, la CRP et le score de Lémann, s'amélioraient à la 1ère réévaluation, alors qu'ils s'aggravaient à la 2ème réévaluation. Concernant le traitement de fond, celui-ci a pu être repris pour la plupart des patients au moment de la deuxième réévaluation (27.5% sous immunomodulateur, 60% sous anti-TNF α , avec 25% de combothérapie). Il n'existait pas de différence significative sur l'évolution des paramètres nutritionnels ou radiologiques entre les deux groupes de nutrition. 38 patients ont été opérés soit 62,3%. Une stomie transitoire a été nécessaire pour 13,2% des patients et la longueur de réssection intestinale a été de 20,9 cm en moyenne. Dans cette série, le taux de complications tout type confondu a été de 31.6%, mais seulement 7.9% ont nécessité une reprise chirurgicale précoce. 23 patients n'ont pas eu recours à une prise en charge chirurgicale. Aucune différence significative n'a été retrouvée sur les résultats de la chirurgie selon que les patients appartenaient à l'un ou l'autre groupe, suggérant que les deux types de prise en charge nutritionnelle étaient équivalents. On retrouvait un peu moins de stomie dans le groupe nutrition entérale (p=0.15) et surtout aucune complication septique contrairement à la nutrition parentérale. Afin de déterminer des facteurs prédictifs de recours à la chirurgie, une analyse en sous-groupe (entre les patients opérés et non opérés) a été réalisée. Lors de la 1ère réévaluation, les patients non opérés ont une CRP plus basse (p=0.0034) et un taux de fermeture de fistule constatée radiologiquement plus important (p=0.01).

Discussion : Peu d'études s'intéressent spécifiquement à la prise en charge nutritionnelle des poussées de maladie de Crohn compliquée en situation pré-opératoire. Les résultats suggèrent qu'il existe une fenêtre d'opportunité qui se situe à la 1ère réévaluation, où les patients seraient préparés au mieux en vue d'une chirurgie. A partir de ces résultats, nous proposons ci-dessous un algorithme de prise en charge des poussées de maladie de Crohn iléales fistulisantes ou abcédées.

Conclusion : Notre étude montre que la nutrition entérale et parentérale semblent équivalentes dans les situations pré-opératoires des poussées de maladie de Crohn iléales fistulisantes ou abcédées. Lorsqu'elle est possible, la nutrition entérale qui évite les complications septiques sans retarder la chirurgie, doit être privilégiée.



Pour consulter ce résumé en ligne :
<https://www.snfge.org/resumes-2019/000189>

P.584

Prévalence de différentes espèces de Yersinia au sein de l'iléon de patients atteints ou non de la maladie de Crohn

G. Le Baut ⁽¹⁾, P. Pavli ⁽²⁾, M. Roy ⁽³⁾, P. Seksik ⁽³⁾, X. Treton ⁽⁴⁾, S. Nancey ⁽⁵⁾, N. Barnich ⁽⁶⁾, C. Azouille ⁽³⁾, D. Cazals-Hatem ⁽⁴⁾, J. Viala ⁽³⁾, M. Allez ⁽³⁾, J.P. Hugot ⁽³⁾, A. Dumay ⁽³⁾

(1) Caen ; (2) Canberra, AUSTRALIE ; (3) Paris ; (4) Clichy-la-Garenne ; (5) Lyon ; (6) Clermont-Ferrand.

Introduction : La maladie de Crohn (MC) est une maladie inflammatoire chronique de l'intestin, caractérisée par des interactions anormales entre le système immunitaire et le microbiote intestinal, lui-même pouvant être influencé par des facteurs environnementaux. L'un de ces facteurs potentiels est Yersinia. Cette bactérie a la capacité de se multiplier au froid et est régulièrement présente dans les produits alimentaires réfrigérés. Cinq études ont recherché sa prévalence au sein de la muqueuse iléale ou colique humaine, avec des résultats très variables (entre 0 et 63% pour la MC et entre 0 et 31% pour les cas contrôlés). Ces différences pouvaient être liées au faible échantillonnage, au peu d'espèces recherchées et à l'absence de confirmation de la positivité des prélèvements par séquençage. Notre objectif était d'évaluer la prévalence de plusieurs espèces de Yersinia, pathogènes ou non, au sein de prélèvements iléaux, et de rechercher une corrélation avec les données cliniques.

Patients et Méthodes : Nous avons analysé l'ADN de 470 échantillons iléaux provenant de 338 patients (262 MC et 76 patients contrôles) de 3 cohortes différentes. La 1ère cohorte, australienne, était composée de pièces de résections iléales, avec des prélèvements en zone inflammatoire, non inflammatoire et/ou ganglionnaire. La 2ème cohorte, française (étude REMIND), était constituée de pièces de résections iléales avec des prélèvements en zone inflammatoire. Dans la 3ème cohorte, française également, nous disposons de biopsies réalisées au cours d'une iléo-coloscopie en zone non inflammatoire centrées ou non sur des plaques de Peyer. La détection d'ADN de Yersinia a été effectuée par PCR puis confirmée par séquençage. Cinq espèces de Yersinia (*Y.aldovae*, *Y.bercovieri*, *Y.enterocolitica*, *Y.intermedia*, *Y.mollaretii*) ont été recherchées par des amorces spécifiques du gène *gyrB*. Les détections de *Y.enterocolitica* pathogène et de *Y.pseudotuberculosis* ont été réalisées grâce à des amorces spécifiques respectivement, du gène *ail* et du gène *inv*. Les produits de PCR ont été séquencés et comparés avec la banque de données NCBI via le logiciel BLAST.

Résultats : Après amplification globale de l'ADN, la sensibilité et la spécificité des différentes amorces ont été évaluées à partir d'ADN de Yersinia connus. Des bactéries ont été retrouvées dans 7,7% des échantillons (7,9% des échantillons contrôles et 7,6% des échantillons de patients atteints de MC), soit 10% des sujets (11,8% des sujets contrôles et 9,5% des patients atteints de MC). *Y.enterocolitica*, *Y.pseudotuberculosis* et *Y.intermedia* étaient les espèces les plus fréquemment retrouvées (respectivement 5,3%, 1,8% et 1,8% des échantillons positifs). Parmi les 25 échantillons d'ADN où *Y.enterocolitica* a été identifiée, seules 3 étaient pathogènes. La charge bactérienne était estimée entre 1 et 100 bactéries sur les prélèvements positifs. Dans les pièces de résection iléale, tous échantillons confondus, Yersinia était autant détectée au niveau des zones inflammatoires, non inflammatoires ou ganglionnaires (respectivement 8,5%, 11,3% et 7,5%). Concernant les biopsies faites au cours d'une iléo-coloscopie, Yersinia a été retrouvée au niveau des plaques de Peyer dans 6,9% des cas et dans aucun cas lorsque les biopsies étaient ciblées sur une muqueuse ordinaire non inflammatoire. Aucun facteur clinique, génétique (NOD2, IRGM, ATG16L1) et médicamenteux n'était associé à la présence de Yersinia.

Conclusion : Ce travail montre que différentes espèces de Yersinia sont fréquemment retrouvées dans l'iléon humain, malade ou sain. La présentation clinique ou les traitements associés ne sont pas corrélés à la présence de Yersinia. La prévalence de chaque espèce est grossièrement proportionnelle à celle observée pour les contaminations alimentaires. Le rôle de Yersinia dans l'écosystème de l'iléon humain doit maintenant être exploré.

Remerciements : Ce travail a été financé par le programme d'investissement d'avenir ANR-11-IDEX-0005-02, Sorbonne, Paris Cité, laboratoire d'excellence INFLAMEX. Nous remercions tous les investigateurs (chercheurs, cliniciens et chirurgiens) du groupe REMIND qui ont collecté les prélèvements iléaux. Nous remercions également Rida Zouak pour son aide technique et Elisabeth Carniel qui nous a fourni les ADN de Yersinia de référence.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000133>

P.585

Fréquence, description et facteurs associés aux lésions ano-périnéales au diagnostic de la maladie de Crohn : étude en population générale de 2007 à 2012 (registre EPIMAD)

P. Wils ⁽¹⁾, A. Leroyer ⁽¹⁾, G. Savoye ⁽²⁾, M. Fumery ⁽³⁾, H. Sarter ⁽¹⁾, C. Gower-Rousseau ⁽¹⁾, B. Pariente ⁽¹⁾

(1) Lille ; (2) Rouen ; (3) Amiens.

Introduction : Les lésions ano-périnéales (LAP) concernent 30% des patients atteints de maladie de Crohn (MC) et sont considérées un facteur de mauvais pronostic. Leur évaluation au sein de cohortes prospectives est rare. Les objectifs de cette étude étaient de : 1) décrire les caractéristiques des patients atteints de MC présentant une LAP au diagnostic; 2) décrire la prise en charge diagnostique et thérapeutique initiale; et 3) comparer les données sociodémographiques, cliniques, phénotypiques et thérapeutiques entre les patients présentant des LAP au diagnostic et ceux avec une atteinte luminale exclusive.

Patients et Méthodes : La population étudiée correspondait à la cohorte de MC diagnostiquées entre 2007 et 2012 extraite du Registre Epimad (n = 2 906). Un recueil spécifique de données complémentaires a été effectué chez les patients présentant dès le diagnostic des LAP, définies par la présence de fistules, d'abcès ou de sténose ano-périnéales. Les variables recueillies comprenaient : examen proctologique, prise en charge diagnostique (IRM périnéale, écho-endoscopie, examen sous anesthésie générale) et thérapeutique (médicale et/ou chirurgicale) initiée dans les 3 premiers mois après le diagnostic.

Résultats : Parmi les 2906 patients atteints de MC certaine ou probable entre 2007 et 2012, 116 (4%) présentaient des LAP au diagnostic. Parmi eux, 44% étaient des femmes, l'âge médian était de 25 ans (IQR : 19-39) et 45% présentaient un antécédent de LAP avant le diagnostic de MC. Parmi les 116 patients (7 données manquantes), la MC au diagnostic était iléale (L1) chez 18 patients (16%), colique (L2) chez 39 patients (36%), iléocolique (L3) chez 51 patients (47%) et ano-périnéale pure chez 1 patient (1%); 51% des patients avaient une atteinte rectale. Un phénotype inflammatoire était retrouvé chez 102 malades (94%). Concernant la LAP, le symptôme le plus fréquemment observé était un écoulement anal chez 65% des patients. Les patients pouvaient présenter une ou plusieurs LAP : au total, 24% des patients avaient une fissure, 8% une ulcération, 65% une fistule (dont 6 fistules rectovaginales) et 44% un abcès; un patient (1%) présentait une sténose anale. Un examen sous anesthésie générale était réalisé dans la moitié des cas, une IRM chez 34% des malades et une écho-endoscopie dans 1 cas ; au total 64% des patients ont eu au moins l'un de ces 3 examens. 63% des patients ont reçu une antibiothérapie, 42% des 5-ASA et 47% une corticothérapie. 25% des patients a reçu d'emblée de l'azathioprine et 30% un traitement anti-TNF (90% d'infliximab). Une chirurgie a été réalisée chez 64 malades (57%) avec 41 drainages d'abcès, 25 poses de sétos, 16 fisulectomies et 2 iléostomies de décharge. Une 2^{ème} intervention a été nécessaire chez 4 patients. Le sexe masculin (p<0.01), le phénotype fistulisant (p<0.0001) et la forme colique (p=0.01) étaient significativement associés à la présence de LAP au diagnostic de la MC.

Conclusion : Dans cette étude en population générale, l'incidence des LAP au diagnostic de MC était de 4%. Plus de 6 malades sur 10 ont eu au diagnostic, un examen sous anesthésie générale, une IRM ou une écho-endoscopie, permettant une cartographie satisfaisante des LAP. Un geste chirurgical était réalisé dans plus de la moitié des cas. Dès le diagnostic, un immunosuppresseur a été prescrit dans 1/4 des cas et un anti-TNF dans 1/3 des cas, reflétant la sévérité de ces formes de MC avec atteinte ano-périnéale d'emblée. Le sexe masculin, le phénotype fistulisant et une localisation colique étaient associés à la présence de LAP au diagnostic de MC.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000687>

P.586

Facteurs de risque de récurrence postopératoire au cours de la maladie de CrohnA. Mensi ⁽¹⁾, A. Labidi ⁽¹⁾, M. Serghini ⁽¹⁾, N. Ben Mustapha ⁽¹⁾, M. Fekih ⁽¹⁾, J. Boubaker ⁽¹⁾

(1) Tunis, TUNISIE.

Introduction : La prise en charge chirurgicale des patients atteints de maladie de Crohn (MC) est fréquente. Environ 7 patients sur 10 nécessitent le recours à la chirurgie à un moment donné de leur évolution. La prise en charge postopératoire implique la connaissance des facteurs de risque de récurrence postopératoire. **Le but de notre travail** était d'identifier les facteurs de risque de récurrence postopératoire dans la MC.

Patients et Méthodes : Nous avons mené une étude rétrospective qui a colligé tous les patients ayant une MC qui ont bénéficié d'une résection iléocœcale ou iléo colique droite entre 2005 et 2016. Les patients qui n'ont pas fait de coloscopie postopératoire ont été exclus. Une récurrence endoscopique postopératoire était définie par un score de Rutgeerts ≥ 12 .

Résultats : Nous avons colligé 122 patients ayant une MC qui ont été opérés, 42 patients ont été exclus parce qu'ils n'ont pas fait de coloscopie postopératoire. L'âge moyen de diagnostic de MC de $31,7 \pm 11,2$ ans. L'âge moyen de la chirurgie la chirurgie était de $34 \pm 11,4$ ans. Cinquante cinq pour cent (n=44) des patients étaient de sexe masculin, 41 % (n=33) des patients étaient tabagiques. La MC était iléale chez 73 % (n=59) des patients et iléo colique chez 27 % (n=21) des patients. Le phénotype de la MC était sténosant dans 73 % (n=59) des cas et fistulisant dans 69 % des cas (n=55). Vingt un patients avaient des manifestations anopérinéales (19 patients avaient des fistules complexes et 3 patients avaient des fissures). Les indications de la chirurgie étaient une sténose iléale ou iléocœcale chez 73 % (n=59) des patients, une fistule interne ou externe chez 50 % (n=40) des patients, une collection profonde chez 26 patients, une perforation iléale chez 5 patients et le doute diagnostique chez 3 patients. Une coloscopie postopératoire était faite après un délai moyen de 10 ± 6 mois par rapport à la chirurgie. Une récurrence endoscopique était observée chez 47,5 % des patients.

En analyse univariée, la récurrence postopératoire était associée significativement à un phénotype sténosant ($p=0,04$), à la présence d'une collection profonde en préopératoire ($p=0,03$), à la prise de pentasa en postopératoire immédiat ($p=0,01$) et à un taux d'hémoglobine bas ($10,8$ g/dl) au moment de la chirurgie ($p=0,034$). Par contre on n'a pas trouvé une association significative entre la récurrence postopératoire et le tabac ($p=0,44$), ni avec l'âge, ni avec le sexe ($p=0,19$), ni avec les manifestations anopérinéales ($p=0,62$), ni avec la longueur de résection ($p=0,34$) ni avec la prise de médicaments avant la chirurgie ($p=0,98$). En analyse multivariée, on n'a pas trouvé une association de la récurrence postopératoire avec les facteurs retrouvés en analyse univariée.

Conclusion : Dans notre série la récurrence postopératoire était associée significativement à un phénotype sténosant, à la présence d'une collection préopératoire, à un taux bas d'hémoglobine et à la prise de pentasa après la chirurgie.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000139>

P.587

Facteurs prédictifs d'une deuxième chirurgie au cours de la maladie de CrohnA. Mensi ⁽¹⁾, A. Labidi ⁽¹⁾, N. Ben Mustapha ⁽¹⁾, M. Serghini ⁽¹⁾, M. Fekih ⁽¹⁾, J. Boubaker ⁽¹⁾

(1) Tunis, TUNISIE.

Introduction : La maladie de Crohn (MC) est une maladie chronique dont l'évolution est associée à l'apparition de complications dominées par les sténoses, les perforations et les abcès intra-abdominaux ou pelviens. Ces complications rendent souvent nécessaire le recours à la chirurgie. Ainsi, plus de 60% des patients atteints de MC iléale seront opérés au moins une fois dans leur vie et un malade sur deux subira une deuxième résection intestinale durant les 10 années qui suivent la première chirurgie. **Le but de ce travail** était de dégager les facteurs prédictifs d'une deuxième chirurgie chez les patients ayant une MC.

Patients et Méthodes : Nous avons mené une étude rétrospective qui a colligé tous les patients ayant une MC qui ont bénéficié d'une résection iléocœcale ou iléo colique droite entre 2005 et 2016. Les données démographiques, cliniques, radiologiques et thérapeutiques ont été relevées à partir des dossiers médicaux.

Résultats : Nous avons colligé 104 patients atteints de MC et qui ont bénéficié d'une résection iléocœcale ou iléocolique droite. L'âge moyen au moment de diagnostic de MC de $31,6 \pm 11,84$ ans. Le délai moyen entre le diagnostic de MC et la chirurgie était de $2,37 \pm 3,9$ ans. Quarante neuf pour cent des patients étaient de sexe masculin (n=51). Trente trois % (n=39) des patients étaient tabagiques. La localisation de la MC était iléale chez 73 % (n=76) des patients et iléo colique chez 27 % (n=28) des patients. Le phénotype de la MC était sténosant dans 76 % (n=79) des cas et fistulisant dans 74 % (n=71) des cas. La période moyenne de suivi postopératoire était de 78 ± 56 mois. Après un délai moyen de $66,3 \pm 45$ mois, 14 patients ont été réopérés soit 13,5 %. Les indications de cette deuxième chirurgie étaient une sténose anastomotique symptomatique chez 7 patients, une fistule entérocutanée chez 5 patients et un abcès péri anastomotique chez 2 patients.

En analyse univariée, le recours à une deuxième était statistiquement associé à un phénotype fistulisant ($p=0,045$), à la prise d'azathioprine en postopératoire ($p=0,031$), à un âge de chirurgie plus jeune ($p=0,041$) et un taux bas d'albumine lors de la chirurgie ($p=0,011$). En analyse multivariée, les facteurs associés à une deuxième chirurgie étaient un phénotype fistulisant ($p=0,032$), à la prise d'azathioprine en postopératoire ($p=0,044$) et un d'albumine $<22,5$ g/l lors de la chirurgie ($p=0,029$).

Conclusion : Notre étude a montré que les facteurs de risque indépendant d'une deuxième chirurgie au cours de la MC étaient phénotype fistulisant, à la prise d'azathioprine en postopératoire et un taux bas d'albumine lors de la chirurgie.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000347>

P.588

Les facteurs prédictifs de recours à la chirurgie au cours de la maladie de Crohn : à propos de 147 cas

I. Jemni ⁽¹⁾, W. Ben Mansour ⁽¹⁾, M. Ben Abdelwahed ⁽²⁾, R. Baklouti ⁽¹⁾, M. Zakhama ⁽¹⁾, A. Guediche ⁽¹⁾, W. Bouhliel ⁽¹⁾, H.L. Mohamed ⁽¹⁾, B.C. Nabil ⁽¹⁾, L. Safer ⁽¹⁾

(1) Monastir, TUNISIE ; (2) Tunis, TUNISIE.

Introduction : Malgré l'amélioration du traitement médical et des stratégies thérapeutiques, la chirurgie reste une composante essentielle dans la prise en charge de la maladie de Crohn. BUT : l'objectif est d'évaluer les facteurs prédictifs de recours à la chirurgie au cours de la maladie de Crohn .

Patients et Méthodes : Nous avons mené une étude rétrospective, descriptive, comparative et analytique se basant sur l'analyse des dossiers de 147 malades présentant une maladie de Crohn , hospitalisés et pris en charge à notre service sur une période de 15 ans allant de janvier 2000 jusqu'au décembre 2015 . On a réalisé une analyse bi-variée par le test du khi carré de Pearson pour les variables qualitatives et le test de Student pour les variables quantitatives. Dans un deuxième temps, les variables considérées comme statistiquement significatives ont été incluses dans un modèle de régression logistique multivariées pour identifier les facteurs prédictifs de recours à la chirurgie.

Résultats : le nombre total de patients inclus était de 147 malades avec un sexe ratio à 1,57, la moyenne d'âge était de 34 ans avec des extrêmes de 10 à 83 ans, 56% des patients avaient un âge < 40 ans. Un tabagisme actif était noté chez 34 patients (23 %) dont 2 sont de sexe féminin . le nombre de paquet par année varie de 1 à 50 (moyenne 34 PA par patient). La localisation la plus prépondérante était la localisation iléale qui était présente chez 57 patients (39%) suivie de la localisation iléo-colique retrouvée dans 50 cas (34%) . 115 patients avaient un phénotype fistulisant soit 79.3% et 30 patients avaient un phénotype sténosant soit 20.68 % . les lésions ano- périnéales étaient présentes chez 18% des malades (n=26). Parmi les 147 malades inclus dans notre étude, 39 patients (27%) avaient bénéficié d'un traitement chirurgical. Dans 19 cas l'indication chirurgicale était posée en urgence lors de la première poussée. Dans les 20 situations restantes, l'indication chirurgicale était portée à froid. 12 patients ont été opérés pour Occlusion intestinale aiguë , 7 cas avec un abcès profond intra abdominal, un seul cas de colite aiguë grave a été opéré, et parmi les 28 cas de cortico-résistance 12 patients ont été opérés .les actes consistaient en une hémicolectomie dans 6 cas (16%) , une résection iléale étendue dans 33 cas (84%). Dans notre étude, en analyse univariée, les facteurs prédictifs de recours à la chirurgie sont : le sexe masculin (p=0.001), les antécédents familiaux de MICI (p=0.014),le tabagisme actif(p=0.037),la présence d'abcès profond intra abdominal (p=0.00), la présence de manifestations extra digestives de la maladie de Crohn (p=0.023) et la sévérité de la maladie estimée par l'indice de BEST (p=0.00) .

Le phénotype sténosant n'était pas prédictif de recours à la chirurgie : le syndrome occlusif était la manifestation révélatrice de la maladie dans 30 cas dont 12 patients avaient subi un traitement chirurgical (p=0,078). L'atteinte ano-périnéale n'était pas prédictive de recours à la chirurgie (p=0.118).

En analyse multivariée : en plus des facteurs sus cités, la corticothérapie initiale et la cortico-résistance étaient des facteurs associés à la chirurgie de la maladie de Crohn (OR à 0.065 : IC [0.002-1.873] et 11.38 : IC [2.35-54,12]) , ainsi que les localisations iléo-coliques (OR=0.944 : IC [0.177-5.019]).

Conclusion : Dans notre étude les facteurs prédictifs de recours à la chirurgie au cours de la maladie de Crohn sont : le sexe masculin, le tabagisme actif , les antécédents familiaux de MICI ,la présence de manifestations extra digestives , et la sévérité de la maladie . sur le plan thérapeutique : les patients ayant nécessité une corticothérapie lors de la première poussée et ceux ayant un profil de cortico-résistance sont à haut risque d'être candidat à une chirurgie de résection intestinale .

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000629>

P.589

Un monitoring précoce de la calprotectine fécale est-il utile pour prédire le risque de récidive endoscopique post-opératoire de la maladie de Crohn ?

F. Veyre ⁽¹⁾, S. Nancey ⁽¹⁾, C. Meunier ⁽¹⁾, X. Roblin ⁽²⁾, C. Cuernq ⁽¹⁾, A. Mialon ⁽¹⁾, P. Danion ⁽¹⁾, B. Flourié ⁽¹⁾, G. Boschetti ⁽¹⁾

(1) Lyon ; (2) Saint-Etienne.

Introduction : Le risque de récidive postopératoire de la maladie de Crohn (MC) est élevé. Une coloscopie est donc recommandée dans l'année suivant une résection iléo-colique afin d'identifier les patients en récidive et adapter leur traitement. Néanmoins, l'acceptabilité de la coloscopie par les patients est médiocre. L'objectif de ce travail était d'étudier la performance du dosage de la calprotectine fécale mesurée à 3 mois postopératoire pour prédire le risque de récidive endoscopique post-opératoire (REPO).

Patients et Méthodes : Cinquante-cinq patients consécutifs avec une MC opérée d'une résection iléo-colique ont été inclus. Un prélèvement de selles pour un dosage de la calprotectine fécale selon la méthode immunoenzymatique Bühlman a été systématiquement réalisé à 3 mois de la chirurgie. Tous les patients ont eu une iléocoloscopie totale avec intubation du néo iléon terminal dans l'année postopératoire et la REPO évaluée selon le score de sévérité de Rutgeerts. Une REPO était définie comme un score > 11. La performance de la calprotectine fécale à identifier la REPO dans l'année postopératoire était évaluée par l'aire sous la courbe ROC (AUROC) et les sensibilités, spécificités, valeurs prédictives analysées ainsi que le seuil optimal de concentration de calprotectine déterminé.

Résultats : Dès 3 mois postopératoire, les concentrations médianes de calprotectine fécale étaient significativement plus élevées chez les patients en REPO comparées à celles des patients en rémission endoscopique (204.9 µg/g 95% IC[124-660] vs 102.9 µg/g [60-207], respectivement; p=0,0071). L'AUCROC de la calprotectine fécale était de 0,71 (95% IC [0,57-0,85]) pour identifier les patients à risque d'évolution vers une REPO de ceux qui restaient en rémission endoscopique dans l'année après la chirurgie. Un seuil optimal de calprotectine fécale à 65 µg/g de selles permettait d'éliminer une REPO avec une valeur prédictive négative de 91%, et aurait permis d'éviter ainsi environ 20% des coloscopies dans l'année post-opératoire. Les sensibilités, spécificités, valeurs prédictives positives et négatives pour différents seuils testés sont résumées dans le tableau.

Seuil de fCal (µg/g)	Se (%)	Sp (%)	VPP (%)	VPN (%)
50	96	19	46	86
65	96	31	50	91
75	87	34	49	79
105	78	53	55	77

Conclusion : Un dosage de la calprotectine fécale dès 3 mois post-opératoire constitue une aide pour identifier précocement les patients à risque de REPO de la MC. Nous proposons un seuil optimal de calprotectine fécale de 65 µg/g à 3 mois qui permettrait d'éliminer chez plus de 9 patients sur dix une REPO dans l'année post-opératoire et éviterait ainsi près d'une coloscopie sur 5.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000815>

P.590

Impact de l'atteinte histologique des marges de résection sur le risque de récurrence post-opératoire après résection iléo-caecale dans la maladie de Crohn

C. Riault ⁽¹⁾, M. Diouf ⁽¹⁾, D. Chatelain ⁽¹⁾, C. Yzet ⁽¹⁾, J. Loreau ⁽¹⁾, J. Turpin ⁽¹⁾, F. Brazier ⁽¹⁾, J.P. Le Mouel ⁽¹⁾, J.L. Dupas ⁽¹⁾, C. Sabbagh ⁽¹⁾, E. Nguyen-Khac ⁽¹⁾, M. Fumery ⁽¹⁾

(1) Amiens.

Introduction : Plus de la moitié des patients opérés d'une résection iléo-caecale pour maladie de Crohn (MC) récidivent. Les facteurs cliniques sont insuffisants pour prédire le risque de rechute. **L'objectif de notre étude** était d'évaluer l'impact de l'atteinte des marges iléales et/ou coliques sur le risque de récurrence après résection iléo-caecale dans la MC.

Patients et Méthodes : Tous les patients opérés d'une résection iléo-caecale entre janvier 1990 et décembre 2016 dans notre centre et ayant bénéficié d'au moins une coloscopie post-opératoire ont été identifiés de façon prospective. Les variables démographiques, cliniques, chirurgicales et histologiques étaient collectées de façon rétrospective. L'atteinte des marges était définie par la présence d'au moins une des lésions inflammatoires aiguës sur les marges : érosion, ulcération, infiltration du chorion riche en polynucléaires neutrophiles, abcès cryptiques ou lésions de cryptite.

Résultats : 125 patients ont été inclus, avec une durée médiane de suivi de 8 ans [Interquartile range (IQR), 4.3-15.2]. La moitié (49.6 %, n=62) étaient des femmes et l'âge médian à la chirurgie était de 33 ans [24-42]. 56 (44.8%) patients présentaient des marges atteintes. Cinq ans après la chirurgie, respectivement 29 (51%) et 23 (34%) patients avec des marges atteintes et saines présentaient une récurrence clinique (p=0.034). Au terme du suivi, respectivement 60% (n=34) et 47% (n=33) des patients avec des marges atteintes et saines présentaient une récurrence clinique (p=0.07). Le taux d'hospitalisation liée à la MC au terme du suivi était de 37.5% (n=21) chez les patients avec marges atteintes contre 18.8% (n=13) chez les patients avec des marges saines (p=0.02). Quatorze patients (25%) avec des marges atteintes étaient réopérés au terme du suivi contre cinq patients (7%) avec des marges saines (p=0.04). L'analyse multivariée confirme que l'atteinte des marges de résection était indépendamment associée au risque de nouvelle hospitalisation (Odds Ratio (OR) : 2.5 [IC95%, 1.1-5.5], p=0.03) et à la récurrence chirurgicale (OR : 4 [IC95%, 1.3-12.5], p=0.01).

Conclusion : L'atteinte histologique des marges de résection après résection iléo-caecale pour maladie de Crohn était associée à une augmentation des risques de récurrence clinique, chirurgicale et de nouvelle hospitalisation.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfgc.org/resumes-2019/000287>

P.591

Facteurs endoscopiques de gravité au cours de la RCH : la place du score UCEIS

M. Cherkaoui ⁽¹⁾, I. Errabih ⁽¹⁾, N. Benzoubeir ⁽¹⁾, S. Mrabti ⁽¹⁾, S. Mechhor ⁽¹⁾, L. Chahed Ouazzani ⁽¹⁾

(1) Rabat, MAROC.

Introduction : L'endoscopie digestive outre sa place dans le diagnostic et le suivi de la rectocolite hémorragique (RCH) trouve également son intérêt dans l'évaluation de la sévérité de la maladie par l'introduction récente du score UCEIS Parallèlement à l'établissement de son diagnostic, elle a pour objectif d'établir son degré de sévérité. **Le but de notre travail** est l'étude du score UCEIS quant à la sévérité clinique.

Matériels et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective menée de Janvier 2013 à Janvier 2018 incluant 480 patients suivis pour RCH. La sévérité de la maladie a été appréciée grâce au score UCEIS, et l'activité clinique a été évaluée grâce au score de Truelove and Witts.

Résultats : L'âge moyen =40ans, sexe ratio (F/H) = 1.2, 24% Soixante-et-un pourcent était sous 5ASA, 2.60% était sous thiopurine, 33.70% sous aucun traitement, 9.09% sous corticoïdes, 0% sous Anti-TNF. L'évaluation clinique était en faveur d'une poussée légère dans 22.08%, d'une poussée modérée dans 48.05%, et d'une poussée sévère dans 28.57%. L'étude des 3 items du score UCEIS a révélé une trame vasculaire disparue dans 66.23%, diminuée dans 27.27%, et normale dans 6.49%, le saignement était absent dans 46.8%, muqueux dans 42.9%, discret luminal dans 37.7% et abondant luminal dans 1.3%, les ulcérations étaient absentes dans 18.2%, inférieures à 5mm dans 37.7%, supérieures à 5mm dans 19.5% et profondes dans 24.7%. Ainsi le score UCEIS était comme suit 6.5% était en rémission, 33.8% en poussée légère, 49.4% en poussée modérée, 3.9% en poussée sévère.

Conclusion : Il ressort de notre travail que la trame vasculaire était un facteur endoscopique prédictif de gravité, et que le score UCEIS est parfaitement corrélé à la clinique.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfgc.org/resumes-2019/000194>

P.592

Impact du surpoids sur le génie évolutif de la rectocolite hémorragique : étude rétrospective longitudinale

M. Ben Abbes ⁽¹⁾, A. Labidi ⁽¹⁾, H. Sarah ⁽¹⁾, N. Ben Mustapha ⁽¹⁾, M. Fekih ⁽¹⁾, M. Serghini ⁽¹⁾, J. Boubaker ⁽¹⁾

(1) Tunis, TUNISIE.

Introduction : La prévalence du surpoids est croissante dans le monde. Les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin, comme les autres maladies inflammatoires, peuvent se développer chez des patients en surpoids. Il existe à l'heure actuelle, peu de données sur l'impact du surpoids sur le génie évolutif de la rectocolite hémorragique (RCH) et les résultats sont contradictoires. Le but de cette étude est d'évaluer l'influence du surpoids sur les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et évolutives de la RCH.

Patients et Méthodes : Nous avons mené une étude rétrospective colligeant les patients ayant une RCH hospitalisés dans notre service entre janvier 2008 et décembre 2017. Les données démographiques, cliniques, thérapeutiques et évolutives ont été relevées à partir des dossiers médicaux. Nous avons réparti les patients en deux groupes en fonction de l'indice de masse corporelle (IMC) au moment du diagnostic : groupe 1 : patient ayant un surpoids IMC > 25, groupe 2 : patient ayant un IMC normal < 25. Une comparaison des deux groupes a été réalisée à travers une régression logistique univariée.

Résultats : Un total de 103 patients a été colligé. L'IMC médian à l'inclusion était de 22,89 kg/m². Soixante-six patients (66%) avaient un IMC < 25 kg/m², 34% étaient en surpoids (n= 35). La comparaison de ces groupes ne montre aucune différence significative en terme d'âge (p=0,2), de sex-ratio (p=0,8), consommation de tabac (p=0,33), la durée d'évolution de la maladie (p=0,7) ou la localisation initiale de la maladie au moment du diagnostic (p=0,13). Toutefois, une association significative a été mise en évidence entre le surpoids et un aspect endoscopique initial plus sévère (p=0,02). Après un suivi moyen de 34 mois [0 -288 mois], il n'y avait pas de différence significative entre les 2 groupes concernant la survenue de colite aigue grave (p=0,4), le recours à une corticothérapie systémique (p=0,5), au immunosuppresseurs (p=0,51) ou à la biothérapie (p=0,54). Les manifestations extra-digestives étaient plus fréquentes chez les patients en surpoids par rapport aux patients ayant un IMC normal avec une tendance à la significativité statistique (groupe 1 : 29,4 vs groupe 2 : 14,9%, p=0,074). Le risque de chirurgie était similaire dans les deux groupes (14,7% vs 16,4% p = 0,53).

Conclusion : Dans notre série, le surpoids dans la RCH est associé à des lésions endoscopiques plus sévères au moment du diagnostic, mais il n'altère pas de manière significative l'évolution à long terme de la maladie.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000537>

P.593

L'association de la sévérité des lésions histologiques des patients atteints de RCUH avec la localisation de la maladie et la présence de lésions coliques

A. Abourached ⁽¹⁾, J. Saniour ⁽¹⁾, R. Shehab ⁽¹⁾, C. Yaghi ⁽¹⁾, C. Abou Fadel ⁽¹⁾, S. Khairallah ⁽¹⁾

(1) Beyrouth, LIBAN.

Introduction : Avec l'introduction du traitement biologique pour le traitement des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin, l'objectif actuel est d'obtenir une cicatrisation de la muqueuse, mais au-delà une guérison histologique serait le but ultime du traitement.

Plusieurs scores évaluent l'importance des lésions histologiques (GEOBES, GUPTA, Gramlich...) chez les patients atteints de recto colite ulcéro hémorragique (RCUH). L'objectif de notre étude est de voir la sévérité des lésions histologiques des patients atteints de RCUH en utilisant ces 3 scores et l'association avec la localisation de la maladie, la présence de polypes, de dysplasie et de cancer.

Matériels et méthodes : C'est une étude rétrospective dont le but est de revoir tous les comptes rendus anatomopathologiques des patients ayant une RCUH avec une relecture des lames sur une période de 10 ans (2006-2016) dans le plus grand centre d'anatomopathologie de Beyrouth. Plusieurs éléments ont été analysés : l'âge, le sexe, l'étendue des lésions, la présence de polypes, de dysplasie, de cancer. Les scores GEOBES, GUPTA, Gramlich ont été utilisés pour évaluer la sévérité des lésions histologiques.

Résultats : Durant la période de 2006 à 2016, 1096 patients ont été diagnostiqués avec RCUH. L'âge moyen était de 42 ans, 48,9% étaient des femmes. On notait une première poussée de RCUH chez 61% des patients, rechute chez 26,6% et contrôle sous traitement chez 9,9%. L'atteinte était pancolite, colite gauche et proctite chez 53%, 20,2% et 26,8% des patients respectivement. On notait l'existence de polypes hyperplasiques chez 1% (âge moyen 45ans), adénomes chez 2,6% (âge moyen 56ans), et pseudopolypes inflammatoires chez 6,1% (âge moyen 47ans). Il n'existait pas de différence entre les 2 sexes concernant la présence de polypes, mais elle était significative par rapport à l'âge moyen. La majorité des polypes inflammatoires survenaient sur des pancolites avec différence significative par rapport aux deux autres groupes. Pas de différence concernant la survenue de polypes hyperplasiques et les adénomes entre les 3 localisations. Chez les patients ayant des adénomes, une dysplasie de bas grade a été notée chez 82,8%, dysplasie de haut grade 10,3%, cancer 6,9%, alors que 1,6% de ceux ayant des pseudopolypes inflammatoires présentaient une dysplasie.

La présence de dysplasie et de cancer sur les biopsies coliques était de 0,8% et 0,9% respectivement avec un âge moyen de 63 ans pour les patients ayant une dysplasie et de 56 ans pour les patients ayant un cancer. Concernant la sévérité histologique, 2%, 74,5%, 20,2% 2%, 8% et 1,1% avaient le grade GEOBES 5, 4, 3, 2, 1, et 0 respectivement. 74,7%, 8,8% et 11,8% et 2,1% avaient le grade Gramlich 3, 2, 1 et 0 respectivement et finalement 74,7%, 8,6%, 12% et 2% ayant le grade GUPTA 3, 2, 1, et 0 respectivement.

La sévérité des lésions n'était pas liée à la localisation de la maladie mais la présence d'adénomes, de pseudopolypes inflammatoires et de polypes hyperplasiques étaient significativement plus élevés chez les patients ayant des scores histologiques d'inflammation élevés.

Conclusion : Dans cette étude rétrospective sur la sévérité des lésions histologiques des patients ayant une RCUH et dont plus de 75% étaient en première poussée, la majorité (>75%) avaient des lésions histologiques sévères selon les différents scores (GEOBES, Gramlich et GUPTA). Cette sévérité n'était pas liée à la localisation de la maladie, mais sa présence était associée à une prévalence plus élevée de pseudopolypes inflammatoires, d'adénomes et de dysplasie.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000917>

P.594

Corrélation entre rémission clinique, endoscopique et histologique au cours de la RCH : étude prospective

J. El Atmani ⁽¹⁾, Y. Ismail ⁽¹⁾, M.A. Lkousse ⁽¹⁾, A. El Farouki ⁽¹⁾, K. Gharbi ⁽¹⁾, S. Oubaha ⁽¹⁾, Z. Samlani ⁽¹⁾, K. Krati ⁽¹⁾

(1) Marrakech, MAROC.

Introduction : L'objectif principal de cette étude était d'évaluer dans une étude prospective, la concordance entre rémission clinique, endoscopique, et histologique au cours de la RCH. L'objectif secondaire était l'évaluation de l'accord entre endoscopie et histologie concernant la sévérité et l'étendue de l'atteinte colique.

Patients et Méthodes : Des patients atteints de RCH, en rémission clinique de leur maladie ont bénéficié d'une coloscopie de surveillance ; l'étendue de l'atteinte colique qu'elle soit cicatricielle ou évolutive avait été déterminée, sa sévérité était classée selon le score de la Mayo Clinic. Nous avons également déterminé l'étendue ainsi que la sévérité de l'atteinte inflammatoire histologique.

Résultats : Même si les 100 patients inclus étaient en rémission clinique, seuls 58 (58%) étaient en rémission endoscopique ; 42 (42%) avaient une atteinte inflammatoire endoscopique, classée Mayo Clinic 1 dans 15 (15%) cas, Mayo Clinic 2 dans 16 (16%) et Mayo Clinic 3 dans 11 (11%) cas. Ces lésions coliques actives étaient pan coliques chez 8 patients (19.04%), coliques gauches chez 18 (42.85%), rectales chez 16 (38.09%). Une inflammation histologique était présente chez 70 patients (70%), elle était minime dans 31 cas (31%), modérée dans 34 (34%) et sévère dans 5 cas (5%), la colite était quiescente chez 30 patients et dans un cas le degré d'inflammation n'avait pas été précisé. Cette inflammation histologique était pancolique dans 48 cas (48%), colique gauche dans 14 (14%) et rectale dans 8 cas (8%). La concordance entre la sévérité de l'atteinte endoscopique (score Mayo Clinic) et la sévérité de l'atteinte histologique était seulement de 38.9%, elle était meilleure pour le score Mayo 0 (45%) et médiocre pour le Mayo 3 (14.7%). Dans 17.6% l'atteinte histologique était moindre et dans 40.5% elle était plus importante que l'atteinte endoscopique (coefficient Kappa = 0.16 p=0.0005). Concernant l'étendue de l'atteinte inflammatoire, la concordance était de 67.6%, elle était meilleure pour les atteintes pancoliques (82%) et rectales (70.2%). L'atteinte était plus étendue à l'histologie dans 8.8% et moindre dans 20.4% (Coefficient Kappa = 0.41 p=10-5).

Conclusion : Dans la RCH, il existe une faible corrélation entre rémission clinique, cicatrisation endoscopique et histologique. L'accord est faible entre endoscopie et histologie pour l'évaluation de l'étendue de l'atteinte inflammatoire et sa sévérité.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000795>

P.595

La sévérité de l'atteinte histologique du rectum et du côlon sigmoïde est associée à la rapidité d'extension de la maladie dans les formes limitées de rectocolite hémorragique

C. Yzet ⁽¹⁾, Y. Hao ⁽²⁾, A. Stock ⁽²⁾, K. Kamal ⁽²⁾, R. Ungaro ⁽²⁾, J.F. Colombel ⁽²⁾, R. McBride ⁽²⁾, H.M. Ko ⁽²⁾

(1) Amiens ; (2) New York, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE.

Introduction : Le risque d'extension au reste du colon des formes limitées (E1 et E2 d'après la classification de Montréal) de rectocolite hémorragique (RCH) est de 30% à 10 ans (1). Cette extension est souvent associée à une forme sévère de la maladie et à un risque élevé de colectomie. Le but de cette étude était de déterminer si la sévérité de l'atteinte histologique du segment malade était prédictive d'une extension.

Patients et Méthodes : Une étude rétrospective a été réalisée dans deux centres universitaires aux États-Unis et en Italie. Les critères d'inclusion étaient une RCH de forme limitée (E1 ou E2) avec évaluation endoscopique et histologique en zone endoscopiquement malade lors de la première coloscopie disponible et ayant un minimum 2 colonoscopies avec biopsies suivant la première coloscopie. Les malades non-progresseurs ont été définis par une absence d'extension de leur maladie 3 ans au moins après leur première coloscopie et les progresseurs étaient définis par une extension de leur maladie de E1 vers E2 ou E3 ou de E2 vers E3 à l'endoscopie. La sévérité de l'inflammation a été évaluée à l'aveugle par lecture centralisée, classifiant la sévérité de l'atteinte histologique selon le score de Nancy (2) et du Mount Sinai (3).

Résultats : 40 patients ont été inclus ; parmi eux 21 patients (52.5%) ont progressé après un suivi médian de 54 mois (IQR 41-76). Il n'y avait pas de différence en termes de sévérité histologique du segment malade lors de la coloscopie initiale, entre le groupe progresser et non progresser. Cependant, dans le groupe progresser, il existait une corrélation inverse entre la gravité histologique et le délai de progression que ce soit pour le score de Nancy ($r = -0.611$, $p = 0.003$) et du Mount Sinai ($r = -0.600$, $p = 0.004$) (figure 1). Dans le groupe progresser, les patients avec une inflammation histologique sévère progressaient plus rapidement que les patients présentant une inflammation légère ou modérée (MS : log-rank $p = 0.001$; Nancy : log-rank $p < 0.0001$). Il n'existait pas d'association significative entre le sexe ou l'âge et la progression de la RCH. Cependant, dans le groupe progresser, les femmes progressaient plus rapidement que les hommes (17.6 vs 39.4 mois ; $p = 0.037$).

Conclusion : La sévérité histologique initiale de la rectocolite de forme limitée n'était pas dans cette étude un prédicteur du risque de progression vers une forme pancolique. Cependant, elle était corrélée dans le sous-groupe de patients progresseurs, à une progression plus rapide. Ces données suggèrent l'intérêt d'obtenir une cicatrisation muqueuse des formes locales de RCH afin de prévenir leur extension rapide associée à un mauvais pronostic.

Références Bibliographiques : 3. Gupta RB, et al., Gastroenterology 2007

2. Marchal-Bressenot A, et al., GUT 2017

1. Roda G et al. Aliment Pharmacol Ther. 2017

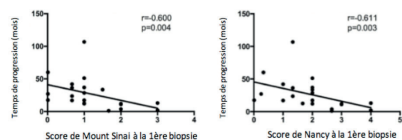


Figure 1 : Corrélation entre la sévérité histologique moyenne lors de la première coloscopie et le temps de progression dans le groupe progresser

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000136>

Amibiase résistante et MICI : état des lieux dans un service hospitalier

N. Azib ⁽¹⁾, I. Errabih ⁽¹⁾, N. Benzoubeir ⁽¹⁾, S. Mechhor ⁽¹⁾, L. Chahed Ouazzani ⁽¹⁾, H. Chahed Ouazzani ⁽¹⁾

(1) Rabat, MAROC.

Introduction : L'amibiase est une infection parasitaire très répandue dans les pays en voie de développement. En raison de l'utilisation croissante des corticoïdes, d'immunosuppresseurs et des biothérapies, le risque d'infection opportunistes, y compris l'amibiase, est également plus élevé chez les patients atteints de MICI. L'un des problèmes majeurs liés aux amibes et leur capacité à résister aux traitements de décontamination utilisés. **Le but de ce travail** est de démontrer l'influence de la MICI ou de son traitement sur la résistance de l'amibiase

Matériels et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive monocentrique sur une durée de 6 ans allant de janvier 2012 à janvier 2018. Tous nos patients ont bénéficié d'un bilan endoscopique, parasitologique des selles sur 3 jours. La gravité de la poussée a été objectivée par le score de Harvey Bradshaw dans la MC et le Truelove et Witts dans la RCH.

Résultats : Sur 856 cas de MICI 376 cas avait une maladie de Crohn et 480 cas avait une rectocolite hémorragique (RCH), l'amibiase a été objectivée chez 605 cas soit (69%) 425 soit (70%) étaient en poussée et 180 soit (30%) avaient un transit normal. Au moment du diagnostic de l'amibiase 324 cas (53,5%) étaient sous 5 asa et 7 cas (1,15%) étaient sous combo-thérapie et 274 soit (45,2%) étaient sous corticoïde injectable orale/lavement. Tous nos patients ont bénéficié d'un examen parasitologique des selles sur 3 jours successifs. Des formes végétatives et kystiques d'*Entamoeba histolytica* *histolytica*/minuta ont été retrouvés chez 410 (67,7%) patients atteints de RCH et chez 195 (32,2%) des patients atteints de la maladie de Crohn. Tous nos patients ont bénéficié d'un traitement anti-amibien en monothérapie à base de métronidazole chez 342 cas (56,5%), ornidazole chez 237 cas (39%) ou de tinidazole chez 26 cas (4,3%) ou d'embêlée d'une bithérapie à base d'imidazole associé au tiliquinol chez 63 cas (10,4%) avec un respect des règles hygiéno-diététiques. 490 cas (80%) se sont améliorés après un traitement bien conduit et 115 cas (20%) ont présenté une résistance confirmée sur parasitologie des selles de contrôle, dont 90 (78%) avait une RCH et était sous corticoïde un retraitement par un imidazole a été introduit chez 94 cas (81%) contre une association d'imidazole au tiliquinol chez 21 cas (19%) cas.

Conclusion : Il ressort de notre étude que l'amibiase résistante se voit plus chez les patients atteints de RCH. Il est impératif de s'assurer de la bonne prise du traitement anti amibien et du respect des règles hygiéno-diététiques avant de conclure à une résistance thérapeutique. Le développement de vaccins, encore difficile, constituerait une révolution, en particulier dans les régions à forte prévalence d'amibiase

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000993>

Parasites du tube digestif et rectocolite ulcéro-hémorragique étude prospective (résultats d'un projet de recherche)

B. Allouache ⁽¹⁾

(1) Constantine, ALGÉRIE.

Introduction : Dans le monde, la présence des parasites intestinaux surtout les protozoaires avec chef de file *Entamoeba histolytica* chez les patients présentant une rectocolite-ulcéro-hémorragique (RCUH) a été longuement soupçonnée, ce qui a incité plusieurs auteurs à effectuer des travaux de recherche.

La symptomatologie clinique et l'épidémiologie de l'amébose et de la RCHU sont pratiquement identiques compliquants le diagnostic différentiel.

Les objectifs de notre travail étaient de :

- Déterminer la prévalence des parasites intestinaux chez des patients atteints de RCHU
- Déterminer dans quelle proportion l'amébose est à l'origine de la RCHU ou de ses poussées.
- D'évaluer par des tests statistiques l'association de ces deux pathologies en calculant l'Odds ratio.
- Enfin redéfinir les critères de guérison de l'amébose chez des malades atteints de RCHU.

Patients et Méthodes : il s'agit d'une étude épidémiologique transversale, descriptive et analytique portant sur une population de patients présentant des diarrhées glairo-sanguinolentes, durant une période d'étude allant de janvier 2007 au 31 Décembre 2011.

Résultats : L'étude prospective sur un échantillon de 500 malades présentant des diarrhées glairo-sanguinolentes a abouti sur les résultats suivants :

Entamoeba histolytica était le premier parasite isolé avec un taux de 31,5%, suivi par *Endolimax nanus* (22,9%) et enfin *Blastosystis* sp avec 14,2%

Une association des deux pathologies (amébose-RCUH) était observée chez 42,8% des patients de notre étude.

Une prédominance féminine chez les RCHU avec un sex-ratio H: F de 0,44.

La RCHU a été notée chez l'adulte jeune, sachant que 28,5% des patients ont entre 25 et 34 ans.

La prévalence de l'amébose colique était de 15% de la population étudiée avec un sex-ratio de 0,36. La tranche d'âge la plus concernée par l'amébose est comprise entre 30 – 39.

L'existence d'une relation étroite de cause à effet entre les deux pathologies a été évaluée par le calcul de l'Odds ratio (OR) = 8,93 (IC : 5,17 – 15,42).

Conclusion : Les résultats de nos travaux ont montré que l'amébose est la complication infectieuse majeure de la RCHU, elle peut être même dans certains cas inaugural de cette maladie inflammatoire.

L'examen parasitologique des selles reste une étape incontournable pour un meilleur suivi et prise en charge des malades. A cet effet, un circuit a été défini par tous les intervenants dans ce travail afin d'éviter des complications évolutives et même iatrogènes aux patients.

Mots clés : Amébose (amibiase) - RCHU - *histolytica* - diarrhée

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000863>

P.598

Prévalence et facteurs prédictifs de la surinfection amibienne au cours de la colite aiguë grave

M.A. Lkousse ⁽¹⁾, A. El Farouki ⁽¹⁾, Y. Ismail ⁽¹⁾, J. El Atmani ⁽¹⁾, K. Gharbi ⁽¹⁾, S. Oubaha ⁽¹⁾, Z. Samlani ⁽¹⁾, K. Krati ⁽¹⁾

(1) Marrakech, MAROC.

Introduction : La prévalence des infections parasitaires est très élevée dans la région méditerranéenne. En raison de l'utilisation croissante de corticostéroïdes, de médicaments immunosuppresseurs et d'agents biologiques, le risque d'infection opportuniste, y compris l'amibiase, est encore plus élevé chez les patients atteints de maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI). L'objectif de notre travail est d'évaluer la prévalence et les facteurs épidémiologiques, clinico-biologiques et endoscopiques associés à la présence d'une surinfection amibienne au cours de la CAG.

Patients et Méthodes : Nous avons inclus tous les patients hospitalisés dans notre formation pour CAG et ayant subi une recherche d'entamoeba histolytica entre janvier 2013 et décembre 2017. Le diagnostic de surinfection amibienne était basé sur l'identification des formes végétatives du parasite dans les selles par microscopie et coloration spécifique (lugol, méthionate iode formol) et/ou dans les biopsies rectales.

Résultats : Les CAG ont représenté 17% (92 cas) des 541 cas de MICI hospitalisés au sein de notre formation durant la période d'étude. Soixante-seize cas (82%) sont survenus dans le cadre d'une rectocolite hémorragique (RCH), 15 cas (16 %) sont survenus dans le cadre d'une maladie de Crohn (MC), en plus d'un cas de MICI indéterminée. Tous les patients ont subi une recherche de surinfection amibienne. Celle-ci était positive chez 36 patients (39,1%). On a trouvé une association statistiquement significative entre la surinfection amibienne au cours de la CAG et les données suivantes : un niveau socioéconomique bas ($p : 0,04$), une origine rurale ($p : 0,04$), traitement de fond à base d'immunosuppresseur ($p : 0,03$), présence de signes endoscopiques de gravité ($p : 0,05$). Cependant, on n'a pas trouvé de corrélation en termes d'âge, sexe, durée de la maladie, symptômes à l'admission, paramètres du laboratoire (leucocytes, protéine C-réactive, albumine sérique), réponse à la corticothérapie parentérale.

Conclusion : La surinfection amibienne au cours des CAG est fréquente dans notre contexte (39,1%). Elle survient plus fréquemment chez les patients immunodéprimés, de bas niveau socioéconomique et issu d'un milieu rural.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000963>

P.599

Analyses de biologie moléculaire en NGS de tumeurs intestinales chez des patients atteints de maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI)

J.M. Gornet ⁽¹⁾, J. Lehmann-Che ⁽¹⁾, N. Hammoudi ⁽¹⁾, V.J. Razafimahefa ⁽²⁾, M. Maillet ⁽¹⁾, B. Poirot ⁽¹⁾, P. Bertheau ⁽¹⁾, N. Lourenço ⁽¹⁾, M. Allez ⁽¹⁾, M. Pocard ⁽¹⁾, T. Aparicio ⁽¹⁾

(1) Paris ; (2) Antananarivo, MADAGASCAR.

Introduction : Deux études récentes (1,2) sur un faible effectif de patients suggèrent que les cancers colorectaux (CCR) compliquant une MICI (M-CCR) auraient des profils moléculaires différents des CCR sporadiques (S-CCR) avec une variabilité génomique selon que le patient soit porteur d'une rectocolite hémorragique (RCH) ou d'une maladie de Crohn (MC). Par ailleurs, les données cliniques comparatives sur le pronostic et la tolérance de la chimiothérapie des S-CCR et des M-CCR manquent (3).

L'objectif de ce travail était de caractériser le profil d'altérations génomiques et le pronostic des adénocarcinomes de l'intestin grêle (M-AIG) et des M-CCR compliquant une MICI.

Patients et Méthodes : Les patients atteints de M-AIG et de M-CCR pris en charge dans notre centre de 2001 à 2017 ont tous été inclus. Les échantillons de la lésion primitive ont été extraits de biopsies réalisées durant la coloscopie diagnostique ou à partir de la pièce opératoire. Ils ont été analysés au sein de la même plateforme de biologie moléculaire par Next-Generation Sequencing (NGS) à l'aide de kits de préparation TruSight Tumor 26 (Illumina) et après contrôle qualité de l'ADN satisfaisant. Le statut IDH1 était déterminé par analyse en High Resolution Melting (HRM) sur un système LightCycler 480 (Roche).

Résultats : Sur un total de 5176 dossiers de patients atteints de MICI et suivis dans notre institution, 51 (0,9%) ont eu un diagnostic de M-AIG ou M-CCR posé au cours de la période d'étude. Dans 19 (37%) cas, l'analyse des échantillons n'a pas permis d'obtenir des résultats interprétables. Treize (68%) de ces échantillons étaient constitués de blocs stockés en anatomopathologie et antérieurs à 2010. Sur les 32 patients restants, 12 (24%) sont en cours de contrôle qualité ou d'interprétation. Au total, 20 (39%) patients ont été analysés (Sexe masculin : 55%, MC : 50%, CCR : 90%, âge médian au diagnostic du cancer : 42,7 ans, délai médian entre diagnostic de la MICI et du cancer : 16,1 ans). Sur les 10 patients atteints de MC, la tumeur était localisée dans le colon pour 6 cas, dans le rectum pour 2 et dans l'intestin grêle pour 2. Sur les 10 patients atteints de RCH, la tumeur était colique dans 5 cas et rectale pour les 5 autres lésions. Au diagnostic du cancer, la MICI était active chez 53% des patients et 30% étaient exposés à un traitement immunosuppresseur ou anti TNF. Dans 13 cas, la lésion était initialement localisée (colon n=9, rectum n=4). Après un suivi médian de 36,3 mois, une rémission carcinologique était maintenue chez 7 patients (54%). La médiane de survie globale des patients de stade I à III était de 27 mois. Dans 13 cas (6 rechutes, 7 métastatiques d'emblée, CCR n=11), une évolution métastatique était constatée. Tous ces patients ont reçu des régimes de bi ou tri-chimiothérapie (Une seule ligne : 31%). Les produits utilisés étaient : 5FU (100%), Oxaliplatine (85%), Irinotecan (54%), Bevacizumab (54%) et anti EGFR (54%). La survie médiane des patients métastatiques était de 21 mois.

Sur les 20 analyses en NGS, 17 (85%) patients présentaient une mutation fonctionnelle connue de P53. Une (5%) mutation APC a été trouvée sur un échantillon. Des mutations des exons 2 et 4 de KRAS ont été retrouvées chez 4 (20%) et 1 (5%) respectivement. Deux mutations PIK3CA (10%) et SMAD4 (10%) ont été trouvées chez des patients atteints de MC. Aucune mutation NRAS, GNAS, HER2, BRAF ou IDH1 n'ont été retrouvées. Aucune différence significative entre les profils moléculaires des tumeurs selon que les patients aient une MC ou une RCH n'a été notée.

Conclusion : Dans cette étude descriptive préliminaire, le pronostic des patients ayant un M-CCR semble moins bon que celui des CCR sporadiques. Contrairement aux CCR sporadiques, les M-CCR présentent un fort taux de mutation P53 et un faible taux de mutations APC et KRAS. A l'inverse

des données récentes de la littérature, aucune mutation IDH1 n'a été trouvée dans notre cohorte. Les résultats finaux de l'analyse en biologie moléculaire sur 32 patients seront présentés lors du congrès. Une étude comparative de la tolérance de la chimiothérapie et du pronostic des M-CCR et des CCR métastatiques est en cours.

Remerciements : Ce travail a bénéficié d'un soutien financier par l'intermédiaire d'une bourse SNFGE FARE 2017

Références Bibliographiques : 1. Robles AI, Traverso G, Zhang M, et al. Whole-Exome Sequencing Analyses of Inflammatory Bowel Disease-Associated Colorectal Cancers. *Gastroenterology*. 2016;150(4):931-943. doi:10.1053/j.gastro.2015.12.036.
2. Yaeger R, Shah MA, Miller VA, et al. Genomic Alterations Observed in Colitis-Associated Cancers Are Distinct From Those Found in Sporadic Colorectal Cancers and Vary by Type of Inflammatory Bowel Disease. *Gastroenterology*. 2016;151(2):278-287.e6. doi:10.1053/j.gastro.2016.04.001.
3. Axelrad J, Kriplani A, Ozbek U, et al. Chemotherapy Tolerance and Oncologic Outcomes in Patients With Colorectal Cancer With and Without Inflammatory Bowel Disease. *Clin Colorectal Cancer*. 2017;16(3):205-210. doi:10.1016/j.clcc.2016.09.005.

Pour consulter ce résumé en ligne :

<https://www.snfge.org/resumes-2019/000321>



Index des auteurs



A Lo W.	Page 218
Aadi Y.	Page 272
Abada P.	Page 149
Abbes L.	Page 204
Abboud K.	Page 382
Abda N.	Page 42, 114, 116, 301
Abdelaali Z.E.I.	Page 386
Abdelfettah F.	Page 436
Abdelli N.	Page 109, 113, 127, 236, 240, 309, 439
Abdelrafee A.	Page 352
Abdennadher L.	Page 277, 278
Abdennebi M.	Page 196, 279, 280, 282
Abdenmour A.	Page 419, 420, 449
Abel L.	Page 307
Abergel A.	Page 44, 45, 47, 118, 167, 185, 186, 187, 241, 244
Abi Nader E.	Page 41
Abid H.	Page 57, 64, 65, 73, 77, 92, 93, 112, 120, 222, 236, 267, 294, 311, 312, 317, 412, 413, 438, 445, 446
Abid I.	Page 280
Abid M.	Page 271
Abitbol V.	Page 9, 10, 12, 426, 428, 432

Aboalfaraj N.	Page 66
Abou Ali E.	Page 46, 326
Abou Fadel C.	Page 260, 462
Abourached A.	Page 260, 462
Abousalihac M.	Page 225
Abramowitz L.	Page 167, 169, 170, 203, 211, 374
Abreu M.	Page 25
Abunimeh M.	Page 188
Acharki M.	Page 74, 75, 79, 115, 279, 292
Achit H.	Page 425
Adam J.P.	Page 321
Adam R.	Page 373
Addajou T.	Page 111, 212, 291, 318, 438
Adenis A.	Page 346
Adgié S.	Page 392
Adhoute X.	Page 146, 148, 395
Adler M.	Page 431
Afchain P.	Page 18
Afredj N.	Page 250
Agostini H.	Page 243
Agoune F.Z.	Page 423
Agrawa M.	Page 430
Aguilar H.	Page 375
Agus A.	Page 182
Ahoui-Apendi C.	Page 256, 300
Ah-Soune P.	Page 199
Airinei G.	Page 129
Aissaoui F.	Page 58, 94, 99, 100, 103, 115, 143, 271, 309, 312, 398, 444

Ait Hadad H.	Page 335, 337
Aitbella N.	Page 246, 259
Ajana F.Z.	Page 92, 121, 132, 210, 419, 421, 440, 456
Ajmi S.	Page 99, 143, 219, 266, 268, 290, 415, 422, 449, 450, 451, 452, 453
Aké F.	Page 231, 248
Akhoud Y.	Page 272
Akkari I.	Page 258, 262, 268, 301, 302
Akoch I.	Page 77, 294, 311, 312, 413
Al Khoury A.	Page 289
Al Nabhani Z.	Page 182
Alarcon R.	Page 50
Alaya N.	Page 303
Alaya W.	Page 274
Alberts S.R.	Page 154
Albouys J.	Page 6, 192, 193
Albuquerque M.	Page 146
Alexis-Rosnel M.	Page 219
Alhameedi R.	Page 59, 66, 74
Alix-Panabières C.	Page 37
Allaire M.	Page 164, 165
Allard M.A.	Page 352
Allayous C.	Page 185
Allez M.	Page 9, 343, 410, 428, 457, 465
Allimant C.	Page 10, 12, 32, 33, 411, 416

Allin K.	Page 430	André T.	Page 351, 390	Arpurt J.P.	Page 5, 22, 89
Allouache B.	Page 464	Andriamampionona T.F.	Page 95, 262	Arramdani A.	Page 92, 93
Almes M.	Page 26	Andrieu N.	Page 344	Artru P.	Page 153, 162, 345, 346, 349, 371
Alqattan E.	Page 80	Anduze Y.	Page 60, 61	Arvieux C.	Page 26, 382
Alric L.	Page 381, 425	Anello G.	Page 49	Asatryan A.	Page 246
Alsina M.	Page 18	Ankouane F.	Page 220, 251	Assante Miranda L.	Page 343
Altare F.	Page 181	Anon B.	Page 43, 138	Asselah T.	Page 185, 186, 217
Altieri M.	Page 166	Antier A.	Page 157	Assenat E.	Page 149, 162, 176, 313, 344, 393, 398
Altwegg R.	Page 9, 179, 286, 435	Anton P.	Page 331	Assenat V.	Page 360
Alústiza J.M.	Page 264	Antoni G.	Page 335	Assogba A.C.P.	Page 128
Alves A.	Page 357	Antoni M.	Page 247	Assouline J.	Page 88
Alves K.	Page 186	Aomari A.	Page 78, 318	Atienza P.	Page 215
Amaddeo G.	Page 146, 147	Aouni M.A.	Page 208	Atipo Ibara B.I.	Page 256, 300
Amalou K.	Page 253, 254, 272	Aourarh A.	Page 111, 212, 261, 291, 318, 438	Atipo-Ibara O.I.L.C.	Page 256, 300
Amamou A.	Page 327, 328	Aparicio T.	Page 18, 19, 21, 153, 343, 354, 387, 465	Atmani K.	Page 16
Amaral L.	Page 219	Aqodad N.	Page 64, 65, 92, 93, 112, 120, 222, 236, 317	Atri S.	Page 362
Amaritei I.	Page 96	Arab N.	Page 8	Attar A.	Page 179, 408
Amathieu R.	Page 164, 165	Ararem I.	Page 208	Aubert M.	Page 168, 204, 213
Amellal N.	Page 353	Araujo I.	Page 121	Aubourg A.	Page 9, 43, 106
Amen D.	Page 386	Archambeaud I.	Page 320	Audemar F.	Page 243
Amil M.	Page 12, 243, 434	Argiles G.	Page 353	Auditeau C.	Page 434
Amintas S.	Page 327	Arifi S.	Page 389	Augustin J.	Page 330
Amiot A.	Page 9, 12, 15, 364, 410, 428, 432	Arkenau H.T.A.	Page 18	Aumar M.	Page 275
Amir Z.	Page 247, 257, 341, 407	Arlotto S.	Page 339	Aumeran C.	Page 44
Ammar S.	Page 277, 280	Armani M.	Page 37	Aussilhou B.	Page 397
Amouri A.	Page 207, 269, 271, 403	Armengol-Debeir L.	Page 10, 12, 59	Autret A.	Page 70
Amri M.	Page 328	Arnachellum R.P.	Page 320, 338	Auzolle C.	Page 457
Amrouche C.	Page 451	Arnold F.	Page 334	Averous G.	Page 326
Amyar A.	Page 152	Arnoux J.B.	Page 29	Awatef B.	Page 222

Ayadi L.	Page 278
Ayadi M.	Page 362
Ayadi S.	Page 56, 57, 58, 60, 98, 102, 111, 131, 132, 233, 234, 266, 267, 348, 444
Ayari M.	Page 56, 57, 58, 60, 98, 131, 132, 233, 266, 267, 303, 348, 349, 404
Aymeric L.	Page 44
Ayoub A.	Page 376
Ayoub J.	Page 227
Azali Y.	Page 111, 291, 318, 438
Azib N.	Page 444, 464
Azouz M.M.	Page 76, 98, 104, 107, 108, 112, 122, 144, 220, 223, 249, 269, 293, 308, 437, 453

B

Ba A.	Page 282
Ba I.D.	Page 282
Baba Hamed N.	Page 350
Baccouche C.	Page 119, 125, 221
Bach V.	Page 135, 331
Bachelier P.	Page 373

Bachet J.B.	Page 20, 21, 153, 162, 346, 380, 391, 394
Bach-Ngohou K.	Page 137
Baconnier M.	Page 5
Bader R.	Page 22
Badinand D.	Page 395
Bado A.	Page 173
Badre W.	Page 114, 116, 117, 206, 230, 234, 242, 243, 246, 259, 261, 270, 303, 308, 310, 413, 414, 415, 443
Baert Desurmont S.	Page 344
Baffoun A.	Page 309
Baghdadi M.	Page 237
Bagot M.	Page 185
Bahja S.	Page 65, 412, 445
Baillet C.	Page 55
Bailly C.	Page 352
Bailly F.	Page 185
Baklouti R.	Page 58, 91, 94, 99, 143, 257, 271, 368, 398, 446, 460
Baldari S.	Page 400
Balez E.	Page 410
Balladur P.	Page 369
Banovic I.	Page 423
Barange K.	Page 39, 52, 242, 322
Barbe C.	Page 184, 380, 401
Barbier E.	Page 19, 20
Barbier L.	Page 167
Barbieux J.P.	Page 43, 161

Bardou M.	Page 30, 289
Bardou-Jacquet E.	Page 228
Barget N.	Page 46, 149
Barkun A.	Page 30, 289
Barnette T.	Page 29
Barnich N.	Page 457
Barnoud D.	Page 42
Baron A.	Page 22
Baroudjian B.	Page 185
Barre A.	Page 29
Barreau F.	Page 182
Barret M.	Page 3, 53, 62, 65, 68, 71, 79, 105, 175, 323, 403
Barrué C.	Page 52
Barthe A.	Page 385
Barthet M.	Page 3, 7, 39, 53, 54, 63, 64, 66, 72, 125, 175, 189, 198, 199, 366
Basile P.	Page 39, 53, 198, 397
Bassaid T.	Page 237, 315
Bassene M.L.	Page 298
Basthiste C.	Page 395
Batteux F.	Page 323, 326
Baud G.	Page 62
Baudin E.	Page 400
Baumert T.F.	Page 186
Baumgaertner I.	Page 396
Bazin T.	Page 29, 329, 333
Beauchet A.	Page 157
Beaudoin A.	Page 361
Beaugendre E.	Page 218, 442

Beaugerie L.	Page 10, 158, 428	Belle A.	Page 201	Ben Jeddi H.	Page 250, 369, 370, 441, 444, 454
Beaurain P.	Page 395	Belleannée G.	Page 327, 392, 397	Ben Mami F.	Page 139, 303
Beaussier H.	Page 204	Bellera C.	Page 355	Ben Mansour W.	Page 58, 91, 94, 99, 100, 103, 115, 143, 257, 271, 273, 275, 297, 309, 312, 368, 398, 446, 460
Beaussier M.	Page 370	Bellil K.	Page 386	Ben Merabet Y.	Page 184
Beaussire L.	Page 397	Bellil N.	Page 225, 406, 418	Ben Mohamed A.	Page 104, 107, 220, 249, 269
Bebear C.	Page 29	Bellissant E.	Page 373	Ben Mustapha N.	Page 96, 142, 291, 293, 295, 369, 370, 417, 443, 445, 448, 459, 462
Becam E.	Page 172, 296, 297	Bellouhou F.	Page 100, 142, 299, 437	Ben Nejma H.	Page 101, 223, 225, 452
Béchade D.	Page 390	Belmaqrout S.	Page 210, 212, 447	Ben Romdhane H.	Page 101, 223, 225, 452
Becheur H.	Page 151, 314	Belmonte N.	Page 332	Ben Safta Z.	Page 348
Becquart M.	Page 351	Ben Abbes M.	Page 236, 240, 259, 417, 462	Ben Slama A.	Page 99, 143, 219, 266, 268, 290, 415, 422, 449, 450, 451, 452, 453
Bedel A.	Page 37, 327	Ben Abdallah H.	Page 109, 113, 127, 236, 240, 309, 439	Ben Slimane B.	Page 109, 127, 236, 240, 309, 439
Bederede U.	Page 185	Ben Abdelghani M.	Page 162, 354	Benajah D.A.	Page 57, 64, 65, 73, 77, 92, 93, 112, 120, 222, 236, 267, 294, 311, 312, 317, 412, 413, 438, 445, 446
Beggar H.	Page 265, 417	Ben Abdelwahed M.	Page 58, 91, 94, 99, 143, 257, 368, 398, 446, 460	Benali S.	Page 148, 245
Beghin L.	Page 195	Ben Abdesselem K.	Page 290		
Begué M.	Page 159, 206	Ben Ahmed M.	Page 348		
Bejou B.	Page 130	Ben Amor S.	Page 100, 103, 115, 271, 273, 275, 297, 309, 312, 368		
Bekolo W.	Page 220, 248, 251, 256	Ben Cheikh M.	Page 48, 235		
Bel Hadj Mabrouk E.	Page 56, 57, 58, 60, 98, 131, 132, 233, 266, 267, 348, 404	Ben Hamida S.	Page 222		
Belabbes F.	Page 100	Ben Hmida M.	Page 222		
Belghanem F.	Page 253, 272	Ben Horin S.	Page 426		
Belhabib Z.	Page 133	Ben Jazia E.	Page 258, 262, 268, 301, 302		
Belhadj K.	Page 364				
Bellabah A.	Page 114, 116, 117, 206, 230, 234, 242, 243, 246, 259, 261, 270, 303, 308, 310, 413, 414, 415, 443				
Bellakhal S.	Page 386				
Bellanger J.	Page 161				

Benamouzig R.	Page 4, 14, 129, 130, 287, 341, 428	Benzoubeir N.	Page 203, 207, 210, 212, 213, 265, 306, 414, 417, 436, 444, 447, 461, 464	Besch C.	Page 167
Benayad A.	Page 138, 140, 142, 260, 299, 437	Ber C.	Page 7	Bessard A.	Page 333, 384
Benbouzid A.	Page 370	Berard E.	Page 72, 381, 425, 456	Bessi G.	Page 208, 209, 211, 214, 363
Benbrahim Z.	Page 389, 402	Berard L.	Page 10	Beurton-Chataigner I.	Page 265
Benech N.	Page 4, 161	Berardi M.O.	Page 334	Beuvon F.	Page 323
Benelbarhdadi I.	Page 92, 121, 131, 132, 210, 299, 419, 421, 440, 456	Bercier S.	Page 335, 337	Beyron C.	Page 307
Benezery K.	Page 405	Bereder J.M.	Page 382	Biagi J.	Page 162
Benezeth Y.	Page 333	Berenguer M.	Page 376	Bibani N.	Page 61, 102, 103, 221, 232, 237, 239, 240, 361, 389, 406, 418, 447
Benfredj P.	Page 204	Beretta G.D.	Page 18	Bibas J.	Page 186
Benghorbel I.	Page 294	Berger A.	Page 3, 163, 403	Bideau K.	Page 5
Benhamou P.Y.	Page 286	Berger P.	Page 29	Bieche I.	Page 38
Benjelloun N.	Page 203	Berkane S.	Page 247, 257, 341, 405, 407, 422, 423, 436	Biendo M.	Page 331
Benjira R.	Page 112, 222, 312, 438	Bernard L.	Page 138	Biesse-Martin A.S.	Page 45
Benjouad K.	Page 109, 313	Bernard-Chabert B.	Page 184	Bignon A.L.	Page 21, 350
Benkada M.B.	Page 368	Bernardot L.	Page 175	Billey C.	Page 164
Benkirane A.	Page 77, 78, 302, 304, 314, 318, 320, 376	Berrad S.	Page 389, 402	Binquet C.	Page 377
Benmaarouf N.	Page 364, 368	Berrag S.	Page 77, 111, 212, 261, 291, 302, 304, 318, 376, 438	Biron C.	Page 10, 12, 90
Benmenni A.	Page 245	Berrebti D.	Page 182	Bismuth M.	Page 442
Bennouna J.	Page 153, 355	Berson A.	Page 79	Bizid S.	Page 109, 113, 127, 236, 240, 259, 309, 439
Benoist S.	Page 352	Bersuder E.	Page 329	Bjørn J.C.	Page 430
Benothmen W.	Page 271	Berthe E.	Page 424	Blaise L.	Page 46, 149
Bensafir S.	Page 364	Bertheau P.	Page 465	Blaizot X.	Page 166
Bentellis I.	Page 7	Berthet P.	Page 344	Blanc J.F.	Page 392
Benzenine E.	Page 30	Bertin E.	Page 380	Blanc P.	Page 176, 190, 442
Benzine A.	Page 246, 259	Bertrand D.	Page 50	Blanc S.	Page 179
		Bertrand G.	Page 7, 64	Blanchard F.	Page 397
		Berzigotti A.	Page 163	Blancher A.	Page 425
				Blasco-Perrin H.	Page 316

Blay J.Y.	Page 346, 378, 401	Borel C.	Page 153	Bouchahda M.	Page 347
Blayac L.	Page 416	Borg C.	Page 317, 353	Bouchard D.	Page 203, 374, 454
Blery M.	Page 343	Borie F.	Page 215, 313, 371	Bouchareb A.	Page 99
Blin J.	Page 137	Bories C.	Page 229	Bouché O.	Page 18, 153, 350, 355, 380, 394
Blum Y.	Page 20	Bories E.	Page 67, 70, 71, 81, 82, 83, 84, 86, 87, 191	Boucherek S.	Page 419, 420, 449
Bodart J.	Page 332	Boschetti E.	Page 425	Bouchoucha M.	Page 14, 129, 130
Bodei L.	Page 400	Boschetti G.	Page 106, 460	Boudabbous M.	Page 207, 269, 271, 281
Bodere A.	Page 355	Bossard C.	Page 17, 35, 110, 181	Boudawara T.	Page 278
Bodet-Milin C.	Page 352	Bost-Bezeaud F.	Page 218	Boudin H.	Page 44
Bodiou J.	Page 366	Botokeky J.	Page 334	Boudinaud C.	Page 47
Body-Malapel M.	Page 180, 455	Botsen D.	Page 380	Boudissa N.E.I.	Page 448
Boige V.	Page 69, 153, 431	Bottlaender J.	Page 96	Boudjema K.	Page 373
Boivineau G.	Page 90	Bottois H.	Page 343	Boudjenan Serradj N.	Page 364, 368
Boivineau L.	Page 435	Bouabane Z.	Page 114, 116	Boudreau-Frenette M.	Page 361
Bole-Feysot C.	Page 16, 327	Bouali M.R.	Page 109, 113, 127, 236, 240, 309, 439	Bou-Farah R.	Page 69
Bolliet M.	Page 96	Bouamama S.	Page 114	Bouffard Y.	Page 7
Bommelaer G.	Page 12, 32, 33, 411, 416	Bouattour M.	Page 185	Boughoula K.	Page 127, 236, 240, 439
Bommelaere F.	Page 24, 338	Boubaker J.	Page 96, 142, 291, 293, 294, 295, 369, 370, 417, 443, 445, 448, 459, 462	Bouguen G.	Page 9, 10, 17, 169, 170, 179, 183, 198, 202, 203, 208, 209, 211, 214, 363, 427, 432, 434, 435
Bonadona V.	Page 344	Boube M.	Page 32	Bouhadjela A.	Page 341, 407
Bonaz B.	Page 286, 407	Boubnova J.	Page 179	Bouhamou F.	Page 78, 212, 261, 302, 304, 314, 318, 320, 376
Bonichon-Lamichhane N.	Page 349	Boucelma M.	Page 448	Bouhaouala-Zahar B.	Page 348
Boninsegna A.	Page 330	Boucenna F.	Page 419, 420, 441, 449	Bouhier-Leporrier K.	Page 19, 20
Bonnard A.	Page 179	Boucenna I.	Page 88		
Bonnaud G.	Page 374, 408	Bouchabou B.	Page 98, 101, 223, 225, 452		
Bonnefont-Rousselot D.	Page 229				
Bonnereau J.	Page 343				
Bonnet D.	Page 151				
Bonnaud P.	Page 94				
Bonnot P.E.	Page 382, 387				
Bonny C.	Page 265				
Bordacahar B.	Page 53, 62, 65, 68, 79, 101, 105, 323, 326				

Bouhlef W.	Page 58, 91, 94, 99, 100, 103, 115, 143, 257, 271, 273, 275, 309, 312, 368, 398, 446, 460	Bourrier A.	Page 9, 10, 158, 428	Brassier A.	Page 29
Bouhnik Y.	Page 9, 11, 157, 179, 408, 409, 428, 432, 434	Bousnina O.	Page 48, 235	Brazier F.	Page 80, 82, 424, 435, 461
Bouhnoun Z.	Page 64, 65, 92, 93, 120, 236, 317	Boussac B.	Page 387	Brechon M.	Page 346
Bouibaouen B.	Page 210, 212, 447	Boussari O.	Page 377	Bregeon J.	Page 434
Bouillot J.L.	Page 196	Bousseloub A.	Page 253, 272	Bremond F.	Page 339
Boukris A.	Page 169	Boussena H.	Page 208	Bresler L.	Page 355
Boukthir S.	Page 196, 279, 280, 282	Boussoukaya S.	Page 247, 265	Bresson-Hadni S.	Page 184, 265
Bouligand J.	Page 26	Boustière C.	Page 40, 56, 395	Breton A.	Page 177, 197
Bouma, G.	Page 45	Boutallaka H.	Page 77, 78, 318, 376	Breton C.	Page 391
Boumendjel M.	Page 252	Bouteloup C.	Page 42	Breysacher G.	Page 96
Bourdariat R.	Page 323, 371	Boutemine I.M.	Page 328	Bridet L.	Page 306
Bourdenet G.	Page 424	Boutra F.	Page 419, 420, 441, 449	Bridoux V.	Page 16, 168, 418
Boureille A.	Page 35, 410, 434	Boutron-Ruault M.C.	Page 286	Bridoux-Henno L.	Page 177
BOURGAUX J.F.	Page 229	Bouvier A.M.	Page 377	Brieau B.	Page 53, 62, 65, 68, 71, 79, 101, 105
Bourgeois V.	Page 349	Bouzbib C.	Page 165	Briot C.	Page 90
Bourguignon J.	Page 215	Bouzeloc S.	Page 24	Brisson A.	Page 37
Bourhis F.	Page 22	Bouzid A.	Page 403	Brixi H.	Page 399
Bouricha B.	Page 386	Boyault S.	Page 346	Brixi Z.	Page 335, 337
Bourlier P.	Page 373	Boyer A.	Page 241	Brocard F.	Page 349
Bourlière M.	Page 148, 217, 245, 246, 395	Boyer L.	Page 47	Brochard C.	Page 17, 110, 167, 168, 169, 175, 183, 203, 208, 209, 211, 214, 363, 427
Bournet B.	Page 72, 319, 322, 456	Boyer N.	Page 265	Bronowicki J.P.	Page 49, 50, 146, 217, 244
Bourreille A.	Page 35, 181, 332, 408	Bozon A.	Page 435	Bronstein F.N.	Page 305
		Bradai S.	Page 222	Bronstein J.A.	Page 218, 305
		Braham A.	Page 99, 143, 219, 266, 268, 290, 415, 422, 449, 450, 451, 452, 453	Broué P.	Page 26, 28
		Branche J.	Page 54, 55, 62, 94, 108, 189, 190	Brown R.	Page 375
		Brandi G.	Page 149	Brulet P.	Page 307
		Brasseur A.	Page 135, 331	Bruley des Varannes S.	Page 175, 286
		Brasseur M.	Page 380		

Brun A.	Page 63, 88	Cacheux W.	Page 344	Caron O.	Page 344
Brunaud L.	Page 49	Cadiot G.	Page 19, 37, 194, 399, 401, 410	Carrat F.	Page 217
Brunaud-Gagniard B.	Page 229			Carrere N.	Page 322
Brunelle S.	Page 71	Cador C.	Page 84	Carrier P.	Page 193
Bruneteau H.	Page 395	Caiazzo R.	Page 55, 62, 286	Cassier P.	Page 378
Brunetti F.	Page 15			Castan F.	Page 162
Brustia R.	Page 366	Caillo L.	Page 12, 229	Castanares D.	Page 332
Bruzzi M.	Page 88	Caillol F.	Page 67, 70, 71, 81, 82, 83, 84, 86, 87, 108, 191	Castellani P.	Page 148, 395
Bucau M.	Page 211			Castellano J.	Page 60, 61
Buchard B.	Page 47, 185, 187, 241	Calatayud D.	Page 376	Castiella Eguzquiza A.	Page 264
Bucur P.	Page 352	Calès P.	Page 163, 217	Castier Y.	Page 157
Buecher B.	Page 344, 350	Camara M.A.	Page 298	Cataria H.F.A.	Page 135
Bui S.	Page 29, 284	Cambos S.	Page 43	Catherine C.	Page 316
Buisson A.	Page 9, 12, 32, 33, 44, 411, 416	Camengo Police S.M.	Page 126	Cattan P.	Page 106
Buono J.P.	Page 395	Camilo V.	Page 333	Cathey-Javouhey A.	Page 378, 401
Bureau C.	Page 163, 164	Campeotto F.	Page 177	Caucanas J.P.	Page 316
Bureau, M.A.	Page 361	Campion L.	Page 355	Cauchy F.	Page 146
Burisch J.	Page 430	Campos C.	Page 185	Caulet M.	Page 43, 106, 346
Burtin P.	Page 69, 106, 431	Camps S.	Page 370	Caumont C.	Page 37
Buscail C.	Page 321	Camus M.	Page 3, 326	Cauvin T.	Page 321
Buscail E.	Page 37, 321, 327, 392	Canioni D.	Page 283	Cavaglione G.	Page 342, 387, 405
Buscail L.	Page 52, 72, 319, 322, 456	Canivet C.	Page 72	Cavicchi M.	Page 106
Buti M.	Page 375	Cantarel C.	Page 355	Cazals-Hatem D.	Page 457
		Capito C.	Page 29	Cazaux D.	Page 90, 395
		Capodano G.	Page 191	Celerier B.	Page 360
		Carbonnel F.	Page 179, 391, 410, 428, 429, 432	Cellier C.	Page 45, 63, 88, 123, 161, 192, 202, 336
		Carenco C.	Page 393, 398	Cenac N.	Page 333
		Cariou M.	Page 24, 338	Cerato E.	Page 352
		Carlier T.	Page 352	Cerdan P.	Page 247
Cabarrot P.	Page 60, 61	Carlson D.	Page 296, 297	Cerf-Bensussan N.	Page 45
Cabriada Nuno J.L.	Page 306	Caroli-Bosc F.X.	Page 19, 354	Cervoni J.P.	Page 90
Cachanado M.	Page 10	Caron B.	Page 326	Cesaretti M.	Page 38
				Cestac P.	Page 52, 136

Chaabouni H.	Page 97, 118, 119, 125, 128, 221, 250, 349, 441, 454	Chaput U.	Page 108, 287	Chiche L.	Page 37, 321, 327, 392, 397
Chabaud S.	Page 346	Charachon A.	Page 54, 59	Chikhi Y.	Page 130, 133, 134, 216, 226, 420
Chabbouh K.	Page 119, 125, 221, 268, 301	Charbit-Henrion F.	Page 41	Chipoulet E.	Page 151
Chabib F.Z.	Page 121, 132, 419, 421, 456	Chardot C.	Page 29, 283	Chivot C.	Page 82
Chabrun E.	Page 54, 108, 175, 360	Charlotte F.	Page 166, 273	Cholet F.	Page 24, 287, 320
Chadli A.	Page 270	Charpignon C.	Page 243	Cholley B.	Page 123
Chafai N.	Page 369	Charrueau C.	Page 330	Choné A.	Page 178
Chaffaut C.	Page 165	Chartrain E.	Page 44	Choné L.	Page 162
Chaffraix F.	Page 186	Chassang M.	Page 72	Chotard M.	Page 31
Chagneau-Derrode C.	Page 247	Chatelain D.	Page 461	Chouaki T.	Page 41
Chahed Ouazzani H.	Page 207, 213, 265, 417, 464	Chatellier G.	Page 161, 204	Chouik Y.	Page 167
Chahed Ouazzani L.	Page 203, 207, 210, 212, 213, 265, 306, 414, 417, 436, 444, 447, 461, 464	Chaussade S.	Page 53, 71, 79, 101, 105, 161, 175, 189, 192, 323, 341, 403, 426	Choukri A.	Page 242, 413, 415
Chakhtoura F.	Page 218	Chauvet A.	Page 37	Chtini M.	Page 409
Chalabreysse P.	Page 371	Chazouillères O.	Page 217	Chtourou L.	Page 207, 269, 271, 403
Chalaye J.	Page 147	Cheddani H.	Page 434	Chuang W.L.	Page 375
Chambaz M.	Page 203	Chelbi Y.	Page 441	Chupin A.	Page 90
Chamorey E.	Page 342	Cheraïtia S.	Page 130, 133, 134, 216, 226, 420	Cijevski-Prelipcean C.	Page 342
Chanez B.	Page 71	Chergui H.	Page 214	Cissé C.A.B.	Page 298
Chanteloup E.	Page 10, 12, 209	Cherif D.	Page 109, 127, 240, 349, 441	Cissé D.F.	Page 282
Chantepie A.	Page 228	Cherillat, M.S.	Page 241	Clarke K.	Page 11
Chanteranne B.	Page 185	Cherkaoui M.	Page 414, 436, 444, 461	Claudé G.	Page 90
Chantereau H.	Page 196	Cherrak N.	Page 368	Clavel L.	Page 371
Chanut L.	Page 317	Chery C.	Page 49, 307	Clement K.	Page 195
Chapelle N.	Page 108, 304, 325	Chevaux J.B.	Page 3, 201	Clement O.	Page 23, 63
Chapet S.	Page 226	Chevrel P.	Page 456	Clément O.	Page 88
		Chevret S.	Page 165	Clot H.	Page 184
				Clouzeau H.	Page 29, 284
				Cluzeau V.	Page 8
				Coban D.	Page 12, 32
				Cobat C.	Page 307
				Coeffier M.	Page 16
				Coffin B.	Page 173, 286

Coffin E.	Page 88, 194	Coron E.	Page 3, 7, 17, 94, 108, 110, 137, 161, 175, 202, 304, 320, 338, 434	Curac S.	Page 157
Cohen E.	Page 375			D	
Cohen L.	Page 418	Corpechot C.	Page 167	Da Costa G.	Page 182
Cohen M.	Page 434	Correas J.M.	Page 217	Dabadie A.	Page 26
Cohen R.	Page 345	Corsini C.	Page 344	Dabernat S.	Page 37, 327
Cohen Haguenauer O.	Page 344	Coste J.	Page 429	Dacher J.N.	Page 152
Cohen-Sors B.	Page 173	Costes L.	Page 5	Dadamessi I.	Page 117, 124, 300
Coignac A.	Page 313	Cota D.	Page 43	Daguenel A.	Page 10
Cojocarasu O.	Page 151, 153	Cottet V.	Page 150	Dahan L.	Page 21, 153, 354
Colas C.	Page 38, 161, 344	Coudeyre E.	Page 241	Dahan M.	Page 6, 108, 193
Collet C.	Page 284	Coulange C.	Page 40, 41	Dahlqvist G.	Page 332
Collet L.	Page 401	Coulet F.	Page 38	D'Alessandro A.	Page 69, 214
Colli F.	Page 366	Coulibaly S.	Page 327	Dalia A.	Page 140
Colombel J.F.	Page 183, 430, 463	Coupaye M.	Page 173	Damon H.	Page 168
Colombo P.E.	Page 313	Courau T.	Page 343	Danan D.	Page 123
Colonna M.	Page 377	Courbage S.	Page 283	Dancourt V.	Page 335
Comiti O.	Page 90	Courbon F.	Page 400	Danel-Buhl N.	Page 42
Comte A.	Page 31	Couteau C.	Page 386	Danese S.	Page 25
Condat B.	Page 218, 305, 442	Couvelard A.	Page 37, 211, 397	Danet C.	Page 52
Condat J.	Page 8	Craven M.	Page 296, 297	Dang B.I.	Page 220, 251
Conroy T.	Page 162	Creemers G.	Page 353	Daniele B.	Page 149
Conti F.	Page 166	Crespo, L.	Page 45	Danion P.	Page 460
Cool C.	Page 136	Cristea C.	Page 209	Danjoux M.	Page 151
Coopman S.	Page 195, 283	Croizet O.	Page 316, 323	Dannouni Y.	Page 109, 313
Copie-Bergman C.	Page 364	Cromb� T.	Page 155	Danquechin Dorval E.	Page 362
Coppin L.	Page 332	Cros J.	Page 19, 20, 37, 38, 397, 399	Dapoigny M.	Page 13, 286, 416
Corcos O.	Page 157, 283	Crowe, S.	Page 45	Dardaine V.	Page 362
Cordova H.	Page 121	Cudennec T.	Page 157	Dargent J.	Page 190
Coriat R.	Page 18, 19, 20, 194, 341, 345, 346, 350, 380, 387, 391, 396, 403	Cuellar E.	Page 242	Dassetto C.	Page 86
		Cuen D.	Page 5	Dauchet L.	Page 34, 180
		Cuerq C.	Page 460		
		Culetto A.	Page 3, 52, 72, 319, 322		

David A.	Page 320	Debaere T.	Page 19	Delcenserie R.	Page 80, 82
David G.	Page 175	Debbabi H.	Page 250, 441, 454	Deleval N.	Page 19
David L.	Page 295			Delhaes L.	Page 29, 43
d'Alteroche L.	Page 43, 138, 226, 227, 228	Debbeche R.	Page 56, 57, 58, 60, 98, 102, 111, 131, 132, 233, 234, 252, 253, 255, 266, 267, 348, 404, 444, 451	Delicque J.	Page 224
d'Engremont C.	Page 90, 317, 395			Delnatte C.	Page 344
de'Angelis N.	Page 15	Debette-Gracien M.	Page 193	Delotte J.	Page 72
De Blasi V.	Page 394	Deblock M.	Page 401	Delpero J.R.	Page 391
De Boissieu P.	Page 399	Debourdeau A.	Page 67, 81, 82, 83	Delyon J.	Page 185
de Bouët du Portal H.	Page 43			Dème-Ly I.	Page 282
de Carvalho Bittencourt M.	Page 170	Debette-Gracien M.	Page 193	Demetter P.	Page 20
de Chaisemartin C.	Page 86, 87	Deblock M.	Page 401	Demidem A.	Page 45
de Crignis L.	Page 378, 401	Debourdeau A.	Page 67, 81, 82, 83	Demir Z.	Page 29
de Faucal D.	Page 215	Debray D.	Page 26, 29	Demore B.	Page 425
de Forges H.	Page 26, 344, 393, 398	Deby G.	Page 256, 300	Denet C.	Page 370
De Juan M.D.	Page 264	Debzi N.	Page 250	Denis B.	Page 96, 171, 334
de la Fouchardière C.	Page 153, 344, 345, 346, 378, 393, 398, 401	Decaens T.	Page 146, 225	Denost Q.	Page 360
de Lédinghen V.	Page 163, 217	Decoster C.	Page 67, 81, 82, 83	Depaire M.	Page 164
de Lonlay P.	Page 29	Decrozals F.	Page 356	Depeint F.	Page 135, 331
de Luca A.	Page 42	Degand T.	Page 30	Deraison C.	Page 16
de Malet A.	Page 69	Degisor S.	Page 155	Derangère V.	Page 151
de Martin E.	Page 167	Deguelte S.	Page 394	Deregnaucourt T.	Page 90
de Mestier L.	Page 19, 37, 38, 194, 396, 397, 399	Dehak R.	Page 283	Dermeche S.	Page 70
de Muret A.	Page 228	Del Arco H.	Page 33	Dermine S.	Page 403
de Parades V.	Page 167, 203, 204, 209, 213	Del Bello A.	Page 242	Derosière A.	Page 346
de Parscau du Plessix L.	Page 28	Del Tedesco E.	Page 36, 426, 430, 431	des Guetz G.	Page 350
De Pauw A.	Page 344	Delahaye J.	Page 208, 209	des Grottes H.	Page 226, 227, 228
de Reyniès A.	Page 20	Delaine-Clisant S.	Page 346	Deschildre A.	Page 284
De Rycke Y.	Page 166	Delanaud S.	Page 135	Desfourneaux V.	Page 203
		Delannoy J.	Page 330	Desgrippes R.	Page 346
		Delasalle P.	Page 265, 339	Deshormière N.	Page 263
		Delattre C.	Page 158	Desjeux A.	Page 125
		Delattre-Massy H.	Page 335, 337	Deslandres M.	Page 386
				Desolneux G.	Page 355
				Desplats V.	Page 69
				Desprez C.	Page 16, 174

Desrame J.	Page 21, 354, 371, 390	Didelot R.	Page 168	Dourthe L.M.	Page 349
Desseigne F.	Page 345, 346, 378, 393, 398, 401	Diebold F.	Page 42	Dousset B.	Page 65, 68, 403
Detry O.	Page 366	Diez L.	Page 59	Doyen J.	Page 387
Deutsch D.	Page 287	Dine A.K.A.	Page 205	Dranga M.	Page 342
Devaux B.	Page 423	Dinescu G.	Page 199	Dray X.	Page 3, 4, 10, 94
Dever S.	Page 229	Dior M.	Page 387	Dremaux J.	Page 346
Devière J.	Page 20	Diouf G.	Page 298	Drir O.	Page 250
Devos C.	Page 410	Diouf M.	Page 461	Drouet E.	Page 10
Devouge E.	Page 195	Diouf S.	Page 282	Drouin J.	Page 429
Dewitte M.	Page 183, 427, 434	Dirrenberger B.	Page 201	Droz-Perroteau C.	Page 353
Deyra J.	Page 335, 337, 341	Djebli M.	Page 405	Drui D.	Page 137
D'Haens G.	Page 433	Djeddi D.	Page 40, 41, 195	Drumez E.	Page 195
Dhalluin P.N.	Page 198	Djekkoun N.	Page 135, 331	Du Cheyron J.	Page 69
Dharancy S.	Page 166, 167	Djeng Y.J.	Page 282	Dubedout S.	Page 197
Dhieb A.	Page 196, 279, 282	Doat S.	Page 68, 350, 354, 380	Dubern B.	Page 195, 196
Dhooge M.	Page 105, 161, 344	Doblas S.	Page 146	Dubinsky M.	Page 11
Dhouioui K.	Page 302	Docao C.	Page 194	Duboc H.	Page 173
Di Bernardo T.	Page 36	Dodel M.	Page 185, 411	Dubreuil O.	Page 380
Di Fiore A.	Page 59	Doffoel M.	Page 186	Duchalais E.	Page 338, 384
Di Fiore F.	Page 51, 152, 153, 397	Doghri I.	Page 48, 235	Duchmann J.C.	Page 62, 79
Di Martino V.	Page 90, 184, 185	Doi T.	Page 18	Duclos B.	Page 354
Dia D.	Page 298	Dokmak S.	Page 397	Ducret I.	Page 455
Diakitè M.	Page 231, 248	Dominique Y.	Page 427	Ducreux M.	Page 19, 69, 349, 377, 431
Diallo A.	Page 298	Donatelli G.	Page 323	Ducrotté P.	Page 13, 16, 59, 286
Diallo S.	Page 298	Donnadieu N.	Page 286	Duffas J.P.	Page 456
Dib F.	Page 169	Donnadieu-Rigole H.	Page 50	Duhalde V.	Page 52, 136
Dib N.	Page 10, 12, 410, 432	Doret M.	Page 30	Duluc I.	Page 326
Didelot J.M.	Page 168	Dorgham K.	Page 328	Duluc M.	Page 19
		Dorival C.	Page 217	Dumas R.	Page 59
		Dorobat A.	Page 342	Dumay A.	Page 160, 457
		Dorval O.	Page 123	Dumitrascu D.L.	Page 295
		Douane F.	Page 175, 320	Dumortier J.	Page 166, 167
		Douard V.	Page 16	Dupas J.L.	Page 461
		Dougui H.	Page 386		
		Douillard M.	Page 320		
		Doumet S.	Page 22		

Dupin C.	Page 327
Dupont A.	Page 185
Dupont R.	Page 381
Dupont-Gossart A.C.	Page 19
Dupraz L.	Page 182
Dupuis E.	Page 316
Dupuis J.	Page 364
Dupuy J.	Page 136
Dupuy M.	Page 313, 398
Dupuy M.	Page 393
Durand F.	Page 167, 376
Durand G.	Page 335
Durand T.	Page 35, 332
Durand-Fontanier S.	Page 200
Durand-Labrunie J.	Page 69
Durieu E.	Page 35, 333
Dussart S.	Page 344
D'ussel M.	Page 213
Duval A.	Page 397
Duval V.	Page 423
Duvoux C.	Page 167, 218
Dvorkin M.	Page 18
Dylla D.E.	Page 246

E

Ebessa T.	Page 220
Edeline J.	Page 147, 345, 351, 383
Eeckhoudt S.	Page 332
Egal A.	Page 397
Egreteau J.	Page 153
Ehrhard F.	Page 22, 243
Eid Y.	Page 357
Ekanga T.	Page 256

El Aoud I.	Page 276, 277, 278, 280, 281
El Atmani J.	Page 59, 126, 127, 205, 227, 292, 388, 406, 440, 463, 465
El Farouki A.	Page 59, 126, 127, 205, 227, 292, 388, 406, 440, 463, 465
El Fettouhi A.	Page 338
El Hajj W.	Page 426
El Jeri K.	Page 56, 57, 58, 60, 98, 102, 111, 131, 132, 233, 234, 252, 253, 255, 266, 267, 404, 444
El Khayat El Sabbouri H.	Page 331
El Koti I.	Page 77, 78, 302, 304, 314, 318, 320, 376
El Mekkaoui A.	Page 42, 114, 116, 301
El Mituialy A.	Page 204
El Montacer K.	Page 261, 443
El Ouahabi S.	Page 427
El Ray A.	Page 239
El Yazal S.	Page 137, 442
Elabkari M.	Page 57, 64, 65, 73, 77, 92, 93, 112, 120, 222, 236, 267, 294, 311, 312, 317, 412, 413, 438, 445, 446
Elamraoui F.	Page 272

Elbacha H.	Page 39, 62, 65, 68, 75
Elbeshlawy M.	Page 239
Elfadel R.	Page 232
Elhidaoui I.	Page 109, 313
Elia M.	Page 49
Elias D.	Page 26, 377
Elizondo M.	Page 138
Eljihad M.	Page 303
Elleuch N.	Page 99, 143, 219, 266, 268, 290, 415, 422, 447, 449, 450, 451, 452, 453
Elloumi H.	Page 61, 102, 103, 221, 232, 237, 239, 240, 361, 389, 406, 418, 439, 447
Elmakhzangy H.	Page 239
Elmansouri S.	Page 114, 117, 270, 443
Elouet-Kaplan M.	Page 454
Eloujoubi M.	Page 207, 213
Eloumou Bagnaka S.A.	Page 220, 248, 251, 256
Elrhaoussi F.Z.	Page 117, 270
Elriz K.	Page 5
Elsharkawy A.	Page 376
Elyoussfi M.	Page 57, 64, 65, 73, 77, 92, 93, 112, 120, 222, 236, 267, 294, 311, 312, 317, 412, 413, 438, 445, 446
Emile J.F.	Page 151

Emont C.	Page 90	Facy O.	Page 26	Fekih M.	Page 96, 142, 291, 293, 295, 369, 370, 417, 443, 445, 448, 459, 462
Emparanza J.	Page 264	Fagot-Campagna A.	Page 17	Felizarta F.	Page 375
Enaud R.	Page 29, 43, 284	Faivre J.	Page 150, 335	Fennoun H.	Page 270
Ennaifer R.	Page 101, 223, 225, 452	Faivre-Chauvet A.	Page 352	Fenomanana J.	Page 95, 238, 262
Ennibi K.	Page 272	Falcone A.	Page 351	Fermas M.	Page 419, 420, 441, 449
Er-Rabie F.	Page 114, 116	Falk A.	Page 405	Fernandez B.	Page 321
Errabih I.	Page 203, 207, 210, 212, 213, 265, 306, 414, 417, 436, 444, 447, 461, 464	Fall A.L.	Page 282	Fernandez P.	Page 170
Erraichi H.	Page 389, 402	Fall M.P.	Page 298	Fernandez-Atuxa A.	Page 306
Espin E.	Page 418	Faller J.	Page 192	Fernández-Esparrach G.	Page 121
Esposito G.	Page 333	Famularo S.	Page 366	Ferrandis C.	Page 215
Estrade F.	Page 147	Farcau O.	Page 163	Ferraz J.M.	Page 370
Etienne P.L.	Page 151	Fares N.	Page 151, 386	Ferrero A.	Page 366
Etienney I.	Page 167, 168, 215	Faroux R.	Page 153, 154, 162	Festi D.	Page 163
Ettori F.	Page 339	Fartoux L.	Page 146, 366	Fiallegas Cano M.	Page 306
Eugène T.	Page 352	Fathallah N.	Page 204, 209, 213	Fichaux-Bourin P.	Page 197
Eveno C.	Page 155, 390	Faucheron J.L.	Page 168, 355, 374	Ficheur G.	Page 180
Evesque L.	Page 342, 387, 405	Fauconnier A.	Page 69	Fidèle M.	Page 111, 261, 291, 318, 376, 438
Evrard C.	Page 399	Faure F.	Page 185	Fiess C.	Page 344, 393, 398
Evrard S.	Page 355	Faure P.	Page 316	Figuigui M.	Page 57, 236, 446
		Faustino C.	Page 18	Filankembo A.	Page 267
		Favier B.	Page 401	Filippi J.	Page 8, 9, 410, 435
		Favreau-Weltzer C.	Page 454	Fine C.	Page 194
		Fay I.	Page 340	Finn R.	Page 149
		Faye P.M.	Page 282	Fissah M.	Page 448
		Fayon M.	Page 29, 284	Fleres F.	Page 366
		Fedyanin M.	Page 353	Flourié B.	Page 106, 435, 460
		Fein F.	Page 90, 151, 317	Fodjo M.	Page 220, 256
		Feki M.	Page 196, 280, 282	Fohlen A.	Page 357
Fabre A.	Page 26, 177	Feki S.	Page 403		
Fabre J.M.	Page 313	Feki W.	Page 271, 276, 278, 281		
Fabreguette J.M.	Page 215				
Fabritius M.	Page 6, 94				
Facon S.	Page 129				

Foll Y.	Page 338
Fonseca G.	Page 366
Fontaine H.	Page 217
Fontanges T.	Page 265
Forest A.	Page 206
Forestier J.	Page 194
Fortier-Beaulieu C.	Page 64, 72
Fotsing G.	Page 172, 296
Fouad R.	Page 239
Fouchard Hubert I.	Page 185
Fougeray R.	Page 353
Fourati H.	Page 271, 276, 280, 281
Fourrier-Réglat A.	Page 353
Foutrein M.C.	Page 22
Frampas E.	Page 320, 352
Franchimont D.	Page 20
Francois B.	Page 179
François E.	Page 21, 153, 162, 342, 345, 351, 353, 387, 405
Francoz-Caudron C.	Page 167, 376
Frébourg T.	Page 397
Fremaux S.	Page 129
Fremont E.	Page 355
Frère S.	Page 455
Freund J.N.	Page 326, 329
Friedman G.	Page 11
Frontali A.	Page 418
Fujitani K.	Page 18
Fuks D.	Page 156, 365, 367, 370

Fumery M.	Page 9, 10, 12, 32, 34, 82, 180, 183, 410, 418, 424, 432, 435, 458, 461
Fumex F.	Page 39, 40, 80, 287

Fz. A.	Page 131, 299

G

Gabriel S.	Page 155
Gagnaire A.	Page 377
Gagnière C.	Page 15, 364
Gagnière J.	Page 382
Gaiddon C.	Page 324, 385
Gal J.	Page 387
Galais M.P.	Page 350
Galien R.	Page 433
Galle P.	Page 149
Gallois C.	Page 391, 431
Galmiche J.P.	Page 4
Galode F.	Page 284
Galvin Z.	Page 376
Gaman A.	Page 44
Gamoudi A.	Page 451
Gandilhon-Pioche C.	Page 340
Gane E.	Page 186, 188
Ganea D.	Page 18
Gangloff A.	Page 51, 397
Ganne-Carrié N.	Page 46, 149, 163, 164, 165, 217
Garcés Duran R.	Page 121
Garcia-Rodriguez A.	Page 121

Gargouri D.	Page 61, 102, 103, 221, 232, 237, 239, 240, 361, 389, 406, 418, 447
Gargouri L.	Page 276, 277, 278, 280, 281, 439
Garin E.	Page 147
Garioud A.	Page 22
Garnotel R.	Page 50
Garret C.	Page 320
Garric M.	Page 355
Gasbarrini A.	Page 330
Gasmi M.	Page 66, 151, 153, 366
Gastaldi-Menager C.	Page 17, 287
Gatta-Chérifi B.	Page 43
Gauci M.L.	Page 185
Gaujoux S.	Page 38
Gault N.	Page 157, 170, 211
Gay F.	Page 19
Gayet B.	Page 156, 370
Gay-Quéheillard J.	Page 331
Gazeau F.	Page 63
Gdoura H.	Page 207, 269, 271
Gelas T.	Page 179
Gelli M.	Page 352
Gelot A.	Page 286
Gelu-Simeon M.	Page 219
Gendre I.	Page 171, 334
Genet D.	Page 349
Genevois A.	Page 197
Genin M.	Page 180
Gentile S.	Page 339
Gérard R.	Page 55, 62, 94

Gergaud O.	Page 160	Girot P.	Page 194, 355, 384	Gottrand F.	Page 26, 177, 179, 195, 275, 283
Gerken G.	Page 149	Gisclard C.	Page 232	Goujon G.	Page 314, 387
Ghanem M.	Page 109, 127, 236, 240, 309, 439	Gizard E.	Page 395	Goulet O.	Page 41, 283
Gharbi K.	Page 126, 205, 292, 388, 440, 463, 465	Glehen O.	Page 26, 377, 382, 387	Goumard C.	Page 156, 273, 365, 367
Gharbi O.	Page 76, 108, 223, 437, 453	Glemarec G.	Page 386	Goupy F.	Page 383
Gharbi T.	Page 117, 124, 300	Glodt J.	Page 182	Gourari S.	Page 247, 250, 257
Ghelfi J.	Page 225	Glynnejones R.	Page 353	Gourcerol G.	Page 16, 174, 286
Gheorghiu M.L.	Page 96	Gnahoui A.	Page 289	Gourgou S.	Page 162
Ghidini M.	Page 18	Gnep K.	Page 383	Gouriou C.	Page 203
Ghiringhelli F.	Page 20, 151, 153	Gnioui N.	Page 277	Gournay J.	Page 185, 217, 320
Ghisbain S.	Page 55	Godat S.	Page 87, 191	Goutorbe F.	Page 12
Ghouti L.	Page 26	Godefroy E.	Page 181	Goutte M.	Page 12, 32
Ghribi M.	Page 259, 273, 297, 439	Goéré D.	Page 26, 352, 377, 382, 387	Gouttebel M.C.	Page 20
Giacomoni A.	Page 366	Goichon A.	Page 328	Gouverneur A.	Page 353
Gibaud-Papin S.A.	Page 304	Goldenberg D.	Page 352	Gower-Rousseau C.	Page 34, 180, 183, 455, 458
Gigli S.	Page 333	Gomercic C.	Page 64, 72	Goyal L.	Page 433
Gilbert M.	Page 345	Gomez Galdon M.	Page 20	Grabar S.	Page 39
Gille N.	Page 314	Gonneau-Lejeune J.	Page 42	Grama A.	Page 27
Gillet A.	Page 106	Gonzales E.	Page 26	Grana C.M.	Page 400
Gilletta de Saint-Joseph C.	Page 319, 410, 425, 456	Gonzales J.	Page 44	Grando V.	Page 46, 149
Jimonet H.	Page 7	Gonzalez J.M.	Page 3, 39, 53, 54, 64, 66, 94, 125, 175, 189, 198, 199, 366	Grandval P.	Page 287, 323
Gincul R.	Page 80	González-Suárez B.	Page 121	Granger V.	Page 350
Ginès A.	Page 121	Gorbatchef C.	Page 173	Granier S.	Page 38, 397
Giovannelli J.	Page 180	Gorbunova V.	Page 18	Grasset D.	Page 5
Giovannini M.	Page 67, 70, 71, 81, 82, 83, 84, 86, 87, 191	Gorce M.	Page 28	Gratet A.	Page 20
Girard M.	Page 26, 29	Gorgen A.	Page 376	Gravis G.	Page 71
Giraudon A.	Page 411	Gornet J.M.	Page 18, 151, 153, 350, 387, 390, 410, 465	Graziani C.	Page 330
		Gospei D.	Page 96	Green, P.	Page 45
				Gries A.	Page 324

Grieve N.	Page 118
Grillot J.	Page 90, 317, 395
Grimaud J.C.	Page 125, 179, 286
Grosfeld A.	Page 16
Gross I.	Page 329
Gruner L.	Page 7
Grymonpré V.	Page 176, 442
Guadanioli L.	Page 296, 297
Gual P.	Page 49
Gubler B.	Page 424
Guéant J.L.	Page 49, 307
Guéant-Rodriguez R.M.	Page 49, 307
Guediche A.	Page 58, 91, 94, 99, 100, 103, 115, 257, 271, 273, 275, 297, 309, 312, 368, 398, 446, 460
Guerbaz M.	Page 334
Guerci B.	Page 286
Guérin C.	Page 16, 328
Guérin E.	Page 324
Guerin-Meyer V.	Page 153
Guesdon H.	Page 409
Guessab N.	Page 250
Guessoum N.	Page 422
Gueye M.N.	Page 298
Gugenheim J.	Page 167
Guibourdenche M.	Page 331
Guidara R.	Page 196, 279, 282
Guidoum A.	Page 244
Guignard A.	Page 96
Guillaud O.	Page 167, 265

Guillaumot M.A.	Page 101
Guillemin F.	Page 425, 427
Guilloit J.M.	Page 377
Guillon N.	Page 455
Guillouche P.	Page 247
Guimbaud R.	Page 151, 153, 344, 345, 349, 355, 381, 386
Guimber D.	Page 283
Guinard-Brun F.	Page 425
Guingand De Rivery M.	Page 66
Guiramand J.	Page 70
Guiu B.	Page 224
Guivarch M.	Page 265, 316
Gustin P.	Page 69
Guyader D.	Page 217, 228
Guyetant S.	Page 106
H	
Haas M.	Page 426
Habersetzer F.	Page 184, 186
Haccourt A.	Page 36
Hachicha H.	Page 403
Haddad F.	Page 114, 116, 117, 206, 230, 234, 242, 243, 246, 259, 261, 270, 303, 308, 310, 413, 414, 415, 443
Haddar F.E.	Page 100, 142, 260, 299, 437
Haghnejad V.	Page 427
Haïoun C.	Page 364

Haj Kacem F.	Page 271
Hakim S.	Page 80, 82
Hamdad F.	Page 135, 331
Hamdi S.	Page 219, 417
Hamdoun F.Z.	Page 73
Hamila F.	Page 302
Hammada T.	Page 252, 419, 420, 441, 449
Hammami A.	Page 99, 143, 219, 266, 268, 290, 415, 422, 449, 450, 451, 452, 453
Hammel P.	Page 38, 162, 391, 396, 397, 399
Hammoudi N.	Page 465
Hammoumi W.	Page 267
Hammoutene A.	Page 146
Hamon A.	Page 336
Hamon H.	Page 22
Hamzaoui L.	Page 76, 98, 104, 107, 108, 112, 122, 144, 220, 223, 249, 269, 293, 308, 437, 453
Hanaire H.	Page 286
Hanen E.	Page 222
Hanna X.	Page 395
Hans Y.	Page 328
Hansel B.	Page 169
Hansen B.	Page 376
Hanslik B.	Page 244, 247, 265
Hao Y.	Page 463
Haouam M.A.	Page 252
Haraki I.	Page 137, 442

Hardwigen J.	Page 167	Hermann P.	Page 366	Hoteit M.	Page 140
Hari B.	Page 289	Hermine O.	Page 45	Houssel-Debry P.	Page 167, 228
Harrabi T.	Page 451	Herrera Gomez R.G.	Page 431	Hsairi M.	Page 276, 277, 278, 280, 281
Hasnaoui B.	Page 112, 122, 143, 144, 266, 268, 293, 308, 415, 450, 453	Herrmann S.	Page 5	Hssine A.	Page 48, 235
Hassen Jutteau W.	Page 40	Hervieu V.	Page 194	Hsu Y.	Page 149
Hassine A.	Page 97, 118, 250, 454	Heurgué A.	Page 146, 184	Htira Y.	Page 303
Hassine M.	Page 51, 152	Heyd B.	Page 373	Hu Y.	Page 246, 375
Hastier A.	Page 7, 8, 216, 296, 297	Hézode C.	Page 147, 185, 217, 375	Huang A.	Page 376
Hautefeuille V.	Page 194, 345, 346, 380, 390	Hida M.	Page 276, 277	Hubert C.	Page 29
Hazebroucq J.	Page 176	Hifi K.	Page 208	Huet E.	Page 174
Hébuterne X.	Page 8, 12, 32, 410	Higuero T.	Page 203	Hugot J.P.	Page 160, 182, 457
Hector L.	Page 141	Hijara A.	Page 62	Huguet A.	Page 157
Hedjoudje A.	Page 174	Hilleret M.N.	Page 167	Huguet F.	Page 391, 394
Heemskerck J.	Page 332	Hisamatsu T.	Page 25, 432		
Heid P.	Page 339	Hliwa W.	Page 114, 116, 117, 206, 230, 234, 242, 243, 246, 259, 261, 270, 303, 308, 310, 413, 414, 415, 443		
Heitzmann P.	Page 362	Hnach Y.	Page 133	Ibara J.R.	Page 256, 300
Helbert T.	Page 323	Hobeika C.	Page 155, 156, 365, 367	Ibrahimi A.	Page 64, 65, 92, 93, 120, 236, 317
Helis C.	Page 208	Hochain P.	Page 59	Ibrahimi S.A.	Page 57, 73, 77, 112, 222, 267, 294, 311, 312, 412, 413, 438, 445, 446
Hellequin A.P.	Page 455	Hoeffel C.	Page 401	Ichrak F.	Page 222
Heluwaert F.	Page 243	Hoibian S.	Page 70, 87, 191	Iglicki F.	Page 129
Hemdani N.	Page 101, 223, 225, 452	Hollebecque A.	Page 431	Ikbel K.	Page 144
Henriques J.	Page 18, 350	Hooks K.	Page 29	Ikhlef N.	Page 364, 368
Hentati Y.	Page 277, 278	Hordonneau C.	Page 33	Ilsou D.H.	Page 18
Hentic O.	Page 19, 37, 391, 396, 399	Horma A.	Page 298	Itache S.	Page 393, 398
Herbet G.	Page 409	Horma H.	Page 57, 64, 317		
Herin E.	Page 147	Horman S.	Page 332		
Herissay A.	Page 169	Horvath G.	Page 375		
		Hosokawa A.	Page 18		
		Hotayt B.	Page 140		

Imbert-Bismut F.	Page 229
Imed C.	Page 222
Imessaoudene Z.	Page 407
Innominato P.	Page 347
Iovanna J.	Page 20
Ismail H.	Page 116, 243
Ismail Y.	Page 59, 126, 127, 205, 227, 292, 388, 406, 440, 463, 465
Issaoui D.	Page 97, 118, 119, 125, 128, 221, 250, 349, 441, 454
Itoua-Ngaporo N.A.	Page 256, 300
Itoudi Bignoumba P.E.	Page 254, 255
Iwanicki Caron I.	Page 19
J	
Jabaudon-Gandet M.	Page 118
Jacky W.	Page 433
Jacquemin E.	Page 26
Jacques J.	Page 3, 6, 7, 54, 85, 94, 174, 189, 192, 193, 198, 200, 201, 287
Jacquier C.	Page 179
Jacquín C.	Page 395
Jaffrelot M.	Page 151
Jaillais A.	Page 226, 228
Jamain C.	Page 344
Jamal S.	Page 78, 111, 212, 261, 291, 318, 376, 438

Jammeli C.	Page 269
Jamoussi H.	Page 451
Jarbeau M.	Page 328
Jarlot-Gas C.	Page 242
Jarry A.	Page 181
Jary M.	Page 349
Jaziri H.	Page 99, 143, 219, 266, 268, 290, 415, 422, 449, 450, 451, 452, 453
Jeannesson E.	Page 307
Jegou S.	Page 182
Jemni I.	Page 91, 100, 103, 115, 257, 258, 262, 275, 309, 312, 446, 460
Jess T.	Page 430
Jeune M.	Page 319
Jézéquel C.	Page 228
Jézéquel J.	Page 24, 287
Jiang X.	Page 346
Jiddi S.	Page 137, 442
Jirka A.	Page 320
Jlassi H.	Page 61, 102, 103, 232, 239, 240, 447
Jmaa A.	Page 99, 143, 219, 266, 268, 290, 415, 422, 449, 450, 451, 452, 453
Jmal A.	Page 196, 279, 280, 282
Jmal L.	Page 196, 279, 280, 282
Jobart-Malfait A.	Page 333
Johanns J.	Page 25

Joly F.	Page 283, 330
Jomni T.	Page 386
Jooste V.	Page 377
Josse T.	Page 49, 307
Jotereau F.	Page 181
Jouannaud V.	Page 22
Jouannet M.	Page 44
Jouet P.	Page 17, 129, 428
Jouffret L.	Page 397
Jouffroy-Zeller C.	Page 162
Jouve J.L.	Page 153
Jouvin I.	Page 390
Juglard G.	Page 60, 61
Julie B.	Page 219
Jung C.	Page 53, 65, 79
Juzyna B.	Page 162

K

K. L.K.	Page 353
Kabbage L.	Page 117, 124, 300
Kabbaj N.	Page 74, 75, 79, 115, 279, 292
Kaboré-Zombré N.M.S.	Page 46
Kacem S.	Page 362
Kaci M.	Page 237, 315
Kadi M.	Page 303
Kadiri M.	Page 74, 75, 79, 115, 279
Kaighobadi T.	Page 319
Kallel L.	Page 48, 235

Kallel R.	Page 258, 262, 269, 302	Kharbachi F.Z.	Page 414	Kouihal W.	Page 130, 133, 134, 216, 226
Kamal K.	Page 463	Kharmach O.	Page 92, 210, 440	Koura M.	Page 388
Kamar N.	Page 167, 242	Kharrasse G.	Page 42, 114, 116, 301	Kowo M.P.	Page 220, 251
Kamel R.	Page 14	Khater S.	Page 45, 123	Kpossou A.R.	Page 128, 135, 205, 289
Kaminsky M.C.	Page 151, 153	Khemissa Akouz F.	Page 20	Kraeber-Bodere F.	Page 352
Kamoun D.	Page 277, 280	Khorsi-Cauet H.	Page 135, 331	Krati K.	Page 59, 100, 109, 126, 127, 137, 138, 140, 142, 205, 227, 260, 292, 299, 313, 388, 406, 437, 440, 442, 463, 465
Kanehisa A.	Page 353	Khouitar S.	Page 407	Krebs, A.	Page 333
Kang Y.K.	Page 149	Khsiba A.	Page 76, 98, 104, 107, 108, 112, 122, 144, 220, 223, 249, 269, 293, 308, 437, 453	Krishnan P.	Page 186, 188
Kapel N.	Page 330	Kianmanesh R.	Page 394	Ksiaa M.	Page 99, 143, 219, 266, 268, 290, 415, 422, 449, 450, 451, 452, 453
Kapgang N.S.K.	Page 248	Kim S.	Page 349	Ksontini F.	Page 362
Kara T.K.	Page 241	Kirchgesner J.	Page 10, 158	Kudo M.	Page 149
Karaboué A.	Page 347	Klaus J.	Page 11	Kyheng M.	Page 177
Karila-Cohen P.	Page 314	Klopfenstein Q.	Page 151		
Karsenti D.	Page 106, 108	Ko H.M.	Page 463		
Karsenty A.	Page 195, 196	Kobeiter H.	Page 147		
Karunakaran S.	Page 169	Koch S.	Page 90, 108, 316, 317		
Kasmy Z.	Page 272	Kogay M.	Page 342		
Kassama Z.	Page 419, 420, 441, 449	Koivogui A.	Page 335, 337		
Kaufmanis A.	Page 335, 337	Koné A.	Page 231, 248		
Kawai T.	Page 366	Kongolo G.	Page 41		
Kchir H.	Page 97, 118, 119, 125, 128, 221, 250, 349, 441, 454	Konstantinos A.	Page 169		
Kerbouche R.	Page 250	Konstantinou D.	Page 314		
Kerdreux E.	Page 181	Kopylov U.	Page 426		
Kermarrec T.	Page 338	Kordjani S.	Page 290		
Kezzoula D.	Page 272	Korenbaum C.	Page 38		
Khairallah S.	Page 462	Kottili S.	Page 246		
Khalfallah M.	Page 159, 206	Koudougou C.	Page 5, 22		
Khalfallah M.	Page 166				
Khannoussi W.	Page 42, 114, 116, 301				

Labidi A.	Page 96, 142, 291, 293, 294, 295, 369, 370, 417, 443, 445, 448, 459, 462	Lairani F.E.	Page 137, 442	Laplaige P.	Page 349
Lacaille F.	Page 26, 29, 283	Lair-Mehiri L.	Page 432	Lapuyade B.	Page 321, 392
Lachaux A.	Page 26, 177	Lajouad S.	Page 74, 75, 79, 115, 292	Laquerriere P.	Page 385
Lacorte J.M.	Page 195	Lakhdar Idrissi M.	Page 276, 277	Laquière A.	Page 40, 56, 323, 395
Lafont C.	Page 326	Lalande V.	Page 10	Laraqui H.	Page 214
Lafont P.	Page 206	Lam Y.H.	Page 5	Lardy-Cleaud A.	Page 346
Laforest A.	Page 370	Lamarca A.	Page 400	Larrey D.	Page 185, 217, 244, 263
Lafrance M.J.	Page 219	Lamarque D.	Page 333	Lascols A.A.	Page 218
Lagarde A.	Page 323	Lamas B.	Page 182	Lasset C.	Page 344
Lagasse J.P.	Page 151	Lambare B.	Page 243	Lassoued N.	Page 274
Laharie D.	Page 9, 12, 32, 33, 179, 410, 418, 432, 435, 454	Lambert J.	Page 387	Lastère S.	Page 218
Lahcene M.	Page 130, 133, 134, 216, 226, 420	Lambert V.	Page 197	Laterza L.	Page 330
Lahiani S.	Page 196, 279, 280, 282	Lambin T.	Page 410	Laugier R.	Page 39
Lahlali M.	Page 57, 73, 77, 112, 222, 267, 294, 311, 312, 412, 413, 438, 445, 446	Lamblin G.	Page 47, 185, 187, 241	Launoy G.	Page 166
Lahlou W.	Page 106	Lamblin M.D.	Page 275	Laurent C.	Page 37, 321, 355, 391, 392
Lahmar I.	Page 451	Lambrescak E.	Page 168	Laurent P.A.	Page 69
Lahmek P.	Page 5, 89	Lamine A.	Page 57, 73, 77, 112, 222, 267, 294, 311, 312, 412, 413, 438, 445, 446	Laurent-Puig P.	Page 20, 154
Lahmidani N.	Page 57, 64, 65, 73, 77, 92, 93, 112, 120, 222, 236, 267, 294, 311, 312, 317, 412, 413, 438, 445, 446	Lamireau T.	Page 26, 29, 284	Laurenty A.P.	Page 151, 386
		Lamoureux A.	Page 201	Lavau-Denes S.	Page 18
		Lamrissi I.	Page 327	Lavolé J.	Page 434
		Landemaine A.	Page 183	Lawendy N.	Page 11
		Landi B.	Page 380	Lawitz E.	Page 188
		Landman C.	Page 10, 158	Lawton J.	Page 425
		Landrieux A.	Page 228, 383	Layaida K.	Page 328, 341, 405, 407
		Langella P.	Page 182	Lazartigues J.	Page 51, 346
		Languepin J.	Page 177, 284	Le A.	Page 333
		Lanoue M.C.	Page 43	Le Balc'h E.	Page 169, 208, 209, 211, 214, 363
		Laouirem S.	Page 146	Le Baut G.	Page 153, 457
		Lapeyre M.	Page 316	Le Bayon Bréard A.G.	Page 226
		Lapeyre-Prost A.	Page 354	Le Berre C.	Page 35, 332

Le Berre-Scoul C.	Page 44	Lebreton G.	Page 357	Lekhal C.	Page 130, 336
Le Beyec-Le Bihan J.	Page 195	Lebtahi R.	Page 19, 37	Lelong B.	Page 86, 87
Le Bourhis L.	Page 343	Lecaille C.	Page 18, 21	Lemarchand N.	Page 213
Le Boyer M.	Page 44	Lecleire S.	Page 59, 66, 74	Lemare F.	Page 431
Le Bras F.	Page 364	Leclercq P.	Page 403	Lemay, F.	Page 361
Le Com L.	Page 329	Lecompte T.	Page 187	Lemoine S.	Page 288
Le Cozannet E.	Page 339	Lecomte L.	Page 40, 56, 245	Lemonnier A.	Page 204
Le Gall G.	Page 10	Lecomte T.	Page 18, 19, 43, 88, 138, 161, 162, 194, 354, 362	Leon, F.	Page 45
Le Goffic A.D.	Page 199	Leconte B.	Page 383	Lepage C.	Page 19, 20, 21, 94, 151, 153, 346, 354, 401
Le Lan C.	Page 228	Leconte M.	Page 403	Lepere C.	Page 19
Le Malicot K.	Page 21, 151, 153, 154, 354	Ledit A.	Page 60, 61	Lepetit H.	Page 6, 193, 200, 287
Le Marechal M.	Page 72	Ledoux S.	Page 173	Lepilliez V.	Page 54, 80, 94, 194, 403
Le Mee A.	Page 284	Leduc N.	Page 392	Leroi A.M.	Page 16, 168, 174
Le Mouel J.P.	Page 3, 39, 53, 80, 82, 198, 461	Lee S.	Page 186	Leroux D.	Page 344
Le Pabic E.	Page 373	Leenhardt R.	Page 326	Leroy V.	Page 217
Le Pessot F.	Page 66	Lefebvre C.	Page 362	Leroyer A.	Page 34, 458
Le Prise E.	Page 383	Lefèvre C.	Page 232	Lesage A.C.	Page 215
Le Rhun M.	Page 161, 304, 338	Lefèvre J.	Page 369, 382	Lescure C.	Page 147
Le Roy F.	Page 346	Lefort B.	Page 228	Lescut D.	Page 42, 283
Le Sidaner A.	Page 193	Lefort C.	Page 80	Lestelle V.	Page 191
Le Sourd S.	Page 147, 383	Legoux J.L.	Page 18, 346, 399	Letaief R.	Page 302
Le Trung T.	Page 335, 337	Legros L.	Page 228, 320	Lethuaut A.	Page 320
Le Vacon F.	Page 44	Legros R.	Page 6, 189, 192, 193, 200, 287	Levenson G.	Page 273
Leandri C.	Page 101	Legros R.	Page 85	Levi F.	Page 347
Lebars O.	Page 395	Lehmann-Che J.	Page 465	Levin J.	Page 246
Lebbe C.	Page 185	Lehours P.	Page 29	Levrero M.	Page 219
Lebdi M.	Page 139, 303	Lehur P.A.	Page 168	Lévy J.	Page 60, 61
Lebelle A.L.	Page 232	Lejeune S.	Page 284	Lévy M.	Page 15, 364
Leblanc S.	Page 39, 53, 54, 62, 65, 68, 71, 79, 101, 105, 189, 192, 403	Léké A.	Page 41, 42	Lévy P.	Page 19, 38, 286, 396, 397
Leblanc-Boubchir R.	Page 5				
Lebreton A.	Page 187				

Ley D.	Page 195, 283
Li W.	Page 433
Liagre A.	Page 60, 61
Lienhart I.	Page 94
Lièvre A.	Page 211, 345, 346, 350, 363, 383
Liffraud C.	Page 386
Ligeza C.	Page 349
Lilly L.	Page 376
Lim H.Y.	Page 149
Lim S.G.	Page 186
Limketkai B.	Page 430
Lin C.W.	Page 375
Lindner V.	Page 63
Lion A.	Page 211, 363
Lkousse M.A.	Page 59, 126, 127, 205, 227, 292, 388, 406, 440, 463, 465
Llach J.	Page 121
Llovet J.	Page 149
Lobbedez T.	Page 166
Locher C.	Page 350, 380, 390
Locher C.	Page 373
Loi V.	Page 26
Loleke E.	Page 113
Lombard-Bohas C.	Page 18, 19, 399
Longo G.	Page 62
Lopetuso L.	Page 330
Lopez Busto N.	Page 353
Lopez-Crapez E.	Page 344
Lopez-Martinez E.	Page 393, 398
Loreau J.	Page 424, 461
Loria A.	Page 218, 442

Lorimier G.	Page 26
Louart B.	Page 229
Loubaris K.	Page 78, 318, 376
Louis E.	Page 179, 418
Loukil F.	Page 271
Lounes F.	Page 130, 133, 134, 216, 226, 420
Lourenço N.	Page 346, 390, 465
Lourtet J.	Page 204
Loustaud-Ratti V.	Page 185, 217
Louvet C.	Page 346, 391
Louvet H.	Page 184
Lucchese A.	Page 391
Lucchetti D.	Page 330
Luciani A.	Page 147
Lucidarme C.	Page 427
Luet D.	Page 151
Luma H.N.	Page 220, 248, 251, 256
Lupu A.	Page 85, 201
Lutringer-Magnin D.	Page 218
Luu M.	Page 30
	
Maalej B.	Page 276
Maamouri N.	Page 97, 118, 119, 125, 128, 221, 250, 349, 441, 454
Maatallaoui F.	Page 272
Mabrut J.Y.	Page 355
Macaigne G.	Page 5, 89, 243

Macintyre E.	Page 45
Mackanga J.R.	Page 254
Madau M.	Page 245
Madeline I.	Page 185
Maganga Moussavou I.	Page 254, 255
Maggiori L.	Page 157, 203
Maghrebi H.	Page 362, 369, 370
Magnin B.	Page 47
Mahe M.	Page 333
Mahfoudh A.	Page 276, 277, 278, 280, 281
Mahmoudi M.	Page 76, 98, 104, 107, 108, 112, 122, 144, 220, 223, 249, 269, 293, 308, 437, 453
Mahomed A.	Page 186
Maille F.	Page 22
Maillet M.	Page 391, 465
Maire F.	Page 397
Makris L.	Page 18
Maksimovic F.	Page 105
Maktoub A.	Page 73, 412, 446
Malamut G.	Page 45, 428
Malgras A.	Page 141
Malian A.	Page 454
Malka D.	Page 20, 21, 69, 162, 345, 391, 431
Mallat A.	Page 147
Malongue A.	Page 220, 248, 251, 256
Manfredi S.	Page 18, 150, 335
Maniu A.	Page 27

Mansoor W.	Page 18	Maugard C.	Page 344	Mensi A.	Page 96, 102, 142, 233, 252, 253, 255, 443, 445, 448, 459
Marano C.	Page 25	Maulat C.	Page 242		
Marchal F.	Page 26, 355, 382	Maunoury V.	Page 62	Meny B.	Page 265
Marechal R.	Page 20	Maurel P.	Page 193	Merdrignac A.	Page 373
Mariano G.	Page 390	Mayer P.	Page 34	Mereghetti L.	Page 138
Mariné-Barjoan E.	Page 216	Mayer Lacrosniere S.	Page 196	Merle P.	Page 149
Marion-Letellier R.	Page 327, 328	Mayeur C.	Page 330	Merlini-L'héritier A.	Page 169, 203, 208, 209, 211, 214, 363
Marot G.	Page 183	Mazard T.	Page 344, 393, 398		
Marrer E.	Page 335	Mazières J.	Page 381	Merlio J.P.	Page 37
Marsot J.	Page 371	Mazoyer C.	Page 338	Merniz M.	Page 250
Marteau P.	Page 9, 10, 158	Mbendi S.	Page 113	Mesli F.	Page 15
Martel M.	Page 289	Mbengue M.	Page 298	Messier M.	Page 155
Marthey L.	Page 354, 428	McBride R.	Page 463	Messoudi K.	Page 389, 402
Martin E.	Page 326, 329	Mechhor S.	Page 306, 444, 461, 464	Mestari F.	Page 229
Martin L.	Page 155	Medhioub M.	Page 76, 98, 104, 107, 108, 112, 122, 144, 220, 223, 249, 269, 293, 308, 437, 453	Mestas J.L.	Page 326
Martineau C.	Page 158			Metairie S.	Page 373
Martinez-Vinson C.	Page 182			Metges J.P.	Page 349, 350
Martins C.	Page 434			Metivier S.	Page 217
Marty M.	Page 37, 321	Medza Avah G.	Page 254	Meunier B.	Page 373, 382
Marty O.	Page 209	Meeus P.	Page 26	Meunier C.	Page 460
Mary F.	Page 129, 354	Mege D.	Page 168	Meunier L.	Page 263
Marzani F.	Page 333	Mehta N.	Page 376	Meurette G.	Page 35, 168, 203, 374
Mas E.	Page 197, 284	Meillat H.	Page 86, 87		
Masmoudi H.	Page 403	Meilleroux J.	Page 151	Meyer A.	Page 391, 429
Masson A.	Page 284	Meillon C.	Page 270	Meyer J.	Page 204
Masson D.	Page 137	Mejdoub S.	Page 403	Meyer N.	Page 381
Massot M.	Page 29	Melchior C.	Page 16, 129, 174	Meyers J.	Page 154
Massoulier S.	Page 187	Mellas N.	Page 389, 402	Meyrignac O.	Page 72
Matari A.	Page 208	Mellitzer G.	Page 324, 385	M'harzi L.	Page 88
Mathieu N.	Page 407	Menard C.	Page 338	Mhiri R.	Page 277, 280
Mathurin P.	Page 146, 217	Mensa F.	Page 186, 188, 375	Mialhes P.	Page 244
Matias M.	Page 391			Mialon A.	Page 460
Matton T.	Page 425			Miard C.	Page 183
Matysiak-Budnik T.	Page 304, 325, 338, 384				

Michaud L.	Page 177, 179, 195, 275, 283, 284	Mohamed H.L.	Page 58, 91, 94, 99, 100, 103, 115, 143, 257, 271, 273, 275, 297, 309, 312, 368, 398, 446, 460	Moretta Serra J.	Page 344
Michel M.L.	Page 182			Morgant S.	Page 387
Michel P.	Page 152, 397			Morin C.	Page 378, 401
Michel V.	Page 333			Morland D.	Page 401
Michiels C.	Page 30	Moirand R.	Page 228	Mory B.	Page 204
Michot N.	Page 141	Moiseenko V.	Page 353	Moryoussef F.	Page 69, 380
Miglianico L.	Page 20, 349	Mokrane F.Z.	Page 72, 322	Mosnier J.F.	Page 17, 35, 110, 304
Mihai C.	Page 342	Molinier B.	Page 72	Moszkowicz D.	Page 157
Milano G.	Page 342	Mollevi C.	Page 393, 398	Motomura K.	Page 149
Millon M.	Page 197	Mongo-Onkouo A.	Page 256, 300	Mouelhi L.	Page 56, 57, 58, 60, 98, 102, 111, 131, 132, 233, 234, 252, 253, 255, 266, 267, 348, 404, 444, 451
Mimiesse-Monamou J.F.	Page 256, 300	Monnereau A.	Page 353	Moullec A.	Page 84
Mine L.	Page 204	Monnet O.	Page 395	Mounedji N.	Page 351
Minello A.	Page 184	Monneuse O.	Page 7	Mourgues C.	Page 44
Minet-Quinard R.	Page 32	Monsere T.	Page 113	Mourguet M.	Page 381
Mineur L.	Page 350, 356	Montagne L.	Page 405	Mouri F.	Page 409
Mineur Laharie H.	Page 20	Montasser K.	Page 362	Moussata D.	Page 43, 106
Minon M.	Page 401	Montassier E.	Page 181	Moussavou Kombila J.B.	Page 254, 255
Mion F.	Page 8, 129, 168, 286, 296, 297	Montérynard C.	Page 153	Mrabet A.	Page 259
Mioramalala S.A.	Page 95	Montil M.	Page 10	Mrabet S.	Page 258, 262, 268, 301, 302
Mir O.	Page 431	Montoya M.L.	Page 216	Mrabti S.	Page 77, 78, 302, 320, 414, 436, 461
Mirza A.	Page 433	Montreuil L.	Page 423		
Mithieux F.	Page 371	Moore N.	Page 353		
Mittaine M.	Page 284	Morabit S.	Page 77, 78, 212, 302, 304, 314, 318, 320		
Mizouri R.	Page 139				
Mnif H.	Page 278	Moranvillier I.	Page 327		
Mnif L.	Page 207, 269, 271, 281	Mordacq C.	Page 284		
		Moreau J.	Page 9, 410, 425, 456		
Mnif Z.	Page 276, 277, 278, 280, 281	Moreau J.	Page 211, 355, 363, 380	Msika O.	Page 378, 401
Mocanu Stetiu M.	Page 243	Moreau-Gaudry F.	Page 37, 327	Msika S.	Page 382
Modzelewski R.	Page 152	Morel C.	Page 334	Mukherjee A.	Page 432
		Morello R.	Page 357	Mulder, C.	Page 45
		Moreno S.	Page 351	Muller L.	Page 229
				Mumana A.	Page 130

Munteanu M.	Page 164, 229	Nancey S.	Page 9, 10, 12, 32, 106, 408, 435, 457, 460	Nguyen-Khac E.	Page 82, 461
Muscari F.	Page 242, 322	Napoléon B.	Page 39, 40, 72, 80, 287, 323, 371	Niang B.	Page 282
Musikas M.	Page 165	Napoléon B.	Page 39, 40, 72, 80, 287, 323, 371	Nicco C.	Page 323
Musquer N.	Page 108, 304	Napoléon M.	Page 296, 297	Niccoli P.	Page 194
Muti L.	Page 47, 185, 187, 241	Napon-Zongo D.	Page 388	Nicolai V.	Page 346
Muzellec L.	Page 355	Nardon V.	Page 96	Nicolas A.	Page 177
Myrelid P.	Page 418	Nault J.C.	Page 46, 149, 164, 165	Nicolas C.	Page 43, 138, 226, 227
M'zali F.	Page 329	Naveilhan P.	Page 35, 332	Nicolle R.	Page 20
N		Ndarabu T.	Page 113	Nikolski M.	Page 29
Nabil B.C.	Page 58, 91, 94, 99, 100, 103, 115, 143, 257, 271, 273, 275, 297, 309, 312, 368, 398, 446, 460	Ndayikeza L.	Page 111, 291, 318, 438	Nion-Larmurier I.	Page 10, 158, 423
Nachit M.	Page 206, 230, 308	N'diaye O.	Page 282	Nishikawa K.	Page 18
Nachite A.	Page 272	Neau-Cransac M.	Page 167	Nkodila A.	Page 113
Nachury M.	Page 10, 12, 179	Nedil Y.	Page 257, 341, 405	Nkontchou G.	Page 46, 149
Nahon P.	Page 46, 149, 165	Nedjahi A.	Page 341	Nkurunziza L.	Page 306
Nahon S.	Page 5, 89, 179, 243, 426	Negrii A.A.	Page 27	Noah N.D.	Page 220, 248, 251, 256
Nahon-Uzan K.	Page 106	Nejjari F.	Page 78, 212	Nocca D.	Page 190
Nair A.	Page 326	Nestor Avril N.	Page 409	Noel C.	Page 24
Najimi M.	Page 332	Neunlist M.	Page 17, 35, 44, 110, 325, 332, 333, 384, 434	Noël C.	Page 327
Nakhcha I.	Page 131, 299	Neveu I.	Page 35, 332	Nogues C.	Page 344
Nakhli A.	Page 101, 128, 223, 225, 389, 447, 452	Ngalessami Mouakosso M.	Page 256, 300	Noize P.	Page 353
Nakhoul M.	Page 260	Ngo A.	Page 164	Norguet E.	Page 346
Nalpas B.	Page 50	Ngo Y.	Page 164	Nouhaud E.	Page 383
		N'gom G.	Page 282	Nouiakh L.	Page 389, 402
		Ngoule R.	Page 251	Nour N.	Page 140
		Nguimpi-Tambou M.	Page 354	Nousbaum J.B.	Page 24, 338
		Nguyen K.	Page 186	Nsibi S.	Page 386, 404
		Nguyen S.	Page 151	Nuzzo A.	Page 157
		Nguyen T.	Page 186	Nzouto P.D.	Page 254, 255
				O	
				O'brien C.	Page 25

Oberti F.	Page 146
Obled S.	Page 313, 350
O'Callaghan C.	Page 162
Occelli, F.	Page 180
Offroy M.	Page 50
Ogier-Denis E.	Page 182
Ohno I.	Page 149
Okon A.J.B.	Page 231, 248
Oky K.H.	Page 255
Olives J.P.	Page 197
Olivier R.	Page 7, 17, 110, 175, 434
Ollivier I.	Page 165
Olschwang S.	Page 323
Omari H.	Page 206, 230, 234, 310
Omrani Y.	Page 348
Oppert J.M.	Page 195
Ordan M.A.	Page 380
O'Rourke J.	Page 376
Ortega-Deballon P.	Page 352, 373
Ortiz M.D.C.	Page 243
Ortmans S.	Page 224
Orvain C.	Page 324
Otal P.	Page 319, 322
Otazua P.	Page 264
Othmane B.	Page 407
Ott-Chouki E.	Page 31
Ouahid S.	Page 111, 212, 291, 318, 438
Ouakaa Kchaou A.	Page 61, 102, 103, 221, 232, 237, 239, 240, 361, 389, 406, 418, 439, 447
Oualgouh M.	Page 114, 116

Oualla K.	Page 389, 402
Ouattara Z.D.	Page 388
Oubaha S.	Page 59, 100, 109, 126, 127, 137, 138, 140, 142, 205, 227, 260, 292, 299, 313, 388, 406, 437, 440, 442, 463, 465
Ouizeman D.J.	Page 216
Ould Mahfoud E.H.	Page 234, 310
Ouldgougam R.	Page 130, 133, 134, 216, 226, 420
Ouled Cheikh I.	Page 250
Oules V.	Page 148
Oullier T.	Page 325, 333
Oumrani S.	Page 71, 323
Oung B.	Page 85
Ouni A.	Page 112, 113, 122, 144, 293, 308, 309
Oussalah A.	Page 49, 307
Ouzan D.	Page 244, 265

P

Paboïs J.	Page 35, 332
Pageaux G.P.	Page 167
Pagenault M.	Page 198
Pagnon L.	Page 193
Paineau J.	Page 26
Palazzo M.	Page 3

Palmieri L.J.	Page 173, 350, 380
Panaccione R.	Page 25
Panaro F.	Page 442
Panis Y.	Page 418
Paoli J.B.	Page 395
Paradis V.	Page 146
Parc Y.	Page 369
Parésy M.	Page 397
Pariente B.	Page 9, 32, 34, 55, 62, 180, 183, 288, 410, 432, 458
Parrin M.	Page 38
Parvanescu A.	Page 38
Passot G.	Page 352, 382
Patrono D.	Page 366
Patry I.	Page 316
Pattou F.	Page 62
Paugam C.	Page 157
Paul S.	Page 36, 426, 430
Paupard T.	Page 120, 243, 426
Pautier P.	Page 431
Pavli P.	Page 457
Paye F.	Page 369, 373
Payet P.	Page 229
Pedrono M.	Page 147
Peduto L.	Page 23
Pekka, C.	Page 45
Pelage J.P.	Page 357
Pelaquier A.	Page 5
Pelascini E.	Page 7
Pellat A.	Page 341
Pellerin O.	Page 153
Pelletier A.L.	Page 169, 170, 314, 428
Pelletier S.	Page 50

Pellissier S.	Page 407	Pessaux P.	Page 352, 394	Pignot G.	Page 71
Pelloux V.	Page 195	Petiet M.	Page 426	Pigot F.	Page 167, 203, 374, 454
Penaranda G.	Page 148, 395	Petitcollin A.	Page 170, 183, 427	Pillant-Le Moul H.	Page 204, 209, 213, 374
Peoc'h K.	Page 157	Petitdidier N.	Page 15, 364, 428	Pin C.	Page 270
Perarnau J.M.	Page 226, 227	Petito V.	Page 330	Pinard F.	Page 287
Percie du Sert A.	Page 123	Petorin C.	Page 19, 21	Pineton de Chambrun G.	Page 12, 190, 442
Perdigao Cotta F.	Page 166	Petrea O.	Page 124	Pioche M.	Page 3, 6, 7, 8, 54, 64, 85, 94, 175, 178, 189, 192, 194, 198, 200, 201, 340, 403
Perdrix A.	Page 397	Peyneau M.	Page 434	Pirro N.	Page 382
Pereira B.	Page 12, 32, 33, 185, 411, 416	Peyrin-Biroulet L.	Page 9, 10, 12, 25, 32, 141, 179, 408, 410, 425, 427, 432, 435	Pistilli B.	Page 431
Pereira H.	Page 161	Pezet D.	Page 18, 26, 390	Pizzicannella M.	Page 67, 81, 82
Perkins G.	Page 380	Pfeiffer P.	Page 353	Planchais J.	Page 182
Perney P.	Page 50	Phelip J.M.	Page 21, 36, 153, 346, 351, 390, 426, 430, 431	Planchard D.	Page 431
Pernot S.	Page 153, 350, 354, 390	Philip J.	Page 60, 61	Plastaras L.	Page 12, 96
Péron J.M.	Page 164, 242	Phouthasang V.	Page 229	Platon M.	Page 27
Péron M.	Page 320, 325	Piardi T.	Page 394	Plomteux O.	Page 403
Perretta, S.	Page 63, 190	Piche T.	Page 7, 13, 64, 72, 216	Pocard M.	Page 18, 26, 382, 387, 390, 465
Perrier H.	Page 18, 148, 151, 349, 395	Pichy C.	Page 371	Podevin J.	Page 35, 175
Perrier M.	Page 380	Picon L.	Page 43, 106	Poggioli G.	Page 418
Perrin C.	Page 147	Pidal L.	Page 63	Pogu C.	Page 338
Perrin P.	Page 307	Piessen G.	Page 18, 55, 155, 382	Poincloux L.	Page 94, 118
Perrin P.	Page 171, 334, 335	Pietrasz D.	Page 391, 394	Pointet A.L.	Page 20, 390
Perrod G.	Page 63, 88, 123, 161, 192, 336	Pietri O.	Page 148, 395	Poirot B.	Page 465
Persico M.	Page 188	Piette C.	Page 335	Poitou Bernert C.	Page 195
Persyn E.	Page 304	Piffoux M.	Page 88	Poizat F.	Page 84, 86, 87, 397
Peschaud F.	Page 157	Pigneur B.	Page 41	Pol B.	Page 323, 395
Pesenti C.	Page 67, 70, 71, 81, 82, 83, 84, 86, 87, 191	Pignon F.	Page 396		

Pol S.	Page 185, 188, 217
Pollo P.	Page 164
Pommaret E.	Page 204, 209
Poncet G.C.	Page 7
Ponchon T.	Page 4, 6, 7, 8, 64, 94, 175, 192, 201, 340
Pont E.	Page 307
Pop T.L.	Page 27
Popa I.	Page 342
Popa R.	Page 342
Popovici C.	Page 344
Porcalla A.	Page 186
Portal A.	Page 204, 213
Portales F.	Page 313, 344, 351, 391, 393, 394, 398
Pospait D.	Page 244
Pote N.	Page 185
Poudoux P.	Page 176, 229, 286
Pouedras J.	Page 386
Pouillon L.	Page 425, 435
Poullenot F.	Page 33, 435, 454
Pourrat X.	Page 138
Poupoudat C.	Page 392
Poynard T.	Page 164, 229
Pozet A.	Page 346, 390
Pracht M.	Page 147, 149, 383
Prasad V.	Page 400

Prat F.	Page 39, 53, 62, 65, 68, 71, 75, 79, 101, 105, 175, 323, 326, 403
Pratico C.	Page 79
Prevost F.	Page 232, 270
Price T.	Page 351
Prieto M.	Page 5
Prigent A.	Page 384
Privat J.	Page 40, 54, 287
Prodel M.	Page 425
Prokharau A.	Page 18
Prost A.	Page 176, 224, 229
Prothe C.	Page 90, 395
Proux A.	Page 191
Prudhomme M.	Page 313
Pucheux J.	Page 227
Pugatch D.	Page 188
Puisset F.	Page 381, 386
Puleo F.	Page 20
Punt C.	Page 353
Puzenat E.	Page 307
Quantin C.	Page 30
Quénéhervé L.	Page 17, 108, 110, 137, 175, 434
Quenet F.	Page 26, 313, 377, 382
Quentin V.	Page 5, 89
Queralto M.	Page 60, 61

Quertinmont E.	Page 20
Quilliot D.	Page 141
Quincy P.	Page 37
R	
Rabahi-Louanchi N.	Page 215
Rachdi R.	Page 303
Radenne S.	Page 167
Radius N.	Page 148, 395
Raffenne J.	Page 146
Rafik H.	Page 39
Ragi O.	Page 189
Rahanitriniaina N.M.P.	Page 311
Rahmi G.	Page 3, 54, 63, 88, 123, 161, 192, 202, 336, 403
Raillat J.	Page 317
Raingard I.	Page 313
Rajaonera A.T.	Page 311
Rajca S.	Page 10, 12, 428
Rakotoarivelo R.	Page 262
Rakotondrabe H.A.	Page 311
Rakotondrainibe A.	Page 311
Rakotozafindrabe A.L.R.	Page 238
Rakotozafy J.C.	Page 262
Ralaizanaka B.M.	Page 238
Ramanampamonjy R.M.	Page 238
Ramos J.	Page 313
Randriamizao H.M.R.	Page 311
Raoul J.L.	Page 146, 148, 153, 162
Rapp M.	Page 41
Rasamindrakotroka A.	Page 262
Rat P.	Page 162, 382

Ratone J.P.	Page 67, 70, 71, 81, 82, 83, 84, 86, 87, 191	Rejasse G.	Page 213	Robert M.	Page 7
Rattina V.	Page 307	Rekik R.	Page 348	Robert V.	Page 330
Ratzu V.	Page 146	Rekik S.	Page 314	Robic M.A.	Page 164
Rau K.M.	Page 149	Remark R.	Page 343	Roblin X.	Page 9, 12, 25, 32, 36, 170, 179, 408, 425, 426, 430, 431, 432, 433, 435, 460
Rauscher A.	Page 352	Rémy A.J.	Page 5, 22	Roca L.	Page 26
Rautou P.E.	Page 146	Renard P.	Page 184	Roche S.	Page 28
Ravaoli F.	Page 163	Renou C.	Page 22, 243	Rocheport P.	Page 378, 401
Ravaux A.	Page 123, 336	Resche-Rigon M.	Page 185	Rodrigues L.	Page 375
Raynaud J.J.	Page 14, 129	Reygner J.	Page 330	Rodriguez-Perez F.	Page 375
Razafimahefa S.H.	Page 95, 238, 262	Reymond M.	Page 12, 32, 33, 185, 411, 416	Roger C.	Page 229
Razafimahefa V.J.	Page 95, 262, 465	Reynes C.	Page 45	Roland D.	Page 192
Razafindrazoto C.I.	Page 238	Reyre J.	Page 316	Roland Nicaise P.	Page 170, 434
Razafinimanana M.	Page 352	Rhazi L.	Page 135	Rolland Y.	Page 147
Rebai W.	Page 369, 370	Riachi G.	Page 244	Rolli-Derkinderen M.	Page 35, 333
Rebischung C.	Page 21	Riant T.	Page 159	Romain B.	Page 324, 385
Rebours V.	Page 19, 37, 38, 286, 396, 399	Riault C.	Page 461	Romain G.	Page 377
Recton J.	Page 397	Ribes D.	Page 319	Roman S.	Page 8, 175, 296, 297
Reenaers C.	Page 179, 410	Ribière S.	Page 101	Romptaux M.	Page 69
Regenet N.	Page 320, 391, 394	Richard L.M.	Page 182	Romptaux P.	Page 14, 129, 130, 391
Reggad A.	Page 272	Ries P.	Page 70	Ronot M.	Page 157
Regimbeau J.M.	Page 373, 394	Rigault E.	Page 383	Robert A.	Page 17, 175, 203, 286
Regnault D.	Page 43, 138, 226, 227	Rinaldi Y.	Page 20, 21, 339	Roque I.	Page 60, 61
Regnault H.	Page 147	Ripault M.P.	Page 5, 22, 243	Roque-Afonso A.M.	Page 243
Reichling C.	Page 151	Riquelme M.	Page 118	Roquelaure B.	Page 26
Reignier J.	Page 320	Rivera P.	Page 386	Roquin G.	Page 194
Reimund J.M.	Page 326, 329, 354	Rivière B.	Page 313	Rosa I.	Page 22, 89, 217, 218, 432
Reis S.	Page 35	Rivière P.	Page 33, 454	Rosado Carion B.	Page 375
Reizine E.	Page 147	Rivière S.	Page 17, 287		
		Rivoire M.	Page 355, 382		
		Rivory J.	Page 6, 7, 8, 54, 85, 94, 189, 192, 201, 340		
		Robaszkiewicz M.	Page 24, 108, 202, 338		

Roseau G.	Page 69, 71
Rossignol E.	Page 383
Rostain F.	Page 7, 201
Roth G.	Page 225
Rouabah L.	Page 135, 331
Rouanet M.	Page 319
Roubertie A.	Page 28
Rouchon M.S.	Page 332
Roudot-Thoraval F.	Page 147
Roufik I.	Page 272
Rouibaa F.	Page 212, 261
Rouillon C.	Page 165
Roul M.	Page 44
Rouland M.	Page 328
Roulet F.	Page 353
Roumeguère P.	Page 374
Roumieu G.	Page 356
Roumy V.	Page 270
Rouquet O.	Page 316
Rouquette O.	Page 118
Rousseau A.	Page 10
Rousseau B.	Page 327, 345, 350
Rousseau C.	Page 352
Rousseau G.	Page 166
Rousseau V.	Page 179
Rousset P.	Page 401
Roux O.	Page 167, 185
Rouyer M.	Page 344, 353
Rouyer P.	Page 49
Roy M.	Page 160, 182, 457
Rubin A.	Page 376
Rubin D.T.	Page 432
Rudant J.	Page 429
Rudler M.	Page 164, 229

Ruemmele F.	Page 41
Rullier E.	Page 355, 360
Ruszniewski P.	Page 19, 37, 399
S	
Sa Cunha A.	Page 353, 391, 394
Saadaoui Y.	Page 448
Saban-Roche L.	Page 350
Sabaté J.M.	Page 14, 17, 129, 130, 287
Sabatier R.	Page 45
Sabbagh C.	Page 373, 461
Sabbah M.	Page 61, 102, 103, 221, 232, 237, 239, 240, 361, 389, 406, 418, 439, 447
Sabbek A.	Page 422, 449, 450, 451, 452
Saber B.	Page 222
Sabourin J.C.	Page 397
Sacher-Huvelin S.	Page 4
Safa Far E.	Page 204
Safer L.	Page 58, 91, 94, 99, 100, 103, 115, 143, 257, 271, 273, 275, 297, 309, 312, 368, 398, 446, 460
Safi F.	Page 278, 281
Safra I.	Page 348
Sage P.	Page 90

Saïbou M.	Page 254, 255
Said Y.	Page 56, 57, 58, 60, 98, 102, 111, 131, 132, 233, 234, 252, 253, 255, 266, 267, 404, 444
Saidi Idrissi M.	Page 203
Saillard E.	Page 3, 219
Saint A.	Page 342, 387, 390, 405
Saintes C.	Page 355
Saint-Georges G.	Page 219
Sair A.	Page 77
Sakly H.	Page 144
Salah A.	Page 274
Salamé E.	Page 227
Salameh E.	Page 328
Salem N.	Page 71
Salhi A.	Page 419, 420, 449
Saliba F.	Page 167
Salihoun M.	Page 74, 75, 79, 115, 279, 292
Salloum C.	Page 147
Salmon E.	Page 396
Salvador E.	Page 264
Samaha E.	Page 4, 123, 161, 336
Samalin E.	Page 344, 345, 393, 398
Samama J.	Page 106

Samlani Z.	Page 59, 100, 109, 126, 127, 137, 138, 140, 142, 205, 227, 260, 292, 299, 313, 388, 406, 437, 440, 442, 463, 465	Savin A.	Page 342	Seita F.	Page 357
Samson J.M.	Page 69	Savoie G.	Page 9, 34, 51, 180, 183, 327, 328, 423, 458	Seitz J.F.	Page 21, 339, 351
Samuel D.	Page 167, 184, 185, 217	Savoie-Collet C.	Page 152	Seksik P.	Page 10, 12, 158, 410, 457
Sandborn W.	Page 25	Sawadogo A.	Page 388	Selves J.	Page 151, 386
Sands B.	Page 25	Scaldeferri F.	Page 330	Selzner N.	Page 376
Saniour J.	Page 260, 462	Scandola-Guyot M.C.	Page 334	Sénéjoux A.	Page 374
Santoni A.	Page 125	Scanzi J.	Page 44	Senellart H.	Page 345, 355
Sapisochin G.	Page 376	Scatton O.	Page 156, 166, 273, 365, 366, 367	Sengel C.	Page 225
Sara M.	Page 261, 376	Schaefer M.	Page 201	Sentissi S.	Page 77, 78, 302, 320
Sarabi M.	Page 378, 401	Schaeverbeke T.	Page 29, 329	Seree O.	Page 166
Sarafan-Vasseur N.	Page 397	Scheidhauer K.	Page 400	Serena L.	Page 366
Sarah H.	Page 462	Schernberg A.	Page 434	Serghini M.	Page 96, 142, 291, 293, 295, 369, 370, 417, 443, 445, 448, 459, 462
Sarhani A.	Page 120	Schiappa R.	Page 342, 387	Serone A.	Page 433
Sarrabayrouse G.	Page 181	Schielke A.	Page 366	Seror O.	Page 46, 149, 165
Sarrazin C.	Page 246	Schmidt A.	Page 286	Serradas P.	Page 16
Sarter H.	Page 34, 180, 183, 455, 458	Schmitt C.	Page 16	Serraj I.	Page 74, 75, 79, 115, 279, 292
Sasadeusz J.	Page 186	Schmitt G.	Page 394	Serrero M.	Page 9, 10, 12, 125
Sauger C.	Page 362	Schnell G.	Page 375	Sfar M.H.	Page 274
Saunders M.	Page 353	Schouler M.	Page 381	Sfeir R.	Page 179, 284
Saurin J.C.	Page 4, 7, 94, 161, 340	Schwarz L.	Page 352, 397	Sgambato A.	Page 330
Sautereau D.	Page 6, 193, 200	Schwarz M.	Page 38	Sghir H.	Page 109, 313
Sauvanet A.	Page 37, 38, 162, 391, 394, 397	Sebei A.	Page 362	Shah T.	Page 400
Savale C.	Page 161	Seddik H.	Page 77, 78, 302, 304, 314, 318, 320, 376	Shang C.	Page 251
Savalli L.	Page 159, 206	Seeleuthner Y.	Page 307	Shehab R.	Page 462
Savier E.	Page 68, 166	Sefrioui D.	Page 152, 346, 397	Sherbini M.	Page 239
		Segalin J.M.	Page 218	Shi Q.	Page 154
		Segol P.	Page 166	Shiffman M.	Page 246
		Sehonou J.	Page 128, 135, 205, 289	Shin D.B.	Page 149
		Seigneurin A.	Page 225		

• • • • • 500 • • • • •

Tabeti B.	Page 364, 368	Tardieu E.	Page 150	Thomassin J.	Page 71
Tacher V.	Page 147	Tardieu M.	Page 28	Thomassin L.	Page 59, 74
Taes Y.	Page 129	Targan S.	Page 25	Thorel J.M.	Page 59
Taft T.	Page 296, 297	Tasset C.	Page 433	Thorpe A.	Page 11
Tagni-Sartre M.	Page 220, 251	Tassy B.	Page 442	Thumerelle C.	Page 284
Taheri T.M.	Page 289	Tchoumak I.	Page 90	Tidjane A.	Page 364, 368
Tahiri Joutei Hassani M.	Page 114, 116, 117, 206, 230, 234, 242, 243, 246, 259, 261, 270, 303, 308, 310, 413, 414, 415, 443	Teilhet C.	Page 44, 45, 185, 241	Tiffon C.	Page 325
Tahri N.	Page 207, 269, 271, 281, 403	Temani M.K.	Page 109, 127, 236	Timsit E.	Page 166
Tahri S.	Page 274	Temessek A.	Page 139	Tinsley A.	Page 432
Taibi A.	Page 200	Temessek A.	Page 303	Tiret A.	Page 177
Taieb S.	Page 215	Ten T.A.	Page 353	Tlili R.	Page 97, 118
Taïeb J.	Page 20, 151, 153, 154, 351, 354, 390, 391, 394	Terlizzi M.	Page 392	Topolscki A.	Page 96
Tajedine M.	Page 214	Terrault N.	Page 376	Tordjman G.	Page 106
Taku T.S.	Page 220, 251, 256	Terrebonne E.	Page 18, 20, 194, 392	Torjmen F.	Page 222, 386
Talavera-Pons S.	Page 241	Terris B.	Page 403	Torres F.	Page 62
Talbotec C.	Page 283	Teuma L.	Page 394	Touati A.	Page 419, 420, 449
Talla P.	Page 220	Texier M.	Page 377	Touati E.	Page 333
Tallegas M.	Page 228	Teyssier Y.	Page 225	Touati G.	Page 28
Talom S.	Page 243	Thabut D.	Page 164, 165, 229	Toubert A.	Page 343
Tamzaourte M.	Page 111, 212, 261, 291, 318, 438	Tharsis G.	Page 106	Touchefeu Y.	Page 352, 355, 384, 391
Tanguy V.	Page 46	Thévenot T.	Page 90, 184	Tougeron D.	Page 18, 153, 232, 270, 345, 346, 349, 350, 355, 390, 399
Tanne F.	Page 338	Thézenas S.	Page 344	Touibi Y.	Page 212
Tannoury J.	Page 15, 364	Thiebault H.	Page 80, 82	Touil-Boukoffa C.	Page 328
Taouil G.	Page 276	Thiéfin G.	Page 50, 184	Toulas C.	Page 151
Taouk M.	Page 215	Thiongane A.	Page 282	Toulemonde P.	Page 265
		Thioubou M.A.	Page 298	Toullec C.	Page 356
		Thirion M.	Page 334	Toumpanakis C.	Page 400
		Thirot-Bidault A.	Page 20, 390	Tounian P.	Page 195, 196
		Thiyfa Y.	Page 116, 117, 124, 300	Toure E.	Page 397
		Thomas C.	Page 215	Touré M.L.	Page 282
		Thomas J.	Page 284	Tournier C.	Page 425
		Thomas M.	Page 330	Toyonaga T.	Page 202

Trabelsi N.	Page 403
Trad D.	Page 61, 102, 103, 221, 232, 237, 239, 240, 361, 389, 406, 418, 439, 447
Trad N.	Page 102, 111, 233, 234, 253
Train C.	Page 374
Tran A.	Page 49, 185, 217
Tran L.	Page 40
Tran-Dinh A.	Page 157
Trang Poisson C.	Page 9, 179, 338
Tran-Minh M.L.	Page 10, 12
Treton X.	Page 418, 432, 434, 435, 457
Trichili S.	Page 281
Trifan A.	Page 124
Trinh R.	Page 375
Trocme C.	Page 407
Trompette M.	Page 22
Trottier-Tellier F.	Page 56
Trouette R.	Page 392
Trouilloud I.	Page 350, 380, 390, 391
Truchi R.	Page 244
Truong Thanh X.M.	Page 400
Tsakiris L.	Page 5
Tshimpi A.	Page 113
Tsilkos K.	Page 432
Tsuchiwata S.	Page 432
Tsuji, W.	Page 45
Tual C.	Page 373
Tuech J.J.	Page 397
Tuppin P.	Page 17, 287

Turck D.	Page 183, 195
Turner L.	Page 22
Turpin A.	Page 21, 162, 346
Turpin J.	Page 461
Turrin N.	Page 395
Turrini O.	Page 391, 394
Tuyeras G.	Page 322

U

Uguen T.	Page 228
Ullman T.	Page 430
Ungar B.	Page 426
Ungaro R.	Page 430, 463
Untereiner V.	Page 50
Urreta I.	Page 264

V

Vaillant J.C.	Page 391, 394
Vaillant M.F.	Page 42
Valantin V.	Page 323
Valats J.C.	Page 190, 287, 442
Valensi P.E.	Page 286
Valentin C.	Page 322
Valette P.J.	Page 7
Valgueblasse V.	Page 6, 193
Vallet-Pichard A.	Page 217
Van D.W.A.	Page 353
Van Assche G.	Page 25
Van Cutsem E.	Page 351, 353
Van Der Aa A.	Page 433
Van Der Smissen P.	Page 332
Van Laethem J.	Page 20
Vanbiervliet G.	Page 3, 7, 54, 64, 72, 108, 189
Vande Perre P.	Page 151
Vangils, T.	Page 45
Vanhelst J.	Page 195
Vanlemmens C.	Page 90, 167
Vanoli A.	Page 151
Vanrenterghem A.	Page 40, 41
Varennes L.	Page 225
Varon C.	Page 325
Vasseur F.	Page 183
Vasson M.P.	Page 45
Vaysse T.	Page 9, 432
Vazeille E.	Page 12, 32
Vedie A.L.	Page 286
Vedrenne B.	Page 39
Vélayoudom-Céphise F.L.	Page 194
Veltin M.	Page 410
Venara A.	Page 203
Vendrely V.	Page 37, 327, 391, 392, 394
Venezia F.	Page 106
Venkatasamy A.	Page 324, 385
Vera P.	Page 152
Verdalle Cazes M.	Page 152
Verdon S.	Page 37
Vergniol J.	Page 175
Vergnolle N.	Page 16
Verkindt H.	Page 62
Verlynde J.	Page 5
Vermeire S.	Page 433
Vernerey D.	Page 18, 317

Verset L.	Page 20
Veyrard P.	Page 36, 426, 430, 431, 435
Veyre F.	Page 460
Vezinet C.	Page 166
Viala J.	Page 177, 457
Vibert E.	Page 156, 365, 367
Vidal F.	Page 195
Vienne-Noyes S.	Page 386
Viennot S.	Page 9, 10, 12, 158, 179, 432, 435
Vienot A.	Page 317, 395
Vieux R.	Page 31
Vignal C.	Page 180, 455
Vignette J.	Page 33
Vignon K.R.	Page 128, 135, 205, 289
Vinaixa C.	Page 376
Vincelet C.	Page 335, 337
Vinet O.	Page 4
Vinson-Bonnet B.	Page 214, 374
Visee C.	Page 203
Vitellius C.	Page 350
Vitte R.L.	Page 5, 22, 69, 89
Vitton V.	Page 53, 54, 175, 189, 203
Vivier-Chicoteau J.	Page 343, 387
Volet J.	Page 21, 162
Vong C.	Page 432
Voron T.	Page 366

Vuittton L.	Page 3, 9, 10, 12, 90, 316, 317
Vullierme M.P.	Page 397
Vychnevskaia K.	Page 157
	
Wacquet J.	Page 146
Waligora-Dupriet A.J.	Page 16, 330
Walker F.	Page 211
Wallenhorst T.	Page 54, 169, 175, 198, 208, 209, 211, 214, 320, 363
Walter A.	Page 165
Walter T.	Page 19, 194, 346, 399, 401
Walz J.	Page 71
Wang Q.	Page 346
Wang S.	Page 375
Wasan H.	Page 353
Wasiak M.	Page 44
Weber S.	Page 171
Wedemeyer H.	Page 246
Wei A.C.	Page 162
Weil D.	Page 184
Weill A.	Page 429
Weinandt M.	Page 369
Weiss E.	Page 157
Weli M.	Page 276, 281
Wicker C.	Page 29
Wilhelm C.	Page 63
Williet N.	Page 21, 36, 390, 431
Wils P.	Page 55, 458

Winkler J.	Page 67, 81, 82, 83
Winkler R.	Page 18
Woehl-Jaegle M.L.	Page 167
Wong F.	Page 186
Woodworth D.	Page 11
Wuestenberghs F.	Page 174

Yacoub H.	Page 128, 221, 361
Yacoubi Loueslati B.	Page 348
Yaghi C.	Page 462
Yahyaoui S.	Page 279
Yaker L.	Page 327, 328
Yakoubi M.	Page 76, 108, 223, 437, 453
Yalçın S.	Page 18
Yamaga A.	Page 243
Yao B.	Page 186
Ychou M.	Page 162, 393, 398
Yen C.J.	Page 149
Yoshida E.	Page 188
Younes E.	Page 260
Ysmail-Dahlouk S.	Page 215
Yü Y.	Page 188
Yzet C.	Page 80, 82, 430, 461, 463
Yzet T.	Page 80, 82

Z

Zaanan A.	Page 18, 154, 345
Zadeikis N.	Page 186, 188
Zadro C.	Page 456
Zaghdoud R.	Page 281
Zahi I.	Page 42, 114, 116, 301
Zaimi Y.	Page 56, 57, 58, 60, 98, 102, 111, 131, 132, 233, 234, 266, 267, 348, 404, 444
Zair Y.	Page 341, 407
Zakhama M.	Page 58, 91, 94, 99, 100, 103, 115, 143, 257, 309, 312, 368, 398, 446, 460
Zalar A.	Page 174
Zallot C.	Page 10, 141, 170, 427
Zamor P.	Page 188
Zanditenas D.	Page 22, 243
Zantour B.	Page 274
Zapata E.	Page 264
Zeboulon C.	Page 185
Zeinab M.	Page 271
Zeitoun J.D.	Page 215
Zemmouchi S.	Page 130, 133, 134, 216, 226, 420
Zemmour C.	Page 82, 87, 191
Zerbib F.	Page 33, 175, 286, 360

Zeriouh M.	Page 42, 301
Zgoulli R.	Page 439
Zhang H.	Page 11, 25, 432
Zhang X.	Page 16
Zhang Z.	Page 186
Zhavrid E.	Page 18
Zhong P.	Page 316
Zhu A.	Page 149
Ziol M.	Page 46, 149
Zitouni H.	Page 277
Zouiten L.	Page 291, 293, 294, 295
Zoulim F.	Page 217, 219
Zoure N.	Page 388
Zribi M.	Page 278
Zribi S.	Page 139
Zubiaurre L.	Page 264