JOURNÉES FRANCOPHONES D'HÉPATO-GASTROENTÉROLOGIE ET D'ONCOLOGIE DIGESTIVE

JFHOD

JFHOD.COM

LIVRE DES RÉSUMÉS

AVEC LE SOUTIEN INSTITUTIONNEL DE

BIOCODEX
healthcare with passion and conviction

Société Nationale Française de Gastro-Entérologie
SNFGE

L'ACTIVITÉ PHYSIQUE

PAYS INVITÉ : **LA SUISSE**

16-19 MARS 2023 - PALAIS DES CONGRÈS DE **PARIS**

FMC HGE

ACHGT · AFEF · CFD · CHDH · FFCD · GERCOR · GETAID · GFHGNP · GFNG · FSD · SFED · SIAD · SNFCP · unicancer

JOURNÉES FRANCOPHONES D'HÉPATO-GASTROENTÉROLOGIE ET D'ONCOLOGIE DIGESTIVE

JFHOD.COM

Société Nationale Française de Gastro-Entérologie SNFGE

FMC HGE

RÉSUMÉS DU **JEUDI 16** MARS

Communications orales : CO.001 à CO.024 — Page **3**
Communications orales en plénière : CO.025 à CO.029 — Page **20**
Communications orales : CO.030 à CO.043 — Page **25**

RÉSUMÉS DU **VENDREDI 17** MARS

Communications orales : CO.044 à CO.67 — Page **38**
Communications orales en plénière : CO.68 à CO.71 — Page **56**
Communications orales : CO.072 à CO.101 — Page **59**
Vidéo-session : V.001 à V.007 — Page **81**

RÉSUMÉS DU **SAMEDI 18** MARS

Communications orales : CO.102 à CO.117 — Page **87**
Communications orales en plénière : CO.118 à CO.122 — Page **96**
Communications orales : CO.123 à CO.143 — Page **100**

RÉSUMÉS DU **DIMANCHE 19** MARS

Communications orales : CO.144 à CO.151 — Page **118**
Communications orales en plénière : CO.152 à CO.157 — Page **123**
Communications orales : CO.158 à CO.165 — Page **128**

SESSIONS EN **V.O.D.**

Meilleurs posters : P.001 à P.040 — Page **136**
Posters : P.041 à P.606 — Page **163**

INDEX DES **AUTEURS**

Page **501**

JFHOD 2023

JEUDI
16 MARS

C.001

Évaluation de l'efficacité à un programme d'activité physique adaptée (APA) chez des patients avec une stéatose hépatique métabolique (SteatoAPA)

F. Lermite [(1)], P. Ivaldi [(1)], J. Gal [(1)], B. Roy [(2)], R. Schiappa [(1)], Q. Serrano [(1)], D.J. Ouizeman [(1)], S. Contu [(1)], C. Falzon [(1)], R. Truchi [(1)], M. Chassang [(1)], M. Fournier [(1)], C. Tran [(1)], N. Chevalier [(1)], A.J. Rémy [(2)], S. Le Garf [(1)], R. Anty [(1)]

(1) Nice ; (2) Perpignan.

Introduction : Les stéatoses hépatiques métaboliques (Non-Alcoholic Fatty Liver Disease-NAFLD), toucheraient près de 18 % de la population française et peuvent mener à terme à la cirrhose voire au carcinome hépatocellulaire.

Bien que la pratique de l'activité physique associée ou non à une prise en charge diététique ait démontré une amélioration de la stéatose hépatique, les études publiées présentent certaines limites méthodologiques (faibles effectifs, courte durée d'intervention, diversité des méthodes d'évaluation, hétérogénéité des pratiques d'activité physique, absence de suivi des patients à moyen/long terme). L'objectif de cette étude était d'évaluer l'efficacité de 12 semaines d'Activité Physique Adaptée (APA) associée à des mesures diététiques chez des patients ayant une NAFLD. L'évaluation de différents paramètres cliniques et paracliniques est faite à la fin des 12 semaines d'APA et 24 semaines après la fin de l'APA.

Patients et Méthodes : Les patients inclus avaient une NAFLD, dont le diagnostic était posé par un hépatologue, lors de la présence d'une stéatose hépatique échographique, sans consommation d'alcool à risque (≤ 30g/j chez les hommes et ≤ 20 g/j chez les femmes) et sans autre hépatopathie.
L'étude est une prospective, bi centrique (1 CHU et 1 CH général), randomisée (2 : 1) APA + diététique *versus* diététique seule. Les inclusions ont commencé le 15/09/2021 et sont ouvertes jusqu'au 15/09/2023.
Le critère de jugement principal est la diminution de 10 % de la valeur du CAP continu (FibroScan, Echosens), qui quantifie la stéatose hépatique. Le calcul du nombre de patients à inclure était de 105.
Différentes évaluations cliniques, anthropométriques, biologiques, ainsi que la réalisation de différents questionnaires spécifiques, des tests de performance physique, et des tests non invasifs de la fibrose hépatique (l'élasticité hépatique, FibroScan Echosens), ELF (Siemens Healthcare) sont systématiquement faites à baseline, après 12 semaines d'APA et 24 semaines après la fin de l'APA. La durée totale de l'étude pour un patient est donc de 36 semaines.
Le présent abstract est une analyse intermédiaire préliminaire portant sur les 20 premiers patients inclus. Les résultats présentés comparent les médianes des données entre baseline et après 12 semaines d'APA. Les analyses statistiques ont été faites à l'aide de tests non paramétriques (Statview 4.0).

Résultats : Chez les 20 premiers patients, 14 patients étaient dans le groupe APA + diététique et 6 dans le groupe diététique seule. Les caractéristiques des patients étaient les suivantes : 12 femmes et 8 hommes, âge médian = 57,5 ans, BMI = 30,7, poids = 86,35 kg, tour de taille = 106,6 cm, force des quadriceps = 217 N, CAP = 310 dBm, élasticité hépatique = 5,65 kPa, ASAT = 33 Ui/L, ALAT = 53,5 Ui/L, GGT = 44 Ui/L, PhAlc = 74Ui/L, score ELF = 8,85. Il n'y avait pas de différence au niveau des caractéristiques clinico-biologiques entre les groupes des patients APA + diététique *versus* diététique seule. La pratique de l'APA permettait une amélioration significative sur plusieurs critères physio-anthropométriques : une perte de poids (Δ = -2,25 kg ± 2,62 ; p<0,05) ; une diminution du tour de taille (Δ = -2,2 cm ± 3,07 ; p<0,05) et une augmentation de la force musculaire des quadriceps (Δ = 30,5 N ± 57,5 ; p<0,05). Parmi les paramètres hépatiques, on ne notait pas de différence significative du score ELF (Δ = 0,25 ± 0,7 ; p = 0,17), cependant une amélioration significative de l'élasticité hépatique (Δ = -0,9 kPa ± 1,8 ; p<0,05) ainsi qu'une tendance à la diminution de la stéatose évaluée par le CAP continu (Δ = -32 dB/m ± 36 ; p = 0,08) étaient observées.

Conclusion : Ces résultats préliminaires montrent des effets bénéfiques de l'APA sur les caractéristiques anthropométriques, la performance musculaire et l'état hépatique de patients avec NAFLD.

Remerciements, financements, autres : NCT : 04835831

Partenariats : Novartis, Echosens, Siemens healthcare, Mayoli-Spindler, Tillotts.

C.002

Effets des analogues GLP1 sur le poids, les paramètres glycémiques, hépatiques et la fibrose hépatique en "situation de vie réelle" : résultats chez 132 patients diabétiques de type 2

H. Zougmoré [1], J.F.D. Cadranel [1], G. Bellaïche [2], G. Fantognon [1], R. Smadhi [1], J.R. Ngele Efole [1], L. Nadessane [1], C. Larue [1], P. Pulvermacher [1], S. Mrabti [3], D. Belloula [1], M. Medmoun [1], O. Nabi [4]

(1) Creil ; (2) Aulnay-sous-Bois ; (3) Rabat, MAROC ; (4) Villejuif.

Introduction : La perte de poids est corrélée avec une amélioration des lésions nécro-inflammatoires et de fibrose chez les patients (pts) atteints de NASH. Les pts diabétiques de type 2 ont souvent un surpoids ou une obésité et les traitements habituels (Metformine) n'ont pas d'action sur la courbe de poids. Les analogues du GLP1 , qui font partie des traitements du diabète de type 2, entraînent une perte de poids fréquente et ont montré une amélioration des lésions de NASH et/ou de fibrose dans plusieurs études [1,2]. Les buts de cette étude de « vraie vie » étaient d'évaluer les effets du dulaglutide (Du) ou du semaglutide (Se) sur le poids, les paramètres glycémiques,les tests hépatiques, et l'évaluation non invasive et de la fibrose par Fibroscan® (FS), Fibrotest®(FT) et FIB-4 chez des patients avec NAFLD (avec ou sans NASH).

Patients et Méthodes : Tous les pts diabétiques de type 2 ayant une augmentation des transaminases et suivis dans deux services d'Hépato-Gastroentérologie pour NAFLD ont été surveillés à un rythme semestriel après mise en route du traitement par Du ou Se proposé pour le traitement du diabète par leur médecin généraliste et /ou leur diabétologue. Le recueil des données des patients a été fait de façon prospective . Les effets sur : le poids, les paramètres glycémiques, les enzymes hépatiques, et la fibrose hépatique ont été analysés . Les statistiques sont présentées en moyenne et en écart-type. Les différerences entre le début du traitement et la mesure des données ont été testées par le test de Student. Les corrélations sont estimées par le coefficient de corrélation de Pearson. Le seuil alpha est de 5%.

Résultats : 132 pts diabètiques de type 2, d'âge moyen 60 ans(52% H) présentant une NAFLD (66 pts avaient une NASH documentée), traités par Metformine ont été inclus. 88,5% des pts ont été traités par Du à la dose de 1,5 mg à 3 mg par semaine en sous-cutané (sc) et 11,5% des pts par Se à la dose de 0,25 à 0,50 mgen sc . Le poids moyen initial était de 93,8 Kg (SD=19,6) et 44,3% des pts étaient obèses. 50% des pts avaient une HTA traitée. La fibrose hépatique a été évaluée chez 39 patients par FS, 55 pts par FT et 90 pts parFIB-4.Les scores moyens initiaux étaient de 14, 7 kPa (SD=11,3), 0, 3 (SD=0,2) et 1,3(SD=0,6) pour FS, FT et le FIB-4 respectivement. 19 pts avaient une cirrhose et 19 une fibrose F3. L'évaluation des résultats du traitement sur les variables étudiées a été faite en moyenne 14 mois (12-24)après le début du traitement. Le poids a diminué en moyenne de 7, 3 kg (SD=9,4, p<0,0001) et l'IMC de 2, 6 kg/m2 (SD=3,7, p<0,0001).). La glycémie et l'hémoglobine glyquée ont diminué respectivement de 0,2 (p=0,35) et de 0,2 (p=0,24). L'activité de l'ALAT a diminué de 12 U/L(SD=22, p<0,0001) et celle de l'ASAT de 7 U/l (SD=13, p=0,0001).63% pts ont bénéficié d'une réévaluation de la fibrose après 1 an de suivi. Le score d'élastométrie a diminué de 2,4 kPa (SD=4,7 kPa, p=0,007) ; le FT a diminué de 0.03 (p=0.01) et le FIB-4 de 0.06 (NS). Il existait une corrélation significative entre la perte de poids et la réduction du score d'élastométrie (r=0,44 ; p=0.0104).

Discussion : cette étude en vie réelle montre que les analogues GLP1 pourraient être un des élements de la prise en charge thérapeutique de la NAFLD chez les pts diabètique de type 2 .

Conclusion : Une diminution significative du poids, de l'IMC, de l'ALAT, de l'ASAT , du score d'élastométrie et du FT a été observéée au cours de du suivi des pts traités par Du et Se. Cette diminution du score d'élastométrie était fortement corrélée à la diminution du poids.

C.003

Associations entre les substances perfluoroalkylées et la sévérité de l'hépatopathie stéatosique métabolique

C. Canivet [1], N. David [1], J.P. Antignac [2], M. Roux [1], P. Marchand [2], S. Michalak [1], F. Oberti [1], I. Fouchard-Hubert [1], A. Lannes [1], O. Blanchet [1], P. Calès [1], J. Boursier [1]

(1) Angers ; (2) Nantes.

Introduction : Les déterminants de la sévérité de l'hépatopathie stéatosique métabolique (NAFLD : non-alcoholic fatty liver disease), principale cause de maladie chronique du foie, ne sont pas entièrement élucidés. Les substances perfluoroalkylées (PFAS) sont des substances chimiques synthétiques utilisées dans des produits du quotidien et persistantes dans l'eau, les sols et le corps humain. Des études « *in vitro* » et animales suggèrent un rôle pathogène des PFAS sur les maladies métaboliques telles que la NAFLD. L'objectif de notre étude était de rechercher des associations entre la concentration sérique des PFAS et la sévérité de la NAFLD chez l'homme.

Patients et Méthodes : 100 patients NAFLD avec biopsie hépatique ont été sélectionnés afin d'obtenir une répartition équilibrée entre les différents stades de sévérité de la NAFLD. Les lésions histologiques hépatiques étaient évaluées selon la classification du NASH-CRN : grade de stéatose, ballonisation hépatocytaire, inflammation lobulaire et portale, et stade de fibrose. La NASH était définie comme la présence d'au moins un point de stéatose, d'inflammation lobulaire et de ballonisation. La fibrose significative était définie comme une fibrose ≥ 2 et la fibrose avancée comme fibrose ≥ 3 selon Kleiner. La concentration sérique des PFAS a été mesurée sur sérum conservé à -80°C, par chromatographie liquide ultra-performante couplée à la spectrométrie de masse en tandem.

Résultats : L'âge médian était de 60 ans, 61% des patients étaient des hommes, 46% présentaient un diabète et le BMI médian était à 32 kg/m2 dans notre cohorte de 100 patients. La répartition histologique comprenait 25 patients avec une stéatose simple, 25 avec une NASH sans fibrose significative, 33 avec une NASH fibrosante et 17 avec une cirrhose NASH. Parmi les 18 PFAS recherchés, 10 étaient détectés chez plus de 50% des individus. Pour un même PFAS, la variation interindividuelle était importante, par exemple PFHxS variait de 0,20 à 41,43 ng/ml. Nous avons tout d'abord recherché des associations entre la concentration de l'ensemble des PFAS et les différentes lésions histologiques, et aucune association n'a été mise en évidence. Dans un deuxième temps, nous avons analysé les PFAS par famille : les carboxylates, les sulfonates et les sulfonamides, ou selon la longueur de leur chaine carbonée : les PFAS à chaine longue et les PFAS à chaine courte. En analyse univariée, aucune association n'était retrouvée entre ces familles et les différentes lésions histologiques. Ensuite, nous avons étudié chaque polluant séparément. En analyse univariée, la concentration de PFHpA était significativement plus élevée en cas de stéatose grade 3 *versus* grade 1 (p=0.02). PFDoA était significativement plus élevé chez les patients avec une fibrose significative (p=0.04) et PFHpA chez les patients avec une fibrose avancée (p=0.02). Aucune association n'était retrouvée avec la NASH et les autres lésions histologiques. En analyse multivariée (ajustée sur l'âge, le sexe et l'indice de masse corporelle, la présence d'un diabète et d'une dyslipidémie), la seule association indépendante était celle de PFHpA avec la stéatose de grade 3 *versus* grade 1 (p=0.004).

Conclusion : Notre étude ne montre pas d'association significative entre les PFAS et la sévérité de la NAFLD dans une cohorte de 100 patients.

Remerciements, financements, autres : Association Francaise pour l'étude du Foie (AFEF) pour la bourse obtenue

C.004

Evaluation de la fibrose hépatique dans une unité de sevrage alcoolique de centre universitaire hospitalier : intérêt du FIB-4 et de l'élastométrie. Etude FIBR'ADDICT

A. Abergel [(1)], B. Buchard [(1)], L. Muti [(1)], D. Boulier [(1)], M. Léautaud [(1)], B. Chanteranne [(1)], C. Nicolas [(1)], F. Faure [(1)], A. Schmitt [(1)], G. Brousse [(1)]

(1) Clermont-Ferrand.

Introduction : La consommation excessive d'alcool est la première cause de décès liée au foie et aussi la première cause de transplantation hépatique en France. De nombreux patients sont vus à un stade tardif c'est-à-dire à un stade décompensé. Un diagnostic précoce permettrait un dépistage des varices et du carcinome hépatocellulaire. Ce projet s'inscrit dans une démarche de dépistage de la fibrose hépatique, par élastométrie, chez les patients hospitalisés pour bénéficier d'un sevrage alcoolique dans une unité d'addictologie de notre centre hospitalier.

Patients et Méthodes : 226 patients ont bénéficié d'une mesure d'élasticité (E) (Fibroscan) au début de leur cure de sevrage alcoolique. Cette mesure était répétée en fin de cure pour les patients qui avaient une E comprise entre 10 et 25 kPa. Une valeur d'E > 25 kPa était en faveur d'une fibrose sévère ou d'une cirrhose. Une valeur d'E < 10 kPa allait contre le diagnostic de fibrose sévère (Legros et al. CGEH 2022). Différentes données démographiques (poids, taille, tour de taille, BMI …) et biologiques (bilan lipidique, hépatique, NFS, plaquettes, FIB-4 …) étaient recueillies dans le cadre de la prise en charge de ces patients. Un recueil de la consommation d'alcool (AUDIT), et de tabac était aussi réalisé. Une première analyse (analyse 1) a été réalisée en comparant les patients ayant une mesure d'élastométrie supérieure à 25 kPa (1er groupe) en début de cure, aux patients ayant une élasticité initiale < 25 kPa (2ème groupe). Tous les patients qui avaient des valeurs à J0 entre 10 et 25 kPa avaient une valeur d'élasticité < 25 kPa en fin de cure. Une deuxième analyse a été réalisée en différenciant les patients avec une élastométrie inférieure et supérieure à 15 kPa. Les patients qui avaient une élasticité initiale à J0 < 15 kPa étaient classés avec les patients qui avaient une élasticité initiale comprise entre 10 et 25 kPa et une élasticité en fin de cure < 15 kPa.

Résultats : Analyse 1 : Sur les 226 patients, 16 (7%) avaient une valeur d'élasticité hépatique supérieure à 25 kPa en début de cure. Dans ce groupe, 75% (12/16) étaient des hommes. Leur âge moyen était de 56+/-9 ans et l'IMC de 26.5 +/- 5.8 kg/m2. La valeur de l'élastométrie était de 43+/-14 kPa et celle de la CAP de 254+/-55 dB/m. La consommation moyenne d'alcool sur les 5 dernières années était de 222+/-152 g/j pour les patients de ce groupe. 56% (9/16) fumaient. En fin de cure, l'élastométrie était de 34+/-12 kPa pour ce groupe. En comparaison, la moyenne d'âge du second groupe était de 48+/-12 ans, l'IMC de 24.88+/-5.89 kg/m2 et 75% (157/210) étaient des hommes. Pour ces 210 patients, la mesure d'élasticité était de 6+/-4 kPa en début de cure. La consommation moyenne d'alcool sur 5 ans était de 210+/-106 g/j. Nous avons étudié la sensibilité, la spécificité et la performance diagnostique du FIB-4 pour un seuil de 2.6. Elles étaient respectivement de 86%, 82% et 82%. La valeur prédictive positive et la valeur prédictive négative étaient respectivement de 24% et 99%.
Analyse 2 : Un TP<85% était retrouvé respectivement chez 75% des patients du 1er groupe (E>15kPa) et 12% (p<0.0001) des patients du 2ème groupe (E<15kPa). Une différence également significative (p=0.0007) était notée pour le ratio ASAT/ALAT >1 pour 81% des patients du 1er groupe et 36% des patients du 2ème groupe.

Conclusion : Une fibrose sévère est retrouvée chez 7% des patients hospitalisés pour une cure de sevrage. Un FIB-4 inférieur à 2.6 a une excellente valeur prédictive négative pour exclure une fibrose sévère et permet de réduire le nombre de fibroscan à réaliser (51/226 soit 23% avaient un FIB-4 supérieur à 2.6). La combinaison FIB-4 et élasticité hépatique devrait être étudiée sur un plus grand nombre de patients pour valider cet algorithme, de préférence dans le cadre d'une étude multicentrique. Cette étude suggère aussi qu'un dépistage de la fibrose sévère devrait être réalisé dans toutes les unités d'hospitalisation pour sevrage alcoolique

C.005

Etude de l'interaction entre des organoïdes et des fibroblastes hépatiques primaires humains afin de caractériser la fibrogenèse dans l'hépatite alcoolique sévère

L.C. Ntandja Wandji [(1)], M. Bousaleh [(1)], C. Sobolewski [(1)], V. Gnemmi [(1)], E. Boleslawski [(1)], F. Bray [(1)], C. Rolando [(1)], P. Mathurin [(1)], A. Louvet [(1)], L. Dubuquoy [(1)]

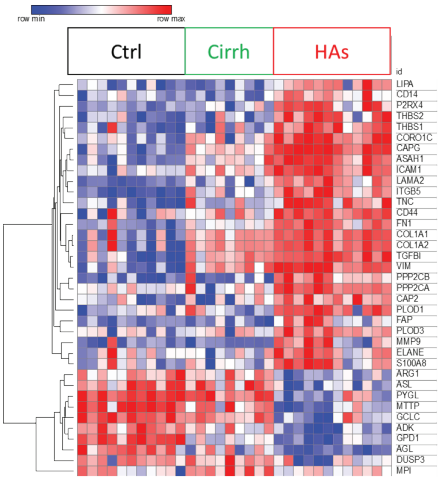
(1) Lille.

Introduction : Un des mécanismes mis en évidence récemment expliquant le défaut de régénération hépatocytaire observé dans l'hépatite alcoolique sévère (HAs) est l'hyperactivation du facteur de transcription YAP dans les hépatocytes. Par ailleurs, l'HAs est associée à une progression rapide vers une fibrose avancée cependant les mécanismes expliquant cette fibrogenèse sont mal connus. Les objectifs de notre étude sont de caractériser la fibrose dans l'HAs et de décrypter l'impact du défaut du compartiment épithélial sur l'activation du compartiment mésenchymateux à l'origine de cette fibrose.

Patients et Méthodes : A l'aide de différentes approches (RT-PCR, immunohistochimie et analyse protéomique), le profil moléculaire de fibrose était comparé dans les explants de patients transplantés pour HAs corticorésistante (n=22) ou pour cirrhose liée à l'alcool (Cirrh, n=24) ou dans les échantillons de foies sains de patients opérés pour résection de métastases hépatiques (Ctrl, n=15). Le profil d'activation (expression d'α-SMA, de COL1A1, de PDGFRα…) et de prolifération (expression de la cycline D1) des fibroblastes hépatiques primaires humains cocultivés avec des organoïdes issus de foies d'HAs ou de Cirrh était analysé. Enfin, l'impact de YAP était étudié en évaluant le profil d'activation et de prolifération de fibroblastes cocultivés avec des organoïdes humains de Cirrh transduits avec un YAP constitutivement actif (afin de mimer les organoïdes issus de foies d'HAs).

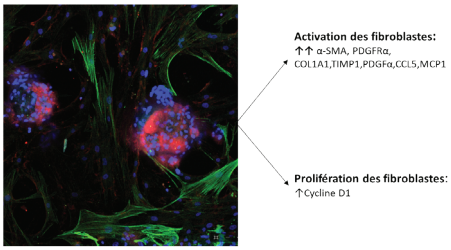
Résultats : Dans les foies des patients ayant une Has, l'immunohistochimie montrait une fibrose, à la fois périlobulaire (comme dans la Cirrh), mais aussi plus spécifiquement intralobulaire. Dans les échantillons de foies totaux des patients ayant une HAs, la RT-PCR révélait une augmentation significative de l'expression des ARNm des marqueurs d'activation des fibroblastes (α-SMA, PDGFRα), des collagènes fibrillaires (COL1A1, COL3A1) mais aussi une dérégulation des enzymes modifiant la MEC (TIMP1, MMP9)par rapport aux foies cirrhotiques.Il était aussi observé une augmentation significativement plus importante de l'expression des ARNm de plusieurs chimiokines(PDGFα, CCL5, MCP1) dans les foies des patients ayant une HAs. L'analyse protéomique révélait une signature protéique de la matrice extracellulaire (MEC) spécifique dans les foies des patients ayant une HAs alors que le contenu protéique de la MEC des patients ayant une Cirrh se rapprochait de celui des patients Ctrl.
Ex vivo, l'expression des marqueurs d'activation (α-SMA, PDGFRα), de production de la matrice extracellulaire (COL1A1, TIMP1) et des chimiokines (PDGFα, CCL5, MCP1) était significativement plus importante dans les fibroblastes hépatiques primaires humains cocultivés avec des organoïdes issus de foies d'HAs en comparaison à celle observée avec des organoïdes de Cirrh. De même, on observait une prolifération plus importante (évaluée par l'expression de la cycline D1) des fibroblastes cocultivés avec des organoïdes issus de foies d'HAs en comparaison à celle observée avec des organoïdes de Cirrh. Enfin, le profil d'activation, de production de la MEC et des chimiokines des fibroblastes hépatiques humains cocultivés avec des organoïdes issus de foies de Cirrh transduits avec un YAP constitutivement activé se rapprochait de celui observé après coculture avec des organoïdes issus de foies d'HAs. Concernant la prolifération des fibroblastes hépatiques primaires humains, elle était également significativement induite après coculture avec des organoïdes de Cirrh transduits avec un YAP constitutivement activé (en comparaison à celle observée après coculture avec des organoïdes de Cirrh).

In vivo



Analyse protéomique dans les foies totaux

Ex vivo



Evaluation de l'activation des fibroblastes hépatiques humains(marqués par l'α-SMA en vert) cocultivés avec des organoïdes hépatiques issus de foies

Conclusion : Au cours de l'hépatite alcoolique, la fibrose hépatique a un profil moléculaire spécifique qui est différent de celui de la cirrhose liée à l'alcool. L'hyperactivation du facteur de transcription YAP dans l'hépatocyte module la fibrogenèse en affectant à la fois l'activation et la prolifération des fibroblastes.

C.006

L'inhibition du Triggering receptor expressed on myeloid cells 1 (TREM-1) améliore la stéatohépatite non alcoolique dans un modèle murin

V. Haghnejad [1], R. Zgheib [2], J.L. Guéant [2], J.P. Bronowicki [2]

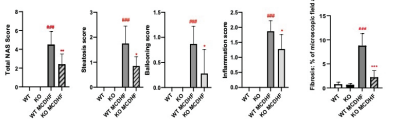
(1) Nancy ; (2) Vandœuvre-lès-Nancy.

Introduction : Il a été montré que l'effet du Triggering receptor expressed on myeloid cells 1 (TREM-1) sur les cellules de Kupffer joue un rôle essentiel dans l'inflammation hépatique et la fibrogenèse chez les souris exposées au tétrachlorure de carbone. Nous avons évalué ici l'impact de l'inhibition génétique et pharmacologique de TREM-1 sur les lésions histologiques de stéato-hépatite non alcoolique, le métabolisme lipidique et les voies de l'inflammation, de la fibrogénèse et de l'autophagie chez des souris exposées à un régime riche en graisse et déficient en méthionine et en choline (MCDHF).

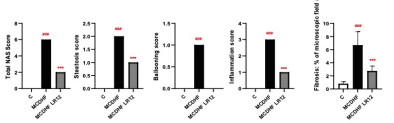
Matériels et Méthodes : Des souris C57BL/6 et des souris TREM-1 knock-out [TREM-1 KO] C57BL/6 ont été nourries avec un régime normal ou un régime MCDHF pendant 12 semaines. Dans les expériences d'inhibition de TREM-1, le peptide LR12 inhibiteur de TREM-1 a été administré quotidiennement par voie intrapéritonéale pendant les deux dernières semaines.

Résultats : L'invalidation génétique de TREM-1 prévient la fibrose, la stéatose, la ballonnisation hépatocytaire et l'augmentation des transaminases chez les souris MCDHF. De même, l'inhibition pharmacologique de TREM-1 améliore significativement toutes les lésions histologiques de la NASH. La délétion de TREM-1 prévient en partie les perturbations de l'homéostasie du métabolisme lipidique générées par le

Le régime MCDHF induit une NASH chez les souris sauvages mais pas chez les souris TREM-1 -/- KO.



L'inhibition pharmacologique de TREM-1 améliore les lésions histologiques de NASH induites par le régime MCDHF



Conclusion : L'inhibition de TREM-1 conduit de manière préventive et curative à une amélioration de la NASH via différents mécanismes impliqués dans la pathophysiologie de la NASH, y compris les voies métaboliques altérées, l'autophagie, l'inflammation et la fibrogenèse. L'inhibition de TREM-1 pourrait représenter une nouvelle approche thérapeutique dans la NASH.

C.007

Le baclofène est efficace sur l'abstinence et l'amélioration du score de Child-Pugh chez les patients atteints de cirrhose : résultats d'une méta-analyse

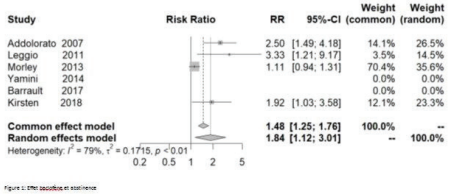
G. Fantognon [1], J.F.D. Cadranel [1], H. Zougmoré [1], M. Medmoun [1], R. Smadhi [1], L. Nadessane [1], P. Pulvermacher [1], J.R. Ngele Efole [1], G. Deflandre [2], D. Belloula [1], V. Di Martino [3], A. Abergel [4], T. Thévenot [3], E. Nguyen-Khac [5], G. Pulwermacher [1], C. Barrault [6], O. Nabi [7]

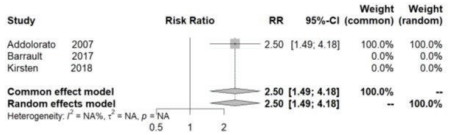
(1) Creil ; (2) Tourcoing ; (3) Besançon ; (4) Clermont-Ferrand ; (5) Amiens ; (6) Créteil ; (7) Villejuif.

Introduction : l'efficacité du baclofène qui a obtenu son autorisation de mise sur le marché en 2021 reste débattue en population générale. Le baclofène est un des traitements recommandés pour (le sevrage) l'abstinence chez les patients (pts) ayant une cirrhose alcoolique (1). Quelques études randomisées et observationnelles suggèrent chez les pts cirrhotiques un effet positif sur l' abstinence et l'amélioration des fonctions hépatiques (2). Le but de cette méta-analyse était d'évaluer l'effet du baclofène chez les pts atteints de cirrhose alcoolique sur l'abstinence et l 'amelioration du score de Child Pugh.

Patients et Méthodes : Analyse par deux opérateurs indépendants des études portant sur le traitement par baclofène chez les pts cirrhotiques alcooliques publiées in extenso entre le 01 janvier 2020 et 31 aout 2022. Les études controlées randomisées et les études observationnelles portant sur un grand nombre de patients suivies sur une période de 12 mois ou plus (pour les études observationnelles) ont été retenues pour l' analyse . La recherche des publications a été faite à partir de recherche systématique dans MEDLINE, PubMed, Google Scholar, Web of Sciences, Academic Search Premier, Cochrane Library et SCOPUS ; Etaient étudiés : les effets du baclofène sur l'abstinence etsur l'amélioration du score de Child Pugh. Nous avons collecté et analysé les données individuelles des patients inclus dans les différentes études pour évaluer les effets du baclofène sur l'abstinence et l'amélioration du score de Child Pugh chez les pts atteints de cirrhose alcoolique. La taille des effets du baclofène sur l'abstinence et le score de Child Pugh at été évaluée grâce aux risques relatifs (RR) et leur intervalle de confiance à 95%. Nous avons considéré qu'il y avait une amélioration du score de Child Pugh, lorsqu'il y avait un passage d'un score Child Pugh de C à l'inclusion au stade A à la fin du suivi. Autrement, il était considéré qu'il n'y avait pas de bénéfice. L'évaluation des biais a été réalisée au moyen d'un Funel plot; L'hétérogénéité entre les études a été évaluée à l'aide du I2. Une valeur p <0,05 a été considérée comme statistiquement significative.

Résultats : l'analyse de la littérature a permis la sélection de 116 articles, 29 ont été analysés, Six études ont été incluses dans l'analyse finale dont quatre essais randomisés (318 patients cirrhotiques traités par baclofène et 147 patients traités par placebo) et 2 études observationnelles (100pts). la posologié médiane de baclofène était de 30mg par jour.





Malgré, une forte hétérogénéité (I2 = 79 %), nos résultats montrent un effet bénéfice du baclofène sur le sevrage (RR) et sur l'abstinence (RR 1,48, IC95% 1,25-1,76, p=0.0083). De même le baclofène à montré un effet bénéfique sur l'amélioration de la sévérité de l'atteinte hépatique évaluée par le score Child Pugh (RR 2,50, IC95% 1,48-4,18, p<0.0001).

Discussion : En dépit de l'héterogeinté des études et de données numériquement modérées sur l amélioration du score de Child Pugh ; cette méta-analyse est très en faveur de l 'utilisation du Baclofène pour le maintien de l'abstinence chez les pts cirrhotiques;

Conclusion : Cette méta-analyse montre que le baclofène est un traitement intéressant pour l'abstinence de la consommation d'alcool chez les pts ayant une cirrhose alcoolique (d' autant que son élimination est surtout rénale) et pourrait améliorer les fonctions hépatiques (du fait de l 'abstinence) chez les patients atteints de cirrhose alcoolique.

C.008

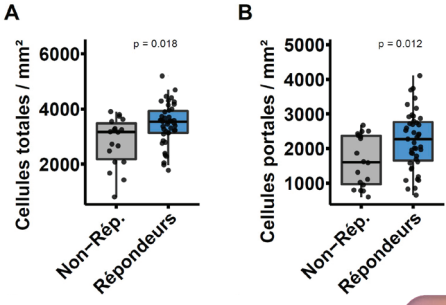
Une faible inflammation histologique au cours de l'hépatite alcoolique aiguë est le facteur pré-traitement plus important de non-réponse aux corticoïdes

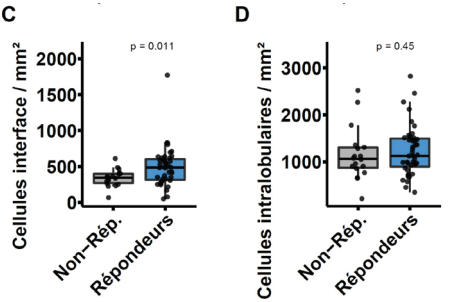
M. Randrianarisoa [1], L. Oertel [1], P. Mayer [1], L. Héroin [1], S. Tripon [1], F. Habersetzer [1], L. Serfaty [1], T.F. Baumert [1], A. Saviano [1]
(1) Strasbourg.

Introduction : L'hépatite alcoolique aigue (HAA) est une pathologie sévère gravée d'une mortalité très élevée. Les corticoïdes constituent, hors transplantation hépatique, le seul traitement validé. La réponse au traitement n'est évaluée qu'à J7 de son introduction, par le score de Lille. Les paramètres pré-thérapeutiques, et en particulier histologiques, qui pourraient prédire précocement cette réponse ne sont pas connus. Un score histologique pronostique pour l'HAA[1] a été développé mais il n'est pas prédicteur de la réponse au traitement et sa valeur pronostique n'a pas été confirmés sur une cohorte indépendante[2].
L'objectif de cette étude était de caractériser l'inflammation histologique au cours de l'HAA et d'évaluer sa valeur prédictive de réponse aux corticoïdes.

Patients et Méthodes : Cette étude rétrospective a concerné les patients hospitalisés au service d'hépato-gastro-entérologie d'un Centre Hospitalier Universitaire français, ayant bénéficié d'une biopsie hépatique entre le 01/01/2014 et le 31/12/21 confirmant le diagnostic d'HAA et traités par corticoïdes. Les biopsies ont été numérisées et étudiées par un logiciel d'analyse d'image (QuPath v 0.3.2) [3] de façon à réaliser une quantification informatisée des cellules inflammatoires. Les espaces portes, l'interface porto-lobulaire et les lobules ont été annotés afin de caractériser la distribution de l'inflammation.
La valeur prédictive de non-réponse aux corticoïdes (score de Lille à J7 > 0.56) a été évaluée par régression logistique.

Résultats : Parmi les 61 patients inclus, 18 (29,5%) étaient considérés comme non répondeurs et 43 (70.5%) comme répondeurs partiels ou complets. La majorité des patients étaient cirrhotiques dans le deux groupes (respectivement 72.2% et 76.7%, p=0.962) Les patients non-répondeurs avait une maladie hépatique plus sévère (MELD médian 30 vs 24 p<0.001, score de Maddrey médian 82.36 vs 61.74 p=0.003). L'analyse histologique a montré un nombre significativement plus élevé de cellules inflammatoires dans le groupe des patients répondeurs aux corticoïdes, avec une médiane de 3539 cellules/mm2 (range 1779 - 5198) pour les patients répondeurs contre 3170/mm2 (range 815 - 3906) pour les non-répondeurs (p=0,018). L'analyse multivariée par régression logistique a permis d'identifier comme facteurs pré-thérapeutique associées à une non-réponse aux corticoïdes : la bilirubine totale élevée (OR 1.02, IC 95% 1.01 – 1.03, p=0.016), le score IGSII élevé (OR 1.19 IC 95% 1.07 - 1.46, p=0.012) et une faible infiltration inflammatoire totale à la biopsie hépatique (< 3371 cellule/mm², OR 38.9, 95% IC 2.54-3056, p=0.031). L'infiltrat inflammatoire histologique était le facteur le plus fortement associé à la réponse au traitement. En tenant compte de la distribution de l'inflammation, l'infiltrat portal était significativement plus important chez les répondeurs (2273, range 1653 - 2766 vs 1604, range 965 – 2370 ; p=0,012), de même que l'infiltrat d'interface (487, range 315 - 603 vs 341, range 269 – 397 ; p=0,012), sans différence significative sur l'infiltrat intralobulaire.





Malgré, une forte hétérogénéité (I2 = 79 %), nos résultats montrent un effet bénéfice du baclofène sur le sevrage (RR) et sur l'abstinence (RR 1,48, IC95% 1,25-1,76, p=0.0083). De même le baclofène à montré un effet bénéfique sur l'amélioration de la sévérité de l'atteinte hépatique évaluée par le score Child Pugh (RR 2,50, IC95% 1,48-4,18, p<0.0001).

Conclusion : Un faible infiltrat inflammatoire histologique constitue un facteur pré-thérapeutique prédictif fort de non-réponse aux corticoïdes et pourrait permettre de repérer précocement les patients à risque d'échec du traitement corticoïde, chez qui, des alternatives thérapeutiques doivent être évaluées, et une transplantation hépatique devrait se discuter précocement.

C.009

Épidémiologie de l'infection à *Helicobacter pylori* en France : données 2017-2021

P. Lehours [1], L. Benejat [1], A. Ducournau [1], E. Bessede [1]

(1) Bordeaux.

Introduction : Le CNR des Campylobacters et des Hélicobacters (CNRCH) a pour mission de suivre l'épidémiologie des infections à *H. pylori*. Ce travail présente une synthèse des données épidémiologiques et microbiologiques recueillies sur la période 2017 à 2021.

Matériels et Méthodes : Sur la période 2017-2021, le CNR a reçu 9159 biopsies gastriques pour recherche d'infection à *H. pylori* par culture associée à une PCR de détection de *H. pylori* et des mutations associées à la résistance aux macrolides. Tous les antibiogrammes ont été réalisés par Etest selon les recommandations du CA-SFM.

Résultats : Sur la base des résultats de la PCR, 31,4 % des prélèvements étaient positifs pour *H. pylori* : 74,5 % des cas positifs avait entre 30 et 69 ans, majoritairement des femmes. La culture de *H. pylori* a sous-estimé 15,2% des infections par rapport à la PCR. La majorité des souches isolées étaient sensibles à tous les antibiotiques (32,8%) ou seulement résistantes au métronidazole (30,9%). Les discordances sont rares (0,5%) entre phénotype et génotype pour les macrolides. Pour 45 cas, seule la population sensible a été retrouvée par antibiogramme alors que la PCR a détecté la présence d'une double population A2142-43G + WT ou A2142C + WT : discordance mineure (2,2%). Dans 141 cas, seule la population résistante a été vue par culture alors que la PCR détectait une double population A2142-43G + WT ou A2142C+WT. La mutation A2142-43G est la plus fréquente et les mutations A2142C, A2142T et A2143C anecdotiques. Le taux de résistance primaire (RP) à la lévofloxacine (LEV) dépassait 15% sur la période 2017-2020 mais a chuté en 2021 à 14%. Le % de RP à la clarithromycine (CHL) a baissé sur la période d'étude de 20,9% à 18,8%. Aucune émergence de résistance à l'amoxicilline, rifampicine et tétracycline n'est observée. En 2021, les biopsies concernaient pour 85,6% des patients naïfs et pour 11,4% des patients en échec d'une ou plusieurs lignes de traitement d'éradication. Le principal motif d'endoscopie était une gastrite.

Conclusion : Nos données démontrent l'intérêt du diagnostic par culture et par PCR de l'infection par *H. pylori*. Les résistances primaires à la CHL et LEV sont en diminution. Elles restent cependant globalement supérieures à 15% ce qui motive à préconiser des antibiothérapies ciblées et non probabilistes.

Remerciements, financements, autres : Nous remercions tous les correspondants cliniciens et biologistes qui font confiance en notre centre pour l'analyse de leurs biopsies.

C.010

Evaluation du pepsinogène pour le diagnostic non invasif des gastrites auto-immunes et non-auto-immunes : résultats d'une étude prospective multicentrique française

N. Chapelle [1], J. Martin [1], M. Osmola [1], C. Hemont [1], M. Leroy [1], M.A. Vibet [1], D. Tougeron [2], D. Moussata [3], D. Lamarque [4], E. Bigot [1], D. Masson [1], J. Blin [1], R. Josien [1], J.F. Mosnier [1], T. Matysiak-Budnik [1]

(1) Nantes ; (2) Poitiers ; (3) Tours ; (4) Boulogne-Billancourt.

Introduction : Le pepsinogène (PG) est le seul marqueur non invasif recommandé pour le diagnostic des gastrites atrophiques. Néanmoins, ses performances diagnostiques varient fortement dans la littérature. Ces variations sont possiblement dues à l'extension de la gastrite, mais aussi à son origine (auto-immune, GAI ou non auto-immune, GNAI liée à *H. pylori*). Notre objectif était d'analyser les performances diagnostiques du pepsinogène selon ces variables (extension et origine), et selon deux techniques de dosage : ELISA ou Chemiluminescent Enzyme Immunoassay (CLEIA).

Patients et Méthodes : Une biocollection a été constituée à partir des sera de patients admis pour une gastroscopie avec biopsies selon le protocole de Sydney ont été prospectivement collectés dans 5 hôpitaux français lors d'une précédente étude[1,2]. Le pepsinogène a été dosé par ELISA et CLEIA. Les dossiers médicaux ont été revus et le diagnostic de gastrite auto-immune a été basé sur des critères histologiques uniquement. Les performances diagnostiques (Sensibilité, Se, Specificité, Sp, Valeur prédictive Positive et Négative) du PG ont été calculées. En raison de l'absence d'atteinte antrale isolée chez les patients ayant une GAI, seuls les patients avec atteinte corporéale seule (GAC) ou une gastrite extensive (GAE) ont été sélectionnés pour assurer la comparabilité entre les groupes. Un modèle d'analyse multivariée) de régression logistique a été utilisé. Le test de Kolmogorov et Smirnov a été utilisé pour comparer la distribution des 2 populations GAI et GNAI.

Résultats : Parmi les 344 patients inclus dans la biocollection (156 hommes, âge moyen 58.8 +/-14,2 ans) 44 avaient une gastrite auto-immune selon les critères histologiques, dont 37 avec une GAC, et 7 une GAE. Par ailleurs, 33 GNAI ont été identifiés avec une GAE (n=29) ou une GAC (n=4) Le taux d'infection à *H. pylori* active ou passée (documentée par histologie, sérologie et antécédent de traitement d'éradication) était de 14,9% et 30,5% dans les groupes GAI et GNAI, respectivement.

	GAI total, n= 44	GNAI total, n=33	p-value
ELISA			
PGI	12.5 (11.3)	118.8 (91.3)	<0.001
PGI/PGII	1.3 (1.4)	8.1 (4.8)	<0.001
CLEIA			
PGI	10.0 (29.4)	56.6 (50.5)	<0.001
PGI/PGII	0.7 (1.0)	3.9 (2.5)	<0.001
	AIG, GAC n= 37	NAIG, GAC n=4	p-value
ELISA			
PGI	13.114 (11.883)	81.350 (70.414)	0.002
PGI/PGII	1.353 (1.437)	12.500 (7.339)	0.010
CLEIA			
PGI	11.295 (32.344)	42.325 (36.651)	0.005
PGI/PGII	0.797 (1.136)	3.740 (2.480)	0.016
	AIG, GAE n= 7	NAIG, GAE n=29	p-value
ELISA			
PGI	9.043 (7.115)	124.021 (93.664)	<0.001
PGI/PGII	0.957 (0.842)	8.152 (4.879)	<0.001
CLEIA			
PGI	4.286 (3.046)	62.231 (51.777)	0.002
PGI/PGII	0.481 (0.413)	4.187 (2.453)	<0.001

GAC: Gastrite Atrophique du Corps, GAE : Gastrite Atrophique Extensive, GAI : Gastrite auto-Immune, GNAI : Gastrite Non-auto-immune, PG I: Pepsinogène I, PGII : Pepsinogène II, ELISA : Enzyme Linked Immunoassay, CLEIA : Chemiluminescent Enzyme Immunoassay

Le PG avait d'excellentes performances diagnostiques pour les GAC, avec des Se et Sp supérieures à 90%, quelle que soit la méthode de dosage utilisée. Les aires sous la courbe étaient 0.942 et 0.971 pour le dosage en CLEIA et ELISA, respectivement. Concernant l'analyse par origine de la gastrite, globalement ou en considérant la même extension, les patients avec GAI avaient des taux de PG très significativement abaissés par rapport aux GNAI (Tableau 1). Ainsi, les performances du PG pour le diagnostic de GAI étaient encore plus importantes (Aires sous la courbe de 0.985 et 0.991 pour le dosage en CLEIA et ELISA, respectivement). En analyse univariée, le taux de PG était dépendant de la localisation (p<0.001) et de l'origine (GAI ou GNAI) (p<0.001). En analyse multivariée, seule l'origine était corrélée aux variations du PG (p<0.001) mais pas la localisation (p<0.433). Le test de Kolmogorov et Smirnov confirmait que les 2 populations GAI et GNAI se distribuaient de manière significativement différente (p< 2.2.10-16) selon les valeurs de PG.

Conclusion : Cette étude montre que le PG est non seulement un excellent marqueur pour le diagnostic de gastrite corporéale, mais surtout un marqueur permettant de discriminer l'origine auto-immune ou non d'une gastrite, avec des performances diagnostiques quasi parfaites pour les deux techniques testées.

Remerciements, financements, autres :
Remerciements : La ligue contre le cancer, La fondation d'entreprise SantéDige, Biohit, Fujirebio.

C.011

Le dupilumab améliore les aspects symptomatiques, endoscopiques et histologiques de l'œsophagite à éosinophiles, indépendamment de l'utilisation antérieure de corticoïdes topiques ingérés

F. Zerbib [(1)], A. Bredenoord [(2)], E. Dellon [(3)], A. Lucendo [(4)], M. Collins [(5)], X. Sun [(6)], K. Patel [(7)], B. Beazley [(6)], A. Shabbir [(8)]

(1) Bordeaux ; (2) Amsterdam, PAYS-BAS ; (3) Chapel Hill, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (4) Tomelloso, ESPAGNE ; (5) Cincinnati, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (6) New York, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (7) Bridgewater Township, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (8) Jersey City, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE.

Introduction : Les corticostéroïdes topiques ingérés (CTI) constituent un traitement de première intention de l'œsophagite à éosinophiles (EoE), mais leur efficacité est variable. Le dupilumab, un anticorps monoclonal entièrement humain, bloque le composant partagé du récepteur de l'IL-4/IL-13, acteurs essentiels et centraux de l'inflammation de type 2. Dans les parties A et B de l'étude de phase 3 LIBERTY-EoE-TREET (NCT03633617), le dupilumab 300 mg/semaine améliorait les aspects cliniques, symptomatiques, histologiques et endoscopiques de l'EoE et était généralement bien toléré par les patients adultes et adolescents atteints d'EoE. L'objectif de cette analyse était d'évaluer l'efficacité du dupilumab 300 mg/semaine par rapport au placebo à la semaine 24 chez les patients de la partie B avec et sans antécédents d'utilisation de CTI pour l'EoE.

Patients et Méthodes : Les patients ayant reçu des CTI pour l'EoE £8 semaines avant le début de l'étude étaient exclus de l'étude. Les critères d'évaluation à la semaine 24 étaient les suivants : proportion atteignant un taux maximal d'éosinophiles (TMEC) ≤ 6/champ à fort grossissement (hpf) ; variation absolue et en % du score du questionnaire sur les symptômes de dysphagie (DSQ) ; variation en % du TMEC ; variation absolue des scores de grade et de stade du système de cotation histologique (HSS) et du score de référence endoscopique (EREFS).

Résultats : 55/80 (69 %) et 56/79 (71 %) des patients traités par dupilumab et par placebo avaient des antécédents d'utilisation de CTI ; 38/80 (48%) et 39/79 (49%) des patients traités par dupilumab et par placebo présentaient une réponse inadéquate/intolérance/contre-indication aux CTI. Pour les patients traités par dupilumab une fois par semaine *vs* placebo, un TMEC ≤ 6/cfg était obtenu par 63,6 % *vs* 5,4 % des patients avec utilisation antérieure de CTI, et par 48,0 % *vs* 8,7 % des patients sans utilisation préalable de CTI. Différence *vs* placebo (IC 95 %) pour les patients avec/sans utilisation préalable de CTI : variation absolue du DSQ -11,63 (-17,64, -5,62)/-6,79 (-15,78, 2,20) ; variation en % du TMEC -86,97 (-116,38, -57,57)/-91,23 (-124,23, -58,24) ; variation absolue du grade EoE-HSS -0.73 (-0,86, -0,60)/-0,58 (-0,80, -0,35) et du stade EoE-HSS -0,74 (-0,87, -0,62)/-0,54 (-0,75, -0,33) ; variation absolue de l'EREFS -4,2 (-5,31, -3,18)/-2,7 (-4,58, -0,86) ; variation en % du DSQ -49,3 (-72,3, -26,2)/-20,8 (-58,3, 16,7). Le dupilumab était généralement bien toléré dans la population en intention de traiter ; les EIT les plus fréquents pour le dupilumab/placebo étaient des réactions au site d'injection (37,5/33,3 %).

Conclusion : Dans la partie B de cette étude de phase 3, le dupilumab améliorait les aspects cliniques, symptomatiques, histologiques et endoscopiques de l'EoE indépendamment des antécédents d'utilisation de CTI.

Remerciements, financements, autres :
Données présentées pour la première fois lors de la réunion scientifique annuelle du congrès 2022 de l'American College of Gastroenterology (ACG 2022) ; Charlotte, Caroline du Nord, États-Unis ; 21-26 octobre 2022. Recherche subventionnée par Sanofi et Regeneron Pharmaceuticals, Inc. Identifiant ClinicalTrials.gov : NCT03633617. Nous tenons à remercier Siddhesh Kamat et Eilish McCann de Regeneron Pharmaceuticals, Inc. pour leurs contributions substantielles. Rédaction médicale/assistance rédactionnelle assurée par Joseph Worrall, PhD, d'Excerpta Medica, financée par Sanofi

et Regeneron Pharmaceuticals, Inc., conformément aux directives de bonnes pratiques de publication.

C.012

Apport de la manométrie haute résolution avec impédancemétrie pour l'évaluation de la clairance œsophagienne dans l'achalasie de l'œsophage

F. Grousez [1], F. Zerbib [1], B. Vauquelin [1], M. Saunier [2], P. Rivière [1], A. Berger [1]

(1) Bordeaux ; (2) Dijon.

Introduction : L'avènement de la manométrie œsophagienne haute résolution et de la myotomie endoscopique sont à l'origine d'un regain d'intérêt pour l'achalasie. Les symptômes de l'achalasie sont évalués par le score d'ECKARDT (ES). Bien que subjectif et clinique, il reste la référence dans l'évaluation des symptômes. Le transit œsophagien minuté (TOM) est utilisé pour évaluer de manière objective la clairance œsophagienne après traitement. Le but de cette étude était d'évaluer la mesure de la clairance œsophagienne par Manométrie haute résolution avec impédancemétrie (HRiM) en comparaison du TOM.

Patients et Méthodes : Entre octobre 2020 et juillet 2022, 50 patients traités par POEM ont eu une évaluation standardisée pré et post-POEM (ES, TOM, HRiM). L'échec de traitement est défini par un ES > 3 à 3 mois post-POEM. Un défaut de CO est défini par la présence d'une stase œsophagienne > 2 cm à 5 minutes en HRiM et/ou au TOM. L'ensemble des données disponibles en pré et post- POEM à 3 mois a été regroupé pour l'analyse. La corrélation entre ES, TOM et HRiM a été évaluée par la méthode de Spearman.

Résultats : 50 patients avec un âge médian de 65 ans (23-84) ont été inclus dans cette étude, présentant une achalasie de type 2 dans 85% des cas. Un traitement antérieur à la POEM a été réalisé chez 19 (38%) patients (63% dilatation pneumatique, 16% injection de toxine botulique, 11% myotomie de Heller et 10% POEM). Le taux de réponse clinique à 3 mois était de 94%. Les résultats de TOM/HRiM étaient disponibles chez (29/33) patients en pré-POEM et (43/46) patients en post-POEM à 3 mois. La corrélation entre le ES et le défaut CO à 5 minutes en HRiM / TOM étaient respectivement de 0,656/0,31. La corrélation entre TOGD et HRIM sur la CO à 5 minutes était de 0,375. Un défaut de CO à 5 minutes était retrouvé dans 91% des TOM, il n'était confirmé que dans 50,8% des HRIM. A 3 mois le TOM était positif dans (90,7%) *vs* (21,7%) pour l'HRIM (p<0,001). En analyse uni et multivariée, seul le défaut de CO à 5 minutes en HRiM était significativement associé à un ES > 3 (RR = 17,0 (p <0,001)). L'AUC de l'HRIM était de de 0,872 *vs.* 0,707 pour le TOM. La performance diagnostique de l'HRiM à 5 min pour prédire un ES > 3 était Se: 85% ; Sp 77% ; VPP : 74% ; VPN : 87%, *vs.* Se 95% ; Sp 11% ; VPP : 42% ; VPN : 83%) pour le TOM.

Conclusion : Dans l'achalasie, l'évaluation de la clairance œsophagienne en impédancemétrie représente un critère paraclinique objectif mieux corrélé au score d'ECKARDT que le transit œsophagien minuté et semble être un critère pertinent d'évaluation pré et post thérapeutique. Des études complémentaires sont en cours pour valider la pertinence de ce paramètre plus spécifiquement dans l'évaluation des traitements de l'achalasie de l'œsophage.

C.013

Gastrites et duodénites sévères chez des patients traités par inhibiteurs de points de contrôle immunitaire : une étude multicentrique

C. Bresteau [1], P. Bonnet [2], C. Robert [3], P. Saiag [2], B. Buecher [4], C. Lebbe [4], M. Allez [4], R. Benamouzig [5], H. Hagège [6], H. Becheur [4], A. Meyer [1], F. Carbonnel [1]

(1) Le Kremlin-Bicêtre ; (2) Boulogne-Billancourt ; (3) Villejuif ; (4) Paris ; (5) Bobigny ; (6) Créteil.

Introduction : Les inhibiteurs de points de contrôle immunitaire (ICI ; anti-PD1 et/ou anti-CTLA-4) ont amélioré le pronostic de nombreux cancers mais sont à l'origine d'effets secondaires immuno-médiés. Les données concernant les gastrites et duodénites induites par les ICI (GDII) sont limitées à quelques cas cliniques.

Patients et Méthodes : Le but de cette étude était de décrire le phénotype, le pronostic et la réponse au traitement de GDII. Nous avons inclus les patients avec des symptômes digestifs hauts et des lésions endoscopiques (érosions ou ulcérations) de l'estomac ou du duodénum, pendant le traitement par ICI ou dans les 6 mois qui ont suivi leur interruption. Nous avons exclu les patients dont les symptômes n'étaient pas dus aux ICI (infection à *Helicobacter pylori*, Maladie de Crohn, amylose, métastases).

Résultats : Trente-cinq patients pris en charge entre janvier 2013 et décembre 2021 ont été inclus. Vingt-trois (66%) étaient des hommes et l'âge médian était de 63 ans (27-89). Les patients avaient reçu un anti-PD1 (n=19, 54%), un anti-CTLA-4 (n=4, 11%) ou les deux (n=12, 34%). Vingt-huit patients avaient un mélanome (80%), 4 (11%) avaient un cancer du poumon non à petites cellules, 3 (9%) avaient un autre cancer. Le délai médian de survenue des symptômes était de 3,3 mois (0,1-23,8) après le début des ICI. Les principaux symptômes étaient des douleurs épigastriques (n=25, 71%), des nausées (n=22, 63%), une perte de poids (n=23, 66%), de la diarrhée (n=20, 57%), et une satiété précoce (n=12, 34%). Vingt-six patients (74%) avaient d'autres effets secondaires immuno-médiés associés, parmi lesquels 18 patients (51%) avaient une colite ou iléite associée à la GDII.
Vingt-huit (80%) patients avaient des lésions gastriques en endoscopie. Huit (23%) avaient des érosions, 9 (26%) des ulcérations, 9 (26%) des lésions hémorragiques et 2 (6%) des lésions nécrotiques. Quatorze patients (40%) avaient des lésions duodénales en endoscopie. Huit (23%) avaient des érosions, 5 (14%) avec des ulcérations et 1 (3%) des lésions hémorragiques. Trois patients (9%) avaient des lésions endoscopiques œsophagiennes associées aux lésions gastriques ou duodénales : 1 patient avait des érosions et 2 patients avaient des ulcérations.
La durée médiane de suivi était de 15 mois (1-80). Trente et un patients (89%) ont été traités par corticoïdes. Parmi eux, 26 patients (84%) ont répondu au traitement et 18 (58%) ont obtenu une rémission clinique. Quatorze patients ont eu un nouvel examen endoscopique après la corticothérapie ; 12 (86%) avaient une réponse endoscopique (dont 2 patients avec une cicatrisation complète). Sept patients ont été traités par infliximab, 5 patients (71%) ont répondu, incluant 2 (29%) qui ont atteint la rémission clinique. Un patient a été traité par Vedolizumab avec une réponse clinique sans rémission.

Conclusion : Les ICI peuvent induire des gastrites et duodénites sévères. Les corticoïdes et l'infliximab induisent une réponse clinique chez la majorité des patients.

C.014

Évaluation du diagnostic, du suivi et du traitement des zones de dysplasie gastrique dans les polyposes digestives adénomateuses

M. Figueiredo Ferreira [1], C. Yzet [2], L. Calavas [3], F. Rostain [3], J. Rivory [3], M. Pioche [3], J.C. Saurin [3]

(1) Bruxelles, BELGIQUE ; (2) Amiens ; (3) Lyon.

Introduction : Les polyposes digestives adénomateuses comprennent la polypose adénomateuse familiale liée à une mutation du gène APC (PAF) et la polypose associée à une mutation bi-allélique du gène MUTYH. Celles-ci entrainent un risque élevé de cancers colorectaux et duodénaux, avec des recommandations bien établies de dépistage et de traitement préventif. Des études récentes suggèrent aussi une incidence particulière de cancer gastrique chez ces patients, associée à différents types de lésions dysplasiques au contact ou à distance des polypes glandulo-kystiques (PGK) classiques du fundus.
Le but de ce travail était de déterminer la prévalence, le traitement et le suivi des lésions dysplasiques gastriques des patients suivis pour une polypose adénomateuse familiale.

Patients et Méthodes : Nous avons analysé et repris les données du suivi endoscopique gastrique, intégrées dans une base de données nationale prospective (Renapol), de l'ensemble des patients consécutifs suivis dans notre centre entre Janvier 2015 et Mai 2022. Nous avons distingué deux types de lésions dysplasiques: d'une part, les nodules sessiles ombiliqués bien délimités de l'antre et, d'autre part, des lésions planes blanchâtres associées à des 'crêtes bleutées' en NBI, souvent fundiques et au sein des PGK.

Résultats : Au total, 227 patients ont été inclus (tableau 1). Dix (4,4%) avait une mutation MUTYH. Vingt-sept patients (11,9%) présentaient une dysplasie gastrique (avec 17 (63%) femmes et âge moyen de 52 [23-68] ans), de localisation proximale dans 70,4% des cas et correspondant majoritairement à de la dysplasie de bas grade (18 cas, 66.7%), suivie par la dysplasie de haut grade (8 cas, 29.6%) et 1 cas de cancer (3.7%). Une patiente est décédée d'un cancer gastrique métastatique non détecté par endoscopie, au sein d'une polypose fundique très dense. Aucun de ces patients ne présentait d'infection à HP (*vs* 13(6.5%) dans le groupe sans dysplasie). Des zones planes blanchâtres de l'estomac proximal ont été observées chez 27 (11,9%) patients, avec une dysplasie (de bas grade) confirmée dans 17 cas (63 %). Des lésions sessiles antrales ont été rapportées dans 21 cas (9,2%), avec une dysplasie confirmée chez 6 (29 %) des patients. Une des lésions fundiques planes correspondait déjà à un adénocarcinome invasif (pT2). Trois autres cas de dysplasie ont été révélés par des biopsies systématiques pour recherche d'HP. La présence de lésions blanches planes fundiques était bien corrélée avec la présence de dysplasie (risque relatif de 31 (IC 95%[12,7-74,9], p<0,001)).
L'âge moyen et le tabagisme étaient significativement plus élevés dans le groupe dysplasie (p<0,001). Le nombre de polypes duodénaux et le score de Spigelman ne présentaient pas de différence statistiquement significative entre les deux groupes (p=0,702 et p=0,06, respectivement). En analyse multivariée, les patients tabagiques ou avec PGK à forte densité (>50) présentaient un risque significativement plus élevé de dysplasie gastrique (risque absolu de 13,08, IC 95%[2,67-64,10] et 22,06, IC 95%[4,28-113,58], respectivement).
Parmi les cas de dysplasie, 21 (77,8%) ont été traités par résection endoscopique, majoritairement ESD (10 cas (47,6%), pour des lésions d'un diamètre médian de 62.5 [35-160] mm). L'un de ces patients avait un adénocarcinome pT2 invasif profond, et a donc reçu un traitement systémique. Une patiente présentant des lésions adénomateuses multiples et étendues, a été orientée vers une gastrectomie pour l'instant refusée. Les patients restants font l'objet d'une surveillance endoscopique. La durée médiane de suivi après traitement est de 21 [0-72] mois, avec 2 récidives proximales (7 %, bas grade) traitées endoscopiquement.

Conclusion : Nous présentons une des plus importantes cohortes de suivi gastrique de patients atteints d'une polypose familiale, confirmant une fréquence de dysplasie non négligeable, un risque de cancer, mais avec probablement la possibilité d'une prévention (impliquant souvent une étape

de dissection sous muqueuse), nécessitant une éducation des gastroentérologues à la reconnaissance de ces lésions parfois très difficiles à voir (lésions planes dyschromiques).

C.015

La myotomie per-orale endoscopie (FP-POEM) pour traiter efficacement la dysphagie persistance post-fundoplicature anti-reflux : le nouveau gold standard ?

J.M. Gonzalez [1], M. Barthet [1], V. Vitton [1]
(1) Marseille.

Introduction : Le reflux réfractaire aux IPP survient dans près de 10% des cas. Dans ces situations, la création d'une valve anti-reflux par fundoplicature laparoscopique (LF) est le traitement historique de référence. Cependant, elle peut induire une dysphagie dans 5 à 10 % des cas en raison de l'hyperpression au niveau cardiale induite par la valve et / ou de la survenue de troubles de la motilité œsophagienne. Leur prise en charge est complexe, avec une inefficacité des dilatations œsophagiennes et la nécessité de défaire le montage que les chirurgiens redoutent. Nous proposons donc l'évaluation d'une approche novatrice et mini-invasive par FP-POEM incluant une myotomie œsophagienne avec section de la valve.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective de cas consécutifs. Tous les patients consultant pour dysphagie sévère (score d'Eckardt ≥ 6 et de dysphagie ≥ 2) persistante (> 6 mois), traités par FP-POEM entre octobre 2014 et Avril 2022 avec un suivi supérieur à 6 mois ont été inclus. Les patients étaient soit contre-indiqué, soit avaient refusé une reprise chirurgicale, soit en avaient subi une sans efficacité. Tous avaient également eu une manométrie œsophagienne haute résolution (HREM) en préopératoire pour vérifier l'association à un trouble moteur sévère de l'œsophage pouvant guider la myotomie.
Les procédures étaient réalisées par 2 endoscopistes interventionnels experts en POEM œsophagiens classique (>100 cas) selon les mêmes étapes, et sur des patients intubés. Le matériel utilisé était un Triangle Knife pour l'incision, la tunnélisation et de myotomie, dont la longueur variait selon la HREM. La myotomie était accompagné d'une section au minimum partielle de la valve anti-reflux repérée au niveau du cardia.
L'objectif principal était d'évaluer l'efficacité de la procédure (amélioration du score d'Eckardt > 50% de la valeur initiale). Les objectifs secondaires étaient de documenter les résultats techniques du FP-POEM et sa tolérance par la survenue d'évènement indésirables.

Résultats : 23 patients ont été inclus et analysés, dont 57% d'hommes et 43% de femmes, et d'âge moyen de 55 ± 15.4 ans. Les interventions anti-reflux étaient des Nissen (n=11), des Toupet (n=9) et des Heller + valve (n=3). 8 patients avaient eu au moins une dilatation endoscopique, et un avait eu un débricolage de la valve, sans succès. 13 patients avaient un apéristaltisme, 14 une hypertonie du SIO, 4 patients avaient les deux et 1 patient unn œsophage marteau-piqueur. Le score d'Eckardt moyen était de 8.3/12 ± 1.5, le score de dysphagie de 2.9/3 ± 1. Le suivi médian était de 15 mois [6-55].
Le succès technique était obtenu pour 96% des procédures (1 échec par fibrose majeure). Le succès clinique était obtenu chez 87% des patients (3 échecs, dont un traité par Lewis Santy), avec un score d'Eckardt moyen au terme du suivi de 2.1 ± 3. Sur 13 patients qui aveint perdu du poids, 10 ont repris leur poids initial.
Sur le plan des procédures, la myotomie mesurait en moyenne 8.2 ± 2.4 cm, essentiellement postérieures. Une difficulté technique a été rencontrée chez 14 patients (fibrose n=11 ; sigmoide n=3 ; hémorragie n=4). Il y a eu 3 évènements indésirables non graves : 2 capnopéritoines exsufflés sans conséquences et 1 brèche muqueuse traitée par prothèse couverte dans le même temps. 4 patients ont eu des douleurs postopératoires significatives sans retarder leur sortie.

Conclusion : Le FP-POM incluant une myotomie œsophagienne et de la valve anti-reflux par tunnel est une technique sure et très efficace pour traiter la dysphagie post fundoplicature, y compris accompagnée d'un trouble moteur sévère. Elle doit être diffusée et évaluée plus largement car elle pourrait être la solution de référence dans ces situations.

C.016

Impact de l'anesthésie générale sur les caractéristiques du pylore mesurées par l'outil EndoFLIP chez les patients atteints de gastroparésie

C. Desprez [1], J. Jacques [2], T. Clavier [1], T. Wallenhorst [3], A.M. Leroi [1], G. Gourcerol [1]
(1) Rouen ; (2) Limoges ; (3) Rennes.

Introduction : La distensibilité pylorique est rapportée dans la littérature comme une mesure prédictive de la présence d'une gastroparésie. Les mesures peuvent être obtenues lors d'une endoscopie sous anesthésie générale ou chez des patients non sédatés. Cependant, les protocoles d'anesthésie diffèrent selon les centres et il n'existe pas, jusqu'à présent, de consensus quant à la réalisation de ces mesures avec le système d'EndoFLIP. Par ailleurs, l'influence des produits d'anesthésie générale sur les caractéristiques du pylore n'a pas été étudié jusqu'ici. L'objectif de cette étude était donc de déterminer l'impact des anesthésiants sur les résultats de l'EndoFLIP réalisé au niveau du pylore.

Patients et Méthodes : Pour ce travail, nous avons analysé rétrospectivement les données issues de patients gastroparétiques provenant de 3 centres (Rouen, Rennes et Limoges). Les patients avec un antécédent d'intervention ciblant le pylore étaient exclus de l'analyse. Les dossiers médicaux ont été étudiés afin de lister les produits d'anesthésie potentiellement utilisés pendant les mesures par EndoFLIP.

Résultats : Cent vingt-cinq patients ont été inclus dans l'étude (âge médian : 55,0 (43,0-66,0) ans). Trente-quatre patients (27,2%) ont bénéficié d'une évaluation du pylore par EndoFLIP sans anesthésie générale et 91 patients sous anesthésie générale (72,8%). La pression pylorique à 40 ml de distension était plus élevée chez les patients avec anesthésie générale en comparaison aux patients sans anesthésie générale [18,7 (13,0-25,6) mmHg *versus* 15,4 (11,9-20,7) mmHg ; p=0,044)]. Dans l'analyse multivariée, l'administration de chloride de suxamethonium était associée avec une distensibilité pylorique diminuée (OR : 3,9 ; IC95% : 1,3-11,4 ; p=0,013) tandis que l'administration de l'éphédrine ne l'était pas (OR : 0.3 ; IC95% : 0,1-0,9 ; p=0,036).

Conclusion : Cette étude est la première à avoir évalué l'impact de l'anesthésie générale et des différents agents pharmacologiques utilisés pendant l'anesthésie, sur les mesures de l'EndoFLIP du pylore. Étant donné que cet outil peut être utilisé afin de prédire la performance de certaines thérapies comme le G-POEM, il est important de confirmer nos résultats de manière prospective afin de savoir si le protocole de sédation pourrait influencer les mesures par EndoFLIP et également d'homogénéiser les pratiques entre les centres.

C.017

FOLFIRI seul ou avec bévacizumab après échec d'une chimiothérapie de première ligne par platine-étoposide chez des patients atteints d'un carcinome neuroendocrine : étude de phase II randomisée PRODIGE 41-BEVANEC

T. Walter [1], A. Lièvre [2], R. Coriat [3], D. Malka [3], F. El Hajbi [4], F. Di Fiore [5], O. Hentic [6], D. Smith [7], V. Hautefeuille [8], G. Roquin [9], M. Perrier [10], L. Dahan [11], V. Granger [12], I. Sobhani [13], L. Mineur [14], P. Niccoli [11], E. Assenat [15], J.Y. Scoazec [16], K. Le Malicot [17], C. Lepage [17], C. Lombard-Bohas [1]
(1) Lyon ; (2) Rennes ; (3) Paris ; (4) Lille ; (5) Rouen ; (6) Clichy-la-Garenne ; (7) Bordeaux ; (8) Amiens ; (9) Angers ; (10) Reims ; (11) Marseille ; (12) Grenoble ; (13) Créteil ; (14) Avignon ; (15) Montpellier ; (16) Villejuif ; (17) Dijon.

Introduction : Il n'existe pas de traitement standard de deuxième ligne des carcinomes neuroendocrines (CNE) gastro-entéropancréatiques (GEP) après une chimiothérapie par platine-étoposide (PE).

Patients et Méthodes : BEVANEC (NCT02820857) est un essai de phase 2 non comparatif. Les critères d'inclusion étaient un CNE localement avancé ou métastatique, d'origine GEP ou de primitif inconnu, ayant progressé pendant ou après un traitement de première ligne par PE. Les patients étaient randomisés 1:1 entre FOLFIRI et FOLFIRI-bévacizumab (BEV, 5 mg/kg de bévacizumab avec FOLFIRI), tous les 14 jours, jusqu'à progression ou toxicité limitante. Le critère principal était le taux de survie globale (SG) à 6 mois (h1 : >50% dans le bras expérimental; puissance : 85%; risque alpha unilatéral : 10%).

Résultats : De septembre 2017 à février 2022, 133 patients ont été randomisés dans 26 centres ; 126 patients ont reçu au moins un cycle de chimiothérapie et étaient évaluables pour le critère principal. L'âge médian était de 67 ans (extrêmes : 26-85), 83 patients (65,9%) étaient des hommes et 112/125 (89,6%) avaient un statut de performance ECOG de 0 ou 1. La localisation primitive de la tumeur (n=117) était colorectale (n=38), pancréatique (n=33), œsogastrique (n=22) ou de primitif inconnu (n=24). Le taux de SG à 6 mois était de 52,5% (IC 80% 43,4-61,5) pour le bras FOLFIRI-Bev et 58.2% (IC80% 49.6-66.4) pour le bras FOLFIRI. Les survies sans progression et les SG médianes [IC95%] étaient respectivement de 3,7 [1,9; 5,6] mois et 7,0 [4,6; 11,5] mois pour le bras FOLFIRI-Bev et 3,5 [1,9; 5,1] mois et 8,9 [5,7; 10,7] mois pour le bras FOLFIRI. Les réponses cliniques et biochimiques, le taux de réponse objective (25,5% contre 18,3%) et la durée de réponse étaient numériquement plus élevés dans le bras FOLFIRI-Bev que dans le bras FOLFIRI. Trois patients ont arrêté le BEV pour toxicité; un décès lié au traitement est survenu dans le bras FOLFIRI-Bev. Les événements indésirables de grade ≥3 les plus fréquents étaient la neutropénie (12%), l'asthénie (10%) et la diarrhée (10 %).

Conclusion : L'addition de BEV à une chimiothérapie par FOLFIRI ne semble pas apporter de bénéfice par rapport au FOLFIRI seul en deuxième ligne de traitement des patients avec CNE GEP réfractaire à une chimiothérapie de première ligne par PE.

Remerciements, financements, autres :
Financement obtenu en 2014 (PHRCK1470053N)
Roche a fournit le Bevacizumab
Remerciement à l'ensemble du groupe Prodige, le staff de la FFCD et des Hospices Civils de Lyon

C.018

PRODIGE 59–DURIGAST : étude de phase II randomisée évaluant l'efficacité du FOLFIRI + durvalumab *versus* FOLFIRI + durvalumab + trémélimumab en 2ème ligne chez des patients présentant un adénocarcinome gastrique ou de la jonction œso-gastrique avancé

D. Tougeron [1], L. Dahan [2], F. El Hajbi [3], K. Le Malicot [4], L. Evesque [5], T. Aparicio [6], O. Bouché [7], N. Bonichon-Lamichhane [8], B. Chibaudel [9], A. Angelergues [6], A. Bodere [10], J.M. Phelip [11], M. Mabro [12], L. Kaluzinski [13], C. Petorin [14], G. Breysacher [15], Y. Rinaldi [2], A. Zaanan [6], D. Smith [8], M.C. Gouttebel [16], C. Perret [17], N. Etchepare [6], J.F. Emile [18], I. Sanfourche [1], P. Artru [19], C. Louvet [6]

(1) Poitiers ; (2) Marseille ; (3) Lille ; (4) Dijon ; (5) Nice ; (6) Paris ; (7) Reims ; (8) Bordeaux ; (9) Levallois-Perret ; (10) Rennes ; (11) Saint-Etienne ; (12) Suresnes ; (13) Cherbourg-en-Cotentin ; (14) Clermont-Ferrand ; (15) Colmar ; (16) Romans-sur-Isère ; (17) Saint-Grégoire ; (18) Boulogne-Billancourt ; (19) Lyon.

Introduction : Les inhibiteurs de point de contrôle immunitaire (ICI) ont montré une efficacité significative dans les adénocarcinomes gastriques ou de la jonction œso-gastrique avancé (AG/JOG) notamment en 1ère ligne de traitement en combinaison à une chimiothérapie à base de sel de platine. En 2ème ligne de traitement l'efficacité des ICI en monothérapie, de même que celle de la chimiothérapie est limitée. Aucune étude n'a évalué jusqu'à maintenant la combinaison ICI plus chimiothérapie en 2ème ligne de traitement des AG/JOG avancés.

Patients et Méthodes : L'étude de phase II randomisée, multicentrique, PRODIGE 59 - DURIGAST avait pour but d'évaluer la tolérance et l'efficacité du FOLFIRI plus durvalumab (anti-PD-L1) (FD) *versus* FOLFIRI plus durvalumab et trémélimumab (anti-CTLA4) (FDT) en 2ème ligne de traitement des patients avec un AG/JOG non résécable. Les principaux critères d'inclusion étaient les patients en échec d'une 1ère ligne à base de sels de platine, naïfs d'immunothérapie et avec un indice de performance OMS de 0 ou 1. L'objectif principal était la survie sans progression (SSP) à 4 mois, avec pour objectif d'atteindre une SSP à 4 mois de 70% (H0:50%). Les objectifs secondaires incluaient la tolérance (NCI CTCAE v4.0), la survie globale (SG) et la qualité de vie (EORTC QLQC30).

Résultats : Entre aout 2020 et juin 2021, 96 patients ont été randomisés (48 dans chaque bras). L'âge médian était de 60,0 ans, il y avait 30,4% de femmes et 66,3% de patients OMS 1. La moitié des patients avaient une tumeur du cardia (53,3%), la plupart des métastases synchrones (65,2%) et un doublet de chimiothérapie en 1ère ligne (63,0%). Il y avait 22,8% de tumeurs HER2+ et seulement 4,3% de tumeurs avec instabilité microsatellitaire.
La SSP à 4 mois étaient de 44,7% [90%CI: 32,3–57,7] dans le bras FD et 55,6% [90%CI: 42,3–68,3] dans le bras FDT. Une pseudo-progression était observée chez 2 patients du bras FD et 2 patients du bras FDT, et 9 patients du bras FDT avaient une ré-introduction du trémélimumab à la progression. Ainsi, les temps jusqu'à échec de la stratégie étaient de 4,4 mois dans le bras FD et 6,0 mois dans le bras FDT. Les médianes de SSP, les taux de réponse et les SG étaient de 3,8 *versus* 5,4 mois, 34,7% *versus* 37,7% et 13,3 *versus* 9,5 mois, respectivement dans les bras FD et FDT. La durée médiane de traitement était de 3,8 mois dans le bras FD et 5,5 mois dans le bras FDT. Un contrôle de la maladie de plus d'un an était observé chez 15,2% des patients du bras FD (n=7) *versus* 23,9% des patients du bras FDT (n=11).
Un effet secondaire de grade 3 ou plus relié au traitement était observé chez 47,8% des patients dans les 2 bras (asthénie: 17,4% *vs* 26,1%, neutropénie: 15,2% *vs* 23,9%, anémie: 10,9% *vs* 6,5%, diarrhée: 2,2% *vs* 10,9% et vomissements: 6,5% *vs* 4,3% dans les bras FD et FDT, respectivement).
Un score combiné positif (CPS) PD-L1≥5 étaient observé dans 36,7% des tumeurs (21,1% bras FD et 46,7% bras FDT) et un score tumoral positif (TPS) PD-L1≥1 dans 26,5% des cas (26,3% bras FD et 26,7% bras FDT). Dans la population globale, les SSP médianes selon le CPS PD-L1≥5 n'étaient pas différente, contrairement en cas de CPS PD-L1≥1 (5,4 mois *versus* 3,8 mois) ou TPS PD-L1≥1 (6,2 mois *versus* 3,7 mois).
Le temps jusqu'à détérioration de la qualité de vie (perte de plus de 10 points du score EORTC QLQC30) était en médiane de 12,0 mois dans le bras FD et 9,7 mois dans le bras FDT.

Conclusion : L'essai DURIGAST montre un profil de tolérance acceptable de la combinaison FOLFIRI plus ICI en 2ème ligne de traitement des AG/JOG non résécables. Bien que le critère de jugement principal ne soit pas atteint, les résultats de survie sont supérieurs aux taux historiques de la chimiothérapie seule, notamment en cas de tumeur CPS ou TPS PD-L1≥1. Ces résultats justifient un essai phase III comparant la combinaison FOLFIRI plus double immunothérapie *versus* FOLFIRI chez les patients en échec d'une 1ère ligne à base de sel de platine ± un anti-PD1/PD-L1.

Remerciements, financements, autres :
Nous remercions tous les investigateurs, ARCs/TECs et groupes coopératifs (FFCD - UNICANCER GI - GERCOR) pour leur contribution et leur participation à l'essai. Nous remercions également Astra Zeneca pour leur soutien.

C.019

Peut-on remplacer le 5-fluorouracile intraveineux par la capécitabine dans la chimioradiothérapie des cancers du canal anal ? Etude comparative des patients de la cohorte FFCD-ANABASE

A.C. Delhiat [1], C. Lemanski [2], K. Le Malicot [3], A. Saint [4], E. Rivin del Campo [5], P. Pommier [6], P. Regnault [1], N. Baba Hamed [5], P. Ronchin [7], L. Quero [5], E. Menager-Tabourel [8], O. Diaz [9], A. Lièvre [10], D. Tougeron [11], F. Mornex [6], A. Larrouy [5], N. Barbier [12], V. Vendrely [1]

(1) Bordeaux ; (2) Montpellier ; (3) Dijon ; (4) Nice ; (5) Paris ; (6) Lyon ; (7) Mougins ; (8) La Roche-sur-Yon ; (9) Grenoble ; (10) Rennes ; (11) Poitiers ; (12) Perpignan.

Introduction : La chimioradiothérapie (CRT) associant 5-fluorouracile intraveineux (5FU-IV) et mitomycine C (MMC) est le traitement standard du cancer du canal anal. La capécitabine, précurseur du 5FU administré par voie orale, peut être proposée (option) en remplacement du 5FU-IV mais son équivalence n'est pas validée. Notre étude évalue l'efficacité et la toxicité de la capécitabine comparée au 5FU-IV en association avec la MMC et la radiothérapie conformationnelle avec modulation d'intensité (RCMI) chez des patients traités pour carcinome épidermoïde du canal anal (CECA) localement avancé à partir de la cohorte FFCD-ANABASE.

Patients et Méthodes : A partir de la cohorte FFCD-ANABASE, étude observationnelle multicentrique prospective nationale française, nous avons comparé les patients traités par CRT en RCMI à base de MMC et 5FU-IV ou MMC et capécitabine. Le critère d'évaluation principal était la survie sans récidive (SSR) à 3 ans. Les critères d'évaluation secondaires comprenaient la survie globale (SG), la survie spécifique (SS), la survie sans colostomie (SSC), le taux de contrôle tumoral et la toxicité (grade ≥ 3).

Résultats : Parmi 1015 patients traités pour CECA par radiothérapie dans la cohorte FFCD-ANABASE, 542 patients (401 femmes et 141 hommes) ont été traités entre janvier 2015 et avril 2020, par RCMI en association avec 5FU-IV et MMC (n=404) ou capécitabine et MMC (n=138). L'âge médian était de 64 ans (35-92). Les caractéristiques des patients et des tumeurs n'étaient pas significativement différentes selon les groupes. La dose médiane de radiothérapie était de 60 Gy (IQ 59.4-64.8). Le suivi médian était de 35.94 mois (IC95% 35.25-36.86). La SSR à 3 ans était de 76.8% pour le groupe 5FU-IV-MMC (IC 95%, 71.89-80.96 %) et de 76.59% pour le groupe capécitabine-MMC (IC 95 %, 66.92-83.77 %) sans différence statistiquement significative. La SG à 3 ans était de 85.35% et 82.89%,SS à 3 ans de 90.96% et 89.93%, SSC de 81.7% et 86.2%, respectivement pour les groupes 5FU-IV-MMC et capécitabine-MMC. Le taux de contrôle tumoral était de 83.4% pour le groupe 5FU-IV-MMC et 84.8% pour le groupe capécitabine-MMC. Une toxicité aiguë de grade supérieure ou égale à 3 était relevée pour 189 patients du groupe 5FU-IV-MMC (46.8%) contre 49 patients du groupe capécitabine-MMC (35.5%), p=0,02, en particulier pour les toxicités cutanées, digestives et hématologiques. Une interruption du traitement de radiothérapie a été nécessaire pour 41.3% des patients du groupe 5FU-IV-MMC contre 17.4% dans le groupe capécitabine-MMC, p<0,001.

Conclusion : En l'absence d'essai randomisé prospectif, notre étude observationnelle a montré sur une large population de patients traités pour CECA, une efficacité similaire de la capécitabine comparée au 5FU-IV en association avec la MMC et la radiothérapie en RCMI. Le traitement par 5FU-IV-MMC apparaît plus toxique, avec un nombre significativement plus élevé d'interruptions de traitement. La capécitabine est non seulement équivalente mais moins toxique et doit être recommandée en association avec la MMC et la RCMI.

C.020

Immunothérapie par durvalumab plus trémélimumab chez les patients atteints d'un cancer des voies biliaires avancé après échec d'une chimiothérapie à base de platine : résultats intermédiaires de l'étude IMMUNOBIL GERCOR D18-1 PRODIGE-57

M. Delaye [1], E. Assenat [2], L. Dahan [3], J.F. Blanc [4], D. Tougeron [5], J.P. Metges [6], A. Lièvre [7], A. Turpin [8], R. Guimbaud [9], C. de la Fouchardière [10], H. Castanie [11], J. Desrame [10], A. Pellat [12], T. Lecomte [13], A.L. Bignon [14], V. Hautefeuille [15], M.L. Garcia [12], A. Falcoz [16], M. Ben Abdelghani [17], C. Neuzillet [1]

(1) Saint-Cloud ; (2) Montpellier ; (3) Marseille ; (4) Bordeaux ; (5) Poitiers ; (6) Brest ; (7) Rennes ; (8) Lille ; (9) Toulouse ; (10) Lyon ; (11) Nantes ; (12) Paris ; (13) Tours ; (14) Caen ; (15) Amiens ; (16) Besançon ; (17) Strasbourg.

Introduction : L'association d'immunothérapie Durvalumab (D, anti-PDL1) plus tremelimumab (T, anti-CTLA-4) a donné des résultats encourageants dans les cancers hépato-biliaires. L'efficacité de l'association D plus T chez les patients (Pts) non asiatiques atteints de cancers des voies biliaires (CVB) prétraités est inconnue.

Patients et Méthodes : IMMUNOBIL GERCOR D18-1 PRODIGE-57 était initialement une étude de phase II à deux bras, ouverte, randomisée et non comparative. Les patients présentant un CVB en récidive ou avancé prouvé histologiquement (cholangiocarcinome intrahépatique [iCCA]/CCA extrahépatique [eCCA]/cancer de la vésicule biliaire [VB]), ECOG PS 0-1, prétraités par une chimiothérapie (CTx) à base de platine ont été randomisés avec un ratio 1:1: D (1500 mg toutes les 4 semaines jusqu'à progression ou toxicité inacceptable) plus T (75 mg toutes les 4 semaines pendant 4 cycles [T75]) (bras A) ou D plus T en association avec le paclitaxel hebdomadaire (bras B). Le bras B a été fermé prématurément pour toxicité après l'inclusion de 10 patients. L'étude s'est poursuivie avec le bras A uniquement. Elle a ensuite été amendée pour modifier le schéma T (300 mg au cycle 1 [T300], bras A modifié). Le nouveau critère d'évaluation principal était le taux de survie globale (OS) à 6 mois (M6) dans le bras A modifié (D + T300) avec un plan en deux étapes de Fleming (H0 : 50%, H1 : 65%, alpha unilatéral : 5%, puissance : 90%). Un total de 100 Pts évaluables a été requis (seuil d'efficacité : 59%). Nous présentons ici les données d'efficacité du bras A (D + T75).

Résultats : De 12/2018 à 12/2020, 106 Pts ont été inclus dans le bras A ; 103 étaient évaluables pour la SG à M6. L'âge médian était de 66 ans, 47% étaient des hommes, 46% avaient un ECOG PS 0, 69%/18%/13% avaient respectivement un iCCA/eCCA/VB, 100% avaient une maladie métastatique, et 28% avaient eu une résection tumorale antérieurement. Le cTx de première ligne était GEMCIS/GEMOX/5-FU/autre dans 63%/22%/4%/11%, respectivement. 61 (59,2%) pts étaient en vie à M6. Avec un suivi médian de 12 mois (95% IC 11,4-14,9), la SG médiane était de 8,0 mois (95% IC 5,7-11,7) et la SSP médiane de 2,5 mois (95% IC 2,0-3,2). Une réponse complète (RC) a été observée chez 2 (1,9 %) pts, une réponse partielle (RP) chez 8 (7,8 %) et une maladie stable (DS) chez 32 (31,1 %), soit un taux de réponse objective de 9,7 % et un taux de contrôle de la maladie de 40,8 %. L'absence de progression (PD) lors de la première évaluation tomodensitométrique après 2 cycles (taux de SG à M6 : 84% *vs* 41%, SG médiane : 17,9 mois *vs* 4,4 mois) et une RC/RP comme meilleure réponse (taux de SG à M6 : 100% *vs* 84% et 39% pour SD et PD, respectivement) ont été associés à une SG nettement prolongée. 65 (63,1%) pts ont présenté ≥1 événement indésirable (EI) de grade 3-4 (G3-4) et 22 (21,4%) ont présenté ≥1 EI lié au traitement (TRAE) de grade 3-4. Les EI de G3-4 les plus fréquemment rapportés étaient la fatigue (12,6 %), les douleurs abdominales (5,8 %) et l'augmentation de l'aspartate aminotransférase (5,8 %) et les TRAEs de G3-4 étaient la fatigue (4,9 %) et la diarrhée (2,9 %).

Conclusion : Bien qu'aucune conclusion statistique ne puisse être tirée de cette analyse exploratoire du bras A (D + T75), l'association D+T semble montrer une activité en 2ème

ligne des CVB avancés, sans toxicité inattendue. Les résultats du bras A modifié (D + T300) et les études ancillaires sur la tumeur et le sang sont en attente.

Remerciements, financements, autres :
Identification Clinical Trial: NCT03704480
Promoteur: GERCOR.
Financement: Astra Zeneca

C.021

Le GEMOX n'est pas équivalent au CISGEM en première ligne des cancers des voies biliaires avancées : analyse d'une base de données multicentrique internationale

J. Goetgheluck [(1)], R. Jackson, [(2)], A. Casadei Gardini [(3)], D. Palmer [(2)], A. Vogel [(4)], H. Bourien, [(1)], M. McNamara [(5)], S. Le Sourd [(1)], A. Lamarca [(5)], A. Lièvre [(1)], R. Hubner [(5)], P. Johnson, [(2)], J. Valle [(5)], J. Edeline [(1)]

(1) Rennes ; (2) Liverpool, ANGLETERRE ; (3) Modène, ITALIE ; (4) Hanovre, ALLEMAGNE ; (5) Manchester, ANGLETERRE.

Introduction : Les cancers des voies biliaires (CVB) sont un ensemble de tumeurs hétérogènes et agressives, de pronostic défavorable, et fréquemment découvertes à un stade avancé.
En 2010, l'étude randomisée de phase III ABC-02 incluant 410 patients atteints d'un CVB avancé, retrouvait un bénéfice significatif en survie globale du gemcitabine-cisplatine (CISGEM, 11,7 mois *vs* 8,1 mois pour la gemcitabine ; Hazard Ratio (HR) = 0.64; Intervalle de confiance (IC) à 95% (0.52-0.80; P<0.001), indépendamment du stade et de la localisation. Le CISGEM est donc le traitement standard en première ligne d'un CVB avancé.
L'association gemcitabine-oxaliplatine (GEMOX) a également été étudiée, et reste utilisée en France. Une revue systématique de 2014 (33 études comprenant 1470 patients), ne retrouvait pas de différence de survie globale entre le CISGEM (médiane de 9,7 mois) et le GEMOX (médiane de 9,5 mois). Les schémas CISGEM et GEMOX ont été comparés directement dans une seule étude monocentrique indienne chez 260 patients atteints de cancer de la vésicule biliaire, avec un schéma de GEMOX modifié, qui n'avait pas réussi à démontrer l'équivalence du GEMOX.
Malgré le niveau de preuve supérieur en faveur du CISGEM, l'association GEMOX est toujours utilisée. Nous avons cherché à comparer les 2 schémas dans une base de données internationale.

Patients et Méthodes : Nous avons constitué une base de données rétrospective de patients atteints de CVB avancé ayant été traités par une première ligne de chimiothérapie entre avril 2005 et janvier 2021, dans 15 centres de 4 pays européens.
Le critère d'inclusion était la confirmation histologique d'un CVB localement avancé ou métastatique traité par chimiothérapie (quelle que soit la localisation). Les critères d'exclusion étaient la présence d'un cancer de l'ampoule.
Le paramètre étudié était la survie globale (mesurée de la date de la première chimiothérapie jusqu'à la date de décès). Les patients encore en vie étaient censurés à la date du dernier suivi.
Un modèle multivarié de Cox de la survie globale a été réalisé dans la cohorte de patients traités par CISGEM, avec une cohorte de découverte et une cohorte de validation. A partir de ce modèle, les patients traités par GEMOX ont été appariés à des patients semblables traités par CISGEM, et la survie a été comparée entre les 2 groupes dans leur ensemble, ainsi que dans des sous-groupes prédéfinis.

Résultats : 1045 patients atteints de CVB avancé ont été traités par CISGEM dans la base de donnée. Un modèle pronostic a été construit, les variables pronostiques sélectionnées étaient : la différenciation tumorale, le score PS au diagnostic, la localisation du CVB, la présence de métastases hépatiques, les paramètres biologiques (hémoglobine, albumine, Ca19.9, PNN). La survie globale était de 11,4 mois (IC95 % : 10,6 – 12,5).
Lorsque l'on appariait 306 patients traités par GEMOX, la survie globale semblait inférieure de façon non significative avec le GEMOX (HR 1,24 ; IC95 % [0,89-1,64]), le HR ainsi que les IC95% excédent les limites considérées comme habituellement associées à une non-infériorité.Les analyses des sous-groupes suggéraient une infériorité du GEMOX sur la survie globale dans tous les sous-groupes; mais les résultats étaient hétérogènes. Deux sous-groupes se distinguaient du modèle global : pour le sous-groupe CVB peu différencié, la survie globale sous GEMOX était significativement défavorable défavorable (HR 1, 677 ;

IC95 % [1,036 – 2,482]) ; concernant le performance status, le GEMOX semblait inférieur pour le sous-groupe score PS à 2 (HR 1,791 (IC95 % [0.898, 3.022]), mais la différence semblait moins importante dans le sous-groupe PS à 0 (HR 1,09, IC95 % [0.769, 1.571]).

Discussion : Selon ces résultats rétrospectifs, le GEMOX ne semble pas équivalent au CISGEM. Il semblait particulièrement inférieur dans les sous-groupes présentant un score PS à 2 ou une tumeur peu différenciée. Il s'agit d'une analyse rétrospective, et des facteurs confondants pourraient avoir biaisé les résultats. Il n'y avait pas de données avec l'association à un anti-PD(L)1.

Conclusion : Le CISGEM reste bien le standard de traitement de première ligne des cholangiocarcinomes avancés, et le GEMOX ne devrait pas être proposé en première intention, sauf contre-indication forte au cisplatine.

C.022

NIVO + chimio *vs* chimio en traitement de première ligne des adénocarcinomes gastriques, de la jonction œso-gastrique et de l'œsophage avancés : résultats complémentaires d'efficacité et de tolérance et analyses en sous-groupes de l'étude Checkmate 649

L. Evesque [1], K. Shitara [2], Y. Janjigian [3], M. Moehler [4], M. Garrido [5], C. Gallardo [5], L. Shen [6], K. Yamaguchi [7], L. Wyrwicz [8], T. Skoczylas [9], A. Bragagnoli [10], T. Liu [11], M. Tehfe [12], E. Elimova [13], S. Soleymani [14], M. Lei [14], K. Kondo [14], M. Li [14], J. Ajani [15]

(1) Nice ; (2) Kashiwa, JAPON ; (3) New York, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (4) Mayence, ALLEMAGNE ; (5) Santiago, CHILI ; (6) Pékin, CHINE ; (7) Tokyo, JAPON ; (8) Varsovie, POLOGNE ; (9) Lublin, POLOGNE ; (10) Barretos, BRÉSIL ; (11) Shanghai, CHINE ; (12) Montréal, CANADA ; (13) Toronto, CANADA ; (14) Princeton, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (15) Texas City, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE.

Introduction : L'essai CheckMate (CM) 649 est une étude de phase 3, internationale, randomisée, dans le traitement de première ligne des adénocarcinomes gastriques (AG), de la jonction œso-gastrique (AJOG) ou de l'œsophage (ACO) avancés non-HER2-positif, qui a démontré une amélioration de la survie globale (SG) avec l'association nivolumab (NIVO) + chimiothérapie (chimio) *vs* chimio seule, aboutissant à des autorisations de mise sur le marché aux Etats-Unis et en Europe. Un bénéfice cliniquement significatif à long terme avec un suivi minimum de 24 mois a été observé pour le bras NIVO + chimio *vs* chimio chez tous les patients randomisés, à la fois pour la SG (HR 0,79 [IC 95% ; 0,71-0,88]) et la survie sans progression (SSP ; HR 0,79 [IC 95% 0,70-0,89] ; Janjigian YY et al ; ESMO 2021). Nous présentons ici des analyses compléméntaires pour le bras NIVO + chimio *vs* chimio avec un suivi minimum de 24 mois.

Patients et Méthodes : Les patients adultes présentant un AG/AJOG/ACO avancé ou métastatique, non résécable et non traité précédemment, ont été inclus quelle que soit l'expression de PD-Ligand 1 (PD-L1). Les patients avec un statut HER2 positif ont été exclus. Les patients ont été randomisés pour recevoir NIVO (360 mg / 3 sem ou 240 mg / 2 sem) + chimio (XELOX / 3 sem ou FOLFOX / 2 sem), NIVO 1 mg/kg + IPI 3 mg/kg/3 sem (4 doses, puis NIVO 240 mg / 2 sem), ou chimio seule. Les co-critères principaux étaient la SG et la SSP (évaluée en aveugle par un comité d'experts indépendants) chez les patients ayant un score positif combiné PD-L1 (CPS) ≥ 5 pour NIVO + chimio *vs* chimio. Les critères d'évaluation secondaires testés hiérarchiquement comprenaient la SG pour NIVO + chimio *vs* chimio (PD-L1 CPS ≥ 1, puis pour tous les patients randomisés).

Résultats : Sur 2 031 patients inclus, 1 581 ont été randomisés entre les bras NIVO + chimio et chimio seule. Parmi tous les patients randomisés, 41 % des patients (NIVO + chimio) et 44 % des patients (chimio) ont reçu un traitement ultérieur. La médiane de SSP2 (temps écoulé entre la randomisation et la progression après un traitement systémique ultérieur, l'initiation d'un deuxième traitement systémique ultérieur ou le décès, selon la première éventualité) était de 12,2 mois (IC 95 % ; 11,3-13,5) pour NIVO + chimio et de 10,4 mois (IC 95 % ; 9,7-11,2) pour le bras chimio (HR 0,75 [IC 95 % ; 0,67-0,84]). 51 % des patients (NIVO + chimio) et 43 % des patients (chimio) ont présenté une réduction > 50 % de la charge tumorale par rapport à la valeur initiale, tandis que 24 % et 17 % ont présenté une réduction > 80 %, respectivement. Le HR (IC 95 %) pour la SG était de 0,66 (0,56-0,77) chez les patients ayant un CPS PD-L1 ≥ 10 (médiane SG pour NIVO + chimio *vs* chimio : 15,0 [IC 95 % ; 13,7-16,7] *vs* 10,9 [IC 95 % ; 9,8-11,9] mois). Les données des différents sous-groupes où un bénéfice de SG a été observé avec NIVO + chimio *vs* chimio seront présentées. Aucun nouveau signal de tolérance n'a été identifié. La majorité des événements indésirables liés au traitement potentiellement d'origine immunologique étaient de grade 1 ou 2. Des événements de grade 3 ou 4 ont été rapportés chez ≤ 5 % des patients dans les deux bras de traitement.

Conclusion : L'association NIVO + chimio démontre avec un suivi plus long une efficacité cliniquement significative et un profil de tolérance acceptable, soutenant davantage l'utilisation de NIVO + chimio comme un traitement de référence en première ligne chez les patients atteints de AG/AJOG/ACO avancés et non traités précédemment.

Remerciements, financements, autres : Abstract précédemment présenté et accepté au congrès ASCO (American Society of Clinical Oncology) Gastrointestinal Cancers Symposium 2022, 20-22 janvier 2022, San Francisco, États-Unis. #240. Reproduit avec autorisation. Tous droits réservés © 2022 American Society of Clinical Oncology, Inc

C.023

Risque de toxicité digestive persistante six mois après l'arrêt d'un traitement par immunothérapie : au moins 8 % des patients avec toxicité aiguë

M. Jeay [1], C. Robert [2], C. Bellanger [1], E. Routier [2], A. Amiot [1], F. Carbonnel [1], A. Meyer [1]

(1) Le Kremlin-Bicêtre ; (2) Villejuif.

Introduction : Les inhibiteurs de points de contrôle immunitaire (ICI) sont à l'origine d'une toxicité gastro-intestinale immuno-médiée. Le risque d'évolution vers une maladie inflammatoire chronique de l'intestin n'est pas connu. Cette question est importante du fait de l'utilisation croissante des ICI et l'élargissement de leurs indications, notamment en situation adjuvante. Le but de cette étude était d'évaluer l'incidence cumulée et de décrire les caractéristiques des patients ayant une inflammation du tube digestif plus de 6 mois après l'arrêt des ICI.

Patients et Méthodes : Tous les patients consécutifs pris en charge dans le même centre entre octobre 2010 et mars 2022 pour une inflammation digestive persistant après un traitement par ICI (anti-PD(L)1 et/ou anti-CTLA4) ont été inclus rétrospectivement. L'inflammation intestinale persistante était définie comme des signes endoscopiques et/ou histologiques au moins 6 mois après la dernière dose d'ICI. Ce délai a été choisi afin de d'écarter les patients ayant une toxicité aiguë tardive, qui peut survenir 2 à 4 mois après les ICI. Nous avons exclu les patients atteints de MICI, les patients avec une infection, une ischémie, une entérite radique, une colite de diversion et une entérocolite due à un autre médicament.

Résultats : Parmi 178 patients pris en charge pour une atteinte gastro-intestinale au cours d'un traitement par ICI, 14 (8%) patients ont été inclus. Huit (57%) patients avaient été traités par anti-PD1, 3 (21%) par anti-CTLA-4 et 3 (21%) par une combinaison de ces deux traitements. La durée médiane de suivi était de 13 mois. 13 des 14 patients (93%) avaient eu une toxicité aiguë (une colite dans tous les cas) survenue les six premiers mois suivant l'arrêt de l'ICI. Un (7%) patient avait une colite microscopique, et 13 (93%) une inflammation endoscopique iléale et/ou colique.
Le symptôme le plus fréquent était une diarrhée hydrique (54%). Dix (77%) patients avaient une colite, un (8%) patient avait une atteinte iléo-colique, un patient (8%) avait une iléite terminale et un patient (8%) avait une atteinte ano-périnéale. Le phénotype de l'atteinte était inflammatoire pour dix patients (77%), pénétrant pour deux patient (15%) et sténosant pour un patient (7%). En histologie, il y avait un infiltrat lympho-plasmocytaire et une plasmocytose basale chez tous les patients, et pour sept d'entre eux (54%), une distorsion des cryptes. Aucun granulome n'a été mis en évidence. Deux patients (15%) ont été opérés d'une résection intestinale et neuf (69%) ont reçu un traitement spécifique dont cinq (38%) du vedolizumab. Parmi les patients ayant été suivi au moins un an, les lésions endoscopiques persistaient un an après l'arrêt de l'ICI chez 4/6 patients, et 2 ans après chez 3/4 patients.

Conclusion : Au moins 8% des patients qui ont eu une toxicité gastrointestinale des ICI ont évolué vers une maladie inflammatoire chronique de l'iléon et ou du côlon, caractérisée par une diarrhée hydrique associée à infiltrat lympho-plasmocytaire. Cette étude en appelle d'autres notamment pour identifier les facteurs de risque, les stratégies de surveillance et de prise en charge.

C.024

Impact des seuils définis par l'INCa sur la mortalité post-opératoire en chirurgie oncologique digestive. Une étude sur une base nationale française

R. Jaquet [1], A. Challine [1], S. Tzedakis [1], S. Katsahian [1], J. Lefèvre [1], A. Lazzati [2]
(1) Paris ; (2) Créteil.

Introduction : De nouveaux seuils en chirurgie digestive carcinologique seront appliqués en 2023 accréditant les établissements avec des seuils spécifiques pour les interventions lourdes.
L'objectif était de rapporter le gain de survie à 90 jours postopératoires lié à l'application de cette réforme.

Matériels et Méthodes : Tout patient français majeur opéré d'un cancer digestif du 1er janvier 2019 au 31 décembre 2021 était inclus depuis le PMSI. Une régression logistique a été effectuée en ajustant sur les variables : âge, sexe, score de Charlson, Frailty index, seuil d'activité

Résultats : 204277 patients ont été identifiés.
13090 (6,4%) patients étaient opérés dans un centre réalisant moins de 30 chirurgies pour cancer. Cela représente pour l'estomac 1786/7103 (25,1%), l'œsophage 664/3171 (20,9%), le pancréas 895/10937 (8,2%), le rectum 1448/24364 (5,9%), le foie 1020/19394 (5,3%).
En analyse univariée, le taux de mortalité global était plus bas dans les centres au-dessus des seuils : 8835/145134 (6,09%) *vs* 734/7659 (9,58%),p <0,0001.
Cette donnée était confirmé pour les différentes spécialités : chirurgies gastrique 413/7081 (5,83%) *vs* 135/1774 (7,6%), p<0,005, hépatique 929/9157 (4,85%) *vs* 86/975 (8,82%), p<0,0001, pancréatique 659/10912 (6%) *vs* 67/887 (7,55%), p=0,07, œsophagienne 210/3161 (6,6%) *vs* 60/655 (9,16%),p=0,02, rectale 847/23794 (3,56%) *vs* 79/1374 (5,75%),p<0,0001.
En analyse multivariée, il existait une diminution de la mortalité pour les centres à activité supérieure au seuil : OR=0,67 IC95[0,66-0,68],p<0,001.

Conclusion : La mise en application de ces seuils nécessitera une réorganisation complète de l'offre de soins sur le territoire pour les interventions de chirurgie digestive lourde mais permettra une diminution de la mortalité post opératoire.

C.025 PLÉNIÈRE

Intérêt sur la survie globale à 5 ans de l'ajout dans le suivi d'une mesure du taux d'ACE et/ou d'une imagerie par scanner pour la surveillance des cancers du côlon opérés à visée curative

C. Lepage [1], J.M. Phelip [2], L. Cany [3], E. Barbier [1], S. Manfredi [1], P. Deguiral [4], R. Faroux [5], M. Baconnier [6], D. Pezet [7], V. Sebbagh [8], A. Adenis [9], M. Ben Abdelghani [10], J.F. Ain [11], G. Breysacher [12], I. Boillot-Benedetto [13], A. Pelaquier [14], P. Prost [15], A. Lièvre [16], E. Terrebonne [17], O. Bouché [18]
(1) Dijon ; (2) Saint-Etienne ; (3) Périgueux ;
(4) Nantes ; (5) La Roche-sur-Yon ; (6) Annecy ;
(7) Clermont-Ferrand ; (8) Compiègne ; (9) Montpellier ;
(10) Strasbourg ; (11) Mâcon ; (12) Colmar ; (13) Lyon ;
(14) Montélimar ; (15) Bourg-en-Bresse ; (16) Rennes ;
(17) Pessac ; (18) Reims.

Introduction : Le suivi intensif des patients (pts) après une chirurgie curative pour un cancer du côlon (CC) est recommandé par diverses sociétés scientifiques. Ces recommandations controversées sont principalement basées sur des avis d'experts et sur les résultats d'analyses exploratoires d'essais cliniques. Aucun bénéfice en termes de survie n'a été démontré jusqu'à présent. Les résultats de l'analyse intermédiaire n°2 de l'essai PRODIGE 13 n'ont pas montré d'impact des différentes modalités de surveillance sur la survie globale à 5 ans des cancers colorectaux (CCR) opérés à visée curative (ACE *versus* pas ACE p=0,54 / imagerie standard *vs* renforcée p=0,39 ; Analyse conclusive)

Patients et Méthodes : PRODIGE 13 est un essai prospectif multicentrique international (France + Belgique) contrôlé1 (double randomisations) évaluant l'impact i) de la surveillance radiologique intensive (TDM/6m) *versus* une surveillance standard (échographie abdominale/3m et radiographie thoracique/6m) et ii) du dosage de l'ACE *versus* l'absence de surveillance de l'ACE, dans le suivi des CCR de stades II ou III réséqués R0. Le critère principal d'évaluation était la survie globale (SG) à 5 ans. Ce travail rapporte les résultats définitifs de la survie sans récidive (SSR) concernant le sous-groupe des cancers du côlon.

Résultats : Au total, 1678 des 2009 pts inclus avaient été pris en charge pour un CC (≤ 75 ans : 75,3%). Parmi eux 52% étaient de stades II. Les patients inclus atteints d'un CC de stade III devaient avoir reçu une chimiothérapie adjuvante (critère d'inclusion ; 98,1%) et 40,6% des cas étaient considérés à haut risque (pT4 et/ou N2). Parmi les patients atteints d'un CC stades II, 25% ont eu une chimiothérapie adjuvante et 48,6% des cas étaient considérés à haut risque (tumeurs pT4, analyse de moins de 12 ganglions, présence d'emboles veineux, péri-nerveux et/ou lymphatiques, tumeur peu différenciée, perforation ou occlusion révélatrice). Avec un suivi médian de 7,8 ans, une récidive du cancer a été observée dans 21,7% des cas (métastatique 74,7%, locale 8,8%, les deux 16,5%). Les récidives métastatiques étaient majoritairement hépatiques 53.3%, ganglionnaires 12,9% et pulmonaire 28,3%. Les récidives ont été opérés à visée curative, respectivement dans 60,5% des cas dans le groupe de suivi maximum (ACE et CT ; bras A), 50,6% des cas dans le groupe sans ACE et CT (Bras B), 65,6% des cas dans le groupe ACE et imagerie standard (Bras C), et 43,5% des cas dans le groupe de suivi minimum (pas d'ACE et imagerie standard ; bras D) (p=0,009). Le temps médian jusqu'à récidive n'a été atteint dans aucun des bras. Les patients récidivaient en moyenne 21 mois après la prise en charge initiale sans différence significative entre les bras. Les médianes de SSR n'étaient non plus atteintes. La SSR à 5 ans était respectivement de 73,6% [IC95% : 69,1 ;77,6], 76,7% [IC95% : 72,4 ;80,5], 70,2% [IC95% : 65,6 ;74,.4], et 69,1% [IC95% : 64,4 ;73,2] dans les bras A, B, C, D (p=0,131). Par rapport au suivi minimum (D), les patients du bras B (sans ACE et CT) avaient une SSR significativement plus longue, HR : 0,77 ([IC95% :0,61;0,97] ; p= 0,03). La SSR à 5 ans était respectivement de 75.2% [IC95% : 72.1;77.98] et 69.6% [IC95% : 66,4;72,6] dans le groupe de surveillance par TDM par rapport au groupe sans surveillance (HR : 0,84 [IC95% : 0,71;0,99] ; p=0,04). Les taux de survie sans récidive

à 5 ans étaient respectivement de 71,9% [IC95% : 68,7;74,8] et 72,9% [IC95% : 69,7;75,9] dans le groupe de surveillance par ACE par rapport au groupe sans surveillance (HR : 0,99 [IC95% : 0,84;1,16] ; ns).
Aucune des modalités de suivi n'a donné lieu à une différence de SG (SG à 5 ans : TDM + ACE : 83%, TDM seul : 85%, Std + ACE : 83%, Std seul : 80% ; p=0,18)

Conclusion : Après une chirurgie curative d'un CC, l'ajout dans le suivi d'une surveillance de l'ACE et/ou d'une TDM ne présentait aucun avantage en termes de délai de détection de la récidive, de SSR ou de SG. Les recommandations de surveillance doivent rester basées sur l'examen clinique, l'échographie et la radiographie pulmonaire

Remerciements, financements, autres :
Identification des essais cliniques :
L'essai est enregistré sur le site web clinicaltrials.gov sous le numéro NCT00995202.

C.026 PLÉNIÈRE

Destruction par radiofréquence *versus* chirurgie pour le traitement des insulinomes : une étude multicentrique internationale

B. Napoléon [1], S. Crino [2], S. Lakhtakia [3], I. Borbath [4], F. Caillol [5], K.D.C. Pham [6], G. Rizatti [7], A. Belle [8], L. Palazzo [8], E. Forti [9], P. Vilmann [10], J.L. Van Laethem [4], S. Godat [11], P. Hindryckx [12], A. Benson [13], M. Tacelli [9], C. Binda [14], S. Pereira [15], A. Przybylkowski [16], J. Gornals [17], S. Sundaram [18], M. Giovannini [5], S. Deguelte-Lardière [19], B. Kovacevic [10], A. Facciorusso [20], M. Falconi [9], S. Partelli [9], L. Landoni [2], A. Larghi [7]
(1) Lyon ; (2) Vérone, ITALIE ; (3) Hyderabad, INDE ; (4) Bruxelles, BELGIQUE ; (5) Marseille ; (6) Bergen, NORVÈGE ; (7) Rome, ITALIE ; (8) Paris ; (9) Milan, ITALIE ; (10) Herlev, DANEMARK ; (11) Lausanne, SUISSE ; (12) Gand, BELGIQUE ; (13) Jérusalem, ISRAËL ; (14) Romagna Center, ITALIE ; (15) Londres, ANGLETERRE ; (16) Varsovie, POLOGNE ; (17) Barcelone, ESPAGNE ; (18) Bombay, INDE ; (19) Reims ; (20) Foggia, ITALIE.

Introduction : Les insulinomes sont des tumeurs pancréatiques sécrétantes se manifestant par des signes cliniques d'hypoglycémie sévère. Le traitement de référence est chirurgical. La destruction par radiofréquence (RF) est une alternative décrite depuis quelques années. Elle obtient des résultats très satisfaisant (87% de destruction en une séance dans l'étude rétrospective française récente) au prix d'une morbidité limitée (10% de pancréatite aiguë, sévère 1/5, pas de mortalité).
Le but principal de cette étude multicentrique rétrospective internationale appariée sur score de propension est de comparer la morbi/mortalité de la RF sous EE et de la chirurgie pour le traitement des insulinomes pancréatiques. Les buts secondaires sont de comparer l'efficacité et le taux de rechute.

Patients et Méthodes : A partir de bases de données prospectives, tous les patients traités pour insulinomes sporadiques par RF sous EE ou par chirurgie, entre 2014 et 2022, dans 23 centres experts ont été identifiés. Le critère d'évaluation principal était le taux et la nature des complications à 3 mois. Les complications étaient gradées selon les classifications internationales (clavien-dindo, agree). Les critères d'évaluation secondaires étaient l'efficacité clinique et le taux de rechute clinique à un an et à la fin du suivi.

Résultats : 304 patients ont été inclus (35,8% d'hommes, âge moyen (52,2 +/- 16,5 DS), 111 traités par RF et 193 par chirurgie). Avant appariement les deux groupes étaient significativement différents pour l'âge et l'index de co-morbidité de Charlson (plus élevés dans le groupe RF) et pour le site de la lésion (plus de lésions corporéo-caudales dans le groupe chirurgical).

	Complications (n°)	Complications sévères (n)	Durée hospit (jours)	suivi moyen (mois)	Efficacité Clinique à un an (n)	Rechutes (n)
RF	18% (20)	0% (0)	3,1	19,6	95,6 (65/68)	15,3% (17)
chir	63,2% (122)	25% (30/122)	10,6	40	99,4 (172/173)	0,005% (1)
p	0,0007	0,0076	< 0,0001		0,069	

Le taux de complications (total et sévère) a été significativement inférieur pour la RF avec une efficacité clinique comparable à un an mais avec un suivi moyen moins long. Les 17 patients présentant une rechute (après 9 mois en moyenne) ont pu tous être efficacement traités par une nouvelle séance de RF (13 patients pas de complication, efficacité de 100% à 6 mois) ou par chirurgie (4 patients). Aucune évolution ganglionnaire ou à distance n'était notée dans les deux groupes à l'issue du suivi (moyen 35,9 mois). L'appariement sur score de propension est en cours mais devraient rendre les résultats encore plus significatifs puisque les patients les plus lourds (âge, comorbidités, localisation céphalique) ont été préférentiellement traités par RF. Ils seront diponibles lors de la présentation.

Conclusion : La radiofréquence échoendoscopiquement

guidée est moins morbide que la chirurgie et très efficace pour le traitement des insulinomes pancréatiques. Les rechutes après RF (15% de patients) peuvent être retraitées efficacement et sans surmorbidité. Cette étude confirme que la RF est une alternative à proposer en première intention.

C.027 PLÉNIÈRE

Epidémiologie et caractéristiques du carcinome hépatocellulaire en France : résultats des 2 000 premiers patients en situation de vie réelle issus de la cohorte prospective CHIEF

E. Nguyen-Khac [1], P. Merle [2], H. Ben Khadhra [1], G. Amaddeo [3], T. Decaens [4], T. Uguen [5], J.F. Blanc [6], N. Ganne-Carrié [7], M. Bouattour [8], S. Cattan [9], C. Silvain [10], G. Riachi [11], J.M. Péron [12], R. Anty [13], J.P. Bronowicki [14], A. Baron [15], G.P. Pageaux [16], V. Loustaud-Ratti [17], F. Oberti [18], M. Allaire [19], S. Manfredi [20], Y. Ben Merabet [21], I. Ollivier-Hourmand [22], M. Lequoy [19], J.B. Nousbaum [23], L. Grados [1], P. Nahon [24], C. Costentin [4], G. Ducournau [1], O. Ganry [1]

(1) Amiens ; (2) Lyon ; (3) Créteil ; (4) Grenoble ; (5) Rennes ; (6) Bordeaux ; (7) Bondy ; (8) Clichy-la-Garenne ; (9) Lille ; (10) Poitiers ; (11) Rouen ; (12) Toulouse ; (13) Nice ; (14) Vandœuvre-lès-Nancy ; (15) Corbeil-Essonnes ; (16) Montpellier ; (17) Limoges ; (18) Angers ; (19) Paris ; (20) Dijon ; (21) Villejuif ; (22) Caen ; (23) Brest ; (24) Bobigny.

Introduction : Le carcinome hépatocellulaire (CHC) est la première cause de cancer primitif du foie, en augmentation constante, restant la 3ème cause mondiale de décès par cancer. L'objectif de l'étude est de décrire l'épidémiologie et la prise en charge du CHC en France.

Patients et Méthodes : CHIEF est une cohorte observationnelle prospective et nationale initiée en septembre 2019, dans le but d'inclure tous patients porteurs d'un CHC en situation de vie réelle. Les caractéristiques cliniques, biologiques, radiologiques et thérapeutiques des patients étaient recueillies avec un suivi pendant 5 ans pour chaque patient.

Résultats : 2043 patients étaient inclus de septembre 2019 à septembre 2021 dans 31 centres. L'analyse intéressait 1640 patients, âge médian 68 ans, 86 % d'hommes, IMC 26,8 kg/m2. Le CHC était diagnostiqué par un dépistage dans 35,2%, associé à une meilleure survie (84,7% à 1 an, p<0,0001) par rapport aux diagnostics lors d'une complication. Une biopsie hépatique diagnostique était réalisée dans 46,3% des cas. La cirrhose était présente dans 70,8% des cas, MELD 9 IQR[7;11], Child A 77,8%, un score médian ALBI à -2,4 [-2,7; -1,9] (ALBI 1 : 36,3%, ALBI 3 : 7%), varices œsophagiennes de grade ≥2 dans 28,4%. Les étiologies comportaient 58,5% au moins d'alcool, 39% au moins métabolique et 23,3% au moins virales (16,4% VHC). Le CHC était dans les critères de Milan dans 32,9%, avec une AFP médiane de 39 ng/mL IQR [7-562], 5,9% de thrombose portale et 10,7% métastatiques. La répartition des stades BCLC 0, A, B, C et D était respectivement de 6,1%, 29,8%, 28,8%, 32,1% et 3,2%.
Le suivi médian des nouveaux cas était de 17,8 mois IC95% [17,28 ;18,48], IQR [13,68 ;23,28], avec 29,1% de décès. Les survies à 6 mois, 1 an et 18 mois étaient de 84,9% IC95% [82,8;87], 76,7% [74,2;79,2] et 69,3% [66,4;72,3]. La médiane de survie globale n'était pas atteinte. L'accès thérapeutique de première intention était de 40,5% pour les traitements curatifs, 36,2% locorégionaux, 19,2% systémiques et 4 % palliatifs. Les taux de survie à 1 an pour les stades BCLC 0, A, B, C et D étaient de 95,6%, 89,7%, 81,7%, 54,9% et 40%, survies actuarielles significatives (log rank test p<0,0001). Les médianes de survie BCLC 0, A et B n'étaient pas atteintes. Elles étaient de 14,6 mois et 6,1 mois pour les stades BCLC C et D. Les taux de survie à 1 an pour les traitements curatifs, locorégionaux et systémiques étaient de 92,9% 82,2% et 57,8%, survies actuarielles significatives (p<0,0001). Parmi les traitements systémiques, l'association atezolizumab-bevacizumab était autant utilisée que les TKI en première ligne (18,8% pour chaque traitement), avec une survie médiane de 17,05 mois *versus* 9 mois pour les TKI (p<0,0001).

Conclusion : La première analyse de la cohorte CHIEF apportent des données épidémiologiques et des résultats thérapeutiques récents en vie réelle. Dans cette cohorte, la survie globale à 1 an, les survies observées pour les traitements appliqués, et l'accès aux traitements curatifs

semblent intéressants. L'immunothérapie en première ligne présente une survie comparable en vie réelle que dans les essais.

Remerciements, financements, autres :
Groupe Cohorte CHIEF : ALLAIRE Manon (Hôpital de la Pitié-Salpêtrière, APHP), AMADDEO Giuliana (Hôpital Henri Mondor, APHP), ANTY Rodolphe (CHU Nice), BARON Aurore (CH sud-francilien, Corbeil-Essonnes), BEN KHADHRA Hajer (CHU Amiens), BEN MERABET Yasmina (Hôpital Paul Brousse, APHP), BLANC Jean-Frédéric (CHU Bordeaux), BOUATTOUR Mohamed (Hôpital Beaujon, APHP), BOURLIERE Marc (Hôpital Saint Joseph, Marseille), BRONOWICKI Jean-Pierre (CHU Nancy), CADRANEL Jean-François (CH de Creil, GHPSO), CATTAN Stéphane (CHU Lille), COSTENTIN Charlotte (CHU Grenoble), DECAENS Thomas (CHU Grenoble), DUCOURNAU Gérard (CHU Amiens), EDELINE Julien (CHU Rennes), GANNE-CARRIE Nathalie (Hôpital Avicenne, APHP), GANRY Olivier (CHU Amiens), GELU-SIMEON Moana (CHU Guadeloupe), GRADOS Lucien (CHU Amiens), HEURGUE Alexandra (CHU Reims), LEQUOY Marie (Hôpital Saint Antoine, APHP), LOUSTAUD-RATTI Véronique (CHU Limoges), MANFREDI Sylvain (CHU Dijon), MATHURIN Philippe (CHU Lille), MERLE Philippe (CHU Lyon), NAHON Pierre (Hôpital Avicenne, APHP), NGUYEN-KHAC Eric (CHU Amiens), NOUSBAUM Jean-Baptiste (CHU Brest), OBERI Frédéric (CHU Angers), OLLIVIER-HOURMAND Isabelle (CHU Caen), PAGEAUX Georges-Philippe (CHU Montpellier), PERON Jean-Marie (CHU Toulouse),RIACHI Ghassan (CHU Rouen), RICHOU Carine (CHU Besançon), ROSA Isabelle (CH intercommunal de Créteil), SILVAIN Christine (CHU Poitiers), UGUEN Thomas (CHU Rennes), VILLING Anne-Laure (CH Auxerre), France.

C.028 PLÉNIÈRE

Transformation des aliments et risque de maladie de Crohn et de rectocolite hémorragique : une étude de cohorte prospective européenne

A. Meyer [1], C. Dong [1], C. Casagrande [2], S. Chan [3], I. Huybrechts [2], G. Nicolas [2], F. Rauber [4], R. Bertazzi Levy [4], C. Millett [5], B. Oldenburg [6], E. Weiderpass [2], A.K. Heath [5], T.Y. Tong [7], A. Tjønneland [8], C. Kyrø [8], V.A. Katzke [9], M.M. Bergman [10], D. Palli [11], G. Masala [11], R. Tumino [12], C. Sacerdote [13], S.M. Colorado-Yohar [14], M.J. Sanchez-Iturri [14], O. Grip [15], S. Lindgren [15], R. Luben [5], M.J. Gunter [2], Y. Mahamat-Saleh [16], M.C. Boutron-Ruault [16], F. Carbonnel [1]

(1) Le Kremlin-Bicêtre ; (2) Lyon ; (3) Norwich, ANGLETERRE ; (4) São Paulo, BRÉSIL ; (5) Londres, ANGLETERRE ; (6) Utrecht, PAYS-BAS ; (7) Oxford, ANGLETERRE ; (8) Copenhague, DANEMARK ; (9) Heidelberg, ALLEMAGNE ; (10) Potsdam, ALLEMAGNE ; (11) Florence, ITALIE ; (12) Raguse, ITALIE ; (13) Turin, ITALIE ; (14) Madrid, ESPAGNE ; (15) Malmö, SUÈDE ; (16) Villejuif.

Introduction : La classification NOVA classe les aliments selon leur degré de transformation : 1) les aliments peu ou pas transformés ; 2) les ingrédients culinaires transformés (par exemple le sucre de table, les huiles, le sel) ; 3) les aliments transformés (par exemple le fromage, les pains simples, les fruits au sirop, le poisson en conserve) ; et 4) les aliments ultra-transformés contenant des additifs non indispensables à la recette, destinés par exemple à augmenter la durée de conservation ou rehausser la saveur. Les aliments ultra-transformés sont associés à un risque accru d'obésité, d'hypertension, de maladies cardiovasculaires, de diabète, de syndrome métabolique et de cancer, en particulier du sein. Notre objectif était d'étudier la relation entre le degré de transformation des aliments et les risques de maladie de Crohn (MC) et de rectocolite hémorragique (RCH) dans la cohorte EPIC (European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition).

Matériels et Méthodes : Les analyses ont porté sur 413 590 participants (68,6 % de femmes ; âge moyen à l'inclusion de 51,7 ans) de huit pays européens. Les données alimentaires ont été recueillies à l'inclusion à partir de questionnaires alimentaires validés et spécifiques de chaque pays. Les associations entre les proportions d'aliments peu ou pas transformés et celles d'aliments ultra-transformés consommés, et les risques de MC et de RCH ont été estimées à l'aide de modèles de Cox pour obtenir des rapports de risque (HR) et des intervalles de confiance à 95% (IC95%). Les modèles ont été stratifiés par centre, âge et sexe, et ajustés pour le tabagisme, l'IMC, l'activité physique, l'apport énergétique, le niveau d'éducation et la consommation d'alcool.

Résultats : Au cours d'un suivi moyen de 13,2 ans, 179 cas incidents de MC et 431 cas incidents de RCH ont été identifiés. Le risque de MC était plus faible chez les personnes consommant des proportions élevées d'aliments non ou peu transformés (HR ajusté pour le quartile le plus élevé par rapport au quartile le plus bas : 0,57 (IC95% : 0,35-0,93 ; P-tendance<0,01) ; en particulier de fruits (HR ajustés 0,54 ; IC95% : 0,34-0,87) et de légumes (HR ajustés 0,55 ; IC95% : 0,34-0,91). Il n'y avait pas d'association entre la consommation d'aliments peu ou pas transformés et le risque de RCH (HR ajusté pour le quartile le plus élevé par rapport au quartile le plus bas : 0,89 (IC95% : 0,65-1,21 ; P-tendance 0,43). La consommation d'aliments ultra-transformés n'était associée ni au risque de MC (HR ajustés 1,48 ; IC95% : 0,79-2,76 ; P-tendance 0,20) ni à celui de RCH (HR ajustés 0,93 ; IC95% : 0,61-1,43 ; P-tendance 0,75).

Conclusion : Dans la cohorte EPIC, la consommation d'aliments non ou peu transformés était associée à un risque plus faible de MC. Aucune association entre le risque de RCH et la transformation des aliments n'a été constatée. Ces données incitent à conseiller la consommation préférentielle d'aliments peu ou pas transformés afin de diminuer le risque

de MC, en particulier chez les personnes à haut risque, comme celles ayant des apparentés au premier degré atteints de MC.

C.029 PLÉNIÈRE

Lecture de vidéocapsule endoscopique assistée par intelligence artificielle pour suspicion de saignement de l'intestin grêle : résultats d'un essai prospectif multicentrique européen

S. Piccirelli [1], C. Ferrari [1], E. Toth [2], B. González-Suárez [3], M. Keuchel [4], M.E. McAlindon [5], A. Finta [6], A. Rosztóczy [7], X. Dray [8], G. Costamagna [9], D. Salvi [1], M.E. Riccioni [9], R. Benamouzig [10], A. Chattree [11], A. Humphries [12], J.C. Saurin [13], E. Despott [14], A. Murino [12], G. Wurm Johansson [2], A. Giordano [3], P. Baltes [4], R. Sidhu [5], M. Szalai [6], K. Helle [7], T. Nowak [4], C. Hassan [9], R. Lin [15], C. Spada [9]

(1) Brescia, ITALIE ; (2) Malmö, SUÈDE ; (3) Barcelone, ESPAGNE ; (4) Hambourg, ALLEMAGNE ; (5) Sheffield, ANGLETERRE ; (6) Székesfehérvár, HONGRIE ; (7) Szeged, HONGRIE ; (8) Paris ; (9) Rome, ITALIE ; (10) Bobigny ; (11) South Tyneside, ANGLETERRE ; (12) London, ANGLETERRE ; (13) Lyon ; (14) Londres, ANGLETERRE ; (15) Wuhan, CHINE.

Introduction : La lecture des vidéocapsules endoscopiques (VCE) est longue et fastidieuse. Les lecteurs doivent maintenir un haut degré de concentration pour ne pas manquer de lésion d'intérêt. Les réseaux neuronaux convolutionnels profonds (RNCP) ont fait la prevue de leur efficacité dans la reconnaissance d'images spécifiques dans une large variété d'applications, et excèdent les capacités humaines dans certaines tâches. De plus, la lecture de VCE assistée par intelligence artificielle (IA) basée sur les RNCP a montré une réduction significative du temps de lecture.
L'objectif principal de cette étude était d'évaluer la non-inferiorité d'une lecture vidéo assistée par IA (ProScan™ Mode, PSM) en comparaison d'une lecture conventionnelle (LC) dans la détection de lésions significatives de l'intestin grêle (IG) selon une analyse par-patient. Les objectifs secondaires étaient de mesurer les performances diagnostiques des LC et du PSM selon une analyse par-patient, la sensibilité du logiciel, et de comparer le temps moyen de lecture selon les deux modalités.

Patients et Méthodes : De février 2021 à janvier 2022, 137 patients avec suspicion de saignement de l'IG étaient inclus prospectivement dans 14 centres européens pour réaliser des VCE-IG avec le système Navicam SB (Ankon, Chine), doté d'une fonction d'assistance à la lecture par IA basée sur les RNCP (ProScan™ Mode, PSM) pour la détection automatique de lésions. Tous les enregistrements vidéos étaient d'abord lus par le centre d'inclusion en LC. Les vidéos anonymisées étaient ensuite assignées de façon randomisée à un autre centre pour une 2ème lecture avec le PSM, à l'insu des résultats de la 1ère lecture. Enfin, les lésions de l'IG identifiées par les lecteurs en LC et PSM étaient classées selon leur potentiel hémorragique (P2 élevé, à P1 modéré) selon la classification de Saurin, puis comparées entre elles par un comité d'experts qui réalisait également un arbitrage en cas de désaccord entre les deux lectures. Les temps moyen de lecture (hh:mm:ss) en LC ou PSM étaient mesurés et comparés. L'interprétation par le comité d'experts servait de réference pour mesurer les performances diagnostiques des lecteurs et la sensibilité du Proscan lui-même.

Résultats : 133 patients étaient inclus dans l'analyse finale (73 femmes, âge moyen 66,5 ans ± 14,4). 112 patients sur 133 avaient un examen complet de l'IG (taux de complétude 84,2%). En analyse par-patient, les rendements diagnostiques pour les lésions P1+P2 était de 62,4% (n=83/133) et 73,7% (n=98/133), en LC et PSM, respectivement, soit une différence de 11,3%, avec un intervalle de confiance à 95% (IC95%) de 1,2% à 100%; l'IC95% ne franchissait pas les marges de non-inferiorité (-1%) et de superiorité (+1%). Ainsi, la rentabilité diagnostique du PSM était non-inférieure (p=0,015) et était même significativement supérieure (p=0,035) à la rentabilité diagnostique de la LC. Le comité d'experts identifiait des lésions P1+P2 chez 105 patients sur 133 (rentabilité diagnostique 78,9%). En comparaison, les précisions diagnostiques des LC et PSM étaient de 83,5% et 94,7% (p=0,006), avec des sensibilités de 79,0% et 93,3%

(p=0,005), des spécificités et valeurs prédictives positives de 100% pour les deux, et des valeurs prédictives négatives de 56% et 80% (p=0,039), respectivement. Après ré-évaluation/reclassification des résultats discordants durant la phase d'arbitrage, les sept patients avec des faux négatifs lors de la lecture en PSM avaient des lésions P1+P2 qui avaient été détectée par ProScan mais manquées par les lecteurs. Ainsi, le ProScan avait une sensibilité de 100%. Les temps moyens de lecture de l'IG étaient de 00:33:42 ± 00:22:51 en LC, et de 00:03:50 ± 00:03:20 en PSM (p < 0,001).

Conclusion : En contexte de suspicion de saignement du grêle, la lecture de VCE assistée par la solution d'IA ProScan est non-inférieure et est même supérieure à la lecture conventionnelle pour la détection de lésions d'intérêt (P1+P2) de l'intestin grêle, et a de meilleures performances diagnostiques. De plus, la lecture de la séquence du grêle assistée par IA est 9,5 fois plus rapide que la lecture conventionnelle.

Remerciements, financements, autres :
Les capsules et le logiciel ProScan étaient fournis par la société AnX Robotics pour chaque centre.

C.030

L'arrêt des anticalcineurines permet de diminuer le risque de néoplasie de novo après transplantation hépatique pour maladie du foie liée à l'alcool

A. Steiner [(1)], D. Erard-Poinsot [(1)], O. Boillot [(1)], E. Thimonier [(2)], M. Vallin [(3)], O. Guillaud [(1)], S. Radenne [(1)], J. Dumortier [(1)]
(1) Lyon ; (2) Annecy ; (3) Bourgoin-Jallieu.

Introduction : Les néoplasies de novo sont l'une des principales causes de décès après transplantation hépatique (TH), en particulier chez les patients présentant initialement une maladie du foie liée à l'alcool (MFLA). Le but de cette étude rétrospective monocentrique était d'évaluer les facteurs de risque de néoplasie dans cette population, et d'évaluer l'impact de l'arrêt du traitement par inhibiteur de la calcineurine (ICN).

Matériels et Méthodes : Ont été inclus les patients TH pour une MFLA dans notre centre entre 1990 et 2015, et ayant survécu au moins de 6 mois

Résultats : Au total 493 patients ont été inclus dont 77.9% d'hommes, d'âge médian 54 ans à la TH. Après la TH, 278 néoplasies ont été diagnostiquées chez 214 patients (43.4%). L'incidence cumulée des néoplasies de novo était de 16.3 % à 5 ans, 34.4% à 10 ans et 49.8% à 15 ans. Les néoplasies les plus fréquentes étaient les cancers ORL (29.0%), les cancers de la peau hors mélanomes (26.6%), les cancers pulmonaires (13.6%), les cancers urologiques et gynécologiques (11.7%) et les cancers digestifs (8.9%). Les facteurs de risques de néoplasie de novo en analyse uni et multivariée sont rapportés dans le tableau 1. En analyse multivariée, les facteurs de risque indépendants de néoplasie de novo après la TH étaient le sexe masculin, le tabagisme actif ou sevré. L'arrêt des ICN était un facteur protecteur. La rechute sévère en alcool n'était pas associée au risque de néoplasie. La survie après le diagnostic de néoplasie de novo était de 75.6% à 1 an, 42.7% à 5 ans et 27.5% à 10 ans.

	Analyse Univariée		Analyse Multivariée	
	HR et IC à 95%	p	HR et IC 95%	p
Age ≥ 50 ans	1.08 (0.81 - 1.43)	0.6		
Age ≥ 52 ans	1.25 (0.95 – 1.64)	0.11		
Age ≥ 60 ans	1.12 (0.79-1.59)	0.51		
Sexe Masculin	**1.90 (1.32 – 2.73)**	**0.00056**	**1.6 (1.12 – 2.42)**	**0.001**
Tabac post TH actif ou sevré (vs. jamais)	**2.37 (1.67 – 3.36)**	**< 0.0001**	**2.0 (1.34 – 2.86)**	**<0.001**
Récidive Alcool post TH	0.85 (0.59-1.2)	0.39		
Arrêt ICN	**0.56 (0.34 - 0.92)**	**0.022**	**0.6 (0.34 - 0.88)**	**0.01**

Conclusion : Nos résultats confirment le risque majeur de néoplasie de novo après TH pour MFLA, ainsi que le rôle important de facteurs de risque non modifiables que sont le tabac et le sexe. Par contre, l'arrêt du traitement par ICN est un facteur protecteur qui pourrait être proposé systématiquement dans cette population.

C.031

Anomalies phénotypiques des cellules immunitaires dans le contexte de la transplantation hépatique : marquage des neutrophiles immatures, du mHLA-DR et des points de contrôle immunitaire

A. Riff [1], M. Haem Rahime [1], R. Coudereau [1], M.C. Delignette [1], S. Pantel [1], J.Y. Mabrut [1], F. Lebossé [1]

(1) Lyon.

Introduction : La cirrhose est associée à une dysfonction immunitaire favorisant les infections. Le risque infectieux est une problématique majeure de la transplantation hépatique (TH), affectant le pronostic des patients en pré et post-TH. Cependant, aucun biomarqueur n'est actuellement utilisé en routine pour évaluer la dysfonction immunitaire dans ce contexte de TH. L'objectif de cette étude était de décrire chez des patients cirrhotiques l'expression de différents marqueurs de dysfonction immunitaire rapportés dans d'autres pathologies et de suivre leur évolution post-TH.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude prospective monocentrique incluant des patients cirrhotiques en attente de TH. Des prélèvements sanguins étaient réalisés avant TH puis pendant 1 mois post-TH ou jusqu'à l'apparition d'un évènement censurant à savoir une infection ou un rejet cellulaire aigu. A chaque prélèvement était étudié : les contingents de polynucléaires neutrophiles immatures (PNN immatures) et de polynucléaires immunosuppresseurs (Lox1+ PMN-MDSC) (Lectine-type oxidized LDL receptor 1 Polymorphonuclear - Myeloid Derived Suppressors Cells), l'expression du HLA-DR monocytaire (mHLA-DR) et des points de contrôle immunitaire (ICP) sur les lymphocytes T ainsi que le ratio neutrophiles sur lymphocytes (NLR).

Résultats : Nous avons inclus 15 volontaires sains (Vs) et 28 patients, parmi lesquels 13 ont été transplantés. Les patients cirrhotiques les plus graves présentaient un contingent de PNN immatures et de Lox1+ PMN-MDSC plus important que les *Vs*. Le NLR était également augmenté chez ces patients. L'expression du mHLA-DR était quant à elle diminuée chez les patients les plus graves. L'ensemble de ces anomalies étaient principalement associées aux épisodes de décompensation aiguës. L'évolution post-TH de ces altérations immunitaires était marquée par une baisse importante du mHLA-DR associée à une augmentation du NLR et du contingent de PNN immatures dans les suites immédiates de la TH. Les ICP et le contingent de Lox1+ PMN-MDSC avaient tendance à augmenter aux alentours de la deuxième semaine post-TH.

Discussion : Les PNN immatures et Lox1+ PMN-MDSC, l'expression du mHLA-DR et le NLR semblent être des marqueurs pertinents de la dysfonction immunitaire du patient cirrhotique. L'évolution post-TH de ces biomarqueurs pourraient refléter l'évolution du statut de la réponse immunitaire dans les suites de la TH. L'intérêt du suivi de ces marqueurs en post-TH doit être confirmé par une plus large cohorte afin d'étudier leur association aux évènements cliniques et les possibilités de stratégie immunosuppressive personnalisée.

Conclusion : Cette étude a permis la description d'anomalies phénotypiques du système immunitaire dans le contexte de la transplantation hépatique. Il s'agit de la première étape permettant d'envisager un immuno-monitorage des patients dans ce contexte.

Remerciements, financements, autres : Je remercie particulièrement la SNFGE qui a soutenu ce projet à travers l'octroiement de la bourse MAHGE.

C.032

Évolution et impact de la sarcopénie avant et après transplantation hépatique

F. Villeret [1], V. Herreros [1], O. Boillot [1], P. Rousset [1], J. Dumortier [1], D. Erard-Poinsot [1]

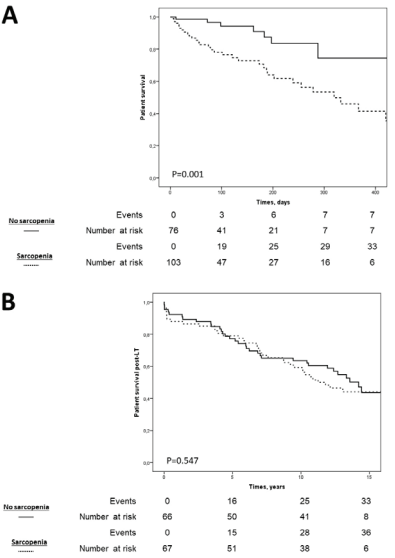
(1) Lyon.

Introduction : La sarcopénie est l'une des complications de la cirrhose. La transplantation hépatique (TH) peut être le traitement de la cirrhose décompensée et/ou du carcinome hépatocellulaire (CHC). Les objectifs de l'étude étaient de décrire la prévalence de la sarcopénie chez les patients en attente de TH, son évolution et son impact sur la survieLa sarcopénie est l'une des complications de la cirrhose. La transplantation hépatique (TH) peut être le traitement de la cirrhose décompensée et/ou du carcinome hépatocellulaire (CHC). Les objectifs de l'étude étaient de décrire la prévalence de la sarcopénie chez les patients en attente de TH, son évolution et son impact sur la survie

Patients et Méthodes : Tous les patients inscrits dans notre centre pour une TH, entre 2006 et 2010, pour une cirrhose. Une coupe scannographique transversale en L3 a été analysée à l'inscription, à 12(M12) et 60mois(M60) post-TH. La surface du muscle psoas (PMA) a été calculée et la sarcopénie scannographique(SS) a été définie selon Golse1: 1561mm2 chez les hommes et 1464mm2 chez les femmes.

Résultats : Au total, 198 patients ont été inclus avec une majorité d'hommes (54,5%). La survie des patients à partir de l'inscription était de 76,4%, 59,8% et 46,7% à 1, 5 et 10ans. A l'inscription, 179 scanners étaient interprétables (90,4%) : 103 patients (42,3% des hommes et 81,6% des femmes) avaient une SS. En analyse multivariée, les facteurs de risque de SS pré-TH étaient le sexe féminin (OR: 11.1; p=0.0001) et l'ascite (OR: 2.8; p=0.003). Chez les hommes, les facteurs de risque de SS était le déficit en testostérone (OR: 4.0; p=0,002). Parmi les 67 TH avec SS, 84,6% et 73,1% avaient une SS à M12 et M60. Les facteurs de risque de décès sur la liste étaient: SS (OR: 3,556; p=0,002), MELD>17 (OR: 0,199; p=0,001) et ascite (OR: 0,761; p=0,455). Il n'y avait pas d'impact du SS pré-TH sur la survie post-TH. En analyse multivariée, les facteurs de risque de décès globale étaient : MELD>20 (OR: 0,651; p=0,076) ; SS pré-TH (OR: 1,777; p=0,005) et ascite (OR: 0,646; p=0,075).

Figure 1: Survie des patients sur liste de transplantation hépatique (TH) (A) et après TH (B) en function de la presence d'une sarcopénie scannographique définie par Golse.



Conclusion : La SS est fréquente chez les patients en attente d'une TH, avec un impact majeur sur la survie sur liste (mais pas après la TH), et sans amélioration significative après TH.

C.033

Impact de la divergence allélique du HLA sur le risque d'infections bactériennes chez des patients cirrhotiques en attente de transplantation hépatique

C. Roger [(1)], A. Mazzola [(2)], R. Lhotte [(2)], M. Mallet [(2)], D. Thabut [(2)], J.L. Taupin [(2)], F. Conti [(2)]

(1) Villejuif ; (2) Paris.

Introduction : Les infections bactériennes sont fréquentes chez les patients cirrhotiques, augmentant considérablement le risque de décompensation de la cirrhose ainsi que le risque de mortalité. Les mécanismes immunologiques sous-tendant le risque d'infections dans cette population sont encore mal connus. La divergence allélique du HLA (DAH) est définie par la différence, entre les deux allèles d'un même locus, du nombre d'acides aminés dans la séquence du domaine de liaison peptidique. Une plus grande DAH, en permettant de reconnaitre un plus grand nombre de peptides antigéniques et donc de pathogènes, conférerait ainsi une plus grande compétence immunitaire. L'effet de la DAH a été étudié dans certaines infections virales (VIH, VHB, VHC) mais son impact sur la survenue d'infections bactériennes chez l'Homme n'a jamais été étudié. L'objectif de cette étude était d'évaluer l'impact de la DAH sur le risque d'infections bactériennes dans une population de patients cirrhotiques en attente de TH.

Patients et Méthodes : Nous avons réalisé une étude observationnelle, rétrospective, monocentrique incluant tous les patients cirrhotiques inscrits sur liste de transplantation hépatique (TH) dans notre centre entre juin 2020 et février 2022. L'objectif principal était l'évaluation du nombre d'épisodes d'infections bactériennes en fonction de la DAH de classe I et II. Les objectifs secondaires comprenaient l'évaluation des facteurs prédictifs d'infections bactériennes, de portage fécal de BMR et de survenue de complications de la cirrhose. La DAH était mesurée par la méthode de Grantham.

Résultats : Nous avons inclus dans l'analyse 214 patients cirrhotiques inscrits sur liste de TH. L'âge moyen était de 56 ans (+/- 11) et le score MELD médian était de 14 (IQR 9-19). Au total, 122 infections ont été diagnostiquées chez 80 patients. L'incidence cumulée d'infections bactériennes était de 37,4%. En analyse multivariée, une plus grande DAH de classe II était associée à un plus faible nombre d'infections bactériennes, de manière statistiquement significative (coef b -0,0073 ; IC 95% -0,013 ; -0,002 ; p= 0,011). La réalisation de procédures invasives (coef b 0,1512 ; IC 95% 0,104 ; 0,198 ; p< 0,001), une hospitalisation en réanimation ou en USC (coef b 0,3470 ; IC 95% 0,08 ; 0,613 ; p= 0,01), l'administration d'une antibiothérapie dans les trois mois précédant l'inscription sur liste de TH (coef b 0,2674 ; IC 95% 0,035 ; 0,5 ; p= 0,025) et la survenue d'une complications de la cirrhose (coef b 0,3135 ; IC 95% 0,107 ; 0,519 ; p= 0,003) étaient également des facteurs de risque indépendants d'infections bactériennes. En revanche, il n'y avait pas d'effet de la DAH de classe I ou II sur le portage fécal de BMR (OR 1 ; IC 95% 0,92-1,09 ; p= 0,92 et OR 0,99 ; IC 95% 0,97-1,02 ; p= 0,56 respectivement). L'incidence cumulée de complications de la cirrhose était de 50,9%. Nous n'avons pas mis en évidence d'effet de la DAH de classe I (OR 0,97 ; IC 95% 0,93-1,02 ; p= 0,24) ni de classe II (OR 0,94 ; IC 95% 0,97-1 ; p= 0,07) sur le risque de complications de la cirrhose. Les facteurs de risque indépendants de complications de la cirrhose étaient : le nombre d'infections bactériennes (OR 3,05 ; IC 95% 1,81-5,12 ; p< 0,001), le score MELD à l'inscription (OR 1,1 ; IC 95% 1,02-1,18 ; p= 0,009) et l'âge (en jours) à l'inscription (OR 1, IC 95% 1-1 ; p= 0,001).

Conclusion : Il s'agit de la première étude s'intéressant à l'impact de la DAH sur l'incidence d'infections bactériennes chez l'Homme. Nous avons mis en évidence un effet protecteur d'une divergence allélique élevée du HLA de classe II sur le risque d'infections bactériennes chez des patients cirrhotiques en attente de TH. Cet effet bénéfique n'était pas retrouvé pour le HLA de classe I, ce qui est cohérent d'un point de vue physio-pathologique puisque les bactéries extra-cellulaires sont présentées aux lymphocytes T CD4+ par le HLA de classe II. Si ces résultats venaient à être confirmés, la DAH de classe II pourrait entrer dans notre

pratique clinique comme un nouveau facteur permettant de mieux appréhender le risque d'infections bactériennes chez les patients cirrhotiques en attente de TH.

C.034

Impact de la modalité de traitement des sténoses biliaires anastomotiques sur l'évolution à long terme des patients greffés hépatiques. Etude rétrospective comparative monocentrique de 140 patients sur 10 ans

A. Debourdeau [1], M. Gendard [1], L. Meunier [1], F. Panaro [1], L. Caillo [2], F. Navarro [1], M. Meszaros [1], S. Faure [1], J. Ursic Bedoya [1], A. Herrero [1], G.P. Pageaux [1]

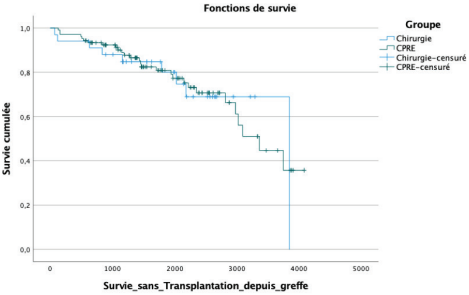
(1) Montpellier ; (2) Nîmes.

Introduction : Les complications biliaires représentent près de 40% de l'ensemble des complications après transplantation hépatique. Les sténoses biliaire anastomotiques (SBA) touchent près de 15% de l'ensemble des patients. Les recommandations européennes [1] préconisent un traitement des sténoses biliaires anastomotiques cholédoco-cholédociennes (ACC) par CPRE en première intention (CPRE), puis chirurgical par hépatico-jéjunostomie sur Roux en Y (CHIR) pour les échecs endoscopiques. Cependant, il n'existe pas de données comparant l'impact à long terme des deux modalités de prise en charge chez les patients greffés hépatiques avec SBA. L'objectif de notre étude était de comparer l'évolution à long terme sur le pronostic hépatique et global des patients après traitement de la sténose en fonction de la modalité de traitement CHIR ou CPRE.

Patients et Méthodes : Les patients adultes ayant été transplantés dans un centre tertiaire entre le 01/01/2011 et 01/01/2021 ont été inclus s'ils avaient eu une SBA sur ACC. Les patients étaient exclus s'ils avaient eu une anastomose hépatico-jéjunale (AHJ) d'emblée après transplantation et s'ils n'étaient pas arrivés au bout du traitement de la SBA (échec, décès ou traitement encore en cours au moment du recueil). Ils étaient séparés en deux groupe : un groupe ayant achevé le traitement de la sténose par voie endoscopique (groupe CPRE) et un groupe ayant achevé le traitement par voie chirurgicale (groupe CHIR). Les patients du groupe CHIR pouvaient avoir été en échec de traitement endoscopique ou bien le traitement ayant été fait d'emblée par voie chirurgicale. Le critère de jugement principal était la survie sans transplantation depuis la greffe. Les critères de jugement secondaires étaient la survie globale depuis la greffe, la survies sans transplantation et globale depuis la fin du traitement de la SBA, la morbidité des procédures (définie comme significative si >2 sur l'échelle de Dindo-Clavien), le nombre d'hospitalisations non programmées dans le suivi pour sepsis biliaire et épisode infectieux. Les sepsis étaient classés en deux groupes (i) sepsis biliaire obstructif (SBO) et (ii) sepsis biliaire non obstructifs (SBNO). Un SBNO était défini par la présence d'un sepsis survenant chez un patient avec AHJ sans autre foyer infectieux, associé à au moins un des critères suivants : hypertransaminasémie, douleur de l'hypochondre droit ou bactériémie à germe d'origine digestif.

Résultats : 140 patients ont été inclus, 68,6% (96/140) étaient des hommes. L'âge moyen à la greffe était de 56+-10 ans. 60,7% des patients avaient une hépatopathie liée à l'alcool. 75,7% (n=106) étaient dans le groupe CPRE et 24,3% (n=34) dans le groupe CHIR. 29 (85,2%) patients du groupe CHIR ont été traités par endoscopie avant la chirurgie (inefficacité de CPRE) et 5 ont été opérés d'emblée (impossibilité de CPRE). Le nombre moyen d'endoscopies nécessaires dans le groupe CPRE était de 3,0+-1,45 pour arriver à la fin du traitement tandis que le nombre d'endoscopie moyen réalisées dans le groupe CHIR avant la chirurgie était de 3,18+-2,2 séances p=0,593. La durée du traitement par endoscopie était plus élevée dans le groupe CHIR 438+-409 jours *vs* 281+-193 jours dans le groupe CPRE, p=0,004. Les patients du groupe CHIR avaient significativement plus de complications pendant le traitement endoscopique: 51,6% *vs* 29,6% dans le groupe CPRE, avec plus d'endoscopie urgentes non programmées pour obstruction (0,7+-0,9 *vs* 0,2+-0,56 endoscopies par patient, p=0,001). La chirurgie d'AHJ avait une morbidité significative de 17,6% (2 reprises chirurgicales, 2 séjours en réanimation, 2 décès). La survie moyenne sans transplantation depuis la greffe était comparable entre les groupes : 3362 jours dans le groupe CPRE *vs* 2998 jours dans le groupe CHIR, Log Rank p=0,926.

La survie moyenne globale depuis la greffe était comparable entre les deux groupes : 3241 jours dans le groupe CHIR *vs* 3031 jours dans le groupe CPRE, Log Rank p=0,676. Il n'y avait pas de différence de survie sans transplantation et de survie globale depuis la fin du traitement de la SBA entre les groupes. La proportion de patients présentant au moins un épisode de sepsis biliaire pendant le suivi était plus élevée dans le groupe CHIR : 26,5% (9/34) *vs* 10,4% (11/106) dans le groupe CPRE, p=0,018. Le nombre d'hospitalisations pour sepsis biliaire était plus élevé dans le groupe CHIR 0,47+-0,96 par patient *vs* 0,13+-0,44 dans le groupe CPRE p=0,005. Les sepsis biliaires du groupe CPRE étaient tous des SBO tandis que dans le groupe CHIR,66,7% étaient des SBNO. 17,6% des patients du groupe CHIR présentaient au moins un SBNO. Le nombre d'hospitalisation non programmées pour épisode infectieux était plus important dans le groupe CHIR (1,35 +- 2,17) que dans le groupe CPRE (0,67 +- 1,2), p=0,018.



Conclusion : Le traitement chirurgical des sténoses biliaires anastomotique par AHJ était associé à une survie sans transplantation et à une survie globale comparable au traitement par CPRE. Les patients du groupe CHIR présentaient plus de sepsis biliaires que le groupe CPRE après la fin du traitement, avec une majorité d'angiocholites non obstructives – de reflux. La prise en charge chirurgicale semble à l'origine de plus de complications dans le suivi, sans que cela n'impacte le pronostic global et hépatique.

C.035

Patients atteints d'atrésie des voies biliaires atteignant l'âge de 16 ans sans transplantation hépatique : description et facteurs de risque de complications à l'âge adulte

R. Poignet [1], A. Plessier [2], V. Canva [3], V. Ozenne [4], F. Gottrand [3], E. de Martin [5], K. Barange [6], P. Broue [6], L. Meunier [7], A. Heurgué [8], J. Gournay [9], T. Antonini [10], B. Onorina [2], A.C. Dumant [1], K. Herrmann [1], D. Debray [4], C. Chardot [4], E. Jacquemin [4], M. Ruiz [10], E. Gonzales [11], O. Goria [1]

(1) Rouen ; (2) Clichy-la-Garenne ; (3) Lille ; (4) Paris ; (5) Villejuif ; (6) Toulouse ; (7) Montpellier ; (8) Reims ; (9) Nantes ; (10) Lyon ; (11) Le Kremlin-Bicêtre.

Introduction : La précocité et l'efficacité de la prise en charge chirurgicale de l'atrésie des voies biliaires (AVB) par intervention de Kasaï (ou variants) sont essentielles pour limiter le développement d'une cirrhose et la survenue de complications. Seuls environ 20 % des patients atteignent l'âge de 20 ans sans transplantation hépatique (TH). Leur devenir à l'âge adulte est mal connu. L'objectif principal de ce travail était d'analyser la survie : globale, sans transplantation et sans complication, 16 ans ou plus après intervention de Kasaï, et en l'absence de TH pendant l'enfance. Les objectifs secondaires étaient de décrire la nature et la fréquence des complications, les principaux événements de vie dans cette population, et de rechercher d'éventuels facteurs de risque de complications à partir de 16 ans.

Matériels et Méthodes : Étude rétrospective réalisée au sein de 10 centres de compétence AVB du réseau français FILFOIE. Analyse descriptive et statistique des caractéristiques phénotypiques, chirurgicales, clinico-biologiques, élastométriques, radiologiques et histologiques.

Résultats : 113 patients, âgés de 16 à 56 ans, avec un suivi médian de 24 ans (IQR [20 ; 32]) après intervention de Kasaï (ou variants), ont été analysés. L'atteinte biliaire initiale était souvent localisée (49 % d'AVB de type I ou II), et la chirurgie initiale faisait souvent appel à des variants de l'intervention de Kasaï (22 %). La survie globale était de 93,7 %, la survie sans TH était de 86,7 %, et la survie sans complication était de 57,1 %. 7 (6,3 %) décès ont été rapportés, dont 3 liés à un CHC et 1 à un choc septique biliaire. 15 (13,3 %) patients ont été transplantés, le plus souvent pour cholangite bactérienne ou prurit réfractaire (53,3 %) ou pour complications de l'HTP (40 %). 67 % des patients montraient des caractéristiques clinico-biologiques, radiologiques, élastométriques et/ou histologiques de cirrhose. La valeur médiane d'élastométrie hépatique était de 10,4 kPa (IQR [6,3 ; 17,5]). Parmi les 48 (42,9 %) patients avec au moins une complication ≥ 16 ans, 35 (31,4 %) ont eu des cholangites bactériennes (80 % des événements) et 13 (11,5 %) des complications de l'HTP (15 % des événements). 15 % des patients ont présenté une 1re cholangite à partir de 16 ans ; 5,3 % ont présenté une 1e complication de l'HTP à partir de 16 ans. Un antécédent de cholangite était associé au développement d'une cirrhose dans 93 % des cas, et à un surrisque de TH ≥ 16 ans (p 0,003). Avec l'âge, la proportion de cholangites diminuait au profit des complications de l'HTP. Un antécédent de rupture de varices œsophagiennes était associé à un surrisque de TH ≥ 16 ans (p 0,01). En imagerie, les voies biliaires intra-hépatiques étaient trop bien visibles chez 41 (46,1 %) des patients, 5 (5,6 %) présentant des dilatations kystiques et 3 (3,4 %) une alternance sténoses-dilatations ; 11 (12,7 %) présentaient des kystes péri-biliaires. 17 (15,5 %) patients avaient au moins 1 nodule hépatique, dont 8 (42 %) un ou plusieurs nodules de régénération et 8 (42 %) une ou plusieurs hyperplasies nodulaires focales. 4 patients, tous âgés de moins de 30 ans, ont eu un carcinome hépato-cellulaire (CHC), dont 3 atypiques en imagerie. 36 grossesses ont été observées, compliquées de cholestase gravidique pour 4 d'entre elles. Des pathologies dysimmunitaires sévères traitées par immunomodulateurs (7,1 %) et des malformations artérioveineuses centrales (2,7 %) souvent compliquées d'hémorragies cérébrales ont été observées.

Conclusion : Parmi 113 jeunes adultes non transplantés avant 16 ans, 7 décès sont survenus, et 15 TH

ont été réalisées. 2/3 étaient cirrhotiques. Plus de la moitié n'ont eu aucune complication après 16 ans. La complication la plus fréquente était la cholangite bactérienne, parfois en l'absence d'antécédent dans l'enfance, et était à l'origine de la majorité des TH. 4 CHC, de présentation volontiers atypique en imagerie, ont été histologiquement documentés.

C.036

Conséquences hépatiques des dérivations cavo-pulmonaires totales (chirurgie de Fontan) chez les patients porteurs d'une cardiopathie congénitale complexe : étude observationnelle

L. Boccard [1]
(1) Lille.

Introduction : Depuis les années 1970, la chirurgie de Fontan (ou dérivation cavo-pulmonaire totale) est la prise en charge chirurgicale de référence des patients avec une cardiopathie congénitale complexe à type de ventricule unique. Cette chirurgie est associée n'est pas sans conséquence avecà ddee nombreuses complications cardiaques et extra cardiaques. La principale complication extra cardiaque est l'atteinte hépatique ou FALD (Fontan Associated Liver Disease). L'amélioration des techniques chirurgicales au cours du temps a permis d'atteindre une survie à 10 ans de l'ordre de 90% s'associant à une augmentation des cas de FALD. Si la La ponction biopsie hépatique reste l'examen de référence pour évaluerla mesure de l'atteinte hépatique, mais il existe également des données sur l'évaluation de la fibrose hépatique par méthode non invasive (Fibroscan®) avec un seuil d'élasticité de 21 kPa identifié dans cette population.

Matériels et Méthodes : Notre étude est observationnelle, rétrospective, monocentrique. Tous les patients (enfants et adultes) suivis dans notre centredans notre centre en dans les services de cardiologie et/ou d'hépatologie ayant bénéficié d'une chirurgie de Fontan pour une cardiopathie congénitale complexe ayant bénéficié d'une chirurgie de Fontan ont été inclus (n=soit 128 patients) [CV1] . Ont été Nous avons recueillies les données de leur suivi cardiologique (ECG, ETT, IRM cardiaque, tests d'effort, cathétérisme cardiaque) et hépatologique (bilans biologiques, imageries abdominales, évaluation de la fibrose par Fibroscan® ou Fibrotest®, IMC, consommation d'alcool, infection VHB ou VHC) afin d'évaluer les conséquences hépatiques après chirurgie de Fontan et leurs facteurs de risque.

Résultats : Notre population est composée de 61% d'hommes, d'âge moyen 23,8 ans (6- à 54 ans ans), 35,1% ont moins de 18 ans, ayant bénéficié en moyenne de 3 interventions chirurgicales au cours de leur vie. L'âge moyen au moment de la chirurgie de totalisation est de 7.4 ans. Soixante-neuf pour cents des ventricules uniques sont de type gauche, 82.82% des chirurgies sont par tube extracardiaque. Trois patients étaient décédés au moment du recueil de données (l'un d'un AVC massif, l'autre d'une cirrhose décompensée et le 3e de cause inconnue). Quinze patients (11,7%) n'ont jamais eu de suivi par un hépatologue (12 adultes et 3 enfants). Chez les les 113 autres patients vus en hépatologie, 87,6% (99/113) ont bénéficié d'un Fibroscan® et 83.2% (94/113) d'une échographie abdominale. Les patients n'ayant pas bénéficié de Fibroscan® étaient des enfants (n=6), porteurs de signes de cirrhose en imagerie ou biologie (n=3), décédé (n=1) ou sans proposition par le praticien (n=4). On observe que 36.3% (36/99) d'entre eux ont une élasticité médiane Fibroscan® >supérieur à 21 kPa, (28,12%) et 27.6%6 (26/94) on t des signes de dysmorphie hépatique en échographie (20,3%). Aucun facteur de risque ne ressort comme significatif dans notre étude en dehors du nombre de chirurgies cardiaques. Le rythme sinusal semble quant à lui être un facteur protecteur.

Discussion : Ces données sont comparables à celles observées dans la littérature quant à l'importance de l'atteinte hépatique après chirurgie de Fontan. Pour ce qui est de l'analyse des facteurs de risque, le principal facteur de risque identifié dans la littérature est le temps après la chirurgie, non significatif dans notre étude mais probablement expliqué par différents biais

Conclusion : Plus d'un quart (28%) des patients de notre cohorte développe une atteinte hépatique parfois sévère dans les suites d'unee leur chirurgie de Fontan avec des atteintes sévères chez certains d'entre eux, confirmant la nécessité d'une évaluation et d'un suivi hépatologique rapproché chez ces patients y compris lors du suivi pédiatrique.

C.037

Etude de la distribution de disulphides isomérases dans l'épithélium iléal et colique de maladies de Crohn sténosantes adultes et pédiatriques

E. Bequet [1], C. Salée, [1], N. Blétard [1], S. Vieujean [1], C. Massot [1], F. Fonze [1], H. Sarter [2], D. Ley [2], S. Colinet [1], M.C. Seghaye [1], P. Delvenne [1], E. Louis [1], M.A. Meuwis [1]

(1) Liège, BELGIQUE ; (2) Lille.

Introduction : Tant chez l'adulte qu'en pédiatrie, l'évolution de la maladie de Crohn (MC) est marquée par des complications sténosantes (30-45% à 10 ans). Bien que les biothérapies permettent un meilleur contrôle de l'inflammation intestinale, aucune ne permet, à ce jour, de prévenir ou traiter la fibrose intestinale (à l'origine des sténoses) une fois qu'elle est initiée. La chirurgie est souvent nécessaire, avec un risque élevé de rechute et de récidive de sténose. Les mécanismes physiopathologiques menant à la fibrose intestinale sont multiples et encore mal connus. L'épithélium intestinal, à l'interface entre l'hôte (caractérisé par des réponses inflammatoires et immunitaires exacerbées dans la MC) et le microbiote, joue probablement un rôle clé. Le processus cellulaire de stress du réticulum endoplasmique (SRE) est un facteur impliqué dans la physiopathologie des MICI et son rôle dans la fibrose a été démontré. Les protéines disulphides isomérases (PDIs) sont impliquées dans la réponse au SRE, mais leur rôle et leur association précise avec la MC restent encore mal caractérisés. Nous avons étudié la distribution de certaines PDIs (précédemment identifiées dans une étude protéomique de la fibrose en MC) au sein de l'épithélium iléal et colique de patients adultes et pédiatriques présentant une MC inflammatoire et/ou sténosante.

Matériels et Méthodes : Une recherche rétrospective de cas de MC parmi 4 centres hospitaliers tertiaires et leurs biobanques a permis d'inclure des tissus de 70 MC pédiatriques et 49 adultes, et des tissus sains de patients pédiatriques (n= 26) et adultes (n= 49), sans MICI. Ces tissus proviennent d'une résection intestinale ou de biopsies endoluminales. Plus de 5500 lames ont été gradées. Le degré de fibrose et d'infiltrat inflammatoire aigu et chronique (coloration à l'hématoxyline-éosine et au trichrome de Masson) a été étudié. La distribution de 4 PDIs (AGR2, BiP, PDIA6 et ERP44) au sein de l'épithélium de surface, des cryptes et du fond des cryptes a été étudiée par immunohistochimie en utilisant une échelle semi-quantitative de 0 à 4. Les tests statistiques utilisés sont l'ANOVA ou le Kruskal-Wallis (avec test post hoc), le T-Student et le Mann-Whitney.

Résultats : Les caractéristiques cliniques de la cohorte sont décrites dans la table 1.

Table 1 : Données cliniques des cohortes

Maladie de Crohn	Cas pédiatriques (n =70)	Cas adultes (n=49)
Montréal/Paris MCB2 (n=)	**39**	**29**
Sex ratio (H/F)	19/20	15/14
Age au diagnostic de MC – médiane (min-max) - *années*	12,08 (7,22 -15,92)	24,31 (16,04-65,02)
Age au diagnostic de sténose – médiane (min-max) - *années*	15,21 (7,97 -24,07)	34 (17,46 -65,75)
Age à la chirurgie – médiane (min-max) - *années*	15,88 (7,96 -31,09)	35,71 (18,8 -70,83)
Délai		
• Diagnostic MC-sténose – médiane (min-max) - *années*	2,58 (0-12)	8,20 (0-40,29)
• Diagnostic MC-chirurgie – médiane (min-max) - *années*	3,93 (0,12 -17,18)	8,15 (0,05 -46,85)
Caractéristiques de la sténose (%)		
• Iléale/Colique/Iléo-colique	39,47/7,89/50	37,93/20,69/41,38
• Primitive/anastomotique	88,18/6,82	76,67/23,33
Montréal/Paris MC B1 (n=)	**31**	**20**
Sex ratio (H/F)	20/11	9/11
Age au diagnostic – médiane (min/max) - *années*	13 (6,9 -15,9)	26,23 (16,10 -54,76)
Cohorte contrôle (non MICI)	**Cas pédiatriques (n=26)**	**Cas adultes (n=49)**
Sex ratio (H/F)	15/11	23/26
Indication du prélèvement		
Biopsies diagnostiques (non MICI)	14	1
Résection en marge saine		
Hirschsprung	6	
Atrésie grêle	1	
Duplication intestinale	2	
Meckel	1	1
Malformation ano-rectale	1	
Perforation grêle	1	
Adénocarcinome		18
Diverticulite		16
Réintégration iléo/colostomie		4
Volvulus		2
Polypose		2
Tumeur extra -digestive (résection de nécessité)		2
Anse borgne (by-pass)		1
Colite ischémique		1
Colite infectieuse réfractaire		1

MC = Maladie de Crohn ; MICI = Maladie inflammatoire chronique intestinale

La distribution des PDIs est différente selon le segment étudié (colon ou iléon), l'âge de début de la MC, la localisation dans l'épithélium (surface, crypte ou fond de crypte), ainsi que selon le caractère normal, inflammatoire et/ou fibrosant du tissu.
Dans l'iléon des MC adultes et pédiatriques, la distribution d'AGR2 est significativement plus importante dans l'épithélium adjacent au tissu fibro-inflammatoire (p<0,01). Dans le colon, ce résultat est retrouvé uniquement au sein des cryptes des tissus pédiatriques. Dans l'épithélium de surface de l'iléon des cas pédiatriques, AGR2 augmente significativement avec le grade de fibrose (fig. 1).

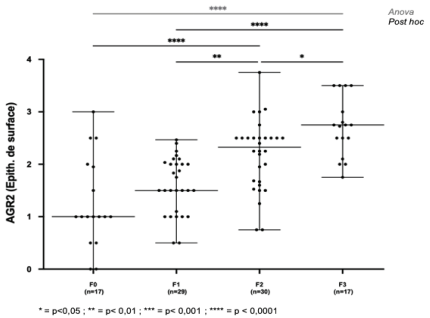


Figure 1 : Distribution des score IHC d'AGR2 dans l'épithélium de surface de l'iléon des MC pédiatriques, en fonction du grade de fibrose

La distribution des autres PDIs (BiP, ERP44 et PDIA6) est plutôt liée à l'importance de l'infiltrat inflammatoire, et variable selon l'âge. La distribution de BiP est significativement augmentée dans les tissus présentant de l'inflammation aiguë et/ou chronique, qu'ils soient fibrosant ou non, adultes ou pédiatriques. Chez l'adulte, la distribution de PDIA6 dans l'épithélium colique est significativement plus importante dans les cas MICI par rapport aux non-MICI.
Cette caractérisation d'expression tissulaire dans les tissus fibro-inflammatoires révèlent un lien spécifique entre AGR2 et la fibrose au contraire des autres PDIs étudiées.

Conclusion : Nos résultats suggèrent que les PDIs étudiées pourraient assurer un rôle différent dans le processus de réponse au SRE au sein de l'épithélium intestinal dans la MC adulte et pédiatrique. Le rôle de ces PDIs doit encore faire l'objet d'explorations complémentaires (notamment fonctionnelles), afin de mieux comprendre leurs impact et rôle au sein de l'épithélium de la muqueuse intestinale et dans les processus fibro-inflammatoires intestinaux dans la MC, avant de proposer AGR2 comme éventuel biomarqueur épithélial de fibrose ou cible thérapeutique.

C.038

Apport de la calprotectine fécale pour prédire le risque de rechute chez les patients atteints de rectocolite hémorragique en réponse endoscopique (Mayo endoscopique 0 ou 1)

A. Buisson [(1)], C. Carpentier [(1)], R. Minet-Quinard [(1)], B. Pereira [(1)]

(1) Clermont-Ferrand.

Introduction : D'après le consensus international STRIDE II, l'objectif thérapeutique dans la rectocolite hémorragique (RCH) est maintenant d'obtenir une rémission clinique et endoscopique (sous-score Mayo endoscopique ou MES 0). Mais, en pratique quotidienne, différencier un MES 0 et 1 reste parfois délicat. Dans ce contexte, la calprotectine pourrait être utile pour prédire le risque de rechute et ainsi sélectionner les patients qui relèveraient d'une intensification thérapeutique.
L'objectif de cette étude (CALPRODICT-UC) était d'évaluer la calprotectine fécale comme facteur prédictif de rechute chez les patients atteints de RCH en rémission clinique avec MES 0 et 1.

Patients et Méthodes : Dans cette étude rétrospective monocentrique, nous avons inclus tous les patients adultes (≥ 18 ans) atteints de RCH, en rémission clinique (score mayo partiel ≤ 2), en amélioration endoscopique (MES 0 ou 1), ayant réalisé un dosage de calprotectine fécale dans le mois précédant l'endoscopie, sans intervention thérapeutique entre le dosage de calprotectine et la réalisation de l'endoscopie et ayant un suivi d'au moins 3 mois.
Le critère de jugement principal était la rechute définie comme la réapparition de symptômes (score Mayo partiel > 2 incluant au moins un sous-item parmi les saignements rectaux ou la fréquence des évacuations > 1) ayant conduit à une escalade thérapeutique, une hospitalisation ou une colectomie.
L'arrêt de traitement pour rechute était défini comme une rechute ayant conduit à un changement de médicament.
Les analyses ont été réalisées selon la méthode de Kaplan-Meier en uni- puis multivariée (modèle de Cox). Les résultats ont été exprimés sous forme d'hazard ratio (HR) avec intervalle de confiance à 95 %.

Résultats : Au total, 362 patients ont été inclus rétrospectivement. A l'inclusion, on observait 47,5 (172/362) et 52,5 % (190/362) de patients avec un MES à 0 et 1. Le niveau médian de calprotectine fécale était à 48 µg/g [14-157] avec 25,4 % (92/362) des patients ayant un niveau de calprotectine fécale > 150 µg/g. Parmi les patients MES 0, 28 (7,7 %) et 144 (39,8 %) avaient une calprotectine fécale respectivement au-dessus et en-dessous du seuil de 150µg/g alors que 64 (17,7 %) et 126 (34,8 %) patients avec MES 1 avaient un taux de calprotectine respectivement supérieurs et inférieurs à 150 µg/g.
Le suivi médian était de 13,6 mois [5,4-36,1]. Au cours du suivi, 49 patients (13,5 %) ont présenté une rechute dont 36 patients (10,0 %) ont dû arrêter le traitement en cours.
Un MES 1 était associé à un risque plus élevé de rechute (HR = 1,85 [0,98-3,50], p = 0,056) ou d'arrêt de traitement qu'un MES 0 (HR = 3,02 [1,36 – 6,73], p = 0,007) Une valeur de calprotectine fécale > 150 µg/g était associée à une augmentation du risque de rechute (HR = 3,15 [1,72 – 5,75], p < 0,001) ou d'arrêt de traitement (HR = 2,85 [1,44 – 5,66], p = 0,003) par rapport aux valeurs plus basses
Les patients MES 0 avec calprotectine fécale < 150 µg/g avaient un risque de rechute significativement plus faible que ceux avec MES 0 et calprotectine > 150 (HR = 3,16 [1,08 – 9,27], p = 0,035) et ceux avec MES 1 et calprotectine > 150 (HR = 4,01 [1,84 – 8,96], p = 0,001). Parmi les patients MES 1, ceux avec calprotectine fécale < 150 présentaient un risque plus faible de rechute que ceux avec valeurs plus élevées (p = 0,01). Aucune autre différence significative n'existait entre les autres sous-groupes de patients.
Concernant le taux d'arrêt de traitement pour rechute, les patients MES 0 avec calprotectine fécale < 150 avait un risque plus faible que ceux avec MES 0 avec calprotectine fécale > 150 (HR = 5,80 [1,45 -23,23], p = 0,013), MES 1 avec calprotectine fécale < 150 (HR = 4,11 [1,34 -12,63], p = 0,013) et MES 1 avec calprotectine fécale > 150 (HR = 7,20 [2,31 -22,44], p = 0,001). Aucune autre différence significative n'existait entre les autres sous-groupes de patients.

Conclusion : Le dosage de la calprotectine fécale pourrait s'avérer très utile pour prédire le risque de rechute chez les patients atteints de RCH en rémission clinique et avec amélioration endoscopique (MES 0 ou 1).

C.039

L'échographie associée à la calprotectine fécale est performante pour identifier les patients ayant atteint une cicatrisation muqueuse endoscopique au cours de la rectocolite hémorragique : résultats d'une étude transversale

C. Yzet [1], E. Meudjo [1], C. Moreau [1], F. Brazier [1], V. Hautefeuille [1], C. Decrombecque [1], R. Sarba [1], R. Pichois [1], J. Meynier [1], M. Fumery [1]

(1) Amiens.

Introduction : A l'ère du « treat-to-target », le développement de marqueurs non invasif pour évaluer la cicatrisation endoscopique dans la rectocolite hémorragique (RCH) est indispensable. La calprotectine fécale et l'échographie intestinale sont des alternatives à la coloscopie pour évaluer l'activité de la RCH. L'objectif de cette étude était de déterminer les performances de l'échographie intestinale et de la calprotectine pour évaluer la cicatrisation muqueuse au cours de la RCH.

Patients et Méthodes : Tous les patients consécutifs entre janvier 2021 et août 2022 atteints de RCH ayant bénéficié (1) d'une coloscopie complète (2) d'une échographie intestinale et/ou (3) d'une calprotectine fécale (4) dans un délai de 4 semaines étaient inclus dans une cohorte prospective. L'épaisseur pariétale et le signal doppler étaient évalués sur chacun des segments. La cicatrisation muqueuse endoscopique était définie par un score MAYO 0-1.

Résultats : Au total, 57 patients ont été inclus dont 57,9% en cicatrisation endoscopique (22 patients MAYO 0 et 11 MAYO 1). Trente-deux (56,1 %) étaient des femmes, l'âge médian et la durée de la maladie étaient respectivement de 43 ans (IQR, 30-58) et 29 ans (IQR, 18-39). Respectivement 16 (16/57, 28,1%) et 41 (41/57, 71,9%) patients présentaient une épaisseur pariétale < 3 mm et une absence de signal doppler. Les sensibilité (Se), spécificité (Sp), valeur prédictive positive (VPP) et valeur prédictive négative (VPN) de l'épaisseur pariétale < 3 mm pour prédire la cicatrisation muqueuse endoscopique étaient respectivement de 37%, 77%, 72% et 44%. L'association d'un doppler absent à l'épaisseur pariétale ne modifiait pas les performances. Les mêmes valeurs pour une calprotectine < 150 µg/g étaient respectivement de 81%, 78%, 84% et 74%. L'association d'une calprotectine < 150 µg/g, à une épaisseur pariétale < 3mm et à l'absence de signal doppler augmentait la spécificité et la VPP (Se 33%, Sp 94%, VPP 89%, VPN 48%). Les mêmes valeurs étaient retrouvées pour une cicatrisation classée MAYO 0 ou MAYO 0-1 (Tableau 1).

Tableau 1 : Performances diagnostiques de l'échographie (épaisseur pariétale/doppler) en combinaison à la calprotectine fécale pour évaluer la rémission dans la Rectocolite hémorragique

Cicatrisation endoscopique MAYO 0

	Se	Sp	VPP	VPN
Calp < 150	83	69	65	86
Ep < 3	48	75	60	65
Ep < 3 et dop 0	44	78	61	64
Ep < 3, dop 0, calp < 150	47	96	89	71

Cicatrisation endoscopique MAYO 0 ou 1

	Se	Sp	VPP	VPN
Calp < 150	81	78	84	74
Ep < 3	43	77	75	46
Ep < 3 et dop 0	37	77	72	44
Ep < 3, dop 0, calp < 150	33	94	89	48

Les données sont exprimées en %. Se : sensibilité, Sp : spécificité, VPP : valeur prédictive positive, VPN : valeur prédictive négative, BC : bien classés. Ep : Épaisseur pariétale en mm, dop : doppler, calp : calprotectine fécale en µg/g.

Conclusion : L'association échographie et calprotectine est performante pour identifier les patients suivis pour une rectocolite hémorragique ayant atteint une cicatrisation muqueuse endoscopique. Une définition plus stricte de la cicatrisation échographique pourrait améliorer les performances de cet outil.

C.040

Intérêt de l'endomicroscopie confocale laser pour prédire l'efficacité du védolizumab en première ligne de biothérapie dans la rectocolite hémorragique

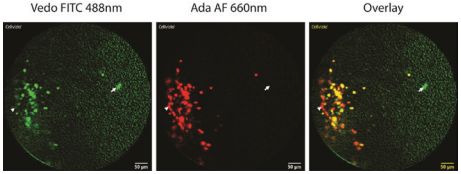
L. Quénéhervé [1], C. Trang-Poisson [1], A. Fantou [1], M. Flamant [1], T. Durand [1], G. Bouguen [2], J. Bregeon [1], T. Oullier [1], M. Amil [3], M. Dewitte [2], S. Bardot [1], C. Braudeau [1], R. Josien [1], M. Neunlist [1], A. Bourreille [1]

(1) Nantes ; (2) Rennes ; (3) La Roche-sur-Yon.

Introduction : Il n'existe aucun biomarqueur permettant de guider la prescription d'une première ligne de biothérapie dans la recto-colite hémorragique (RCH). L'objectif principal de cette étude pilote multicentrique était de démontrer la faisabilité d'identifier les cellules muqueuses exprimant a4b7 et/ou le TNF-a en endomicroscopie confocale laser (CLE) pour prédire la réponse au vedolizumab en première ligne de biothérapie. NCT02878083.

Patients et Méthodes : Les patients atteints de RCH en poussée modérée à sévère, naïfs de biothérapie ont été inclus prospectivement et ont reçu un traitement d'induction par vedolizumab IV. Les patients ont été évalués cliniquement, biologiquement, endoscopiquement et histologiquement à la semaine 22. Les patients non répondeurs ont été traités secondairement par adalimumab en induction et ont été évalués à la semaine 30. Avant l'initiation du vedolizumab, au cours de l'endoscopie, 8 biopsies ont été prélevées pour une analyse extemporanée et *ex vivo* par CLE, histologie classique et immuno-fluorescence confocale. Les biopsies fraiches ont été traitées par vedolizumab couplé à du FITC et de l'adalimumab couplé à de l'Alexa-Fluor permettant d'analyser leur fluorescence (figure) respective en un temps avec le système de CLE Dual-band (Mauna Kea Technologies, France). Des prélèvements sanguins avant chaque perfusion de vedolizumab ont permis d'analyser les populations cellulaires immunitaires (LT, LB, NK, monocytes) par FACS et les taux résiduels de vedolizumab. Les biopsies des patients ont été analysées en microsopie confocale (multiplexing Opal Akoya ; Tyramide signal amplification) après marquage par un anticorps anti-a4b7.

Résultats : 19 patients sur les 20 prévus ont été inclus. Les taux de rémission clinique, d'amélioration endoscopique (Mayo ≤ 1), de rémission endoscopique (Mayo 0) à S22 étaient respectivement de 58%, 58%, 45%. 18/19 (95 %) des patients ont pu être analysés par CLE. Le nombre et la surface des zones marquées par le vedolizumab-FITC étaient numériquement supérieur chez les patients répondeurs ; en revanche, aucune différence n'a été constatée concernant les zones marquées par l'adalimumab-Alexa-fluor. Une valeur seuil de 6 zones marquées en CLE par le vedolizumab-FITC sur les biopsies fraiches permettaient de discriminer répondeurs et non répondeurs avec une Se de 78% et une Sp de 85%. Aucune différence de population cellulaires circulantes exprimant ou non a4b7 n'a été identifiée entre repondeurs et non répondeurs. Les taux résiduels de vedolizumab n'étaient pas prédictifs de la réponse à S22. En microscopie confocale, 15 patients ont pu être analysés ; le pourcentage de cellules fixant a4b7 n'était pas différent entre répondeurs (n=9) et non répondeurs (n=6).



Conclusion : Cette étude confirme la faisabilité de l'identification extemporannée par CLE dual-band de cellules muqueuses exprimant a4b7 et/ou du TNF-a transmembranaire. Les résultats suggèrent que seul la proportion de cellules fixant du vedolizumab-FITC dans la muqueuse est indicative de la réponse au védolizumab en première ligne dans la RCH

Remerciements, financements, autres :
Cette étude a reçu un soutien financier institutionnel de la DGOS (PHRC-I-2017), un soutien industriel de Takeda® et de Mauna-Kea technologies®

C.041

Faisabilité, efficacité et tolérance des largages endoscopiques de vidéocapsules du grêle chez l'adulte : étude européenne rétrospective multicentrique de 630 cas

S. Ouazana [1], P. Baltes [2], E. Toth [3], H. Luettge [2], A. Németh [3], H. Beaumont [4], B. González-Suárez [5], P. Lee [6], C. Carretero [7], R. Margalit-Yehuda [8], L. Elli [9], S. Piccirelli [10], M. Bruno [11], A. Mussetto [12], P. Cortegoso Valdivia [13], A. Becq [14], G. Corbett [15], A. Martin [14], A. Robertson [16], R. Benamouzig [17], E. Despott [18], M.E. Riccioni [19], R. Sidhu [20], J.C. Saurin [21], P. Ellul [22], A. Finta [23], K. Triantafyllou [24], A. Elosua [25], D. McNamara [26], X. Dray [14]

(1) Reims ; (2) Hambourg, ALLEMAGNE ; (3) Malmö, SUÈDE ; (4) Amsterdam, PAYS-BAS ; (5) Barcelone, ESPAGNE ; (6) south tyneside, ANGLETERRE ; (7) Pampelune, ESPAGNE ; (8) Tel-Aviv, ISRAËL ; (9) Milan, ITALIE ; (10) Brescia, ITALIE ; (11) Turin, ITALIE ; (12) Ravenne, ITALIE ; (13) Parme, ITALIE ; (14) Paris ; (15) Cambridge, ANGLETERRE ; (16) Leicester, ANGLETERRE ; (17) Bobigny ; (18) Londres, ANGLETERRE ; (19) Rome, ITALIE ; (20) Sheffield, ANGLETERRE ; (21) Lyon ; (22) L-Imsida, MALTE ; (23) Székesfehérvár, HONGRIE ; (24) Athènes, GRÈCE ; (25) Estella, ESPAGNE ; (26) Dublin, IRLANDE.

Introduction : Certaines situations cliniques rendent parfois nécessaires le largage endoscopique (LE) des vidéocapsules endoscopiques (VCE) de l'intestin grêle. Alors que la technique est bien évaluée en contexte pédiatrique, elle l'est peu chez l'adulte. Récemment, une série rétrospective multicentrique au Japon a colligé 182 cas de LE-VCE chez des patients âgés de plus de 16 ans. L'objectif de notre travail était de décrire à large échelle et en Occident, la faisabilité, la tolérance et le rendement diagnostique du LE-VCE en population adulte.

Patients et Méthodes : Il s'agissait d'une étude européenne multicentrique rétrospective. L'International Capsule endoscopy REsearch (iCARE) group invitait ses investigateurs à participer. Les critères d'inclusion étaient un âge de 18 ans ou plus et la réalisation d'un LE-VCE pour exploration de l'intestin grêle, entre septembre 2002 et mai 2022 (quel que soit le type d'instrument de largage utilisé). Le largage d'une capsule de calibrage et la réalisation d'un examen colique ou grêlo-coliqueétaient des critères d'exclusion. Le critère de jugement principal était la survenu d'un évènement indésirable (EI, selon la classification AGREE de l'ASGE) (1). Les critères de jugements secondaires incluaient le taux de succès (largage dans l'estomac ou l'intestin grêle, selon l'objectif de l'opérateur), la durée de la procédure de largage (de l'insertion de la capsule dans le dispositif de largage à son largage dans le tractus digestif), le temps de transit de la capsule dans le grêle (TTG), le taux de complétude (atteinte du caecum, ou éventuellement de l'anus ou d'une iléostomie) et la rentabilité diagnostique (≥ 1 lésion de pertinence intermédiaire à élevée).

Résultats : Vingt-neuf centres participaient, incluant 630 patients adultes (âge moyen 62,5, femmes 55,8%). Les indications de VCE étaient une suspicion de saignement du grêle dans 70,4% des cas. Le largage était lié à une impossibilité ou échec d'ingestion dans 41,8% et à une rétention œsogastrique dans 35,5% des cas. Un instrument spécifique de largage (AdvanCE®, USGI) était utilisé chez 372 patients (59,0%). Des EI survenaient chez 94 patients (20,5%), légers à modérés dans la plupart des cas, mais sévères chez 3 patients (une perforation, une pneumonie, une hémorragie nécessitant traitement). La mortalité était nulle. Le taux de succès technique était de 95,5% (chez 597 patients). Après succès technique, le taux de complétude était de 86,6% (517 patients). Le taux de complétude était significativement plus élevé pour les largages dans l'intestin grêle plutôt que dans l'estomac (85,7% *vs* 62,3%, p < 0,0001). La médiane de TTG était de 267 min (intervalle interquartile [200 ; 364]). La rentabilité diagnostique était de 60,3% globalement, et de 61,1% en cas de succès technique du largage.

Conclusion : Cette étude à grande échelle montre le bon profil de tolérance et les taux élevés de succès techniques du LE-VCE. Le TTG médian (267 minutes) semble plus long que lors de capsules ingérées (où il se situe entre 220 et 250 minutes), probablement en lien avec la mobilité limitée des patients ayant un largage sous anesthésie. Cependant, le taux de complétude (86,6%) semble similaire à celui de patients ingérant la capsule (de l'ordre de 83% d'après de très larges revues systématiques). La rentabilité diagnostique de 60% semble dans une fourchette haute par rapport aux capsules ingérées (mais chez des patients probablement plus sélectionnés) (2,3).

Remerciements, financements, autres :
Au nom de l'International Capsule endoscopy REsearch (iCARE) group.
Nous remercions également le Pr Rondonotti Emanuele pour sa participation.

C.042

Les risques des principaux cancers digestifs sont augmentés au cours de la maladie cœliaque : étude nationale française 2011-2019

G. Malamut [1], Y. Girardeau [1], S. Chaussade [1], R. Coriat [1], N. Cerf-Bensussan [1], A.S. Jannot [1]
(1) Paris.

Introduction : Si les risques de lymphome et d'adénocarcinome du grêle sont bien identifiés comme très augmentés au cours de la maladie cœliaque, les risques de survenue des autres cancers digestifs restent mal définis. Notre but était d'évaluer les risques des principaux cancers digestifs au cours de la maladie cœliaque et le lien avec la présence d'une atteinte autoimmune ou inflammatoire chronique digestive associée.

Patients et Méthodes : Nous avons réalisé une étude observationnelle rétrospective cas exposés *versus* cas non exposés contrôles en utilisant les données nationales médico-administratives du registre PMSI (Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information). La base de données contient tous les diagnostics réalisés dans les hôpitaux publiques et privés français codés en codes CIM10 (Classification Internationale des Maladies). Nous avons inclus en "cas exposés" tous les patients avec un diagnostic de maladie cœliaque de 2011 à 2019 et sur la même période tous les patients avec un diagnostic de brûlures superficielles et d'entorses de cheville en « cas non exposés ». Tous ces patients ont été suivis sur cette période pour la survenue de lymphomes et de cancers de l'intestin grêle mais aussi de cancers œsophagiens, gastriques, coliques, rectaux, pancréatiques et carcinomes hépatocellulaires. Pour confirmer l'absence de biais dans notre population nous avons inclus dans l'analyse le risque de lymphome intestinal EATL (Enteropathy Associated T cell Lymphoma) connu dans la littérature comme très augmenté au cours de la maladie cœliaque comme témoin positif et comme témoin négatif le risque de cancer du sein connu comme diminué au cours de la maladie cœliaque. Nous avons également étudié les risques de pathologies gastro-intestinales chroniques pouvant favoriser la survenue de cancers digestifs: maladie de Biermer, maladies inflammatoires chroniques intestinales (maladies de Crohn, rectocolite hémorragique (RCH), colites microscopiques) et pancréatite chronique.

Résultats : Nous avons inclus 27244 patients avec maladie cœliaque appariés sur le sexe et l'âge au même nombre de patients contrôles non exposés. Il existait chez les patients cœliaques un risque relatif (Odd ratio) significativement augmenté ($p<0.03$) de lymphome malin non hodgkinien (OR=4.1 [95% CI 2.8; 6.2]), de cancer du grêle (OR=13.9 [95% CI 7.5; 29.6]), de cancer de l'œsophage (OR=1.7 [95% CI 1.0; 2.8]), de cancer gastrique (OR=1.5 [95% CI 1.0; 2.2]), de cancer du pancréas (OR=2.4 [95% CI 1.8; 3.3] et de cancer colique OR=1.7 [95% CI 1.4; 2.0]). 104 cas d'EATL ont été recensés chez les cœliaques et aucun chez les contrôles pendant la durée de l'étude confirmant son risque relatif très élevé (témoin positif) au cours de la maladie cœliaque. Il n'existait en revanche pas d'augmentation du risque de cancer rectal ((OR=1.0 [95% CI 0.8; 1.4]) ni de carcinome hépatocellulaire (OR=0.8 [95% CI 0.5; 1.2]). Il existait bien chez les cœliaques un risque diminué de cancer du sein (OR=0.8 [95%CI 0.7; 0.9]; $p<0.001$)) (témoin négatif). Les risques de pathologies autoimmunes ou inflammatoires digestives étaient également significativement ($p<0.001$) augmentés chez les cœliaques par rapport aux contrôles: maladie de Biermer (OR=11.3 [95%CI 7.3; 18.4]), pancréatite chronique non alcoolique (OR=1.7 [95% CI 1.2; 2.3]), maladie de Crohn (OR=4.2 [95%CI 3.4; 5.1]), RCH (OR=3.3 95%CI 2.7; 4.0]) et colite microscopique (OR=4.5 [95%CI 4.1; 5]). Parmi les patients cœliaques la présence d'une maladie de Biermer augmentait significativement le risque de cancer gastrique (OR=9.0 [95%CI 3.1;20.4]; $p<0.001$), la présence d'une colite microscopique ((OR=1.8 [95%CI 1.3;2.6]; $p<0.001$) mais non la présence d'une maladie de Crohn (OR=0.8 [95%CI 0.3;1.9]; N.S) ou de RCH (OR=1.1 [95%CI 04;2.7]; NS) le risque de cancer colique. La présence d'une pancréatite chronique non alcoolique augmentait le risque de cancer du pancréas (OR=5.9 [95%CI 1.4;15.9]; $p=0.003$).

Conclusion : A côté des risques augmentés connus de lymphome et de cancer du grêle, les risques de cancer de l'œsophage, gastrique, colique et pancréatique sont significativement augmentés au cours de la maladie cœliaque. Outre l'endoscopie digestive haute, le risque accru de cancer colique justifie la réalisation concommitante du dépistage par coloscopie. Le rythme du dépistage endoscopique doit être adapté à la présence éventuelle d'une maladie chronique digestive autoimmune ou inflammatoire associée telle que la maladie de Biermer ou la colite microscopique de risque accru chez les cœliaques et favorisant la survenue respective de cancer gastrique et colique.

C.043

Suivi au long terme des patients avec maladie cœliaque réfractaire de type 2 traités par AMG 714, un anticorps monoclonal anti-interleukine 15, à l'hôpital européen Georges Pompidou

S. Khater [1], O. Chatelanat [1], L. Lhermitte [1], J. Bruneau [1], T. Molina [1], B. Rosenbaum [1], C. Brouzes [1], V. Asnafi [1], A. Bensalah [1], N. Cerf-Bensussan [1], G. Malamut [1], D. Sibon [1], O. Hermine [1], C. Cellier [1]

(1) Paris.

Introduction : L'AMG 714, un anticorps monoclonal anti-interleukine 15 (anti-IL15), a été évalué dans la maladie cœliaque ou sprue réfractaire de type 2 (SR II) dans une étude internationale de phase 2a multicentrique randomisée contre placebo et en double aveugle en 2016. Dans cette étude, le critère de jugement primaire qui était la baisse du nombre de lymphocytes intra-épithéliaux (LIE) avec un phénotype aberrant n'a pas été atteint après 12 semaines de traitement. Toutefois, les résultats ont montré une diminution de la clonalité des lymphocytes T et une amélioration des diarrhées

Patients et Méthodes : Notre étude avait pour objectif d'évaluer l'évolution à long terme des patients inclus à l'hôpital Européen Georges Pompidou. Nous avons collecté les données immunologiques, histologiques et cliniques de ces patients 5 ans après le traitement par anti-IL15 ou l'administration de placebo.

Résultats : Parmi les 28 patients inclus dans tous les centres en 2016, 11 ont été inclus à l'hôpital Européen Georges Pompidou et 10 ont été suivi à long terme. Huit de ces 11 patients ont reçus l'anti-IL15 et 3 patients ont reçu le placebo. Dans le groupe anti-IL15, aucun patient n'a développé d'EATL, ni autre complication de la maladie cœliaque durant les 5 ans de suivi. Un patient a bénéficié d'une transplantation de cellules souches autologues. Dans le groupe placebo, un patient a développé un EATL et un patient un adénocarcinome de l'intestin grêle.
Des biopsies duodénales après 5 ans de suivi étaient disponibles chez 7/8 patients du groupe anti-IL15 et 5/7 avaient une absence d'atrophie villositaire. Chez ces 7 patients, la proportion médiane de LIE avec phénotype aberrant évalués par cytométrie en flux était de 54,5% (Ecart interquartile [EI] 48,0 – 67,6) avant l'inclusion et de 51% (EI 30 – 63) après 5 ans. Deux des 7 patients avaient un réarrangement polyclonal du T-cell receptor (TCR), 2/7 avaient un réarrangement clonal faible et 3/7 patients avec une persistance de clonalité.

Conclusion : Le suivi à 5 ans des patients SR II traités par anti-IL15 démontre des rémissions clinique et histologique avec un amélioration de la clonalité dans la majorité des cas. Cette étude révèle la nécessité de collecter les données à long terme des patients SR II inclus dans les autres centres ayant participé à la 1ère étude. Ces résultats suggèrent que l'étude sur le potentiel effet bénéfique de l'anti-IL15 doit être poursuivie.

JFHOD 2023

VENDREDI
17 MARS

C.044

Impact des biothérapies sur le risque de complications post-opératoires précoces au cours de la maladie de Crohn : étude multicentrique française

M. Fumery [1], S. Nancey [2], M. Nachury [3], M. Allez [4], C. Rouillon [5], A. Bourreille [6], R. Altwegg [7], M. Serrero [8], L. Vuitton [9], G. Bouguen [10], V. Abitbol [4], M. Boualit [11], A. Biron [12], Y. Panis [13], D. Laharie [14], A. Amiot [15], M. Simon [4], L. Caillo [16], X. Hébuterne [17], M. Vidon [18], A. Benezech [19], Y. Elgharabawy [4], L. Peyrin-Biroulet [20]

(1) Amiens ; (2) Lyon ; (3) Lille ; (4) Paris ; (5) Caen ; (6) Nantes ; (7) Montpellier ; (8) Marseille ; (9) Besançon ; (10) Rennes ; (11) Valenciennes ; (12) Bezannes ; (13) Neuilly-sur-Seine ; (14) Bordeaux ; (15) Le Kremlin-Bicêtre ; (16) Nîmes ; (17) Nice ; (18) Créteil ; (19) Avignon ; (20) Vandœuvre-lès-Nancy.

Introduction : Alors que la morbidité postopératoire des anti-TNF a été largement étudiée au cours de la maladie de Crohn (MC), l'impact du vedolizumab et de l'ustekinumab sur le risque de complications post-opératoires est méconnu.

Patients et Méthodes : Les patients qui ont bénéficié d'une résection intestinale pour une MC entre juillet 2014 et avril 2022 au sein de 22 centres français ont été consécutivement inclus dans une cohorte rétrospective. Les risques de complications post-opératoires précoces (≤ 30 jours) chez les patients exposés aux biothérapies (anti-TNF, vedolizumab ou ustekinumab) étaient comparés aux patients non-exposés à l'aide d'un score de propension ajusté sur l'âge, les antécédents de résection, l'exposition aux corticoïdes ou aux immunosuppresseurs, l'activité de la maladie, la présence d'un abcès, le caractère urgent de la chirurgie et la réalisation d'une stomie.

Résultats : Parmi les 1201 patients inclus, respectivement 491 (41%), 76 (6,3%) et 57 (4,7%) étaient exposés aux anti-TNF, à l'ustekinumab ou au vedolizumab dans les six mois avant la chirurgie. Un total de 317 (26,4%) patients présentaient au moins une complication dont 123 (38%) étaient considérées comme sévères (DINDO III et IV). Une reprise chirurgicale était nécessaire chez 69 (5,7%) patients et la mise en place d'une stomie chez 23 (1,9%). Trois décès ont été observés (0,25%). Les taux de complications globales chez les patients non-exposés aux biothérapies, exposés aux anti-TNFs, à l'ustekinumab ou au vedolizumab étaient respectivement de 26,1%, 25,1%, 34,7% et 29,8%. Les risques de complications infectieuses intra-abdominales dans ces quatre groupes étaient respectivement de 13,5%, 11,1%, 13,3% et 8,8% et ceux des complications infectieuses extra-abdominales de 5,2%, 4,1%, 9,3% et 8,8%. En analyse multivariée, l'âge [OR, 1,02 (1,01-1,04) ; p=0,004], l'activité de la maladie [OR, 8,36 (1,79 – 149) ; p=0,037], la présence d'un abcès en pré-opératoire [OR, 2,01 (1,25-3,20) ; p=0,004] et la réalisation d'une stomie [OR, 1,70 (1,10 – 2,61) ; p=0,016] étaient significativement associés aux complications infectieuses intra-abdominales. A l'inverse, la nutrition entérale préopératoire [OR, 0,12 (0,01 -0,59) ; p=0,040] était associée à une diminution de ce risque. L'exposition aux anti-TNF [OR, 0,80 (0,51-1,24) ; p=0,31], à l'ustekinumab [OR, 1,17 (0,39-3,51) ; p=0,78] et au vedolizumab [OR, 1,28 (0,32-5,17) ; p=0,72] dans le mois avant la chirurgie n'étaient pas associés au risque de complications infectieuses intra-abdominales. Des résultats similaires étaient observés chez les patients exposés à ces traitement dans le mois avant la chirurgie.

Conclusion : Dans cette large cohorte, un quart des patients opérés pour une MC présentaient une complication postopératoire précoce et, 10 % une complication sévère. L'exposition préopératoire aux anti-TNF, au vedolizumab ou à l'ustekinumab n'était pas associée à une augmentation du risque de complication postopératoire précoce. La nutrition entérale pré-opératoire était associée à une réduction du risque de complication infectieuse intra-abdominales.

C.045

Efficacité du risankizumab en traitement de secours de la maladie de Crohn modérée à sévère active chez des patients présentant une réponse inadéquate au traitement d'entretien par le risankizumab

X. Roblin [1], F. Baert [2], R. Atreya [3], Y. Kakuta [4], M. Long [5], E. Neimark [6], A. Song [6], K. Wallace [6], K. Kligys [6], M. Mallick [6], X. Liao [6], A. Lim [7]

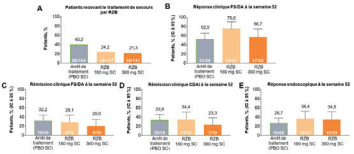
(1) Saint-Etienne ; (2) Roulers, BELGIQUE ; (3) Erlangen, ALLEMAGNE ; (4) Sendai, JAPON ; (5) Chapel Hill, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (6) Chicago, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (7) Tugun, AUSTRALIE.

Introduction : L'efficacité et la tolérance de 12 semaines de traitement d'induction et de 52 semaines de traitement d'entretien par le risankizumab (RZB), un inhibiteur de l'interleukine 23 p19, a été démontrée chez des patients atteints de maladie de Crohn (MC) modérée à sévère active dans 3 études de phase III (ADVANCE, MOTIVATE et FORTIFY). Nous avons analysé les résultats chez les patients ayant présenté une réponse inadéquate au traitement par RZB par voie sous-cutanée (SC) ou placebo SC et qui ont nécessité l'administration de RZB en traitement de secours pendant la phase d'entretien.

Patients et Méthodes : Dans FORTIFY, une étude d'entretien de phase III, en double aveugle, NCT03105102), les patients ayant répondu à 12 semaines de traitement d'induction par RZB par voie IV recevaient 180 mg de RZB par voie SC, 360 mg de RZB par voie SC ou un PBO (c-à-d., arrêt de traitement) toutes les 8 semaines pendant 52 semaines. À partir de la semaine 16, les patients présentant une réponse inadéquate, définie par une fréquence quotidienne moyenne des selles [FS] ≥ 3,3 et/ou un score quotidien moyen de douleurs abdominales [DA] ≥ 1,5 ainsi qu'un taux de protéine C-réactive haute sensibilité ≥ 5 mg/L et/ou de calprotectine fécale ≥ 250 µg/g ; ou un score SES-CD (Simple Endoscopic Score for CD) ≥ 6 (≥ 4 en cas d'iléite isolée), excluant la composante de sténose telle que notée par l'investigateur du centre, étaient éligibles au traitement de secours en ouvert (1 dose de 1200 mg de RZB par voie intraveineuse [IV], puis 360 mg de RZB par voie SC toutes les 8 semaines). Jusqu'à 2 traitements de secours, espacées d'au moins 16 semaines, étaient autorisées. L'efficacité était évaluée à la semaine 52 sur la population en intention de traiter, en utilisant l'imputation des non-répondeurs pour les données manquantes. Les patients étaient également considérés comme non-répondeurs lorsque la dose équivalente maximale de corticoïdes dépassait la dose administrée à l'inclusion ou si les patients initiaient un nouveau corticoïde. La tolérance a été évaluée tout au long de l'étude.

Résultats : Au cours de l'étude d'entretien, le traitement de secours par RZB a été administré à une proportion plus importante de patients du bras « arrêt de traitement » (PBO, SC) (40,2 % [66/164]) rapport aux bras RZB 180 mg SC (24,2 % [38/157]) et RZB 360 mg SC (21,3 % [30/141] ; Figure A) ; la plupart des patients (71,1 %–81,8 %) ont eu besoin de l'instauration d'un traitement de secours, et 16,7 %–26,3 % ont eu besoin de 2 schémas de secours. La durée médiane pour la première instauration du traitement de secours par RZB était de 178 jours pour le groupe « arrêt de traitement » (PBO, SC), 179 jours pour le groupe RZB 180 mg SC et 154 jours pour le groupe RZB 360 mg SC. À la semaine 52, 52,5 %–75,0 % des patients ayant reçu le RZB en traitement de secours ont obtenu une réponse clinique FS/DA (Figure B) et 20,0 %–36,4 % des patients ayant reçu le traitement de secours ont obtenu une rémission clinique (selon les critères CDAI ou FS/DA) et/ou une réponse endoscopique (Figures C-E). Le profil de tolérance du RZB dans le traitement de la MC a été décrit auparavant.1,2

Figure. Proportion de patients ayant reçu le traitement de secours par RZB et obtention des critères d'efficacité par les patients ayant reçu ce traitement de secours avant les évaluations de la semaine 52 (population ITT1A, NRI-NC)



La réponse clinique selon le critère composite FS/DA était définie par une diminution ≥ 35 % de la FS quotidienne moyenne et/ou une diminution ≥ 30 % du score quotidien moyen de DA, sans aggravation de ces deux paramètres par rapport à l'inclusion dans l'étude d'induction. La rémission clinique selon le critère composite FS/DA était définie par une FS quotidienne moyenne ≤ 2,8 sans aggravation par rapport à l'inclusion et un score quotidien moyen de DA ≤ 1 sans aggravation par rapport à l'inclusion. La rémission clinique selon le critère CDAI était définie par un CDAI < 150. La réponse endoscopique était définie par une diminution du SES-CD ≥ 50 % par rapport à l'inclusion dans l'étude d'induction (diminution ≥ 2 points par rapport à l'inclusion dans l'étude d'induction en cas d'atteinte isolée et de SES-CD de 4 à l'inclusion dans l'étude d'induction). Population ITT1A : patients randomisés de la population ITT ayant reçu la RZB par voie IV pendant 1 seule période de 12 semaines dans l'étude d'induction et ≥ 1 dose du médicament à l'étude dans la sous-étude 1 avec SES-CD éligible de ≥ 5 ou 4 en cas d'atteinte isolée à l'inclusion dans l'étude d'induction. IC à 95 % du taux de réponse calculé par approximation normale de la distribution binomiale. DA, douleur abdominale ; CDAI, Crohn's Disease Activity Index (indice d'activité de la maladie de Crohn) ; ITT, intention-to-treat (intention de traiter) ; IV, (voie) intraveineuse ; NRI-NC, imputation en non-réponse sans traitement particulier des données manquantes en raison de la COVID-19 ; PBO, placebo ; RZB, risankizumab ; SES-CD, Simple Endoscopic Score for Crohn's Disease (score endoscopique simplifié pour la maladie de Crohn) ; SC, (voie) sous-cutanée ; FS, fréquence des selles.

Conclusion : Le traitement de secours par RZB (une dose de 1200 mg de RZB par voie IV, puis 360 mg de RZB par voie SC toutes les 8 semaines) pourrait s'avérer bénéfique pour les patients atteints d'une MC modérée à sévère active qui présentent une réponse inadéquate au traitement d'entretien par RZB ou qui ont interrompu ce traitement.

Remerciements, financements, autres : AbbVie, Inc. a participé à la conception de l'étude, aux travaux de recherche correspondants, au recueil, à l'analyse et à l'interprétation des données obtenues ainsi qu'à la rédaction, la révision et la validation de ce résumé en vue de sa soumission. Tous les auteurs ont eu accès aux données et ont participé à la rédaction, à la révision et à la validation du résumé. Les auteurs n'ont pas reçu d'honoraires ni de rétribution. AbbVie et les auteurs remercient les patients qui ont participé à l'étude et tous les investigateurs de l'étude pour leurs contributions. AbbVie a financé les travaux de recherche liés à cette étude et a contribué à la rédaction de ce résumé. L'accompagnement de la rédaction médicale, financé par AbbVie, a été assuré par Caroline W. Cazares, PhD, et Jay Parekh, PharmD, de JB Ashtin.

C.046

Efficacité et tolérance d'un traitement d'induction par risankizumab chez 100 patients atteints de la maladie de Crohn : étude de cohorte multicentrique

M. Fumery [1], A. Defrance [2], X. Roblin [3], R. Altwegg [4], B. Caron [5], X. Hébuterne [6], C. Stefanescu [7], A. Meyer [8], M. Nachury [9], D. Laharie [10], S. Nancey [11], C. Le Berre [12], M. Serrero [13], S. Geyl [14], C. Gilletta de Saint-Joseph [15], P. Ah-Soune [16], N. Duveau [9], M. Uzzan [17], V. Abitbol [2], A. Biron [18], M.L. Tran-Minh [2], T. Paupard [19], L. Vuitton [20], Y. Elgharabawy [2], L. Peyrin-Biroulet [21]

(1) Amiens ; (2) Paris ; (3) Saint-Etienne ; (4) Montpellier ; (5) Nancy ; (6) Nice ; (7) Neuilly-sur-Seine ; (8) Le Kremlin-Bicêtre ; (9) Lille ; (10) Bordeaux ; (11) Lyon ; (12) Nantes ; (13) Marseille ; (14) Limoges ; (15) Toulouse ; (16) Toulon ; (17) Clichy-la-Garenne ; (18) Bezannes ; (19) Dunkerque ; (20) Besançon ; (21) Vandœuvre-lès-Nancy.

Introduction : Les essais de phase III ont démontré l'efficacité du risankizumab au cours de la maladie de Crohn (MC) modérée à sévère, mais aucune donnée en vie réelle n'est actuellement disponible. Notre objectif était d'évaluer l'efficacité et la tolérance d'un traitement d'induction par risankizumab chez les patients atteints de MC dans large cohorte en vie réelle française.

Patients et Méthodes : De mai 2021 à mai 2022, tous les patients atteints de MC luminale traités par risankizumab dans 22 centres français ont été rétrospectivement inclus. Le critère de jugement principal était la rémission clinique sans corticoïde à la semaine 12 (indice d'Harvey-Bradshaw (HBI) < 5). Les critères d'évaluation secondaires comprenaient la réponse clinique (diminution ≥ 3 points du score HBI et/ou HBI < 5), la rémission biologique (CRP ≤ 5 mg/L), la nécessité d'une intervention chirurgicale liée à la MC et les événements indésirables.

Résultats : Parmi les 100 patients inclus, tous avaient été préalablement exposés aux anti-TNF, 94 au vedolizumab et 98 à l'ustekinumab. Tous les patients étaient exposés à au moins trois traitements biologiques et 61 avaient déjà eu une résection intestinale. Tous sauf trois (97 %) ont reçu 600 mg de risankizumab en intraveineux aux semaines 0-4-8. À la semaine 12, une réponse clinique était observée chez 78,5 % des patients, une rémission clinique chez 58 % et une rémission clinique sans corticoïde chez 45,8 %. Une absence/douleur abdominale légère avec une fréquence des selles normale (selon PRO2) était observée chez 50 % des patients à la semaine 12. La moitié (50%) des patients présentaient une rémission biologique. Six patients ont dû arrêter la risankizumab avant la semaine 12 en raison d'un manque d'efficacité. Une hospitalisation liée à la MC a été nécessaire chez six patients et trois ont dû être opérés. En analyse multivariée, seul un antécédent de perte de réponse à l'ustekinumab (*vs* échec primaire) (Odds Ratio (OR), 2.80 ; 95%CI, 1.07 – 7.82; p=0.041) était significativement associé à la rémission clinique à la semaine 12. Vingt événements indésirables ont été observés chez 20 patients, dont 7 étaient graves (6 aggravation de la MC et 1 hypertension sévère).

Conclusion : Dans une cohorte de patients atteints de MC luminale réfractaire aux traitements disponibles, un traitement d'induction par risankizumab était associé à une réponse clinique chez environ 3 patients sur 4 et une rémission clinique sans corticoïde chez environ la moitié d'entre eux.

C.047

Effet du traitement par upadacitinib (UPA) sur les manifestations extra-intestinales (MEI) de la rectocolite hémorragique (RCH) modérée à sévère : résultats du programme de phase III sur l'UPA

S. Nancey [1], J.F. Colombel [2], Q. Cao [3], S. Ghosh [4], W. Reinisch [5], W. Zhou [6], D. Ilo [6], L. Shu [6], X. Yao [6], D.T. Rubin [6]

(1) Lyon ; (2) New York, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (3) Hangzhou, CHINE ; (4) Birmingham, ANGLETERRE ; (5) Vienne, AUTRICHE ; (6) Chicago, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE.

Introduction : Les MEI sont fréquentes au cours de la RCH et sont associées à une dégradation de la qualité de vie des patients. Cette analyse visait à évaluer l'effet d'un traitement par l'UPA, un inhibiteur sélectif de la Janus kinase 1, sur les MEI observées chez les patients atteints de RCH modérée à sévère.

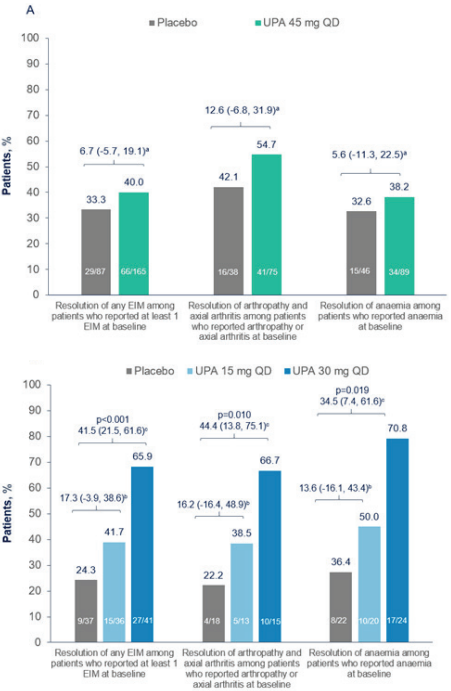
Patients et Méthodes : Les données étaient extraites de deux études d'induction (U-ACHIEVE Induction [NCT02819635] et U-ACCOMPLISH [NCT03653026]) et d'une étude d'entretien (U-ACHIEVE Maintenance). Les patients atteints de RCH modérée à sévère ont été randomisés selon un rapport 2:1 pour recevoir 8 semaines de traitement d'induction par 45 mg d'UPA une fois par jour (1x/j) ou un placebo. Les patients obtenant une réponse clinique à l'induction étaient à nouveau randomisés (1:1:1) pour recevoir un traitement d'entretien de 52 semaines par 15 mg d'UPA 1x/j, 30 mg d'UPA 1x/j ou le placebo. La présence de MEI (arthropathie périphérique (dont arthrite), arthropathie axiale (sacro-iliite ou spondylarthrite ankylosante), épisclérite, uvéite, iritis, érythème noueux, pyoderma gangrenosum, syndrome de Sweet, aphtoses buccales, cholangite sclérosante primitive, hépatite auto-immune, thromboembolie veineuse, broncho-pneumopathie chronique obstructive, bronchectasie, néphrolithiase et anémie) était enregistrée au début de l'induction (inclusion) puis à chaque visite jusqu'à la semaine 52. Les résultats des études d'induction ont été combinés pour l'analyse.

Tableau 1. MEI rapportées à l'inclusion[a]

	Études d'induction		Étude d'entretien		
	Placebo	UPA 45 mg	Placebo	UPA 15 mg	UPA 30 mg
	N = 328	N = 660	N = 149	N = 148	N = 154
Patients avec ≥ 1 MEI, n (%)	87 (26,5)	165 (25,0)	37 (24,8)	36 (24,3)	41 (26,6)
Patients avec ≥ 2 MEI, n (%)	14 (4,3)	29 (4,4)	8 (5,4)	3 (2,0)	6 (3,9)
Patients avec ≥ 3 MEI, n (%)	2 (0,6)	9 (1,4)	1 (0,7)	0	2 (1,3)
Anémie	46 (14,0)	89 (13,5)	22 (14,8)	20 (13,5)	24 (15,6)
Arthropathie périphérique	35 (10,7)	63 (9,5)	17 (11,4)	10 (6,8)	13 (8,4)
Arthropathie axiale[b]	7 (2,1)	25 (3,8)	4 (2,7)	4 (2,7)	4 (2,6)
Néphrolithiase	4 (1,2)	6 (0,9)	1 (0,7)	2 (1,4)	0
Aphtoses buccales	4 (1,2)	4 (0,6)	0	1 (0,7)	3 (1,9)
Cholangite sclérosante primitive	3 (0,9)	8 (1,2)	2 (1,3)	0	2 (1,3)
Broncho-pneumopathie chronique obstructive	2 (0,6)	0	0	0	0
Érythème noueux	1 (0,3)	2 (0,3)	0	0	1 (0,6)
Hépatite auto-immune	1 (0,3)	0	1 (0,7)	0	0
Épisclérite	0	1 (0,2)	0	0	0
Uvéite	0	1 (0,2)	0	0	0
Iritis	0	1 (0,2)	0	1 (0,7)	0
Pyoderma gangrenosum	0	2 (0,3)	0	0	1 (0,6)
Thromboembolie veineuse	0	2 (0,3)	0	1 (0,7)	1 (0,6)
Syndrome de Sweet	0	0	0	0	0
Bronchectasie	0	0	0	0	0

MEI, manifestation extra-intestinale ; UPA, upadacitinib
[a]Inclusion = dernière observation non manquante pendant ou avant la première administration dans les études d'induction [b]Sacro-iliite ou spondylarthrite ankylosante

Résultats : A l'inclusion, 25,0 % et 26,5 % des patients des groupes d'induction UPA 45 mg 1x/j et placebo présentaient ≥ 1 MEI, tandis que respectivement 24,3 %, 26,6 % et 24,8 % des patients randomisés pour recevoir le traitement d'entretien par UPA 15 mg 1x/j, UPA 30 mg 1x/j ou placebo présentaient ≥ 1 MEI (Tableau 1). Les MEI les plus fréquentes à l'inclusion étaient l'anémie et l'arthropathie (périphérique et axiale) ; toutes les autres MEI étaient décrites chez < 2 % des patients (Tableau 1). La proportion de patients rapportant la résolution de toute MEI, de l'arthropathie/arthrite et de l'anémie à la semaine 8 était numériquement plus élevée sous UPA 45 mg 1x/j par rapport au placebo dans les études d'induction (Figure 1A). À la semaine 52, la résolution de toute MEI chez les patients présentant ≥ 1 MEI à l'inclusion était significativement plus importante sous UPA 30 mg 1x/j (p< 0,001) et numériquement supérieure sous UPA 15 mg 1x/j, par rapport au placebo (Figure 1B). La proportion de patients atteints d'arthropathie périphérique ou d'arthrite axiale (sacro-iliite ou spondylarthrite ankylosante) à l'inclusion ayant obtenu une résolution de l'arthropathie/arthrite à la semaine 52 était significativement plus importante sous UPA 30 mg 1x/j (p = 0,010) et numériquement supérieure sous UPA 15 mg 1x/j par rapport au placebo (Figure 1B). Il en était de même pour la résolution de l'anémie chez les patients anémiés à l'inclusion (p = 0,019 pour l'UPA 30 mg 1x/j *versus* placebo ; Figure 1B).



Conclusion : Le traitement par UPA est efficace pour la résolution des MEI chez les patients atteints de RCH. La résolution des symptômes de MEI était améliorée après l'induction par UPA 45 mg et l'entretien par UPA 15 mg ou 30 mg par rapport au placebo, cette différence étant statistiquement significative à la dose de 30 mg d'UPA par rapport au placebo.

Remerciements, financements, autres : AbbVie a financé cette étude et participé à l'élaboration du design de l'étude, à la recherche, à l'analyse, au recueil et à l'interprétation des données, à la révision et à la validation de la publication. Tous les auteurs ont eu accès aux données pertinentes et ont participé à la rédaction, la révision et la validation de cette publication. Les auteurs n'ont pas reçu d'honoraires ni de rétribution. La rédaction médicale a été assurée par Ditte Hobbs-Grimmer, PhD, de 2 the Nth (Cheshire, Royaume-Uni) et a été financée par AbbVie.

C.048

Efficacité du mirikizumab sur la résolution de l'inflammation histologique active de la rectocolite hémorragique dans les essais d'induction LUCENT-1 et d'entretien LUCENT-2

L. Peyrin-Biroulet [(1)], F. Magro [(2)], R.K. Pai [(3)], T. Kobayashi [(4)], V. Jairath [(5)], F. Rieder [(6)], I. Redondo [(7)], T. Lissoos [(8)], N. Morris [(8)], M. Shan [(8)]

(1) Vandœuvre-lès-Nancy ; (2) Porto, PORTUGAL ; (3) Scottsdale, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (4) Tokyo, JAPON ; (5) London, CANADA ; (6) Cleveland, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (7) Lisbonne, PORTUGAL ; (8) Indianapolis, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE.

Introduction : Le mirikizumab (miri) est un anticorps monoclonal qui se lie à la sous-unité p19 de l'interleukine-23 (IL-23), une cytokine qui est impliquée dans l'inflammation de la muqueuse dans la rectocolite hémorragique (RCH). L'absence de neutrophiles intra-épithéliaux a été recommandée comme condition minimale pour définir la rémission histologique. Dans ce document, nous avons évalué les paramètres histologiques et les critères histo-endoscopiques combinés chez des patients atteints de RCH active modérée à sévère, qui ont reçu un traitement par miri jusqu'à la semaine (S) 52.

Patients et Méthodes : L'essai LUCENT-1 (NCT03518086) est une étude de phase 3, multicentrique, randomisée, en double aveugle, en parallèle, contrôlée *versus* placebo (PBO), conçue pour évaluer la tolérance et l'efficacité de miri par rapport au PBO sur une période d'induction de 12 semaines. La population de l'étude comprenait des patients atteints de RCH active modérée à sévère (n=1162) qui avaient une réponse inadéquate, une perte de réponse ou qui étaient intolérants aux traitements conventionnels, biologiques ou au tofacitinib pour la RCH. Les patients ont été randomisés 3:1 pour recevoir une administration intraveineuse (IV) de 300 mg de miri (n=868) ou de PBO (n=294) toutes les 4 semaines (T4S). Les patients ayant démontré une réponse clinique au traitement par miri à S12 (n=544) ont été randomisés 2:1 dans une période d'entretien en double aveugle (essai LUCENT-2 (NCT03524092)), au cours de laquelle ils ont reçu 200 mg de miri par voie sous-cutanée (SC) (n=365) ou du PBO (n=179) T4S jusqu'à S40 (52S de traitement continu). Les proportions de patients présentant une amélioration histologique (AH) (Geboes ≤ 3,1), une rémission histologique (RH) (Geboes ≤2B.0), une amélioration histo-endoscopique de la muqueuse (HEMA) (Mayo Endoscopique Souscore (ES)=0 ou 1 (à l'exclusion de la friabilité) + Geboes ≤ 3,1) et une rémission histo-endoscopique de la muqueuse (HEMR) (ES = 0 ou 1 (à l'exclusion de la friabilité) + Geboes ≤2B.0) ont été évaluées afin d'évaluer l'efficacité du traitement par miri par rapport au PBO à S12 et S40.

Résultats : A S12 et S40, de plus grandes proportions de patients traités avec miri ont atteint une AH, RH, HEMA, et HEMR par rapport au PBO (tous p<0,001). A S40, une proportion significativement plus élevée de patients continuant le traitement avec miri a atteint la résolution de l'inflammation histologique active avec absence de neutrophiles dans la muqueuse, comme évalué par la RH et la HEMR (Tableau 1). L'efficacité a été démontrée de manière pertinente chez les patients, indépendamment de l'exposition/échec antérieur à un produit biologique ou au tofacitinib.

Tableau 1. Évaluation des résultats histologiques et histo-endoscopiques dans les essais LUCENT

LUCENT-1 ESSAI D'INDUCTION, S12				
Résultats	**PBO IV T4S N=294** n (%)	**300 miri IV T4S N=868** n (%)	**Différence entre les traitements[4]** % (95% CI)	**p-value vs PBO**
Amélioration histologique	61 (20.7)	340 (39.2)	18.5 (12.9, 24.0)	<0.001
Rémission histologique	46 (15.6)	254 (29.3)	13.7 (8.6, 18.7)	<0.001
HEMA	41 (13.9)	235 (27.1)	13.4 (8.6, 18.3)	<0.001
HEMR	33 (11.2)	193 (22.2)	11.3 (6.7, 15.8)	<0.001
LUCENT-2 ESSAI D'ENTRETIEN, S40 (52S de traitement continu)				
Résultats	**Répondeur Miri PBO SC N=179** n (%)	**Répondeur Miri 200 miri SC N=365** n (%)	**Différence entre les traitements[4]** % (95% CI)	**p-value vs PBO**
Amélioration histologique	46 (25.7)	200 (54.8)	28.0 (19.9, 36.1)	<0.001
Rémission histologique	44 (24.6)	177 (48.5)	22.5 (14.5, 30.5)	<0.001
HEMA	40 (22.3)	174 (47.7)	23.9 (16.1, 31.7)	<0.001
HEMR	39 (21.8)	158 (43.3)	19.9 (12.1, 27.6)	<0.001

[4] Différence entre les traitements : La différence de risque usuelle est la différence entre les proportions ajustées pour les facteurs de stratification : échec préalable d'un traitement biologique ou au tofacitinib (oui/non), utilisation de corticostéroïdes à l'inclusion (oui/non), activité de la maladie à l'inclusion (MMS : [4-6] ou [7-9]), et région (Amérique du Nord/Europe/Autre), où les intervalles de confiance sont calculés selon la méthode de Mantel-Haenszel-Sato.
Abréviations : PBO= placebo ; miri= mirikizumab ; T4S= toutes les 4 semaine ; CI= intervalle de confiance ; N = nombre de patients dans la population analysée ; n= nombre de patients dans la catégorie spécifiée ; SC= sous-cutané ; HEMA= amélioration muqueuse histo-endoscopique ; HEMR= rémission muqueuse histo-endoscopique

Conclusion : Les patients ont obtenu une résolution de l'inflammation colique active avec absence de neutrophiles dans la muqueuse à l'induction et cette résolution a été maintenue ou augmentée avec la poursuite du traitement par miri. L'intégration des résultats histologiques et histo-endoscopiques comme cible potentielle de traitement pourrait améliorer les stratégies de traitement actuelles dans la RCH.

C.049

Comparaison d'efficacité entre le tofacitinib et l'ustékinumab chez les patients atteints de rectocolite hémorragique exposés préalablement à au moins un anti-TNF : résultats de l'étude multicentrique TORUS

A. Buisson [1], M. Serrero [2], R. Altwegg [3], T. Guilmoteau [1], G. Bouguen [4], M. Nachury [5], A. Amiot [6], L. Vuitton [7], X. Treton [8], L. Caillo [9], B. Pereira [1], M. Fumery [10]

(1) Clermont-Ferrand ; (2) Marseille ; (3) Montpellier ; (4) Rennes ; (5) Lille ; (6) Le Kremlin-Bicêtre ; (7) Besançon ; (8) Neuilly-sur-Seine ; (9) Nîmes ; (10) Amiens.

Introduction : Dans la rectocolite hémorragique (RCH), plusieurs options sont maintenant disponibles en France après échec d'un anti-TNF. Parmi elles, le tofacitinib et l'ustekinumab ont démontré leur efficacité, mais aucun essai n'a comparé ces deux traitements en échec d'anti-TNF.
L'objectif de l'étude était de comparer l'efficacité du tofacitinib et de l'ustekinumab chez les patients atteints de RCH exposés préalablement à au moins un anti-TNF.

Patients et Méthodes : Il s'agissait d'une étude multicentrique rétrospective ayant inclus consécutivement tous les patients atteints de RCH ≥18 ans, avec une maladie symptomatique (score Mayo partiel > 2) ayant démarré du tofacitinib ou de l'ustekinumab entre le 1er janvier 2019 et le 1er juin 2022 après avoir été exposé à au moins un anti-TNF.
Le tofacitinib était prescrit à 10 mg matin et soir pendant 8 semaines avec relai à 5 mg matin et soir à S8. La poursuite de la dose 10 mg x2 par jour était laissée à la discrétion du clinicien. L'ustekinumab était débuté par une perfusion intraveineuse puis des injections SC de 90 mg toutes les 8 semaines avec possibilité d'intensification à 90 mg/4 semaines à partir de S4 laissée à la discrétion du clinicien.
Le critère de jugement principal était la rémission clinique (score Mayo partiel ≤ 2) sans corticoïde (CFREM) à la semaine 16 (S16). Les critères secondaires étaient la rémission clinico-endoscopique (CFREM + score Mayo endoscopique ≤ 1 ou calprotectine fécale < 150 µg/g), et la rémission profonde (rémission clinico-endoscopique et histologique (indice de Nancy ≤ 1)).
Les comparaisons ont été réalisées à l'aide de score de propension ajustées sur le sexe, l'âge, la durée d'évolution de la maladie, l'extension, le nombre de classes de biothérapies antérieures, le nombre d'échec primaire aux biothérapies, la co-prescription de 5-ASA, de corticoïdes ou d'immunosuppresseurs, et la sévérité clinique (évaluée par le clinicien, Mayo partiel > 6, nombre de selles ≥ 10) ou biologique (CRP > 30).

Résultats : Au total, 289 patients ont été inclus, dont 124 dans le bras tofacitinib et 165 dans le bras ustekinumab. La population des 2 groupes était comparable (tofacitinib *vs* vedolizumab) en termes de genre masculin (50,8 % *vs* 43,3 %), d'âge moyen (40,7 *vs* 42,9 ans), de durée médiane d'évolution de la RCH (8,6 *vs* 9,3 ans), de co-prescription de 5-ASA (13,7 % *vs* 9,7 %), de corticoïdes (25,0 % *vs* 29,7 %), d'immunosuppresseurs associés (7,3 % *vs* 5,5 %), et de proportion de patients ayant reçu au moins 2 biothérapies (85,5 % *vs* 82,4 %). En revanche, les patients sous tofacitinib avaient plus de pancolites (55,6 % *vs* 42,4 %, p = 0,026) et plus de RCH avec Mayo partiel > 6 (64,5 % *vs* 50,3 %, p = 0,016). Dans notre étude, 42,1 % des patients sous tofacitinib ont poursuivi à 10 mgx2/j jusqu'à S16. L'ustekinumab a été intensifié à 90 mg/4semaines dès S4 et avant S16 dans 13,9 % et 47,3 % des cas, respectivement.
Après propension, le taux de CFREM à S16 était de 37,8 % dans le bras tofacitinib contre 35,6 % dans le bras ustekinumab (p = 0,75). Le taux de CFREM à S16 était de 43,3 % *vs* 57,1 % (p = 0,48) après échec d'une seule biothérapie, 20,7 % *vs* 37,9 % (p = 0,16) après échec de 2 biothérapies et de 46,7 % *vs* 23,2 % (p=0,047) après échec d'au moins 3 biothérapies, dans les bras tofacitinib et ustekinumab, respectivement. Après échec primaire à au moins une biothérapie, les taux de CFREM à S16 étaient de 46,3 % sous tofacitinib *vs* 25,9 % sous ustekinumab (p = 0,13). Les taux de CFREM à S16 étaient comparables sous tofacitinib et ustekinumab dans les formes plus sévères : score Mayo partiel ≥ 6 (40,6 % *vs* 41,5 %) et CRP > 30 (27,2% *vs* 33,0 %).
Aucun facteur prédictif d'efficacité du tofacitinib n'a été identifié. Les facteurs associés à l'absence de CFREM à S16 sous ustekinumab étaient : genre masculin (p=0,035), échec ≥ 3 biothérapies (p=0,013), traitement préalable par tofacitinib (p=0,03), échec primaire à au moins une biothérapie (p=0,013).
Le taux de rémission clinico-endoscopique était de 17,0 % *vs* contre 11,7 % (p = 0,47) alors que le taux de rémission clinico-endoscopique et histologique était de 4,4 % *vs* 7,8 % sous tofacitinib et ustekinumab, respectivement (p=0,32).

Conclusion : Le tofacitinib et l'ustekinumab semblent avoir une efficacité comparable dans la RCH après échec d'anti-TNF. Toutefois, l'efficacité de l'ustekinumab semble plus impactée par les échecs thérapeutiques antérieurs.

C.050

Efficacité de l'ustékinumab et du tofacitinib en troisième ligne de traitement dans la rectocolite hémorragique réfractaire : analyse avec score de propension d'une cohorte rétrospective multicentrique

C. Meunier [1], A.L. Charlois [1], A. Buisson [2], X. Roblin [3], N. Mathieu [4], P. Danion [1], C. Gay [1], S. Nancey [1], G. Boschetti [1]

(1) Lyon ; (2) Clermont-Ferrand ; (3) Saint-Etienne ; (4) Grenoble.

Introduction : La rectocolite hémorragique (RCH) est une maladie inflammatoire chronique intestinale qui évolue par poussées d'étendue et de sévérité variables. Chez les patients qui ne répondent pas aux traitements conventionnels, les biothérapies par anti-TNF et par anti-intégrine (vedolizumab) sont les traitements de choix en première ligne en cas de maladie modérée à sévère. Toutefois, une part significative de ces patients ne répond pas ou échappe secondairement à ces traitements. La mise à disposition récente de l'ustekinumab (anti-IL12/32) et du tofacitinib (anti-JAK) chez ces patients réfractaires constitue une alternative à la chirurgie. Il existe aujourd'hui très peu de données objectives permettant de guider le choix des cliniciens vers l'une ou l'autre de ces molécules après échec des anti-TNF et anti-intégrine. Dans ce travail, nous avons comparé en conditions de vraie vie, au moyen d'un score de propension, l'efficacité de ces deux molécules sur l'obtention d'une rémission clinique chez les patients porteurs d'une RCH réfractaire en échec de deux lignes de traitement par anti-TNF et vedolizumab.

Patients et Méthodes : Nous avons constitué une cohorte multicentrique de patients traités par ustekinumab ou tofacitinib, après échec d'au moins un anti-TNF et du vedolizumab. Les données démographiques, cliniques, biologiques et endoscopiques d'inclusion et de suivi ont été rétrospectivement recueillies dans une base de données.

Résultats : 93 patients ont été inclus dans les 4 CHU de la région Auvergne-Rhône-Alpes : 41 ont reçu de l'ustekinumab, 52 ont reçu du tofacitinib. Les deux groupes étaient très comparables, notamment en termes de sévérité de la maladie, avec une durée d'évolution de la RCH de 8 ans en moyenne, une majorité de formes pancoliques, et 41% de patients corticodépendants. La persistance sous traitement était en moyenne de 11,5 mois sous ustekinumab et de 10,7 mois sous tofacitinib. Les deux traitements étaient comparables en termes d'obtention d'une rémission clinique avant ajustement statistique, avec des taux de rémission à la douzième semaine de 28,2% sous ustekinumab et de 35,6% sous tofacitinib, et à la semaine 54 de 19% et 30%, respectivement. Les taux d'échec étaient de 69,2% sous ustekinumab et 64,7% sous tofacitinib, avec une non-réponse primaire chez 30,8% et 33,3% des patients, respectivement. Il n'existait pas de différence significative entre les deux groupes de traitement en termes de recours à la colectomie (12,2% sous ustekinumab et 3,8% sous tofacitinib). En analyse univariée, l'âge supérieur à 60 ans était associé au traitement par ustekinumab avec un odd ratio (OR) à 7,7 (IC95 [1,5 - 39]) ; et l'antécédent de non-réponse primaire à la première ligne de traitement par biothérapie était associée au traitement par tofacitinib, avec un OR à 3,47 (IC95 [1,37 - 8,78]). Ces variables ont donc été intégrées au score de propension. Après ajustement, aucun traitement n'était supérieur à l'autre pour induire et maintenir la rémission clinique. En termes de sécurité, il n'a pas été rapporté dans ce travail d'effet secondaire inattendu.

Conclusion : Cette étude multicentrique en vie réelle confirme, dans une cohorte très homogène de patients, que l'ustekinumab et le tofacitinib constituent deux alternatives valides en 3e ligne de biothérapie dans la RCH réfractaire. Il n'a pas été possible, malgré l'utilisation d'un score de propension, d'établir une différence en termes de rémission clinique entre ces deux molécules. Une tendance à la supériorité du tofacitinib sur l'ustekinumab a été observée, notamment en termes de taux de colectomie, bien que notre étude n'ait pas eu la puissance statistique nécessaire pour atteindre la significativité. Les taux d'efficacité rapportés en induction pour ces deux traitements restent importants chez des patients lourdement pré- traités. Les taux de colectomie restaient faibles, suggérant qu'une 3e ligne de biothérapie constitue une alternative acceptable à la chirurgie.

C.051

Persistance, efficacité et tolérance de l'infliximab sous-cutané après switch depuis la voie intraveineuse chez des patients atteints de MICI en rémission : résultats à 6 mois de la cohorte française PEREM

N. Mathieu [1], P. Rivière [2], F. Heluwaert [3], X. Hébuterne [4], A. Chupin [5], G. Bouguen [6], L. Vuitton [7], M. Allez [5], C. Montuclard [8], M. Nachury [9], S. Nancey [10], A. Biron [11], C. Gilletta de Saint-Joseph [12], V. Abitbol [5], R. Altwegg [13], A. de Maissin [14], L. Plastaras [15], A. Bourreille [14], Y. Bouhnik [16], P. Seksik [5], E. Chanteloup [5], M. Simon [5], M. Uzzan [17], P. Andrau [18], C. Rouillon [19], Y. Arondel [20], L. Peyrin-Biroulet [21], D. Laharie [2]

(1) Grenoble ; (2) Bordeaux ; (3) Annecy ; (4) Nice ; (5) Paris ; (6) Rennes ; (7) Besançon ; (8) Valence ; (9) Lille ; (10) Lyon ; (11) Bezannes ; (12) Toulouse ; (13) Montpellier ; (14) Nantes ; (15) Colmar ; (16) Neuilly-sur-Seine ; (17) Clichy-la-Garenne ; (18) Tarbes ; (19) Caen ; (20) Haguenau ; (21) Vandœuvre-lès-Nancy.

Introduction : L'infliximab sous-cutané (IFX-SC) a été commercialisé en France pour le traitement des patients atteints de maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI) en 2021. Des données de vie réelle et de pharmacocinétique (PK) après le switch depuis l'infliximab intraveineux (IFX-IV) vers l'IFX-SC apparaissent indispensables. L'étude PEREM est une cohorte prospective multicentrique française visant à décrire la persistance de l'IFX-SC à la suite du switch de IFX-IV.

Patients et Méthodes : Dans cette étude, les patients atteints de MICI en rémission clinique sans stéroïdes (indice de Harvey Bradshaw (HBI) ≤ 4 pour la maladie de Crohn (CD) et score partiel de Mayo (PMS) ≤ 2 avec chaque sous-score ≤ 1) pour la RCH, depuis au moins 6 mois sous un traitement par IFX-IV, se sont vu proposer de passer à l'IFX-SC dans le cadre de soins de routine. Quarante centres ont participé entre le 18/10/2021 et le 04/05/2022; les inclusions étaient limitées à 25 malades par centre et les patients étaient suivis prospectivement.
Une évaluation clinique (HBI, PMS), biologique (CRP et calprotectine fécale - CF), PK et des anticorps anti IFX (ATI) étaient réalisés 3, 6, 12 et 24 mois après le switch qui correspondait à la date d'inclusion. En cas de rechute, une intensification de IFX-SC ou un changement de biothérapie, étaient proposés, selon l'appréciation de l'investigateur. La date d'arrêt du traitement était définie telle que celle de la dernière injection d'IFX-SC et les raisons de l'arrêt du traitement était documentées. Le critère d'évaluation principal était la persistance de l'IFX-SC à 12 mois. Comme tous les patients n'ont pas atteint ce critère principal au moment de la rédaction de ce résumé, nous présentons ici les résultats à 6 mois (M6). Les comparaisons statistiques ont utilisé le test de Fisher. La survie sans arrêt du traitement a été analysée par courbe de Kaplan-Meier.

Résultats : Au total, 444 patients atteints de MICI (44 % de femmes, âge médian : 37 ans [Min, Max :18-88], 72 % de Crohn) ont été inclus. A l'inclusion, 71 % des malades recevaient de l'IFX-IV à la dose de 5 mg/kg tous les 8 semaines et 84 % étaient traités en monothérapie.
Après exclusion de 27 patients ne remplissant pas les critères de sélection, 417 ont été analysés. Cinq malades ont retiré leur consentement avant la visite à M6 et 25/324 (7,7%) ont interrompu l'IFX-SC avant M6 (sept pour rechute, douze pour intolérance, deux pour grossesse, quatre pour raison inconnue) dont un (0.3%) a repris l'IFX-IV. L'IFX-SC a été optimisé chez huit patients (2.6%) (deux pour perte de réponse et six par choix de l'investigateur). La survie sans interruption de l'IFX-SC à six mois était de 92,6 % (IC 95% 89,3-95,1).
Parmi les 324 malades évalués à M6, la valeur médiane des scores cliniques ne variait pas entre l'inclusion et M6 : HBI de 0 (IQR : 0- 1) à 0 (IQR : 0-1), PMS de 0 (IQR : 0-0) à 0 (IQR : 0-0), respectivement. Les taux médians de CF étaient de 52 µg/g (IQR : 19-142) à l'inclusion et de 37 µg/g (IQR : 14-129) à M6, de CRP de 1 mg/L (IQR : 1-4) puis de 1 mg/L (IQR 0-4) à 6 mois. A l'inclusion, l'infliximabémie médiane étaient

de 6,6 µg/mL (min, max : 0-29) et de 20 µg/mL (min, max : 0.3- 79.2) à M6.
Le profil de sécurité a été évalué sur la totalité de la cohorte, parmi les 444 malades inclus, 257 effets indésirables minimes à modérés ont été relevés chez 167 (37%) patients, cinq (2 %) des effets indésirables étaient sévères. Dix hospitalisations et une grossesse ont été rapportées dont deux chirurgies : une résection iléo-caecale et un drainage d'abcès-sétons.

Conclusion : Dans une cohorte multicentrique nationale en vie réelle, la persistance d'IFX-SC depuis l'IFX-IV était de 92.6 % dans une population de MICI en rémission. Aucune modification significative clinique ou biologique n'était observée 6 mois après le switch. Ces premiers résultats à 6 mois de la cohorte PEREM confirment la bonne efficacité et la bonne tolérance de l'IFX-SC après switch.
IQR, L'écart interquartile ; Min, minimum ; Max, Maximum.

Remerciements, financements, autres :
-Remerciements aux autres investigateurs de la cohorte PEREM: Mehdi Kassis, Ludovic Caillo, Naceur Abdelli, Mélanie Serrero, Oussama Daboussi, Thierry Paupard, Xavier Roblin, Alban Benezech, Anne-Laure Pelletier, Floriane Huet Penz, Mathias Vidon, Nadia Fathallah, Alain Attar.
Financements: Laboratoires Celltrion

C.052

Trifluridine/tipiracil en association au bévacizumab en 3ème ligne de traitement dans le cancer colorectal métastatique réfractaire : l'étude de phase 3 randomisée SUNLIGHT

J. Taïeb [1], G. Prager [2], M. Fakih [3], F. Ciardiello [4], E. Van Cutsem [5], E. Elez [6], F. Cruz [7], L. Wyrwicz [8], D. Stroyakovskiy [9], Z. Pápai [10], P.G. Poureau [11], G. Liposits [12], C. Cremolini [13], I. Bondarenko [14], D.P. Modest [15], K. Benhadji [1], R. Fougeray [1], C. Leger [16], N. Amellal [1], J. Tabernero [6]

(1) Paris ; (2) Vienne, AUTRICHE ; (3) Duarte, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (4) Naples, ITALIE ; (5) Louvain, BELGIQUE ; (6) Barcelone, ESPAGNE ; (7) São Paulo, BRÉSIL ; (8) Varsovie, POLOGNE ; (9) Moscou, RUSSIE ; (10) Budapest, HONGRIE ; (11) Brest ; (12) Odense, DANEMARK ; (13) Pise, ITALIE ; (14) Dnipro, UKRAINE ; (15) Berlin, ALLEMAGNE ; (16) Suresnes.

Introduction : Tifluridine/tipiracil (FTD/TPI) en association avec le bevacizumab (Bev) a montré une efficacité prometteuse dans une étude randomisée de phase 2 chez des patients (pts) atteints d'un cancer colorectal métastatique (CCRm) et lourdement prétraités. L'étude SUNLIGHT a été menée pour confirmer ces résultats.

Patients et Méthodes : L'étude globale de phase 3 SUNLIGHT a recruté des pts âgés de ≥18 ans présentant un CCRm confirmé par histologie, un statut ECOG PS 0/1, et ayant reçu 1 à 2 traitements de chimiothérapie antérieurs pour un cancer de stade avancé, comprenant des fluoropyrimidines, de l'irinotécan, de l'oxaliplatine du bevacizumab (sauf si contre-indiqué) et/ou un anticorps monoclonal anti-EGFR pour les tumeurs RAS non mutées. Les pts ont été randomisés (1:1) pour recevoir du FTD/TPI (35 mg/m2 deux fois par jour aux jours 1-5 et 8-12 de chaque cycle de 28 jours) seul ou associé au Bev (5 mg/kg les jours 1 et 15). Le critère d'évaluation principal était la survie globale (SG).
EudraCT Number 2020-001976-14
ClinicalTrials.gov NCT04737187

Résultats : Entre novembre 2020 et février 2022, 492 pts ont été randomisés afin de recevoir FTD/TPI + Bev (n=246) ou FTD/TPI (n=246). Les caractéristiques initiales étaient équilibrées entre les deux groupes. FTD/TPI + Bev a prolongé de manière significative la SG par rapport au FTD/TPI, la médiane de SG était respectivement de 10,8 mois et de 7,5 mois (HR: 0,61 ; IC à 95%: 0,49, 0,77 ; P<0,001). Les taux de SG à 12 mois étaient de 43 % dans le groupe FTD/TPI + Bev et de 30 % dans le groupe FTD/TPI. La médiane de survie sans progression était de 5,6 mois dans le groupe FTD/TPI + Bev et de 2,4 mois dans le groupe FTD/TPI (HR: 0,44 ; IC 95 %: 0,36,0,54 ; P<0,001). Les événements indésirables de grade ≥3 n'ont pas été significativement augmentés dans le groupe FTD/TPI + Bev par rapport au groupe FDT/TPI (72,4% *vs* 69,5%). Aucun nouveau signal de toxicité n'a été observé.

Conclusion : L'étude SUNLIGHT montre que l'ajout du BEv au FTD/TPI est associée à une amélioration statistiquement et cliniquement significative de la SG de 3,3 mois, prolongeant la médiane de SG à 10,8 mois chez des pts atteints d'un CCRm lourdement pré-traités, avec un profil de tolérance attendu et acceptable.

Remerciements, financements, autres :
Institut de Recherches Internationales Servier and TAIHO Oncology, Inc

C.053

Efficacité de la chimiothérapie adjuvante à base d'oxaliplatine chez les patients âgés atteints d'un cancer du côlon de stade III : une analyse poolée de 12 essais ACCENT/IDEA

C. Gallois [1], Q. Shi [2], A. de Gramont [3], T. André [1], J. Taïeb [1], D. Papamichael [4]

(1) Paris ; (2) Rochester, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (3) Levallois-Perret ; (4) Nicosie, CHYPRE.

Introduction : Certaines études suggèrent que les patients âgés tirent un bénéfice limité de l'ajout de l'oxaliplatine aux fluoropyrimidines pour la chimiothérapie adjuvante d'un cancer du côlon (CC) de stade III.

Patients et Méthodes : Nous avons étudié l'impact pronostique de l'âge et les profils d'adhésion au traitement/de toxicité en fonction de l'âge chez des patients atteints d'un CC de stade III issus de 12 essais thérapeutiques à partir des bases de données ACCENT et IDEA, et ayant reçu 3 ou 6 mois de FOLFOX/CAPOX adjuvant. Les associations entre l'âge et le temps à récidive (TAR), la survie sans maladie (SSM), la survie globale (SG), la survie après récidive (SAR) et la survie spécifique au cancer (SSC) ont été évaluées par un modèle de Cox ajusté sur le sexe, le performance status (PS), les stades T et N et la période d'inclusion.

Résultats : 17 608 patients ont été inclus. 24 % des patients étaient âgée de plus de 70 ans (N=4 278). Les patients de plus de 70 ans étaient plus souvent inclus dans les essais récents (29 % au cours de la période 2010-2015 contre 17 % pour la période 1998-2003, p<0,0001), présentaient des taux plus élevés d'arrêt précoce du traitement (21.9% *vs* 15.2%, p <0.001), et une diminution de la dose-intensité de la chimiothérapie, surtout pour les protocoles de 6 mois. Les taux d'événements indésirables de grade ≥ 3 étaient similaires entre les 2 groupes, en dehors de la diarrhée et la neutropénie pour les patients traités par du CAPOX (14,2 % *vs* 11,3 %, p = 0,02 et 12,1% *vs* 9,6%, p=0,03, pour un âge ≥ et < 70 ans respectivement). Le TAR était similaire entre les 2 groupes d'âges pour les protocoles de 6 mois (HR 0,96, IC95% 0,88-1,05, p=0,43) et 3 mois (HR 0,88 IC95% 0,79 -1,00, p=0,04 avec un TAR à 3 ans de 76,2% et 77,7% pour les ≥70 ans et <70 ans respectivement). En revanche, la SSM, la SG, la SAR et le la SSC étaient significativement plus courtes chez les patients de plus de 70 ans bien que les différences absolues étaient faibles (Tableau 1). Chez les patients de plus de 70 ans issus des essais IDEA, la SSM n'était pas significativement différente entre 3 mois et 6 mois de chimiothérapie pour tous les sous-groupes de tumeurs à risque/protocoles de chimiothérapie, avec des HR allant de 1.09 à 1.15

Tableau 1.

		CAPOX/FOLFOX 6 mois		CAPOX/FOLFOX 3 mois	
		≥ 70 ans	<70 ans	≥ 70 ans	<70 ans
TAR	3 ans	77%	77%	76%	78%
	HR	1.0		1.1	
	p	0.4		0.04	
SSM	3 ans	75%	77%	76%	78%
	HR	1.2		1.3	
	p	<0.001		<0.001	
SG	5 ans	78%	83%	79%	85%
	HR	1.4		1.5	
	p	<0.001		<0.001	
SAR	médiane (ans)	1.7	2.4	2.0	2.8
	HR	1.4		1.3	
	p	<0.001		<0.001	
SSC	5 ans	14%	10%	15%	11%
	HR	1.2		1.2	
	p	0.02		0.04	

TAR :temps à récidive, SSM : survie sans maladie, SG : survie globale, SAR : survie après récidive, SSC : survie spécifique au cancer.

Conclusion : La chimiothérapie à base d'oxaliplatine est globalement bien tolérée chez les patients âgés de plus de 70 ans, avec en revanche une dose-intensité plus faible. Il n'a pas été observé de différence de temps à récidive selon l'âge. Cependant, les SSM/SG/SAR/SSC étaient significativement plus courtes chez les patients âgés de plus de 70 ans, probablement en partie dû au risque compétitif de décès d'autres causes et de l'intensité de traitement moins importante en cas de récidive. Chez les patients de plus de 70 ans, 3 mois de chimiothérapie semblent conduire à des résultats d'efficacité légèrement inférieurs pour tous les groupes de risque de tumeur/protocole par rapport à 6 mois de chimiothérapie, sans atteindre la significativité.

C.054

Avélumab *versus* thérapies standards de deuxième ligne dans le cancer colorectal métastatique avec instabilité des microsatellites : l'étude de phase II randomisée Samco-prodige 54

J. Taïeb [1], O. Bouché [2], T. André [1], E. Barbier [3], P. Laurent-Puig [1], J. Bez [3], C. Toullec [4], C. Borg [5], V. Randrian [6], L. Evesque [7], H. Perrier [8], B. Buecher [1], F. Di Fiore [9], C. Gallois [1], C. Lepage [3], F. El Hajbi [10], D. Tougeron [11]

(1) Paris ; (2) Reims ; (3) Dijon ; (4) Avignon ; (5) Besançon ; (6) Clermont-Ferrand ; (7) Nice ; (8) Marseille ; (9) Rouen ; (10) Lille ; (11) Poitiers.

Introduction : Les inhibiteurs du Checkpoint immunitaire ont échoué à traiter le cancer colo-rectal métastatique à l'exception des tumeurs MSI.
Chez ces patients seuls une étude randomisée en première ligne a montré l'avant supériorité de l'immunothérapie en comparaison à un traitement standard (chimio-biotherapie).
L'étude Samco-prodige 54 avait pour but chez les patients avec un cancer colo-rectal métastatique MSI d'évaluer l'efficacité et la sécurité d'emploi d'un anti PD-L1 en comparaison un standard thérapeutique de seconde ligne.

Patients et Méthodes : Dans cette étude nationale Multicentrique de phases II randomisée, les patients avec un cancer colo-rectal métastatique MSI qui avaient progressé sous une premiere ligne de traitement contenant de l'oxcaliplatine ou de l'irinotecan associé au 5FU ont été randomisés pour recevoir un traitement standard de deuxième ligne (FOLFOX ou FOLFIRI +/- biotherapie) ou de l'avelumab (10 mg /kg) toutes les deux semaines.
L'objectif principal était la survie sans progression selon les critères RECIST.
Les critères de jugement secondaire était la réponse objective, la survie globale, la qualité de vie et la tolérance aux traitements

Résultats : D'avril 2018 à avril 2020 dans 49 centres français 122 patients ont pu être inclus dans l'étude (61 dans le bras contrôle et 61 dans le bras avelumab).
Aucun signal inhabituel d'intolérance n'a été rencontré. Il n'y avait pas de différence entre les caractéristique des patients et tumorales entre les deux bras.
Après un suivi médian de 33,3 mois l'avelumab était supérieur à la chimiothérapie +- thérapie ciblée, en ce qui concerne la survie sans progression (P = 0,025). les taux de survie sans progression à 12 et 18 mois était respectivement de 31 et 27 % avec lavelumab et de 19 et 9% dans le bras contrôle. Les taux de réponse objective était similaire entre les deux bras de même que les taux de contrôle de la maladie. Chez les patients ayant un contrôle de la maladie 75 % des patients du bras avelumab comparé à 20 % des patients du bras contrôle avait toujours une maladie contrôlée 18 mois après le début du traitement de deuxième ligne. Le taux d'événements secondaires de grade 3 ou plus été moins fréquent dans le bras avelumab que dans le bras contrôle (31,7 % *versus* 53 %).

Conclusion : 'étude SAMCO-prodige 54 démontre en deuxième ligne de traitement que l'utilisation d'un anti-PDL1 améliore la mieux que la chimiothérapie chez les cancer colo-rectal métastatique MSI.

C.055

La préservation d'organe dans les cancers précoces du rectum : OPERA, résultats à 4 ans

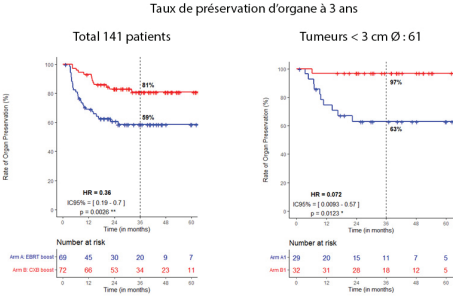
J.P. Gérard [1], N. Barbet [2], T. Pace-Loscos [1], S.M. Arthur [3]

(1) Nice ; (2) Lyon ; (3) Clatterbridge, ANGLETERRE.

Introduction : Le but de l'essai OPERA (NCT02505750) etait de tester l'hypothèse qu'un boost de radiothérapie de contact (RTC) comparé à un boost de radiothérapie externe (protocole Habr Gama) était en mesure d'augmenter le taux de préservation rectale (PR) dans les adénocarcinomes cT2-T3a/b du bas et moyen rectum.

Patients et Méthodes : Critères d'inclusion : Age > 18 ans, cT2-T3a/b < 5cm Ø, < 50% circonférence, N0-1 (N< 8mmØ), PS 0-1. Stratification T< 3cm Ø *vs* ≥3 cm, T2 *vs* T3, Bas *vs* Moyen rectum. Bilan initial : TR, coloscopie, IRM ± échographie endo-rectale, scanner TAP, biologie (ACE). Tous les malades recevaient une radiochimiothérapie CAP 45. Le boost était randomisé 1:1 entre RT externe 9 Gy/5 fr (bras A- contrôle) et RTC : 90 Gy/3 fr (Bras B). Si T < 3cm le boost RTC était délivré avant la RCT (B1). La réponse était évaluée à la semaine 14 après le début du traitement (TR, endoscopie, IRM). Une nouvelle évaluation était possible à la semaine 20 et 24. En cas de réponse complète (n-cCR) : surveillance, si réponse partielle : Proctectomie radicale. Fonction rectale évaluée par LARS score. Critère de jugement principal : Taux de PR à 3ans. Estimation statistique en 2014 : A : 20% *vs* B : 40% (HR :0.53).

Résultats : Entre 5-2015 et 6-2020, 141 patients inclus (France : 93, UK : 44, Suisse : 4). Les bras A et B étaient bien équilibrés avec : âge médian 69 ans, Homme : 87, bas rectum 106, T2/T3 : 91/50, cN0-N1 : 106/35. Observance thérapeutique satisfaisante dans ≥94% des cas. On observait 39 proctectomies radicales (A :26, B :13) et 27 exérèses locales. Suivi médian (Avril 2021) : 38 mois. Le taux de (n) cCR entre semaine 14 et 24 était respectivement de 59% (Bras A) *vs* 81% (Bras B) (p :0.0026). Le bénéfice était encore plus net pour les tumeurs < 3 cm (Fig 1). Il n'y avait pas de toxicité grade 4-5. Le taux de toxicité Grade 3 précoce était de 23% sans différence entre les deux bras. Une fonction rectale bonne (LARS < 30) était notée dans 81% des cas chez les patients avec rectum préservé identique entre A et B. Des épisodes de rectorragie de sang rouge (grade 1-2) étaient observés plus fréquemment dans le bras B et disparaissaient après 3 ans. Ces résultats seront mis à jour avec un recul de 4 ans lors du congrès et des données spécifiques seront apportées sur les résultats de l'IRM, le rôle de l'exérèse locale et l'immunoscore CD3/CD8.



Conclusion : L'essai OPERA est le premier a montré qu'une escalade de dose par RTC augmente les chances de préservation d'organe. Ce gain est le plus net si on commence par une RTC dans les tumeurs < 3 cm. La préservation d'organe apparait comme une option à discuter systématiquement en RCP pour ces cT2-T3 a/b précoces, bien sélectionnés. Une surveillance minutieuse et prolongée s'impose après traitement conservant le rectum.

Remerciements, financements, autres :
PHRC : K 2015-128

C.056

Modèles prédictifs de la récidive à partir de signatures transcriptomiques du micro-environnement tumoral et du cycle cellulaire de cancers du côlon de stade III issus des 2 essais PETACC-8 et IDEA France

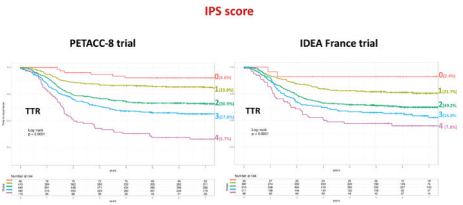
C. Gallois [1], M. Sroussi [1], S. Mouillet-Richard [1], N. Agueeff [1], T. André [1], D. Vernerey [2], L. Mineur [3], J. Bennouna [4], C. Mulot [1], L.M. Dourthe [5], T. Mazard [6], M. Jary [2], C. de la Fouchardière [7], C. Lecaille [8], W. Lahlou [9], J. Tabernero [10], J.L. Van Laethem [11], C. Lepage [12], J.F. Emile [13], J. Taïeb [1], A. de Reyniès [1], P. Laurent-Puig [1]

(1) Paris ; (2) Besançon ; (3) Avignon ; (4) Suresnes ; (5) Strasbourg ; (6) Montpellier ; (7) Lyon ; (8) Bordeaux ; (9) Tours ; (10) Barcelone, ESPAGNE ; (11) Bruxelles, BELGIQUE ; (12) Dijon ; (13) Boulogne-Billancourt.

Introduction : L'Immunoscore® a un impact pronostique important dans le cancer du côlon localisé (CC) en plus du stade T/N. L'Oncotype DX® Colon Cancer Recurrence Score (RS)1 est une signature supervisée prédictive de la récidive dans le CC localisé, basée sur une signature stromale et une signature du cycle cellulaire et validée sur de nombreuses cohortes. Des études récentes ont montré que les signatures génomiques du microenvironnement tumoral (MET) pourraient encore affiner cette stratification.
L'objectif de ce travail est d'établir des modèles prédictifs du risque de récidive dans le CC de stade III basés sur des signatures transcriptomiques du MET et du cycle cellulaire à partir de l'essai PETACC-8 (série exploratoire) et IDEA-France (série de validation).

Patients et Méthodes : Les patients sont issus des 2 essais adjuvants : PETACC-8 (FOLFOX+/-cetuximab, N=2043) et IDEA-France (FOLFOX/CAPOX 3 ou 6 mois, N=2010). L'ARN a été extrait à partir de lames FFPE pour PETACC-8, et à partir de punch FFPE pour IDEA-France. Les librairies PolyA-RNAseq ont été séquencées sur Novaseq6000 (Illumina).
Quatre signatures transcriptomiques ont été analysées : une signature reflétant l'infiltration en lymphocytes T nommée « Immunoscore Like », une signature reflétant l'infiltration en macrophage M2 nommée « M2 like », l'expression de CXCL13 (reflet de l'infiltration en lymphocytes B) et un score basé sur l'Oncotype DX® Colon Cancer RS utilisant la même formule à partir du score stromal et du score de cycle cellulaire, nommée « Oncotype DX Like ». Les valeurs continues de chaque signature ont été dichotomisées en deux modalités « high » et « low » à partir de la meilleure valeur seuil pour la prédiction du temps à récidive (TAR) dans PETACC-8. Le TAR était évalué par des modèles de Cox en ajustant sur les facteurs pronostiques connus.

Résultats : Les données 3'RNAseq étaient disponibles pour 1733 patients (85%) dans l'essai PETACC-8 et 1263 patients (63%) dans l'essai IDEA-France. Un premier modèle de Cox multivarié incluant les facteurs pronostiques classiques (âge, sexe, ECOG-PS, occlusion/perforation, T, N, grade, statuts mutationnels de RAS et BRAF, MMR), l'hétérogénéité intratumorale du CMS et les 4 signatures, a montré que ces dernières étaient significativement associées au TAR avec un effet bénéfique pour la modalité « high » de la signature Immunoscore Like et de CXCL13 (HR : 0,66, p=0,003 et 0,60, p<0 ,001 respectivement) et un effet délétère de la modalité « high » des signatures M2 Like et Oncotype Like (HR : 1,28, p=0,05 et HR : 1,37, p=0,01, respectivement), avec un C-index à 0,73. Ce modèle a été appliqué sur la cohorte IDEA-France, et le score obtenu a été discrétisé en 4 quartiles. Le TAR était significativement différent en fonction du quartile avec un TAR à 3 ans de 55% pour le quartile le plus bas à 90% pour le quartile le plus élevé (log rank p<0,0001) ; ces différences étaient conservées en séparant les patients traités par 6 mois et 3 mois de chimiothérapie.
Nous avons construit un 2ème modèle prédictif à partir d'un score appelé « IPS » (Immune Proliferative Stromal), correspondant au nombre de modalités délétères parmi les 4 signatures Immunoscore Like, CXCL13, M2 Like et Oncotype Like (allant de 0 à 4). Sur les 2 cohortes, ce score permettait de bien séparer les 5 groupes de patients avec un TAR différent (Figure1). En analyse Cox multivariée, dans les 2 cohortes, le score IPS était indépendamment associé au TAR avec un HR croissant avec le score IPS, indépendamment du T, du N, et de l'hétérogénéité intra-tumorale du CMS.



Conclusion : A partir des données transcriptomiques de patients avec un CC de stade III issus de 2 essais thérapeutiques de grande ampleur, deux modèles prédictifs basés sur des signatures du MET (lymphocytes B et T, macrophages M2, stroma) et du cycle cellulaire ont permis d'affiner la stratification des patients sur le risque de récidive. Au-delà du stade T et N, pour la décision de chimiothérapie adjuvante dans le CC de stade III, la combinaison de ces différentes variables pourrait être exploitée dans le futur pour une prise en charge personnalisée (désescalade, intensification).

C.057

Variabilité dans l'analyse histologique des pièces de résection endoscopique des cancers colorectaux T1 et impact sur la prise en charge des patients

F. Corre [1], B. Terris [1], T. Fenouil [2], T. Lambin [3], A. Charissoux [4], J. Albouys [4], C. Bossard [5], E. Coron [6], M.S. Soubeyrand [2], V. Lepilliez [2], C. Lagorce-Pages [1], G. Rahmi [1], S. Henno [7], T. Wallenhorst [7], F. Beuvon [1], A. Rouquette [1], R. Coriat [1], M. Pioche [2], J. Jacques [4], M. Barret [1], F. Pages [1], S. Chaussade [1]

(1) Paris ; (2) Lyon ; (3) Lille ; (4) Limoges ; (5) Nantes ; (6) Genève, SUISSE ; (7) Rennes.

Introduction : Les cancers colorectaux T1 sont aujourd'hui accessibles à un traitement endoscopique mini-invasif dont la morbidité est bien moindre par rapport à la chirurgie carcinologique. Cependant, dans 70% des cas, les recommandations de l'ESGE préconisent de compléter le geste par une chirurgie complémentaire avec curage ganglionnaire en cas de tumeur à haut risque, c'est-à-dire avec une marge profonde envahie ou avec au moins un des 4 facteurs de risque histologiques suivant : infiltration sous-muqueuse profonde (>1000µm), tumeur peu différenciée, emboles veino-lymphatiques ou budding tumoral de haut grade. Parmi les patients opérés secondairement, moins de 20% ont un envahissement ganglionnaire. Les 80% restant ont alors une pièce blanche. L'analyse histologique de la pièce de résection endoscopique revêt donc une importance majeure puisqu'elle conditionne l'indication de chirurgie complémentaire. Pourtant, cette analyse histologique est loin d'être standardisée, utilisant des méthodes de mesure et de détection par immunohistochimie différentes selon les centres. L'objectif de cette étude était d'étudier la variabilité d'analyse histologique entre les centres et son impact sur la prise en charge des patients.

Patients et Méthodes : Nous avons mené une étude rétrospective incluant les patients ayant eu une résection endoscopique par mucosectomie ou dissection sous-muqueuse pour cancer colorectal T1 dans huit centres experts français entre 2014 et 2019. Nous avons récupéré pour chaque cas les lames HES nécessaires au diagnostic et avons effectué une relecture en aveugle par un expert indépendant (BT). Nous avons ensuite comparé la lecture initiale à la relecture pour chaque cas afin d'évaluer le taux de reclassement entre tumeurs à bas risque et tumeurs à haut risque.

Résultats : 282 patients ont été inclus. Selon la lecture histologique initiale, 75/282 (26,6%) avaient une tumeur à bas risque sans facteur de risque histologique et 207/282 (73,4%) avaient une tumeur à haut risque avec indication de chirurgie complémentaire, c'est-à-dire avec au moins un facteur de risque d'envahissement ganglionnaire et/ou une marge profonde envahie. Après relecture, 98/282 (34,8%) avaient une tumeur à bas risque et 184/282 (65,2%) avaient une tumeur à haut risque avec indication de chirurgie complémentaire. Il existait une discordance entre la lecture initiale et la relecture sur le critère « indication chirurgicale » chez 71/282 (25,2%) patients. 48/282 (17,0%) patients à haut risque étaient reclassés à bas risque et 23/282 (8,2%) patients à bas risque étaient reclassés à haut risque. Parmi les 48 patients à haut risque qui étaient reclassés à bas risque, aucun n'avait d'envahissement ganglionnaire sur la pièce de chirurgie complémentaire, ni de récidive lors du suivi. Il existait une discordance sur la différenciation chez 16/282 (5,7%) patients, sur le budding chez 37/282 (13,1%) patients, sur les emboles veino-lymphatiques chez 36/282 (12,8%) patients et sur la profondeur d'envahissement sous-muqueux (sm1 *vs* sm2) chez 55/282 (19,5%) patients. 33/282 (11,7%) patients étaient reclassés comme cancers intra-muqueux non T1 avec des aspects de pseudo-invasion sans franchissement de la musculaire muqueuse. Il existait une discordance sur l'envahissement de la marge profonde chez 32/282 (13,5%) patients.

Conclusion : Cette étude multicentrique reposant sur la relecture histologique de 282 pièces de résection endoscopique de cancers colorectaux T1 montre qu'il existe une variabilité significative entre les centres, avec notamment ¼ des patients pour lesquels l'indication de chirurgie complémentaire était modifiée dont 17% avec indication chirurgicale qui étaient reclassés à bas risque. Cela souligne la nécessité de trouver de nouveaux critères pronostiques ayant une meilleure reproductibilité et de réaliser systématiquement une double lecture au moins au sein d'un même laboratoire.

C.058

30 ans minimum de suivi après chirurgie prophylactique pour polypose adénomateuse familiale : quel devenir ?

Y. Parc [1], T.T. Nguyen [1], J. Lefèvre [1], J. Métras [1], M. Collard [1]

(1) Paris.

Introduction : La polypose adénomateuse familiale (PAF) a de nombreuses manifestations, la principale étant des adénomes colorectaux. Avec la coloproctectomie totale et anastomose iléo-anale (AIA) le risque de cancer colorectaux a été éliminé. Les objectifs de notre étude étaient de déterminer l'efficacité du suivi et le pronostic des patients opérés il y a un minimum de 30 ans.

Patients et Méthodes : Tous les patients opérés pour Polypose Adénomateuse Familiale jusqu'en décembre 1989 ont été inclus.

Résultats : 102 patients (53 femmes; 52%; âge moyen : 30 ans [10-67]) ont été opérés : anastomose iléo-anale (AIA=92), anastomose iléo-rectale (AIR=4), amputation abdominopérinéale (AAP=6). 23 patients avaient un cancer. Après un suivi moyen de 20,7 ans [0-37,3], 11 patients sont décédés (âge moyen 48,3 ans [18-78], délai moyen après chirurgie de 15,7 ans [0-31]). Les causes de décès étaient : évolution du cancer opéré (n=2) cancer du duodenum (n=2), insuffisance cardiaque (n=1), accident (n=1), suicide (n=1) et cause inconnu (n=4). Ainsi 4 patients sont décédés de causes liées à la PAF dont deux de cancers survenus après la chirurgie prophylactique Parmi les 91 vivants, 56 (61.5%) étaient perdus de vue en fin de suivi. 7 patients ont requis une ampullectomie : endoscopique (n=3) ou chirurgicale (n=4) et 12 une duodénopancréatectomie céphalique. 22 ont développé une tumeur desmoïde ayant requis un traitement dont 10 une intervention chirurgicale. 5 patients (4,9%) étaient en stomie à la fin du suivi et 3 (2,9%) avaient une réfection du réservoir.

Discussion : La planification d'une intervention prophylactique doit prendre en compte la possibilité d'un suivi à long terme. Déterminer si un patient aura un suivi à long terme au moment de celle-ci s'avère hasardeux. La mise en place de registre de suivi peut s'avérer un moyen de lutter contre la rupture du suivi mais cela reste à démontrer.
Après chirurgie prophylactique colique avec anastomose iléo-anale, le risque de décès lié à la polypose adénomateuse familiale reste limité mais le nombre de traitements requis pour les lésions duodénales et des tumeurs desmoides reste élevé.

Conclusion : Plus de 50% des patients ayant une PAF sont perdus de vue à 30 ans de suivi ce qui doit être pris en compte pour le choix de l'intervention prophylactique colorectale. Après 30 ans, le pronostic est bon et les causes de décès ne sont pas le plus souvent liées à la maladie.

C.059

Évaluation de la réponse et la survie selon la dose intensité relative (DIR) de la tri-chimiothérapie par FOLFIRINOX ou FOLFOXIRI +/- bévacizumab en première ligne du cancer colorectal métastatique

J. Hoba [1], V. Hautefeuille [2], A. Turpin [3], K. Bouhier-Leporrier [4], M.P. Galais [4], A.L. Bignon [4], A. Di Fiore [1], R. Desgrippes [5], L. Miglianico [6], B. Avisse [7], M. Baconnier [8], Y.H. Lam [9], M. Dutherage [1], D. Sefrioui [1], K. Le Malicot [10], A. Gilibert [1], J.M. Phelip [11], P. Michel [1], F. Di Fiore [1]

(1) Rouen ; (2) Amiens ; (3) Lille ; (4) Caen ; (5) Saint-Malo ; (6) Saint-Grégoire ; (7) Bourgoin-Jallieu ; (8) Annecy ; (9) Cholet ; (10) Dijon ; (11) Saint-Etienne.

Introduction : La réalisation d'un schéma intensifié par tri-chimiothérapie (tri-CT) FOLFOXIRI ou FOLFIRINOX +/- bevacizumab (BV) est une option validée en première ligne (L1) du cancer colorectal métastatique (CCRm) non résécable (1). A ce jour, il n'existe aucune donnée sur l'évaluation de la réponse et la survie selon la dose intensité relative (DIR), définie comme le rapport entre la dose totale cumulée reçue un à temps donné et la dose totale théoriquement prévue, de la tri-CT +/- BV en L1 du CCRm.
L'objectif de l'étude était de comparer la réponse et la survie en fonction de la DIR obtenue à la suite des adaptations de doses initiales ou secondaires de la tri-CT +/- BV chez les patients traités en L1 du CCRm.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective multicentrique réalisée sur 6 centres entre 2014 et 2022 et incluant également les données de 10 patients de l'étude FFCD-PRODIGE 45. L'analyse de la DIR a été réalisée selon la formule d'Hyrniuk (2) à partir des doses reçues à chaque cure par rapport aux doses théoriquement prévues jusqu'au premier scanner (TDM1). Le taux de réponse objective (RO) au TDM1, les données de survie sans progression (SSP1 et SSP2) et de survie globale (SG) ont été évaluées en fonction de la DIR au seuil de ≥80% ou <80% ainsi que selon la réalisation initiale à 100% de la triCT+/-BV. Les analyses multivariées ont été réalisées par régression logistique pour la RO et par modèle de Cox avec DIR dépendante du temps pour les survies avec un ajustement sur l'âge, le sexe, l'OMS, la localisation, le nombre de sites métastatiques, le statut RAS et BRAF, le protocole de triCT+/- BV et le délai entre C1 et le TDM1. Les analyses ont été réalisées avec le logiciel R (version 4.2.0, The R Foundation for Statistical Computing).

Résultats : Un total de 100 patients a été inclus, soit 63% traités par FOLFIRINOX, 37% par FOLFOXIRI et 77% avec du BV. Au total, 84% avaient un CCRm colique droit (30%) et/ou RAS muté (59%) et/ou BRAF muté (22%) et 95% présentaient des métastases hépatiques synchrones. Au TDM1, le taux de contrôle et de RO était respectivement de 86% et 51%. La triCT +/- BV a été initiée à 100% chez 66% des cas avec une DIR ≥80% chez 46%. La DIR moyenne était de 79% ± 15 (79% oxaliplatine, 81% 5FU et 78% irinotecan) et la médiane de 79% (68- 93). Une DIR ≥80% n'avait pas d'impact sur le taux de RO (52.5 *vs* 51.1%, ORa : 0.88, p=0.83) mais était associée à une amélioration significative de la SSP1 et la SG, respectivement médiane 12.2 *vs* 9.2 mois (HRa 0.48, p=0.02) et 23.1 *vs* 15.8 mois (HRa 0.47, p=0.016) et à la limite de la significativité pour la SSP2 (HRa 0.56 ; p=0.06). La réalisation d'un protocole à 100% dès C1 était associé à une augmentation significative de la SSP1 (12.2 *vs* 9.0 mois, HRa 0.48, p=0.003), la SSP2 (18.4 *vs* 11.2 mois, HRa 0.48, p=0.003) et la SG (19.1 *vs* 15.4 mois, HRa 0.60, p=0.043).

Conclusion : A notre connaissance, notre travail a évalué pour la première fois la DIR de la tri CT +/- BV en L1 du CCRm avec une DIR ≥80% observée chez 46% des patients. Sur une population majoritairement de mauvais pronostic, nos résultats montrent un impact significatif sur la SSP et la SG du niveau d'intensité sur les premières cures de la triCT +/- BV en L1 du CCRm.

C.060

GemCore : une signature transcriptomique capable de prédire l'efficacité de la gemcitabine dans l'adénocarcinome pancréatique avancé

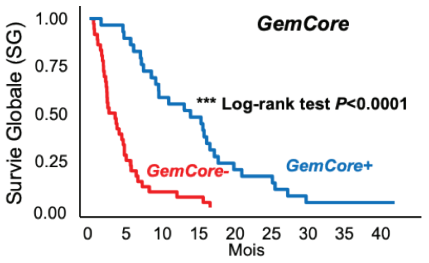
B. Chanez [1], N.A. Fraunhoffer Navarro [1], C. Teyssedou [2], M. Bigonnet [1], C. Bongrain [1], E. Lermite, [2], P. Pessaux [3], F. Giannone [3], M.P. Chenard [3], S. Michalak [2], R. Nicolle [4], F. Poizat [1], M. Giovannini [1], F. Caillol [1], P. Rochigneux [1], J. Iovanna [1], E. Mitry [1], N. Dusetti [1]

(1) Marseille ; (2) Angers ; (3) Strasbourg ; (4) Paris.

Introduction : La majorité des adénocarcinomes du pancréas (AP) sont diagnostiqués à un stade avancé ne permettant pas une prise en charge chirurgical. La trichimiothérapie par FOLFIRINOX est le traitement le plus efficace en situation métastatique mais également le plus toxique. La GEMCITABINE en monothérapie, alternative mieux tolérée mais d'efficacité moindre, est actuellement réservé aux patients non accessibles au FOLFIRINOX. Cependant la survie et les taux de réponse peuvent varier d'un patient à l'autre sous GEMCITABINE. Il est donc nécessaire de pouvoir développer une méthode de stratification reproductible pour prédire l'efficacité des chimiothérapies et personnaliser le traitement en minimisant les effets secondaires, notamment pour les patients les plus fragiles.

Matériels et Méthodes : Tous les patients consécutifs traités par GEMCITABINE en monothérapie pour un AP localement avancé ou métastatique ont été rétrospectivement identifiés par utilisation de l'outil de « datamining » ConSore et inclus après déstockage du tissu tumoral inclus en paraffine. Les données cliniques ont été recueillies à partir du dossier médical. Après extraction, les données de séquençage des ARN tumoraux issus des 65 biopsies des tumeurs primaires pancréatique et de 36 biopsies de métastases ont été analysés. Les patients ont été stratifiés selon leur profil de réponse à la GEMCITABINE selon les signatures basées sur l'expression d'ARN et les médianes de survie globale (mSG) et sans progression (mSSP) ont été comparées.

Résultats : Dans la cohorte des tumeurs primaires d'AP, la signature GemCore1 permettait d'identifier avec le plus de précision les patients sensibles à la GEMCITABINE, définis comme GemCore+, à la fois pour la SG (P<0.0001) et la PFS (P<0.0001). Les patients GemCore+ avaient une mSG de 13.9 mois (95% CI: 9.51–17.18) (Figure1) et une mSSP de 4.85 mois (95% CI: 4.29–8.07) contre une mSG 3.1 mois (95% CI: 2.33–4.79) et une mSSP de 1.15 mois (95% CI: 0.49–1.87) pour les patients GemCore -. Les groupe GemCore+ et GemCore- n'étaient pas différents à l'inclusion concernant les principales caractéristiques cliniques. L'analyse multivariée pour la survie de globale montrait que le statut GemCore+ était indépendant des facteurs pronostics clinique habituels. Dans une analyse exploratoire, nous avons identifié que la signature GemCore était aussi capable d'identifier les patients bénéficiant de la GEMCITABINE à partir du séquençage ARN issus des biopsies de métastase. Dans cette cohorte, les patients GemCore+ avaient une mSG de 6.6 mois (95% CI: 4.72–16.13) et une mSSP de . months (% CI: .–.) *versus* pour les patients GemCore- : une mSG de 2.1 mois (95% CI: 1.64–3.48) et une mSSP de 0.36 mois (% CI: 0.00–1.34).



Patients à risque

GemCore-	36	10	3	2	0	0	0	0	0
GemCore+	29	26	17	14	6	5	1	1	1

	GemCore+	GemCore-
Mediane (95% CI)	14.0 (9.51–17.18)	3.1 (2.33–4.79)
HR SG (95% CI)	0.19 (0.10–0.34)	

Conclusion : Les résultats suggèrent que la signature ARN GemCore permet de prédire le bénéfice clinique du traitement par la GEMCITABINE en monothérapie chez les patients avec une AP avancé.

C.061

Caractéristiques des adénocarcinomes du pancréas non mutés KRAS : résultats d'une large cohorte multicentrique française

N. Trystram [1], J. Cros [2], H. Blons [1], S. Garinet [1], R. Nicolle [1], D. Le Corre [1], S. Zhao [1], A. Harlé [3], T. Conroy [4], V. Rebours [2], J. Taïeb [1], L. Dahan [5], J.B. Bachet [1], P. Laurent-Puig [1]

(1) Paris ; (2) Clichy-la-Garenne ; (3) Vandœuvre-lès-Nancy ; (4) Nancy ; (5) Marseille.

Introduction : L'adénocarcinome du pancréas (ACP) voit son incidence augmenter de façon continue à l'échelle mondiale, tout en gardant un pronostic redoutable. Grâce à l'analyse du génome et du transcriptome, des progrès sur sa caractérisation moléculaire ont été réalisés, permettant de proposer des traitements ciblés dans certains cas. La mutation KRAS est la plus représentée mais les tumeurs non mutées KRAS comptent pour environ 10% des ACP. Ce sous-groupe est enrichi en anomalies moléculaires théranostiques (mutations BRAF, gènes de fusion) mais reste néanmoins mal connu du fait de sa faible prévalence. Les données concernant ses caractéristiques cliniques, histologiques et moléculaires sont peu nombreuses et souvent réalisées sur des cohortes de faible effectif.

Patients et Méthodes : Nous avons constitué une large cohorte rétrospective d'ACP non mutés KRAS, réséqués ou métastatiques, à partir de cohortes déjà constituées (essais PRODIGE 24, 35 et 37 notamment) et pour lesquelles nous disposions des données cliniques et de matériel tumoral. Les cohortes avaient fait l'objet d'études antérieures et les patients ont donc été inclus sur une large période. Nous avons utilisé le séquençage de nouvelle génération (NGS) pour confirmer l'absence de mutation KRAS et pour identifier les mutations présentes dans cette population. Nous avons recherché des gènes de fusion par séquençage de l'ARN selon la méthode Archer® dans un laboratoire expert qui utilise cette technique en routine clinique. Enfin nous avons analysé les données de RNAseq afin de rechercher une signature transcriptomique spécifique.

Résultats : Après analyse NGS, 97/1034 (9,4%) tumeurs étaient non mutées KRAS, avec une proportion similaire parmi les tumeurs réséquées (9,4% ; n=86/916) ou métastatiques (9,3% ; n=11/118). L'âge médian des patients était de 63 ans et 65% étaient des hommes. Par rapport aux tumeurs réséquées mutées KRAS, les tumeurs non mutées présentaient moins d'engainements périnerveux (82% *vs* 69% p=0,03) et moins d'emboles vasculaires (62% *vs* 46% p=0,05). Il n'y avait pas de différence de survie entre les patients, que leur tumeur soit mutée KRAS ou pas. 107 mutations parmi 48 autres gènes ont été identifiées, dont TP53 (24,4% ; n=19) et BRAF (6,7% ; n=6). Parmi les tumeurs qui ont eu un séquençage étendu, il y avait une surreprésentation de mutations de gènes de la voie de la recombinaison homologue (42% ; n=14/33). Le séquençage de l'ARN a échoué pour plus de 50% des cas. 4 mutations KRAS ont été identifiées par la méthode Archer®, probablement grâce à une meilleure sensibilité pour les variants de faible fréquence allélique. Parmi les 28 tumeurs non mutées qui avaient un séquençage de l'ARN interprétable, 8 gènes de fusion (28,6%) ont été mis en évidence : NTRK3 (n=3), NRG1 (n=2), BRAF (n=2) et ALK (n=1). Au total, au moins 28/93 (30%) tumeurs non mutées KRAS présentaient une anomalie moléculaire intéressante d'un point de vue théranostique. Des analyses transcriptomiques sur la différence de stroma entre les tumeurs mutées et non mutées KRAS sont en cours.

Conclusion : Nous avons confirmé dans une large cohorte que les ACP non mutés KRAS constituent bien une population distincte et hétérogène d'un point de vue moléculaire. Il existerait une surreprésentation de mutations des gènes de la voie de la recombinaison homologue dans ce sous-groupe qui pourrait expliquer le meilleur pronostic décrit dans la littérature. Ces tumeurs sont enrichies en anomalies pouvant constituer des cibles thérapeutiques potentielles et il semble important de déterminer le statut KRAS chez les patients qui peuvent recevoir une thérapie systémique afin d'adapter au mieux le traitement aux caractéristiques moléculaires de la tumeur. Le taux d'échec important des analyses ARN est sans doute expliqué par l'ancienneté de certains blocs tumoraux, entrainant une dégradation de l'ARN.

C.062

Caractéristiques clinico-radiologiques prédictives du grade de dysplasie des tumeurs kystiques mucineuses du pancréas : cohorte multicentrique de 173 patients

L. Aguilera Munoz [1], L. Laurent [1], S. Rollet [1], F. Paye [2], M. Svrcek [2], J. Navez [3], J.C. Saurin [4], M. Adham [4], J. Périnel [4], C. Michoud [4], J. Branche [5], E. Tribillon [2], T. Chaigneau [6], B. Dupont [6], B. Napoléon [4], C. d'Engremont [7], T. Deregnaucourt [8], S. Koch [8], H. Gondran [9], M. Le Rhun [9], C. de Ponthaud [2], S. Gaujoux [2], L. de Mestier [1], P. Lévy [1], O. Ernst [5], J. Cros [1], M.P. Vullierme [10], V. Rebours [1]

(1) Clichy-la-Garenne ; (2) Paris ; (3) Bruxelles, BELGIQUE ; (4) Lyon ; (5) Lille ; (6) Caen ; (7) La Tronche ; (8) Besançon ; (9) Nantes ; (10) Annecy.

Introduction : La tumeur kystique mucineuse du pancréas (ex cystadénome mucineux, ancienne classification) est une lésion kystique rare mais également un des trois états précancéreux pancréatiques. Même si les caractéristiques de la population présentant cette lésion, ont déjà été bien décrites (>90% de femmes, entre 40-60 ans avec un kyste caudal), son histoire naturelle n'est pas connue et notamment les facteurs prédictifs de dégénérescence. Dans une étude récente monocentrique, nous avons décrit comme facteurs prédictifs radiologiques de dysplasie de haut grade (DHG) ou de carcinome invasif : i) épaisseur de paroi >5mm, ii) présence de nodule mural >9mm et iii) rehaussement de septa intra-kystique.
L'objectif principal de cette étude était d'identifier les facteurs prédictifs cliniques et de confirmer les facteurs radiologiques de DHG ou de carcinome sur une grande cohorte multicentrique.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude multicentrique rétrospective incluant des patients ayant eu une tumeur kystique mucineuse pancréatique opérée, entre janvier 2008 et décembre 2021, confirmée histologiquement par la présence d'un stroma de type ovarien (relecture anatomopathologique centralisée). Les patients inclus avaient une imagerie (scanner et/ou IRM) préopératoire disponible pour relecture radiologique centralisée. Les données cliniques ont été recueillies à partir de dossiers médicaux. Une analyse multivariée a été réalisée pour identifier des facteurs prédictifs cliniques et morphologiques de malignité.

Résultats : Au total, 190 patients ont été identifiés ayant été opérés pour une tumeur mucineuse kystique parmi les 12 centres hospitaliers participants. Dix-sept patients (9%) ont été exclus après confirmation histologique de l'absence de stroma de type ovarien, les classant comme kystes mucineux simples. La cohorte de 173 patients comportait 168 femmes (97%) d'âge médian au diagnostic de 46 ans (37-56). Vingt-deux (13%) avaient un antécédent personnel de pancréatite aigue et 6 (4%) avaient un antécédent familial au 1er ou 2ème degré de cancer du pancréas. Le mode de découverte était fortuit pour 50% des patients. Cent-quarante-huit patients (86%) avaient une tumeur kystique avec DBG et 25 patients (14%) avaient au moins de la DHG. La médiane d'âge au diagnostic était significativement différente entre le groupe DBG et le groupe DHG (45 [36-55] *versus* 53 ans [40-63], p = 0,018). Il n'y avait pas de différence significative pour les variables sexe, consommation tabac, indice de masse corporelle et diabète entre les deux groupes. Quant aux critères radiologiques, une épaisseur de paroi kystique de >5mm (p =0,016), la taille du kyste de >4cm (p = 0,008), la présence d'un nodule mural (p <0,001) et un nodule de >9mm (p <0,001) étaient significativement plus représentés dans le groupe de DHG. Une récidive était rapportée pour 2% de patients du groupe DBG *versus* 16% du groupe DHG (p= 0,008). Il n'existait pas de différence significative entre les taux de complications post-opératoires - de tout type - entre les 2 groupes (48% *versus* 44%).

Conclusion : Les critères radiologiques prédictifs de DHG déjà publiés : épaisseur de paroi kystique de >5mm, présence de nodule mural de >9mm et la taille de >4cm sont confirmés dans cette cohorte indépendante. Seul l'âge

au diagnostic >55 ans, semble être un facteur prédictif clinique de DHG. Ces données confirment qu'un score clinico-radiologique de prédiction de degré de dysplasie pour l'aide à la prise en charge est ainsi possible pour permettre une surveillance simple chez ces patients sans résection systématique.

C.063

Sensibilisation des cancers pancréatiques et colorectaux à la radiothérapie, la chimiothérapie et aux anti-PD-1 par les inhibiteurs de la proprotéine convertase

S. Pernot [1], A. François [2], F. Soulet [3], S. Evrard [1], G. Siegfried [3], B. Villoutreix [4], A.M. Khatib [3], G. Desolneux [1]

(1) Bordeaux ; (2) Pessac ; (3) Talence ; (4) Paris.

Introduction : L'adénocarcinome pancréatique (AP) et le cancer colorectal (CCR) ont un mauvais pronostic avec un diagnostic souvent à un stade avancé. Dans cette situation, la chimiothérapie palliative a une efficacité modeste, et les inhibiteurs de points de contrôle immunitaire ou la radiothérapie n'ont pas réussi à améliorer la survie. Les proprotéines convertases (PCs) sont des enzymes impliquées dans l'activation/maturation biologique de divers précurseurs protéiques cruciaux pour la carcinogenèse des AP et CCR, et la résistance à divers traitements anticancéreux.

Matériels et Méthodes : En utilisant un criblage virtuel par ordinateur, nous avons identifié parmi une collection de 2082 petites molécules, celles ayant une activité inhibitrice contre la Furine, la seule PC dont la structure cristallographique a été publiée. 15 molécules présentaient une activité inhibitrice significative. Les molécules identifiées ont ensuite été testées *in vivo* dans un modèle murin syngénique de cancer colorectal (CT26) et sur des organoïdes d'AP et de CCR générés à partir de lignées cellulaires (Capan-1, Capan-2, Panc-1 HT29, CT26) et de cellules cancéreuses provenant de tumeurs de patients, seuls ou concomitant avec une chimiothérapie (Gemcitabine ou 5-Fluorouracil), ou une radiothérapie. L'expression de PD-1 a été analysée par cytométrie de flux dans les cellules T activées ou les PBMCs de patients cultivés avec ces inhibiteurs de Furine.

Résultats : Nous avons identifié 15 molécules ayant une activité inhibitrice significative contre la Furine grâce à un criblage informatique. Parmi celles-ci, 5 molécules générées (I0, I1, I10, I13, I9), ont réduit significativement la progression tumorale et ont augmenté la survie et la sensibilité à la radiothérapie chez des souris syngéniques. En utilisant des organoïdes tumoraux en présence de certaines de ces molécules, ces derniers étaient plus sensibles à la radiothérapie et à la chimiothérapie. Le traitement de cellules T activées ou de PBMCs avec ces inhibiteurs de Furin a inhibé de manière significative l'expression de PD-1.

Conclusion : Ces résultats suggèrent l'efficacité potentielle des inhibiteurs de Furin dans la sensibilisation des AP et des CCR aux médicaments anticancéreux, et la sensibilisation immunitaire par l'inhibition de l'épuisement des cellules T, ce qui pourrait permettre le développement de stratégies thérapeutiques efficaces chez les patients atteints de ces cancers.

Remerciements, financements, autres :
Planète Végétal, Fondation Bergonié

C.064

Pratiques cliniques d'oncogénétique et de dépistage des patients à haut risque dans la prise en charge du cancer du pancréas : étude multicentrique observationnelle rétrospective (CAPANCOGEN)

T. Marulier [(1)], M. Brugel [(1)], J.B. Oudart [(1)], C. Carlier [(1)], C. Évrad [(2)], D. Tougeron [(2)], G. Piessen [(3)], S. Truant [(3)], A. Turpin [(3)], N. Williet [(4)], D. Botsen [(1)], M. Brasseur [(1)], M. Perrier [(1)], O. Bouché [(1)]

(1) Reims ; (2) Poitiers ; (3) Lille ; (4) Saint-Etienne.

Introduction : Les cancers du pancréas familiaux (CaPaFa) représentent 5 à 10 % de l'ensemble des cancers du pancréas (CP), dont environ 15% sont dus à une mutation germinale identifiée. Les pratiques en oncogénétique (OG) et de dépistage précoce des patients à risque de CP sont méconnues en France. Les objectifs étaient de décrire les pratiques françaises d'OG et de dépistage précoce dans la prise en charge du CP, d'évaluer l'implémentation des recommandations françaises et internationales, et de déterminer les facteurs associés.

Patients et Méthodes : CAPANCOGEN est une étude multicentrique observationnelle, ancillaire de la cohorte ambispective CAPANCOVID (NCT04406571) qui avait inclus dans 13 centresun total de 833 patients de septembre 2019 à octobre 2020. Les données individuelles, tumorales, de RCP (dont la mention de l'indication à une consultation d'OG), et d'adressage en consultation d'OG, avec son degré d'urgence, étaient recueillies dans l'étude princeps. Dans les 5 centres ayant le plus recrutés (460 patients soit 55,2% de la cohorte globale) les antécédents personnels et familiaux de cancers, de polyposes digestives, de pancréatites aigües et chroniques ont été rétrospectivement collectés afin de déterminer l'existence d'indication théorique à une consultation d'OG et/ou à un dépistage précoce. Les critères de jugement étaient le taux d'adressage en consultation d'OG et les délais sur la cohorte globale des 833 patients, le taux d'adéquation (adressage ou non, à raison : n(indiquée/réalisée) + n(non indiquée/non réalisée)/N) et d'inadéquation (adressage ou non, à tort : n(indiquée/non réalisée) + n(non indiquée/réalisée)/N) aux recommandations françaises (TNCD) et internationales (CAPS, ACG) dans le sous-groupe de 460 patients, ainsi que le taux de patients éligibles à un dépistage précoce ayant échappé à l'indication selon le CAPS.

Résultats : Parmi les 833 patients, 100 (12%) avaient une indication de consultation d'OG mentionnée sur le compte rendu de RCP, dont 59 (59%) ont été effectivement adressés à un oncogénéticien dont 25 (42.4%) en urgence. Les délais médians entre la RCP et la consultation d'OG, puis le rendu du résultat étaient de 49 jours (IQR : 14,5–108,8), puis 91 jours (IQR : 49–174), respectivement. La pandémie COVID n'avait pas modifié ces délais. Les taux d'adéquation (66,3%) d'inadéquation (33,7%) du sous-groupe de 460 patients sont présentés dans le tableau 1. Parmi eux, 145 patients (31,5%) n'ont pas été adressés en consultation d'OG malgré une indication retrouvée dans l'analyse du dossier. Les indications principales de consultation d'OG étaient : une suspicion de mutation BRCA (26.3%), PALB2 (6.7%), ou de CaPaFa (4.6%). Le centre d'inclusion (p<0,001), une suspicion de mutation BRCA, PALB2 ou MMR (p<0,001), un CaPaFa (p=0,002), une chimiothérapie palliative de première ligne (p=0,012), une sensibilité aux sels de platine (p<0,001), et un âge < 50 ans (p<0,001) étaient les faveurs associés à la réalisation d'une consultation d'OG. Parmi les 20 patients (4,3%) théoriquement éligibles à un dépistage précoce, aucun n'avait été dépisté et 14 (70%) ont été diagnostiqués à un stade de CP non résécable.

Tableau 1. Taux d'adéquation et d'inadéquation à une consultation d'oncogénétique.

Variables	Niveaux	Total (n=460)
Indication de consultation d'OG	Indiquée non réalisée	145 (31,5%)
	Indiquée réalisée	34 (7,4%)
	Non indiquée non réalisée	271 (58,9%)
	Non indiquée réalisée	10 (2,2%)
Adequation aux recommandations	Taux d'adéquation	305 (66,3%)
	Taux d'inadéquation	155 (33,7%)

Discussion : CAPANCOGEN a mis en évidence un taux d'adéquation faible aux recommandations oncogénétiques au regard des conséquences thérapeutiques pour les patients et de dépistage pour les apparentés. Cependant, ce taux reste supérieur à ceux obtenus dans la littérature pour d'autres localisations. Les délais entre chaque étape du parcours étaient plus courts que ceux constatés dans d'autres tumeurs ce qui est probablement lié à la sévérité du CP et à l'expertise des centres tertiaires. Seuls les facteurs entraînant des conséquences thérapeutiques ou de prévention avaient une influence sur l'adressage en consultation d'OG. Aucun facteur n'impactait négativement cet adressage, y compris l'état général et la distance domicile/centre. Le dépistage précoce chez les patients à haut risque était peu pratiqué. Cependant, le gain en survie de la surveillance rapprochée pour dépistage reste non démontré à ce jour.

Conclusion : L'implémentation des recommandations d'OG dans la prise en charge du CP apparaît insuffisante. Une revue systématique des dossiers de RCP avec un conseiller ou médecin en oncogénétique et une formation optimisée des oncologues pourraient permettre une amélioration des pratiques. L'ouverture de cohortes nationales permettra aussi d'améliorer les connaissances.

C.065

Low-phospholipid-associated cholelithiasis syndrome et endoscopie interventionnelle

G. Salin [(1)], C. Corpechot [(1)], S. Ouazana [(2)], C. Dong [(1)], S. Lemoinne [(1)], K. Ben Belkacem [(1)], U. Chaput [(1)], O. Chazouillères [(1)], J. Kirchgesner [(1)], M. Camus-Duboc [(1)]

(1) Paris ; (2) Reims.

Introduction : Le syndrome LPAC est une forme génétique de maladie lithiasique biliaire(1). L'acide ursodésoxycholique (AUDC) est efficace dans la plupart des cas. Certains patients présentent des complications comme l'angiocholite et peuvent nécessiter une CPRE. Un tiers des patients ont une sphinctérotomie au cours de la maladie (2). Aucune étude ne décrit le rôle de la CPRE dans le syndrome LPAC.
Notre objectif principal était de décrire la fréquence et les facteurs prédictifs du recours à la CPRE dans le syndrome LPAC. Nos objectifs secondaires étaient de rapporter les indications, les modalités, et les suites de la CPRE; et d'identifier des facteurs prédictifs d'échec du traitement par AUDC.

Matériels et Méthodes : Dans cette cohorte rétrospective, les patients diagnostiqués du syndrome LPAC dans un centre tertiaire de référence des maladies rares des voies biliaires entre 1999 à 2021 ont été inclus. Les données ont été recueillies à partir des dossiers médicaux (caractéristiques des patients, traitement par AUDC, les variables liées aux CPRE). Les facteurs de risque indépendants de CPRE ont été identifiés par une analyse multivariée de Cox. Un échec du traitement médical par AUDC était défini par un critère composite comprenant le recours à une CPRE, à une chirurgie hépatobiliaire ou la survenue d'une pancréatite ou d'une angiocholite.

Résultats : Au total, 269 patients (74% de femmes) ont été inclus. La durée médiane du suivi est de 10,8 ans (IQ 5,8-21,3). Une CPRE a été nécessaire pour 31,2 % des patients, avec une médiane de 1 procédure par patient (1-2). L'intervalle médian entre les premiers symptômes et la première CPRE est de 6,7 ans (2,8-14,9). Parmi les patients ayant eu une CPRE, 78,6% ont eu l'intervention avant d'être traité par AUDC et 27,4% (8,5% de tous les patients) ont eu besoin d'une CPRE après un an de traitement par AUDC. Les indications les plus fréquentes étaient la lithiase de la voie biliaire principale (53,6%) et l'angiocholite (29,5%). Le taux de succès en CPRE était de 86,7%. Une reprise de sphinctérotomie ou une sphinctéroclasie a été nécessaire dans 23,2% des CPRE répétées. Les taux de pancréatite, de perforation et de saignement post-CPRE étaient respectivement de 7,2%, 2,6% et 1,3%.
Dans l'analyse multivariée, l'âge et un antécédent de maladie lithiasique biliaire chez un parent au premier degré ont été identifiés comme des facteurs de risque de CPRE avec un hazard ratio de 1,30 (IC 95% 1,04-1,62 ; p=0,006) et 1,88 (IC 95% 1,15-3,07 p=0,011), respectivement. Le sexe féminin et la prise d'AUDC pendant plus d'un an étaient des facteurs protecteurs de CPRE avec un HR de 0,49 (IC 95% 0,29-0,82 p=0,020) et 0,44 (IC 95% 0,22-0,90 p=0,024), respectivement. Sur les 226 patients avec un suivi après 1 an de traitement par AUDC, 33 patients (14,6%) ont présenté une complication telles que définies par le critère composite et considérés en échec de l'AUDC. Seuls l'antécédent de CPRE était prédictif d'échec de l'AUDC dans l'analyse univariée.

Tableau 1 – Caractéristiques des patients de la cohorte LPAC de l'Hôpital Saint-Antoine

	CPRE (n=84)	Pas de CPRE (n=185)	Total (n=269)	p
Démographique				
Femme (années)	57 (67,9)	142 (76,8)	199 (74)	
IMC au diagnostic (kg/m2)	24 (21-27)	23 (20,5-26)	23 (21-26)	
Age au diagnostic (années)	40 (30-51,3)	35 (27-46)	36 (27-48)	0,024
Antécédents [a]				
Obésité	11/83 (13)	17/177(9,6)	28/260 (10,8)	
HTA	7 (8,3)	10 (5,4)	17 (6,3)	
Diabète	3 (3,6)	3 (1,6)	6 (2,2)	
Dyslipidémie	10 (11,9)	10 (5,4)	20 (7,4)	
Maladie biliaire au premier degré	47 (56)	76 (41,1)	123 (45,7)	0,023
Imagerie et génétique				
Lithiase intrahépatique	77 (91,7)	174 (94)	251 (93,3)	
Mutation ABCB4	36/75 (48)	66 (42,3)	102/231 (44,1)	
Manifestations cliniques				
Age du début des symptômes	28 (22,8-36)	27 (20-34)	27 (21-34)	
Symptômes biliaires avant 40 ans	72 (85,7)	161 (87)	233 (86,6)	
Récidive après cholécystectomie	75 (97,4)	119 (85)	194 (89,4)	
Douleurs biliaires	81 (96,4)	179 (96,8)	260 (96,7)	
Cholécystite	5 (6)	6 (3,2)	11 (4,1)	
Migration lithiasique	71 (84,5)	58 (31,4)	129 (48)	0,001
Prurit	4 (4,8)	23 (12,4)	27 (10)	
Pancréatite aigue [b]	15 (17,9)	34 (18,4)	49 (18,2)	
Angiocholite	35 (41,7)	10 (5,4)	45 (16,7)	<0,001
Abcès hépatique	1 (1,2)	0 (0)	1 (0,4)	
Cholestase gravidique si antécédent de grossesse	8/37 (22)	32/84 (38)	40/121 (30)	
Cholangite sclérosante secondaire	5 (6)	3 (1,6)	8 (3)	
Cholangiocarcinome	1 (1,2)	2 (1,1)	3 (1,1)	
Décès	1 (1,2)	1 (0,5)	2 (0,7)	
Traitements				
AUDC > 1 an	83 (98,8)	185 (100)	268 (99,6)	
Ezetrol	7 (8,3)	3 (1,6)	10 (3,7)	0,007
Cholécystectomie	77 (91,7)	138 (75,6)	215 (79,9)	0,001
Chirurgie hépato-biliaire [c]	8 (9,5)	8 (4,3)	16 (5,9)	

Les valeurs sont données en médiane (Q1-Q3) et en nombre (%)
Un dénominateur est ajouté en cas de données manquantes
a Les données sont celles recueillies à la date des premiers symptômes
b Exclusion des pancréatites post CPRE
c Hors cholécystectomie

Conclusion : Un tiers des patients LPAC ont nécessité au moins une CPRE au cours de la maladie. Cependant, moins de 10 % des patients ont dû subir une CPRE après un an d'AUDC. Nos résultats suggèrent que la prise d'AUDC est associée à un risque plus faible de CPRE. Un diagnostic et un traitement plus précoces par AUDC pourraient réduire le recours à la CPRE chez les patients atteints du syndrome LPAC. Un échec du traitement par AUDC a été observé pour 15% des patients et suggère l'existence de formes résistantes à l'AUDC.

C.066

Evaluation des traitements de la pancréatite paraduodénale symptomatique : une étude multicentrique

P. Garnier [1], A. Valerius [2], M.P. Vullierme [3], L. Buscail [2], S. Rollet [4], L. Vuitton [5], M. Le Rhun [6], P.P. Garnier [7], B. Napoléon [8], R. Gincul [8], M. Brugel [9], S. Koch [5], V. Rebours [4], C. d'Engremont [1]

(1) La Tronche ; (2) Toulouse ; (3) Annecy ; (4) Clichy-la-Garenne ; (5) Besançon ; (6) Nantes ; (7) Saint-Denis (La Réunion) ; (8) Lyon ; (9) Reims.

Introduction : La pancréatite paraduodénale (PP) est une forme focale de pancréatite chronique atteignant le sillon duodéno-pancréatique. Elle affecte principalement des hommes, âgés de 45-50 ans, et ayant une consommation excessive d'alcool et de tabac. La stratégie thérapeutique reste mal codifiée. L'objectif de cette étude était de décrire les traitements disponibles de la PP et d'en évaluer l'efficacité.

Patients et Méthodes : Tous les patients ayant une PP symptomatique, diagnostiquée par imagerie conventionnelle (TDM et/ou IRM) entre mars 2005 et décembre 2021, ont été inclus dans cette étude rétrospective multicentrique (8 centres). Les caractéristiques démographiques, cliniques, radiologiques ainsi que le suivi après traitement symptomatique seul (antalgiques et/ou nutrition artificielle), endoscopique, par analogues de la somatostatine et/ou traitement chirurgical ont été recueillies[C1] . Le critère de jugement principal était le succès clinique défini par la disparition complète des symptômes 6 mois après la réalisation d'un traitement.

Résultats : Cent sept patients (hommes : 89 ; âge médian au diagnostic : 50 (24-79)) ont été inclus avec un suivi médian de 48 mois (6 – 168 mois). Un alcoolisme et un tabagisme chronique étaient présents respectivement chez 86,9% (n=93) et 96,3% (n=100) d'entre eux. Les principaux symptômes étaient : douleurs pancréatiques (94%), vomissements (51%), perte de poids (au moins 10% du poids corporel - 60%), ictère (16%). Une pancréatite chronique était associée dans 72% (n=78) des cas. Un tiers des patients ont reçu une nutrition artificielle, entérale dans la grande majorité des cas et 40 (37%) patients ont reçu un antalgique de palier 3. Après un premier traitement, (symptomatique seul n= 43, analogue de la somatostatine n=11, endoscopique n= 50 et chirurgical n=3), 39 (36,2%) patients étaient guéris dont 16 (15%) sans traitement spécifique. Les taux de succès clinique des traitements conservateurs étaient respectivement de 48%, 45% et 64%. Soixante huit patients (63,5%) ont récidivé de leurs symptômes avec une médiane de temps de 10 mois (2,7-26) malgré un sevrage alcoolique chez 39 d'entre eux. Vingt quatre des 68 patients ont été traités par des mesures symptomatiques seules, 12 par analogues de la somatostatine et 26 par endoscopie avec des taux de succès clinique respectifs de 58%, 58% et 78%. Au total, 96% des patients étaient guéris après 3 traitements successifs. Parmi les traitements endoscopiques, la ponction-évacuation était efficace sur les symptômes (30/36 patients), cependant les trois quarts des patients ont récidivé de leurs symptômes. La cystoduodénostomie endoscopique permettait une disparition complète et prolongée des symptômes pour 7 des 12 patients traités. Une intervention chirurgicale a été nécessaire pour 24 des 107 patients (22%) avec un taux de succès clinique de 80% et un taux de complications de 8% dont 1 décès. Les traitements endoscopiques permettaient une médiane de temps sans sympômes de 21,8 (3,9-42,5) et le traitement par analogues de la somatostaatine de 5,7 mois (2,9-17).

Conclusion : La pancréatite paraduodénale est une maladie bénigne mais expose le patient à de fréquentes récidives malgré un sevrage des toxiques. Les mesures symptomatiques restent le traitement de première intention. En cas d'échec, les analogues de la somatostatine et les traitements endoscopiques peuvent être utilisés alternativement. Les traitements endoscopiques permettent la plus longue période de temps sans symptômes. La chirurgie n'est nécessaire que chez moins d'un quart des patients.

C.067

Duodéno-pancréatectomie céphalique après drainage biliaire pré-opératoire par CPRE *versus* anastomose cholédoco-bulbaire endoscopique : étude de cohorte comparative multicentrique

J. Janet [1], J. Jacques [1], B. Napoléon [2], M. Mathonnet [1], J. Magne [1], S. Durand-Fontanier [1], R. Bourdariat [2], L. Sulpice [3], M. Lesurtel [2], J. Albouys [1], R. Legros [1], S. Truant [4], F. Robin [3], F. Prat [5], M. Palazzo [6], L. Schwarz [7], E. Buc [8], A. Sauvanet [5], S. Gaujoux [9], A. Taibi [1]

(1) Limoges ; (2) Lyon ; (3) Rennes ; (4) Lille ; (5) Clichy-la-Garenne ; (6) Marseille ; (7) Rouen ; (8) Clermont-Ferrand ; (9) Paris.

Introduction : Les patients présentant une obstruction biliaire distale d'origine tumorale (OBDT) résécable nécessitent le plus souvent un drainage biliaire préopératoire (DBP) par cholangiopancréatographie rétrograde endoscopique (CPRE) avant la duodénopancréatectomie céphalique (DPC). Bien que le drainage par CPRE soit efficace, cette technique est associée à une morbidité non négligeable avec un taux de complication allant jusqu'à 26%. La complication la plus fréquente et la plus redoutée est la pancréatite puisqu'elle peut altérer la prise en charge oncologique en retardant la chirurgie.
Le développement du drainage biliaire par anastomose cholédoco-bulbaire (ACB) par prothèse d'apposition luminale en écho-endoscopie permet de s'affranchir de ce risque et son utilisation en situation palliative a déjà montré son efficacité et sa sécurité.
Le but de cette étude était de comparer en situation curative l'efficacité et la morbi-mortalité du DBP par CPRE *versus* ACB et de comparer l'impact de ces deux techniques sur la morbi-mortalité chirurgicale et les résultats oncologiques après DPC pour tumeur de la tête du pancréas.

Patients et Méthodes : Tous les patients avec indication de DBP pour OBDT entre 2015 et 2022 dans 9 centres experts ont été inclus dans cette étude. Le succès technique et clinique, les complications post-drainage et chirurgicales, la survie globale et sans récidive ont été analysés.

Résultats : Parmi 156 patients, 128 ont bénéficié en première intention d'une CPRE et 28 d'une ACB. Le succès technique et clinique étaient atteints dans respectivement 83,5% et 70,2% pour les CPRE contre 100% et 89,3% pour les ACB ($p<0.05$). Le taux de complication global du DBP était de 40% après CPRE contre 17,9% après ACB ($p = 0.25$). Le délai médian entre le DBP et la DPC était significativement plus court après ACB (21 jours contre 43 jours après CPRE, $p = 0.003$). Le taux de complication chirurgicale après DPC était significativement plus important après CPRE ($p=0.02$).
Le parcours de soin (DPB et DPC) était significativement plus morbide en cas de drainage par CPRE ($p = 0.04$). Aucune différence n'a été démontrée concernant la survie globale et la survie sans récidive. Il n'y avait pas de différence sur le taux de résection complète et le stade TNM.

Conclusion : L'anastomose cholédoco-bulbaire est plus efficace et plus sûre que la CPRE pour le DBP en situation curative. Elle peut être proposée en première intention sans entraîner plus de complications postopératoires après DPC et sans compromettre les résultats oncologiques. Ces résultats doivent être confirmés par une étude contrôlée randomisée.

C.068 PLÉNIÈRE

Quelle différence de résultats entre la dissection des larges lésions coliques et rectales ? Cohorte française multicentrique prospective sur 3 957 procédures (FECCO)

J. Jacques [1], T. Wallenhorst [2], S. Leblanc [3], A. Berger [4], M. Schaefer [5], T. Degand [6], E. Chabrun [7], B. Brieau [8], G. Rahmi [9], Y. Le Baleur [9], F. Corre [9], R. Legros [1], J. Albouys [1], M. Dahan [1], H. Lepetit [1], P. Leclercq [10], J. Rivory [3], C. Yzet [11], M. Figueiredo Ferreira [12], J.B. Zeevaert [10], V. Lepilliez [3], J.B. Danset [9], S. Chaussade [9], M. Barret [9], A. Belle [9], J.B. Chevaux [5], T. Lambin [13], G. Perrod [9], F. Rostain [3], M. Pioche [3]

(1) Limoges ; (2) Rennes ; (3) Lyon ; (4) Bordeaux ; (5) Nancy ; (6) Dijon ; (7) Angers ; (8) Nantes ; (9) Paris ; (10) Liège, BELGIQUE ; (11) Amiens ; (12) Bruxelles, BELGIQUE ; (13) Lille.

Introduction : La dissection sous muqueuse constitue le gold standard comme traitement des larges lésions colorectales superficielles en Asie. Dans les pays occidetaux, elle peine à s'installer comme traitement de référence en raison de sa technicité. La france, après avoir publié il y a 10 ans des résultats inquiétants quant à la possibilité de développement de cette technique dans notre pays a mise en place des programmes de formation efficace permettant une large offre territoriale. Malgré des résultats probants rapportés par des centres experts, un débat exise encore quant à la faisabilité de la dissection colique par rapport à la dissection rectale en raison de la plus grande difficulté technique et du risque de complication supérieur dans cette localisation. Le but de cette étude était d'analyser 3 ans après la création du resgitre prospectif FECCO (french ESD colorectal cohort) les résultats de cette technique en s'interessant particulièrement à la différence des résultats dans le rectum et dans le colon.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une cohorte prospective ayant inclus l'ensemble des dissections colorectales réalisées dans 12 centres français et dans un centre belge entre septembre 2019 et septembre 2022.

Les objectifs de cette étude étaient de comparer les résultats des lésions coliques et rectales traitées par ESD en terme de résection En bloc, R0, curative, de taux de perforation et de taux d'hémorragie secondaire et en terme de chirurgie secondaire.

Résultats : Entre Septembre 2019 et Septembre 2022 3947 ESD colorectales ont été réalisées dans les 13 centres par 35 opérateurs. L'âge moyen des patients étaient de 68 ans, il s'agissait dans 65% des cas de LST granulaires. La taille moyenne des lésions étaient de 54 mm. Les lésions étaient de localisation colique dans 62% des cas. La durée moyenne de procédure était de 73 min et la vitesse moyenne de procédure était de 34 mm2/min. Les taux de résection monobloc, R0, curatif étaient respectivement de 95%, 88% et 84%

Si l'on compare les lésions rectales et coliques:

-les lésions rectales étaient significativement plus grosses: (60 mm *vs* 50 mm, p < 0.0001)

-la durée de procédure était plus longue dans le rectum que dans le colon (84 *vs* 64 min; p < 0.0001) mais la vitesse de procédure était significativement supérieure dans le rectum (36 mm2/min *vs* 32 mm2/min).

-le taux de résection monobloc était supérieur dans le rectum: 96% *vs* 94%, p=0.041

-il n'existait pas de différence en terme de résection R0: 88,3% *vs* 87%, p=0.231 ;

-la résection était significativement plus fréquemment curative dans le colon: 85.6% *vs* 81.3%, p = 0.003

-il existait plus de perforatin per procédure dans le colon:10.6% *vs* 7.1%, p=0.002

-il existait plus de saignement post geste clinqiuement significatif dans le rectum: 4.5% *vs* 6.8%, p=0.003

-il n'existait pas de différence en terme de chirurgie secondaire: 7.2% *vs* 6.2%, p=0.231

-la durée d'hospitalisation était signifcativement plus longue pour les lésions coliques: 1.8 *vs* 1.5 jours, p< 0.001

Discussion : Cette étude prospective incluant près de 4000 lésions en 3 ans est de loin la plus large étude publiée sur les résultats de la dissection sous-muqueuse colorectale. Elle confirme à une échelle nationale les résultats de l'essai randomisé RESECT COLON. Elle confirme le peu de différence cliniquement pertinente entre les localisations rectales et colique une fois que la technique est maitrisée.

Ses forces essentielles sont le nombre de lésions (proche de 4000), le nombre de centres (13 centres) et le nombre d'opérateurs (35) ce qui en fait une étude unique dans la littérature à l'heure actuelle.

Sa limite principale vient du fait que 2/3 des résection ont été réalisées dans les 4 centres à plus haut volume pratiquant la dissection sous muqueuse pour toutes les lésions superficielles de plus de 20 mm. Effectivement, les centres à moins haut volumes proposent encore la mucosectomie piece-meal pour des lésions d'allure béningne ou en cas de lésions potentiellement techniquement difficiles dont l'inclusion aurait pu influencer les résultats.

Cette étude confirme toutefois l'excellence française en terme de résection endoscopique des larges lésions colorectales superfciielles et incite à poursuivre les programmes de formation mises en place pour réduire l'impact des récidives post mucosectomie piece-meal et diminuer la chirurgie en première intention des larges polypes bénins.

Conclusion : Les résultats de la dissection colorectale en France sont confirmés à grande échelle et les différences entre les lésions rectales et coliques sont négligeables poussant à utiliser l'ESD en première intention pour le traitement des lésions colorectales superficielles de plus de 2 cm.

Comment faire le diagnostic de cirrhose chez les patients avec une NAFLD en utilisant les tests disponibles en pratique clinique ?

J. Boursier [1], M. Roux [1], C. Costentin [2], J. Chaigneau [1], C. Fournier [3], A. Tylesinski [4], C. Canivet [1], S. Michalak [1], B. Le Bail [5], V. Paradis [6], P. Bedossa [6], N. Sturm [2], V. de Lédinghen [5], P. Newsome [7]

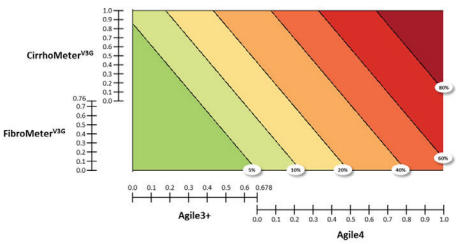
(1) Angers ; (2) Grenoble ; (3) Paris ; (4) Londres, ANGLETERRE ; (5) Bordeaux ; (6) Clichy-la-Garenne ; (7) Birmingham, ANGLETERRE.

Introduction : Contrairement à la fibrose hépatique avancée, les règles pratiques pour le diagnostic non-invasif précoce de la cirrhose dans la NAFLD ne sont pas encore bien définies. Notre objectif était de développer et valider une méthode de diagnostic de la cirrhose dans la NAFLD en utilisant les meilleurs tests non invasifs actuellement disponibles.

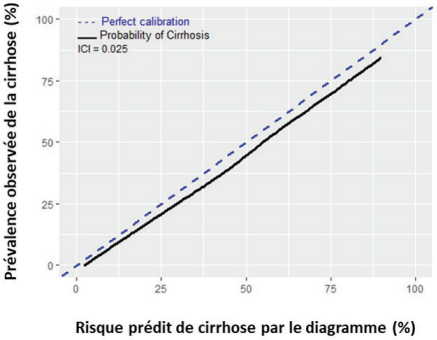
Patients et Méthodes : 1 568 patients avec une NAFLD et une biopsie hépatique provenant de quatre cohortes indépendantes ont été répartis dans un groupe de dérivation (n=872) et un groupe de validation (n=696 ; étude de phase 3 selon les recommandations TRIPOD). Tous les patients avaient 6 tests non-invasifs de fibrose disponibles : FIB4, FibroMètreV3G, CirrhoMètreV3G, Fibroscan, Agile3+ et Agile4. Ces tests avaient des caractéristiques différentes : tests sanguins ou tests utilisant l'élastométrie hépatique ; tests développés pour le diagnostic de fibrose avancée ou pour celui de cirrhose. La référence de l'étude était le diagnostic de cirrhose sur la biopsie hépatique.

Résultats : La prévalence de la cirrhose dans le groupe de dérivation était de 14%, et de 10% dans le groupe de validation. Les tests non-invasifs ne permettaient pas d'affirmer seuls la cirrhose avec une bonne performance (valeur prédictive positive : 30-60%). Un algorithme séquentiel, utilisant d'abord les tests Agile3+ et Agile4 basés sur l'élastométrie, puis les tests sanguins spécialisés FibroMètreV3G et CirrhoMètreV3G, a été développé dans le groupe de dérivation. Cet algorithme séquentiel utilisait les tests de fibrose dans le même ordre que celui des récentes recommandations de l'EASL et stratifiait les patients en 4 diagnostics : « F0-2 », « zone d'incertitude », « F34 », « F4 ». Dans le groupe de validation, le diagnostic de l'algorithme était correct dans 86% des cas (pour les 14% de patients mal classés, l'écart n'était que d'un stade de fibrose dans 88% des cas), seulement 20% des patients étaient dans la zone d'incertitude, et 71% des patients diagnostiqués « F4 » avaient effectivement une cirrhose histologique. Un diagramme de risque permettant d'estimer la probabilité individuelle de cirrhose a également été développé dans le groupe de dérivation (Figure A). La calibration du risque prédit dans le groupe de validation était excellente : l'indice de calibration intégré était de 0,025, et la différence moyenne avec la prédiction parfaite était seulement de -2,9% (extrêmes : -5% ; -2% ; Figure B). L'analyse morphométrique mesurant l'aide de fibrose sur la biopsie hépatique confirmait que les deux approches (algorithme séquentiel, diagramme de risque) stratifiaient les patients en sous-groupes présentant des quantités significativement différentes de fibrose hépatique.

A. Diagramme de risque développé dans le groupe de dérivation



B. Calibration du risque prédit dans le groupe de validation



Conclusion : Les nouveaux outils que nous avons développés améliorent le diagnostic individuel précoce de la cirrhose chez les patients NAFLD.

Efficacité et tolérance d'un traitement d'induction par upadacitinib chez des patients atteints d'une maladie de Crohn modérée à sévère en échec de biothérapies : résultats de l'étude de phase III randomisée U-EXCEED

L. Peyrin-Biroulet [1], J.F. Colombel [2], J. Panes [3], A. Lacerda [4], G. D'Haens [5], R. Panaccione [6], W. Reinisch [7], E. Louis [8], C. Minhu [9], H. Nakase [10], S. Greenbloom [11], G.Y. Sanchez [4], F.M. Mohamed-Eslam [4], Q. Zhou [4], E.J. Loftus [12], D. George [13], R. Susan [4]

(1) Vandœuvre-lès-Nancy ; (2) New York, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (3) Barcelone, ESPAGNE ; (4) Chicago, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (5) Amsterdam, PAYS-BAS ; (6) Calgary, CANADA ; (7) Vienne, AUTRICHE ; (8) Liège, BELGIQUE ; (9) Canton, CHINE ; (10) Sapporo, JAPON ; (11) Toronto, CANADA ; (12) Rochester, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (13) Tyler, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE.

Introduction : l'upadacitinib (UPA) est une petite molécule administrée par voie orale, élaborée pour présenter une sélectivité plus importante pour JAK1 que pour JAK2, JAK3 et la tyrosine kinase 2. Nous décrivons ici les résultats de l'étude de phase III U-EXCEED (NCT03345836), en double aveugle, contrôlée *versus* placebo (PBO) qui visait à évaluer l'efficacité et la tolérance d'une dose de 45 mg d'UPA (UPA45) administrée une fois par jour en traitement d'induction de la maladie de Crohn (MC) chez des patients en échec de biothérapies antérieures.

Patients et Méthodes : les patients éligibles étaient atteints d'une MC modérée à sévère, définie par une fréquence quotidienne moyenne (moy) des selles (FS) ≥ 4 et/ou un score de douleurs abdominales (DA) ≥ 2, avec un score endoscopique simplifié (SES-CD, Simple Endoscopic Score for CD) ≥ 6 (≥ 4 en cas d'iléite isolée), ainsi qu'une réponse inadéquate ou une intolérance au traitement biologique. Les patients ont reçu l'UPA45 ou un PBO (2/1) pendant 12 semaines (sem). Les patients sous corticothérapie à l'inclusion commençaient à réduire les doses de corticoïdes à la sem 4. Les co-critères principaux, rémission clinique (RC, selon les critères américains [CDAI < 150] ou européens [FS quot moy ≤ 2,8 et score de DA ≤ 1,0 sans augmentation par rapport à l'inclusion [INC]) et réponse endoscopique (diminution du SES-CD > 50 % par rapport à l'INC [ou diminution ≥ 2 points par rapport à l'INC si le SES-CD = 4 à l'INC]), étaient évalués à la sem 12. La tolérance, ainsi que les critères cliniques et endoscopiques, étaient évalués jusqu'à la sem 12.

Résultats : : les caractéristiques et données démographiques à l'inclusion étaient similaires entre les groupes ; 60,8 % des patients (N = 495) étaient en échec d'au moins 2 biothérapies ; 34 % des patients étaient sous corticothérapie à l'INC. À la sem 12, les patients traités par UPA45 étaient significativement plus nombreux à atteindre les co-critères principaux par rapport à ceux sous PBO : RC (selon le CDAI, UPA45 38,9 % *vs* PBO 21,1 % ; selon les SF/DA, UPA45 39,8 % *vs* PBO 14,0 %) et réponse endoscopique (UPA45 34,6 % *vs* PBO 3,5 %) (Tableau 1). Le traitement par UPA45 a montré de meilleurs résultats que le PBO pour la plupart des critères secondaires hiérarchisés : RC selon les CDAI et FS/DA à la sem 4, RC sans corticoïdes (CT) selon les CDAI et FS/DA à la sem 12, toutes valeurs p < 0,0001 ; réponse clinique -100 (diminution de 100 points du CDAI aux sem 2 et 12 par rapport à l'INC) et rémission endoscopique à la sem 12 (p < 0,001, Tableau 1). Les EI les plus fréquents (≥ 5 % des patients) étaient les suivants : rhinopharyngite, céphalées et infection des voies respiratoires supérieures dans le groupe UPA45, et exacerbation de la MC, douleurs abdominales, arthralgie, douleur dorsale et anémie chez les patients sous PBO (Tableau 2). Des infections graves sont survenues chez respectivement 2,8 % et 1,8 % des patients des groupes UPA45 et PBO. Des cas de zona (1,5 %), infection opportuniste (0,6 %) et perforation gastro-intestinale (0,3 %) ont été observés dans le groupe UPA45 uniquement. Aucun cas de décès sous traitement, tumeur maligne, tuberculose, événement thrombotique ou cardiovasculaire confirmé par le comité d'adjudication n'a été signalé dans les groupes.

Tableau 1. Co-critères principaux et critères secondaires hiérarchisés

Critère d'évaluation	PBO (N = 171) % [IC à 95 %][a]	UPA 45 mg 1x/j (N = 324) % [IC à 95 %][a]	Différence *vs* PBO % [IC à 95 %][b]
Co-critères principaux			
Rémission clinique, sem 12			
Selon le critère CDAI[c]	21,1 [14,9, 27,2]	38,9 [33,6, 44,2]	17,9 [10,0, 25,8]**
Selon le critère FS/DA[c]	14,0 [8,8, 19,2]	39,8 [34,5, 45,1]	25,9 [18,7, 33,1]**
Réponse endoscopique[c] sem 12	3,5 [0,8, 6,3]	34,6 [29,4, 39,8]	31,2 [25,5, 37,0]**
Critères d'évaluation secondaires hiérarchisés			
Rémission clinique, sem 4			
Selon le critère CDAI[c]	17,7 [11,9, 23,4]	29,6 [24,7, 34,6]	12,1 [4,7, 19,5]*
Selon le critère FS/DA[c]	9,4 [5,0, 13,7]	32,4 [27,3, 37,5]	23,3 [16,6, 29,9]**
Rémission clinique sans corticoïdes, sem 12	N=60	N=108	
Selon le critère CDAI[d]	11,7 [3,5, 19,8]	34,3 [25,3, 43,2]	22,5 [11,1, 34,0]**
Selon le critère FS/DA[d]	6,7 [0,4, 13,0]	37,0 [27,9, 46,1]	30,2 [19,4, 41,0]**
Réponse clinique -100[e]			
Semaine 2	12,4 [7,4, 17,4]	33,2 [28,0, 38,3]	20,7 [13,7, 27,8]**
Semaine 12	27,5 [20,8, 34,2]	50,5 [45,1, 56,0]	22,8 [14,4, 31,2]**
Rémission endoscopique, sem 12	2,3 [0,1, 4,6]	19,1 [14,9, 23,4]	16,8 [12,0, 21,6]**

a. Rémission clinique selon le critère CDAI = CDAI < 150
b. Rémission clinique selon le critère FS/DA = FS quotidienne moyenne ≤ 2,8 ET score de DA quotidien moyen ≤ 1,0 et sans augmentation de ces deux paramètres par rapport à l'inclusion
c. Réponse endoscopique = diminution du SES-CD > 50 % par rapport à l'inclusion (ou en cas de SES-CD de 4 à l'inclusion, diminution d'au moins 2 points par rapport à l'inclusion), le score validé par la relecture centrale
d. Rémission clinique sans corticoïdes = arrêt de la corticothérapie et obtention d'une rémission clinique selon les critères CDAI ou FS/DA à la sem 12 chez les patients sous corticothérapie à l'inclusion
e. Réponse clinique RC-100 = diminution de ≥ 100 points du CDAI par rapport à l'inclusion
f. Rémission endoscopique = SES-CD ≤ 4, diminution d'au moins 2 par rapport à l'inclusion sans sous-score > 1 pour les variables individuelles, le score validé par la relecture centrale
La randomisation des patients était stratifiée selon l'utilisation d'une corticothérapie à l'inclusion, la sévérité endoscopique de la maladie (SES < 15 ou ≥ 15) et le nombre de biothérapies en échec. Tous les patients ont été inclus dans la population ITT.
g. Les résultats sont basés sur une imputation de la non-réponse prenant en compte l'imputation multiple pour traiter les données manquantes en raison de la COVID-19 (NRI-C). L'IC à 95 % pour le taux de réponse est le résultat de synthèse basé sur la distribution t de Student à partir de la procédure PROC MIANALYZE en cas de données manquantes à cause de la COVID-19 ou est basé sur l'approximation normale de la distribution binomiale en l'absence de données manquantes liées à la COVID-19.
h. L'IC à 95 % de la différence ajustée et la valeur *p* sont calculés à l'aide du test de Cochran-Mantel-Haenszel (CMH) ajusté sur les strates. L'UPA 45 a été comparé au PBO en appliquant le test CMH.
**p ≤ 0,0001 ou *p ≤ 0,001 *vs* PBO
Score quotidien moyen de douleurs abdominales, DA ; *Coronavirus disease 2019*, COVID-19 ; intervalle de confiance, IC ; *Crohn's Disease Activity Index* (indice d'activité de la maladie de Crohn), CDAI ; *Intention-to-Treat* (intention de traiter), ITT ; *Simple Endoscopic Score for CD* (score endoscopique simplifié pour la MC), SES-CD ; placebo, PBO ; une fois par jour, 1x/j ; fréquence des selles très molles/liquides, FS ; upadacitinib, UPA

Tableau 2. Événements indésirables apparus sous traitement au cours des 12 semaines.

Critère, N (%)	PBO (N = 171)	UPA 45 mg 1x/j (N = 324)
Vue d'ensemble des événements indésirables (EI) apparus sous traitement		
Tous EI	112 (65,5)	221 (68,2)
EI sévères	20 (11,7)	28 (8,6)
EI graves	17 (9,9)	30 (9,3)
EI possiblement liés au traitement à l'étude	39 (22,8)	112 (34,6)
EI ayant entraîné l'arrêt du médicament à l'étude	7 (4,1)	18 (5,6)
Décès, toutes causes confondues*	0	0
EI rapportés par ≥ 5 % des patients dans tout groupe de traitement		
Rhinopharyngite	5 (2,9)	23 (7,1)
Céphalée	9 (5,3)	20 (6,2)
Aggravation de la maladie de Crohn	23 (13,5)	19 (5,9)
Infection des voies respiratoires supérieures	5 (2,9)	17 (5,2)
Anémie	10 (5,8)	16 (4,9)
Douleur abdominale	12 (7,0)	10 (3,1)
Arthralgie	11 (6,4)	7 (2,2)
Douleur dorsale	11 (6,4)	4 (1,2)
EI d'intérêt particulier (EIIP)		
Infection grave	3 (1,8)	9 (2,8)
Infection opportuniste (sauf TB et zona)	0	2 (0,6)
Zona	0	5 (1,5)
Anémie[b]	11 (6,4)	22 (6,8)
Lymphopénie	2 (1,2)	6 (1,9)
Neutropénie	0	4 (1,2)
Élévation de la créatine kinase	4 (2,3)	9 (2,8)
Affection hépatique	6 (3,5)	8 (2,5)
Trouble rénal	0	2 (0,6)
Perforation gastro-intestinale confirmée par le comité d'adjudication	0	1 (0,3)

a. Un décès sans traitement, causé par un choc infectieux (UPA 45) est survenu 159 jours après la sortie prématurée de l'étude
b. EIIP d'anémie défini par une recherche CMQ, (Compagny MedDRA queries) incluant des termes préférentiels autres qu'« anémie ». Événement indésirable, EI ; tuberculose, TB

Conclusion : l'UPA45 s'est montré plus efficace que le PBO pour induire une rémission clinique, une réponse endoscopique et une rémission clinique sans CT pendant le traitement d'induction de patients atteints de MC modérée à sévère en échec d'un ou plusieurs traitements biologiques. L'UPA45 a été bien toléré, sans observation de nouveau risque, le profil de tolérance étant comparable à celui décrit lors des études précédentes sur l'UPA.

Remerciements, financements, autres :
AbbVie a financé cette étude et participé à l'élaboration du design de l'étude, à la recherche, à l'analyse, au recueil et à l'interprétation des données, à la révision et à la validation de la publication. Tous les auteurs ont eu accès aux données pertinentes et ont participé à la rédaction, la révision et la validation de cette publication. Les auteurs n'ont pas reçu d'honoraires ni de rétribution.
AbbVie et les auteurs remercient tous les investigateurs de l'étude et les patients qui y ont participé. Paulette Krishack, PhD, d'AbbVie Inc., a contribué à la rédaction de cette publication.

C.071 PLÉNIÈRE

Activité physique adaptée chez les patients atteints d'un cancer du pancréas à un stade avancé : résultats d'un essai national prospectif randomisé - étude GERCOR APACaP

C. Neuzillet [1], O. Bouché [2], C. Tournigand [3], B. Chibaudel [4], L. Bouguion [5], L. Bengrine [6], D. Lopez-Trabada-Ataz [7], M. Mabro [8], J.P. Metges [9], D. Pere-Verge [10], T. Conroy [11], A. Lièvre [12], M. Andre [13], F. Desseigne [10], F. Goldwasser [7], J. Henriques [14], A. Anota [10], P. Hammel [15]

(1) Saint-Cloud ; (2) Reims ; (3) Créteil ; (4) Levallois-Perret ; (5) La Roche-sur-Yon ; (6) Dijon ; (7) Paris ; (8) Suresnes ; (9) Brest ; (10) Lyon ; (11) Nancy ; (12) Rennes ; (13) Mont-de-Marsan ; (14) Besançon ; (15) Clichy-la-Garenne.

Introduction : Les effets de l'activité physique adaptée (APA) sur la qualité de vie liée à la santé (QVLS) chez les patients atteints d'adénocarcinome canalaire pancréatique (ADKP) avancé traités par chimiothérapie n'ont jamais été évalués de manière prospective.

Patients et Méthodes : Les patients atteints d'ADKP avancé et ayant un performance status ECOG (PS) 0-2 ont été randomisés 1:1 pour recevoir des soins habituels incluant une chimiothérapie de première ligne au choix de l'investigateur et un suivi nutritionnel (bras standard), ou ces mêmes soins plus un programme d'APA à domicile de 16 semaines (bras APA). Le programme APA consistait en des exercices personnalisés d'endurance et de renforcement musculaire, avec une supervision hebdomadaire à distance par un professionnel en APA, et des séances non supervisées avec un membre de la famille ou un ami (accompagnant APA). L'objectif principal était l'effet sur la QVLS à la semaine 16 (S16) évaluée par le questionnaire QLQ-C30 de l'EORTC, avec 3 dimensions cibles : l'état de santé global (GHS), le fonctionnement physique (PF) et la fatigue (FA), avec une erreur unilatérale de type I de 0,016 pour chaque dimension. L'analyse primaire de la QVLS a été réalisée chez les patients dont les scores à l'inclusion et à S16 étaient disponibles pour les 3 dimensions ciblées (mITT1). Les analyses secondaires des changements longitudinaux de QVLS par les méthodes du modèle mixte pour les mesures répétées (MMRM) et du temps jusqu'à la détérioration définitive (TUDD) ont inclus les patients avec des scores disponibles à l'inclusion et ≥1 questionnaire de suivi (mITT2). Les différences ≥5 points pour chaque score ont été considérées comme cliniquement significatives.

Résultats : 313 patients (âge médian : 64 ans ; hommes : 55 %, PS ECOG 0-1 : 93 % ; métastatiques : 77 % ; chimiothérapie par FOLFIRINOX : 78 %, à base de gemcitabine : 13%) ont été inclus de 11/2014 à 10/2020 (bras standard : n=157, bras APA : n=156). Dans la population mITT1 (n=172), les différences moyennes de QVLS à S16 ajustées par rapport à l'inclusion étaient de -0,98 (écart-type 23,87 ; p=0,39), -2,08 (écart-type 21,34 ; p=0,26) et 4,16 (écart-type 29,18 ; p=0,18) pour les scores GHS, PF et FA, respectivement, en faveur de l'APA. Dans la population mITT2 (n=259), l'APA a été associée à des améliorations significatives de 5 (GHS, PF, fonctionnement cognitif, fonctionnement social, perte d'appétit) et 8 (GHS, fonctionnement cognitif, fonctionnement émotionnel, fonctionnement social, insomnie, constipation, douleur, difficultés financières) dimensions de la QVLS selon les analyses MMRM et TUDD, respectivement. Une tendance en faveur de l'APA en termes de survie globale (HR 0,83, 95%CI 0,62-1,11, p=0,20), de survie sans progression (HR 0,86, 95%CI 0,66-1,11, p=0,25) et de taux de réponse objective (41,7% *vs* 30,6%, p=0,27) a également été observée.

Conclusion : L'APA en association avec les soins habituels permet d'améliorer plusieurs dimensions de la QVLS chez les patients atteints d'ADKP avancé recevant une chimiothérapie de première ligne. Elle devrait être recommandée en pratique courante chez ces patients.

Remerciements, financements, autres :
Numéro enregistrement ClinicalTrials : NCT02184663.
Financement : GERCOR avec le soutien de la fondation A.R.CA.D

C.072

Enquête de pratique SFED 2022 sur l'hygiène et les plateaux techniques

J.B. Chevaux [1], C. Dananché [2], J. Jézéquel [3], T. Degand [4], F. Durand [5], H. Boulestreau [6], J. Hajjar [7], M. Kaassis [8], J. Lizon [1], C. Barrué [9], D. Imbert [10], M. Mochet [2], C. Ray [11], A. Houdard [12], C. Lefort [13], A. Vienne [14], S. Koch [15], O. Gronier [16]

(1) Nancy ; (2) Lyon ; (3) Brest ; (4) Dijon ; (5) Limoges ; (6) Bordeaux ; (7) Pau ; (8) Cholet ; (9) Toulouse ; (10) Avignon ; (11) Gap ; (12) Toulon ; (13) Bayonne ; (14) Paris ; (15) Besançon ; (16) Strasbourg.

Introduction : En 2013, la SFED publiait des recommandations pour l'organisation et le fonctionnement d'un plateau technique en Endoscopie Digestive de type « Avis d'experts », fondées sur des enquêtes auprès des utilisateurs (personnel médical et non médical), des ingénieurs biomédicaux et des fabricants de matériel. Depuis, plusieurs textes réglementaires dont deux instructions de la Direction Générale de l'Offre de Soins ont été publiées et la pandémie à SARS-CoV-2 a modifié profondément et durablement nos pratiques

Matériels et Méthodes : L'objectif de l'enquête était de faire un état des lieux national des pratiques afin de proposer des recommandations actualisant celles de 2013.

Il s'agissait d'une enquête de pratique envoyée à tous les adhérents de la SFED contactés par newsletters. L'enquête était accessible via un questionnaire Google Forms et était composée de 68 items. Seule une réponse par centre d'endoscopie était acceptée. Le questionnaire était disponible du 7 juin 2022 au 11 juillet 2022.

Résultats : Soixante et onze centres ont répondu, avec une répartition homogène sur le territoire dont 41% de centres privés, 31% de centres hospitaliers non universitaires et 21% de centres universitaires. 42% des centres pratiquent de l'endoscopie de niveau de technicité 3 (échoendoscopie thérapeutique et/ou dissection sous muqueuse). Les plateaux techniques sont composés en moyenne de 2,8 salles (sans et avec anesthésie) pour un nombre d'actes moyens compris entre 2500 à 5000 par an. Le plateau d'endoscopie est organisé au sein d'un plateau indépendant, d'un bloc attenant à un bloc chirurgical et d'un bloc polyvalent chirurgical dans respectivement 42%, 38% et 32% des cas. Les salles sont dédiées exclusivement à l'activité d'endoscopie digestive dans 60% des cas. La superficie des salles polyvalentes et des salles d'endoscopie interventionnelle est similaire et comprise entre 16 et 25 m2. L'aide endoscopiste est seul en salle dans 56% des cas ; il s'agitd'IDE ou d'IBODE dans respectivement 85% et 25% des cas.
En moyenne, chaque centre possède 6 à 10 gastroscopes et 6 à 10 coloscopes. Dans 78% des cas, il existe un plan d'investissement toutefois seuls 38% des centres renouvellent leur parc au delà de 2000 actes ou de 5 ans. Un tiers ne réalisent pas de maintenance préventive. L'insufflation à CO2 est disponible dans 86% des centres.
Suite à la pandémie de SARS-CoV-2, 76% des endoscopistes envisagent de maintenir le port du masque chirurgical, 52% le port de surblouses ou de tabliers imperméables et 21% le port de protection oculaire. Hors pose de gastrostomie, 65% des équipes ne jugent pas utile de s'habiller en stérile pour les actes d'endoscopie.
Le secteur de traitement des endoscopes est situé dans 86% des cas au sein du plateau technique et dans 13% des cas au sein d'une unité centralisée. Ce traitement est effectué par un aide soignant (AS), un IDE ou un IBODE dans respectivement 85%, 31% et 6% des cas. Le stockage en enceintes (65%) est privilégié par rapport au stockage individuel de type ensachage (42%). Les trois quarts des centres assurent une permanence des soins avec comme aide endoscopiste un IDE, un IBODE, un interne ou un AS dans respectivement 57%, 32%, 11% et 7% des cas. Dans 21% des cas, seul un pré traitement est effectué avec attente jusqu'au lendemain matin. 85% et 95% des opérateurs sont à jour dans leurs formations de radioprotection respectivement patient et travailleur. Le port du dosimètre passif et opérationnel est effectif dans 85% et 58% des cas respectivement.
La check list HAS « sécurité du patient en endoscopie » est utilisée dans 93% des cas. 41% des équipes organisent des réunions de morbi-mortalité spécifiques à l'endoscopie.

Conclusion : Cette enquête souligne les disparités de pratiques au niveau national. La mise à jour des recommandations de 2013 paraît indispensable afin de permettre une harmonisation de celles-ci et garantir la qualité et la sécurité des soins pour les patients bénéficiant d'une endoscopie digestive.

C.073

Risque métastatique des carcinomes épidermoïdes superficiels de l'œsophage après résection endoscopique

A. Metaye [1], M. Pioche [2], V. Lepilliez [2], J. Jacques [3], T. Wallenhorst [4], S. Stephant [4], M. Schaefer [5], A. Pellat [1], F. Beuvon [1], S. Chaussade [1], E. Abou Ali [1], A. Belle [1], R. Coriat [1], M. Barret [1]

(1) Paris ; (2) Lyon ; (3) Limoges ; (4) Rennes ; (5) Nancy.

Introduction : La prise en charge des carcinomes épidermoïdes superficiels (T1) de l'œsophage repose sur la résection endoscopique, suivie, en cas de tumeur jugée à haut risque métastatique, d'une résection chirurgicale hautement morbide, d'une radiochimiothérapie contraignante et potentiellement morbide, ou d'une surveillance carcinologique. L'estimation du risque métastatique d'un carcinome épidermoïde superficiel de l'œsophage repose cependant sur des données hétérogènes, incluant des séries chirurgicales où certaines données histopronostiques manquent, ou des séries endoscopiques incluant une majorité de tumeurs à faible risque métastatique, et surtout des résections histologiquement incomplètes. L'objectif de notre travail était de préciser le risque métastatique des carcinomes épidermoïdes superficiels de l'œsophage après une résection endoscopique histologiquement complète, en fonction des facteurs de risque histologiques, afin d'aider à poser l'indication d'un éventuel traitement complémentaire.

Patients et Méthodes : Dans cette étude de cohorte rétrospective menée dans 6 centres tertiaires d'endoscopie digestive en France, nous avons suivi dans le temps 103 patients ayant bénéficié d'une résection endoscopique histologiquement complète par dissection sous-muqueuse pour carcinome épidermoïde de l'œsophage classé T1am3 (intramuqueux envahissant la musculaire muqueuse) et T1b (sous-muqueux). La durée de suivi minimale était de 2 ans en l'absence de chirurgie complémentaire ou de récidive tumorale précoce. Le critère de jugement principal était la survenue d'une récidive métastatique (ganglionnaire et/ou d'organe). Les facteurs histopronostiques étudiés étaient le degré de l'envahissement pariétal par la tumeur, le grade de différenciation tumorale, et la présence d'emboles lymphatiques et/ou vasculaires sur la pièce opératoire de résection endoscopique.

Résultats : Parmi 270 patients ayant été traités par dissection sous-muqueuse pour un carcinome épidermoïde de l'œsophage entre 2012 et 2020, 103 répondaient aux critères d'inclusion et d'exclusion et ont été analysés. Il s'agissait d'hommes dans 79% des cas (81/103), avec un âge moyen de 65,5 ans. La durée de suivi moyenne était de 45,4 mois. Parmi les 103 patients de l'étude, 19 (18%) ont présenté une récidive métastatique avec un délai médian de 14 mois après la résection endoscopique. Les facteurs histopronostiques associés à ce risque de récidive en analyse univariée étaient : un envahissement tumoral de la sous-muqueuse profonde (HR = 4,48 ; p = 0,020) ; une tumeur peu différenciée (HR = 3,42 ; p = 0,043) ; la présence d'emboles lymphatiques et/ou vasculaires (HR = 4,68 ; p = 0,0012) sur la pièce de résection endoscopique. Le risque métastatique d'une tumeur T1am3, T1b superficielle ou T1b profonde sans autre facteur histopronostique péjoratif était de 6% (2/32), 12,5% (1/8) et 14% (4/28), respectivement.

Conclusion : Notre travail confirme le taux significatif de métastases des carcinomes épidermoïdes superficiels T1am3 ou T1b de l'œsophage et le rôle de l'envahissement tumoral de la sous-muqueuse profonde, du grade de différenciation tumorale et de la présence d'emboles lymphovasculaires dans la prédiction de ce risque. Nos résultats suggèrent de recourir à un traitement complémentaire à la résection endoscopique aux patients présentant des tumeurs avec un envahissement tumoral de la sous-muqueuse profonde, la présence d'emboles lymphatiques et/ou vasculaires ou un faible grade de différenciation tumorale. Le risque métastatique des tumeurs T1am3 et T1bsm1 sans autre facteur histopronostique péjoratif associé approchant les 10% incite à considérer la possibilité d'un traitement complémentaire.

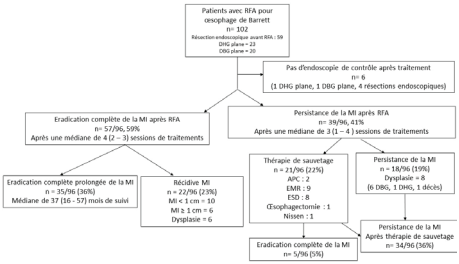
C.074

Facteurs prédictifs d'échec de l'ablation par radiofréquence dans le traitement de l'œsophage de Barrett dysplasique : étude rétrospective monocentrique

S. Weiss [(1)], A. Pellat [(1)], F. Corre [(1)], E. Abou Ali [(1)], A. Belle [(1)], B. Terris [(1)], M. Leconte [(1)], A. Dohan [(1)], S. Chaussade [(1)], R. Coriat [(1)], M. Barret [(1)]
(1) Paris.

Introduction : L'œsophage de Barrett est la lésion prénéoplasique de l'adénocarcinome de l'œsophage. La radiofréquence œsophagienne est le traitement endoscopique recommandé de l'œsophage de Barrett en dysplasie de haut grade plane, de l'œsophage de Barrett résiduel après résection endoscopique d'une lésion visible dysplasique et est discuté dans le traitement de l'œsophage de Barrett en dysplasie de bas grade. Beaucoup de données d'efficacité ont été rapportées. L'ablation par radiofréquence y est décrite comme permettant d'obtenir un taux de succès, défini par éradication complète de la métaplasie intestinale (CE-IM), d'environ 70-80%. Une étude française multicentrique a cependant fait apparaitre que des équipes françaises expertes ne reproduisaient pas les résultats publiés de l'efficacité de l'ablation par radiofréquence dans l'œsophage de Barrett en dysplasie de bas grade. Cependant, un seul autre travail à notre connaissance, a porté sur les facteurs prédictifs d'échec du traitement par radiofréquence.
Nous avons évalué rétrospectivement les résultats de la prise en charge par radiofréquence de l'œsophage de Barrett dysplasique dans un centre expert français, dans le but d'identifier des facteurs prédictifs d'échec du traitement.

Patients et Méthodes : Il s'agot d'une étude rétrospective monocentrique à partir d'une base de données collectée prospectivement de 2011 à 2020 incluant tous les patients consécutifs traités par radiofréquence œsophagienne à l'hôpital Cochin.
Le critère de jugement principal est le taux d'échec du traitement par radiofréquence œsophagienne, défini par la persistance d'une métaplasie intestinale du bas œsophage au terme de la prise en charge.
Les critères de jugement secondaires sont le taux de complications lié au traitement par radiofréquence, l'efficacité des traitements alternatifs utilisés en cas d'échec de la radiofréquence, le taux de récidive de la métaplasie intestinale et de la dysplasie après succès initial de l'éradication.



Résultats : Nous avons inclus 96 patients traités par radiofréquence œsophagienne pour un œsophage de Barrett dysplasique avec endoscopie de contrôle post traitement. Notre étude retrouve 59% de CE-IM et 79% d'éradication de la dysplasie (CE-D) soit un taux d'échec de 41%. Nous avons relevé 14% de sténose œsophagienne post procédure traitée ensuite par dilatation endoscopique. Les facteurs prédictifs d'échec mis en évidence en analyse univariée dans notre étude sont la longueur de l'œsophage de Barrett avec des longueurs circonférentielle et maximale respectivement en moyenne de 4 et de 5.5 centimètres dans le groupe ayant répondu à la radiofréquence contre 6 et 7.4 centimètres dans le groupe n'y ayant pas répondu.

Conclusion : Ainsi, en présence d'un œsophage de Barrett long, nos résultats permettent de rappeler le risque d'un échec prévisible de l'éradication de l'œsophage de Barrett par radiofréquence seule, et donc l'importance d'une résection endoscopique initiale (lorsqu'elle est indiquée) maximale pour limiter la surface à traiter secondairement par RFA, voire de résections endoscopiques secondaires dites de sauvetage afin d'obtenir l'éradication complète de la métaplasie intestinale.

C.075

Le programme français (SFED) de formation à la dissection sous-muqueuse pour remplir le curriculum ESGE : progression et corrélation entre les résultats sur modèles animaux et les premières procédures humaines

M. Pioche [1], R. Legros [2], J. Rivory [1], O. Gronier [3], T. Wallenhorst [4], J.B. Chevaux [5], C. Yzet [6], M. Schaefer [5], V. Lepilliez [1], J. Albouys [2], D. Sautereau [2], G. Rahmi [7], S. Leblanc [1], J.M. Gonzalez [8], E. Coron [9], T. Lambin [10], J.B. Zeevaert [11], S. Chaussade [7], T. Ponchon [1], J. Jacques [2]

(1) Lyon ; (2) Limoges ; (3) Strasbourg ; (4) Rennes ; (5) Nancy ; (6) Amiens ; (7) Paris ; (8) Marseille ; (9) Genève, SUISSE ; (10) Lille ; (11) Liège, BELGIQUE.

Introduction : L'European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) recommande la dissection sous-muqueuse endoscopique comme technique de référence pour la majorité des lésions néoplasiques digestives afin de viser une résection R0 de qualité carcinologique. Cependant, cette technique est difficile et risquée, et sa formation est associée à une longue courbe d'apprentissage. Afin de soutenir cette formation, l'ESGE a proposé un cursus en plusieurs étapes pour acquérir une compétence afin de diminuer la morbidité des premières procédures chez l'homme. Afin de répondre de manière optimale à ce programme, la Société Française d'Endoscopie Digestive (SFED) a organisé un cours national de formation à l'ESD, avec une étude prospective évaluant les progrès des stagiaires dans les modèles animaux et dans leurs premières procédures chez l'homme.

Matériels et Méthodes : Nous avons conçu un programme de formation qui correspond point par point au programme de l'ESGE : sélection des personnes, enseignement théorique, formation pratique et supervision des premières procédures humaines. Une évaluation initiale a été faite sur les connaissances théoriques et les compétences pratiques (score d'habileté et 8 ateliers: marquage, injection, incision, trimming, tunnelling, traction, skill box, procédure complète), puis les stagiaires sélectionnés ont suivi un entrainement d'une semaine sur les animaux avec décomposition de la procédure en étapes clefs. À la fin de cette semaine, ils ont été évalués par un post test. Après cette semaine pré-clinique, les étudiants devaient remplir prospectivement une base de données, afin d'enregistrer tous les cas consécutifs réalisés sous supervision et en autonomie ainsi que les résultats de ces procédures (R0, complications).

Résultats : Seize participants ont été sélectionnés (motivation, volume du centre, tuteur). . L'évaluation des connaissances théoriques était de 38,3 (+/- 5,1) / 50 avant la formation et de 40,9 (+/- 4,3)/50 après (p = 0,03). L'évaluation des compétences pratiques avant la formation était de 51,9 (+/- 12,6) /100 contre 70,4 (+/- 9,1) /100 après la formation (p < 0,001). Le score d'habileté OSATS était significativement augmenté par la formation de 5.9 à 8,3/10. Dans le détail des items évalués, il y avait une amélioration significative pour l'injection, le score d'habileté, la dissection complète, le marquage et la traction. Durant l'année suivante, les 16 apprenants ont réalisés 23,4 procédures en moyenne chez l'homme dont 13,4 en moyenne sans intervention du superviseur présent dans la salle dans 73% des cas. Seuls 6 participants ont dépassé 15 procédures faites entièrement par eux même. Parmi l'ensemble de ces procédures, 92.2% des résections étaient en bloc et 83.6% R0. Pour les procédures faites sans le superviseur, le taux de R0 atteignait 87.5% en moyenne. Les perforations étaient fréquentes avec 9% et 1.4% de chirurgie pour complication. Une traction était utilisée dans 75% des cas. Les résultats aux tests simulés étaient corrélés aux résultats de R0 et de perforation chez l'homme, en particulier pour la somme des scores obtenus sur les ateliers du post test et le score d'habileté. Les participants qui dépassaient le seuil de 75 au score avaient 89% de chance d'atteindre le seuil de 80% de résections R0. Pour les perforations, un score > 75 était associé avec 45% de participants ayant moins de 5% de perforations.

Conclusion : Malgré la sélection des participants, un enseignement théorique et pratique dédié par des experts du sujets et un tutorat d'un an après la formation, le nombre d'étudiants réalisant plus de 15 procédures humaines par eux mêmes est faible (37.5%). Il semble donc important que le centre tuteur ait un volume important de cas et la possibilité de donner la main régulièrement à l'apprenant. La proportion d'étudiants atteignant les critères de qualité de 85% de R0 et 3% de perforation reste très faible (<15%). Malgré cela, le taux de R0 était très élevé montrant que d'emblée la qualité de résection est élevée sous supervision mais avec un taux de perforation > 5% pour la plupart des apprenants. Un tutorat plus long ou des séances d'entraînement simulés plus fréquentes seront étudiés lors des prochaines éditions.

Remerciements, financements, autres :
remerciements à la SFED pour le soutien de cette formation

C.076

Suivi après résection endoscopique d'un cancer gastrique superficiel dans 3 centres de référence français

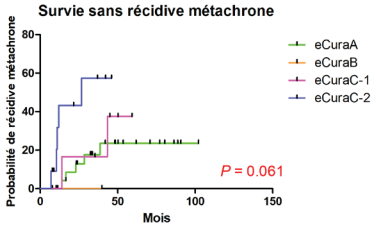
B. de Rauglaudre [1], M. Pioche [2], F. Caillol [1], J.P. Ratone [1], A. Pellat [3], R. Coriat [3], J. Rivory [2], T. Lambin [2], L. Dahan [1], M. Giovannini [1], M. Barret [3]

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

Introduction : La résection endoscopique est la modalité de stadification et de traitement recommandée pour le cancer gastrique superficiel. Cependant, en Europe, du fait d'études principalement asiatiques, on manque de données sur les résultats du traitement à long terme et sur l'apparition de cancers gastriques métachrones.

Patients et Méthodes : Une résection endoscopique pour un cancer gastrique superficiel a été réalisée, entre janvier 2010 et octobre 2020, chez 108 patients dans 3 centres de référence français. Les résections ont été classées, eCuraA, B, C-1 ou C-2, selon les nouvelles directives japonaises de traitement du cancer gastrique (1) et les directives européennes (2). Une résection était considérée comme eCuraA, en cas de résection en bloc avec des marges horizontales et verticales négatives et sans invasion lymphovasculaire (IVL), pour des lésions :
- <2 cm de diamètre, de type différencié prédominant, pT1a, et non ulcérée.
- ≥2 cm de diamètre, de type différencié prédominant, pT1a, et non ulcérée ;
- <3 cm, type différencié prédominant, pT1a, et ulcéré ;
- <2 cm, type indifférencié prédominant, pT1a, et non ulcéré ;

ECuraB en cas de résection en bloc avec des marges horizontales et verticales négatives, sans invasion lymphovasculaire (IVL), pour des lésions <3 cm, de type différencié prédominant, pT1b ≤ 500 µm (SM1) et non ulcérée. ECuraC-1 pour des lésions de type différencié, remplissant les autres critères pour être classées dans eCuraA ou eCuraB, mais n'ayant pas été réséquées en bloc ou qui présentaient des marges horizontales positives (R1).
ECuraC-2 pour toutes les autres lésions.
Les patients n'ayant pas bénéficié d'une chirurgie secondaire et qui disposaient de données de suivi après 6 mois ont été inclus dans l'analyse. Le critère d'évaluation principal était le taux de récidive métachrone. Les critères secondaires comprenaient le taux de récidive métastatique, la survie sans récidive métachrone, les décès liés au cancer gastrique et les taux d'événements indésirables.



Résultats : Cent huit patients ont eu une résection endoscopique pour un cancer gastrique superficiel. Une intervention chirurgicale a été réalisée chez 32 patients après la résection endoscopique. Quarante-cinq patients ont eu un suivi ≥ 6 mois : 27 avaient une résection eCuraA, 1 avait une résection eCuraB, 6 avaient une résection eCuraC-1, et 11 avaient une résection eCuraC-2. Au cours d'un suivi médian de 29,4 mois, une récidive métachrone a été observée chez 12 patients (12/45 ; 26,7 %) après une période médiane de 15,43 mois (intervalle 7.0-44.0). Les récidives métachrones ont été observée après une résection initiale R0 chez 11/12 patients et en – bloc chez 10/12 patients. Elles ont été diagnostiquées chez 18,5% des résections eCuraA, 0% des résections eCuraB, 33,3% des résections eCura C-1 et 45,5% des résections eCura C-2, sans différence statistiquement significatives entre les sous-groupe (p = 0,061). Figure 1. Une récidive métastatique a été observée chez 3 patients (3/45, 6,7 %), après une période médiane de 28,9 mois (intervalle 7,5 - 28,9). Les récidives métastatiques ont été diagnostiquées après une résection eCuraA (1/3) et eCuraC-2 (2/3). La morbidité et la mortalité au 30e jour suivant la résection endoscopique étaient respectivement de 2,8 % (3/108) et 0,9 % (1/108).

Conclusion : Le taux de récidive métachrone après résection endoscopique d'un cancer gastrique superficiel était très élevé, même après une résection considérée comme curative. Une surveillance endoscopique étroite est nécessaire pour diagnostiquer et traiter le cancer gastrique métachrone.

C.077

Observatoire français des adénomes duodénaux sporadiques : caractérisation et résultats de la résection par mucosectomie endoscopique. Étude du GRAPHE "MUCODUO"

R. Mairin [1], V. Lepilliez [2], J. Jacques [3], R. Legros [3], E. Coron [4], S. Chaussade [5], G. Vanbiervliet [6], E. Chabrun [7], J. Branche [8], J.M. Canard [5], B. Napoléon [2], M. Wangermez [9], S. Leblanc [2], H. Lepetit [3], J. Privat [10], D. Karsenti [5], J.B. Chevaux [11], J. Lévy [12], M. Pioche [2], P. Pouderoux [13], O. Gronier [14], A. Laquière [1], L. Heyries [1], L. Caillo [13], L. Diez [15], A. Berger [16], F. Cholet [17], E. Cesbron-Métivier [7], P. Grandval [1], J. Winkler [1]

(1) Marseille ; (2) Lyon ; (3) Limoges ; (4) Genève, SUISSE ; (5) Paris ; (6) Nice ; (7) Angers ; (8) Lille ; (9) Poitiers ; (10) Vichy ; (11) Nancy ; (12) Cornebarrieu ; (13) Nîmes ; (14) Strasbourg ; (15) Monaco, MONACO ; (16) Bordeaux ; (17) Brest.

Introduction : Les adénomes duodénaux survenant en dehors de la polypose familiale adénomateuse, sont rares. Leur résection est justifiée devant le risque de transformation maligne et la technique de mucosectomie au cours d'une endoscopie digestive haute est recommandée. Cependant, cette technique, bien que moins morbide qu'une chirurgie, est réputée à risque de complications et associée à des taux de récidive à un an plus importants que ceux observés dans la résection des adénomes coliques. Devant l'absence de données prospectives publiées, cette étude multicentrique française, réalisée en centres experts, avait pour objectif d'étudier le taux de récidive à 2 ans et les complications apres mucosectomie duodénale.

Patients et Méthodes : Il s'agissait d'une étude prospective multicentrique réalisée dans 21 centres experts français. Les modalités de la mucosectomie avaient été validées par le GRAPHE (Groupe de Recherche et d'Action des Praticiens Hépato-gastroentérologues en Endoscopie digestive) afin que les procédures soient standardisées. Les adénomes sporadiques de plus de 5 mm étaient inclus. Les patients bénéficiaient d'un contrôle endoscopique à M3, M12 et M24 et d'un éventuel traitement endoscopique complémentaire.

Résultats : De 2017 à 2018, 124 patients ont été inclus (taille moyenne des adénomes 21,11mm (5-65mm)). La résection était réalisée en monobloc dans 47,2% des cas et 79,3% des résections monobloc étaient en marges latérales et profondes saines. A 3 mois, 25,4% (IC 95% 14,9 – 37,3%) des patients avaient un résidu adénomateux qui était traité par endoscopie. A 12 mois, 13,4% (IC95% 6 – 22,4) avaient une récidive, également traitée par endoscopie. Le taux de récidive à 24 mois était de 11,9% (IC 95% 4,5-20,9) chez les 80 patients évalués. La résection initiale R1 était le seul facteur de risque de récidive à 24 mois (p=0,03). Le taux de complications global était de 7,2% et était associé à la taille de la lésion (p=0,02).

Conclusion : Cette étude prospective démontre pour la première fois que dans des conditions standardisées, en centre expert, la mucosectomie duodénale est une technique fiable et efficace pour le traitement de l'adénome duodénal sporadique avec cependant un taux de récidive à 2 ans de 12% nécessitant une poursuite du suivi endoscopique.

Remerciements, financements, autres : Etude realisée grace à un financement de COOK Medical.

C.078

Expansion de l'endoscopie interventionnelle et raccourcissement des séjours hospitaliers : évaluation de l'endoscopie gastro-intestinale de 2008 à 2018 en France

H.P. Toudic [1], L. Quénéhervé [1], M. Morvan [1], J.B. Nousbaum [1], S. Chaussade [2], O. Gronier [3], S. Koch , D. Bernardini [4], M. Robaszkiewicz [1]

(1) Brest ; (2) Paris ; (3) Strasbourg ; (4) Aubagne.

Introduction : Le spectre de l'endoscopie digestive s'est récemment élargi avec le développement de l'endoscopie ambulatoire, d'une part, et de l'endoscopie interventionnelle, d'autre part. Une évaluation précise de l'évolution des volumes d'endoscopie digestive est nécessaire pour identifier les tendances à long terme et pour aider à anticiper les besoins en formation, en infrastructure et en personnel. L'objectif principal de cette étude était d'évaluer l'évolution de l'endoscopie digestive en France.

Matériels et Méthodes : Cette étude rétrospective a consisté en une analyse transversale répétée chaque année de 2008 à 2018 à partir des données de la base nationale PMSI MCO. Tous les séjours hospitaliers présentant au moins un des 119 actes d'endoscopie digestive sélectionnés dans la CCAM ont été extraits. Les différentes procédures endoscopiques ont été divisées en cinq groupes : (1) endoscopie digestive haute et (2) basse, (3) écho-endoscopie, (4) endoscopie biliopancréatique et duodénale, et (5) endoscopie de l'intestin grêle.

Résultats : Les séjours hospitaliers incluant une procédure d'endoscopie digestive ont augmenté de 18,4% en 11 ans avec 1 862 580 séjours en 2008 contre 2 205 928 séjours en 2018. Une augmentation de 19,6 % des séjours hospitaliers incluant une endoscopie digestive basse a été observée (p<0,001) ; alors que l'endoscopie digestive basse diagnostique n'a augmenté que de 9,3 % (p<0,001), une augmentation de 39,3 % de la résection endoscopique des lésions coliques a été observée (p<0,001), dont une augmentation de 247 % de la mucosectomie rectocolique. De plus, l'écho-endoscopie et l'endoscopie biliopancréatique et duodénale ont connu les augmentations les plus importantes, de respectivement 63% et 70,2%. L'évolution était hétérogène sur le territoire français avec des disparités régionales. L'endoscopie digestive était majoritairement réalisée en établissement privé (71% en 2008 et 64% en 2018). L'augmentation du nombre de séjours hospitaliers était plus marquée dans les établissements publics (254 000) que dans les établissements privés (89 000) au cours de la période d'étude. Par ailleurs, une augmentation significative (13,4%) de l'endoscopie ambulatoire a été observée dans tous les groupes de procédures, avec une augmentation de 20,1 % pour l'endoscopie digestive haute, de 12,8 % pour l'endoscopie digestive basse, de 5,3 % pour l'écho-endoscopie, de 30,4 % pour l'endoscopie biliopancréatique et duodénale et enfin de 33,4 % pour l'endoscopie de l'intestin grêle. Une diminution de la durée moyenne de séjour de près d'un jour a été observée au cours de la période d'étude.

Conclusion : Cette étude montre la bonne dynamique de l'endoscopie digestive en France avec une augmentation soutenue sur 11 ans des actes d'endoscopie digestive et, en particulier, la progression de l'endoscopie thérapeutique digestive haute, basse et biliopancréatique, alors que les durées d'hospitalisation continuent à se raccourcir et que l'endoscopie ambulatoire prend une place de plus en plus importante.

C.079

Efficacité et sécurité de la sleeve gastroplastie endoscopique chez les patients obèses

T. Saleh [1], A. Aidibi [2], H. Alric [2], E. Perez [2], C. Cellier [2], G. Rahmi [2]
(1) Dubaï, EMIRATS ARABES UNIS ; (2) Paris.

Introduction : La sleeve gastroplastie endoscopique (SGE) ou endo sleeve est une technique récente mini-invasive qui consiste à réduire la capacité gastrique par un système de suture chez les patients obèses. L'objectif principal de l'étude était d'évaluer l'efficacité de la SGE et secondairement d'évaluer les éventuelles complications et de rechercher des facteurs prédictifs du succès thérapeutique.

Patients et Méthodes : Dans cette étude rétrospective bicentrique, tous les patients adressés après échec du traitement médical/nutritionnel et/ou refus d'un traitement chirurgical pour une SGE entre mai 2017 et juin 2022 ont été inclus.
Le dispositif utilisé était l'OverStitch (Apollo) et selon l'anatomie des patients, 3 à 5 sutures en U ont été réalisées.
Le critère de jugement principal était le pourcentage de perte de poids total (%TBWL) et le pourcentage de perte d'excès de poids (% EWL). Les critères de jugement secondaires étaient : la proportion de patients avec % EWL > 25% au cours du suivi, et le taux de complications.
Une analyse univariée a été faite pour les facteurs prédictifs du succès thérapeutique (défini par TBW >10 %) : l'âge, le nombre de sutures, le sexe et le type d'obésité.
Une valeur p < 0,05 a été considérée comme statistiquement significative.

Résultats : Au total, 176 patients ont été inclus pour l'analyse. L'âge médian était de 36 ans [18-65 ans] avec une prédominance féminine 136 F (77%). Le poids moyen initial était de 90,2 Kg avec un indice de masse corporelle (IMC) initial de 33,9 kg/m2.
Cent vingt-sept patients présentaient une obésité de type 1 et 49 patients de type 2.
Le TBWL moyen était de 14,82% [1,43-25,42%] et le pourcentage d'EWL était de 50,65.
La proportion de patients avec un % EWL > 25% était de 90,5%. Le suivi médian était de 3,8 mois [1-12 mois]. Le nombre de sutures moyen était 3,2 [2-6].
Le taux d'événements indésirables graves post-ESG était de 1,7% (3/176) : 2 patients présentant une douleur abdominale nécessitant une hospitalisation et 1 patient avec une hémorragie digestive haute traité endoscopiquement. Les effets indésirables mineurs comprenaient l'hématome de la paroi (n=6) et une diarrhée (n=2 patients). Aucun décès n'a été constaté.
En analyse univariée, aucun facteur de risque n'a été identifié.

Conclusion : La sleeve gastroplastie endoscopique est efficace et sure chez les patients obèses. Elle doit être combinée avec des mesures hygiéno-diététiques pour maintenir une perte du poids au long cours. Des essais prospectifs sont nécessaires pour confirmer son efficacité.

C.080

Caractérisation des patients souffrant d'un syndrome de l'intestin irritable qui sont hypersensibles à un test de provocation combinant la prise de nutriments et de lactulose

C. Melchior [1], J. Algera [2], E. Colomier [2], H. Törnblom [2], M. Simrén [2]
(1) Rouen ; (2) Göteborg, SUÈDE.

Introduction : Le Lactulose Nutrient Challenge Test (LNCT) ou test de provocation orale combinant la prise de nutriments et le lactulose (LeNeve et al AJG, 2013) a été développé pour évaluer l'hypersensibilité viscérale et la fermentation bactérienne dans le syndrome de l'intestin irritable (SII). Ce test est capable de discriminer les patients souffrant d'un SII des volontaires sains. Il a également été démontré que les symptômes et la production d'hydrogène et de méthane, mesurés au cours de ce test sont associés aux mécanismes physiopathologiques du SII (Algera et NGM, 2022). Ce test semble pertinent avec une utilité potentielle dans la prise en charge, notamment pour guider la prise en charge diététique des patients. Cependant, il n'existe pas de cut-off permettant d'identifier les patients hypersensibles ou non à ce test de provocation.
Dans cette étude les objectifs ont été de déterminer un cut-off pour l'hypersensibilité au LNCT et de caractériser les patients souffrant d'un SII qui sont hypersensibles au LNCT.

Patients et Méthodes : Les patients souffrant d'un SII et les volontaires sains ayant complété le LNCT entre 2010 et 2020 ont été inclus. Au cours du LNCT, 5 symptômes post prandiaux (la douleur abdominale, les flatulences, le ballonnement, l'inconfort abdominal et la distension abdominale) ont été évalués à l'aide d'échelle de Likert (de 0 à 20). Les symptômes étaient évalués au départ (0 min) et toutes les 15 minutes durant les 4 heures après l'ingestion combinées de 25g de lactulose et d'une boisson énergétique (400ml; 1.5Kcal/ml). Les gaz expirés (hydrogène et méthane) étaient analysés en parallèle afin d'évaluer la fermentation bactérienne.
Les sujets réalisaient également un temps de transit aux marqueurs radio-opaques, et un barostat rectal pour l'évaluation de la sensibilité rectale. Des questionnaires validés étaient utilisés pour évaluer la sévérité des symptômes gastro-intestinaux (GI) (GSRS-IBS), des symptômes somatiques (PHQ-15), de l'anxiété et de la dépression (HAD), et de l'anxiété liée aux symptômes GI (*Vs*I). L'aire sous la courbe (AUC) était calculée pour chaque symptôme et pour les échantillons d'air expirés pendant les 4 heures du test. Afin de définir un cut-off pour l'hypersensibilité, nous avons utilisés le 95ème percentile de la moyenne de l'AUC de 3 symptômes GI combinés chez les volontaires sains (la douleur abdominale, les flatulences et le ballonnement abdominal). L'inconfort abdominal et la distension n'ont pas été utilisé compte tenu de la présence de multicollinéarité entre les variables (r > 0.7).

Résultats : Nous avons inclus 227 patients souffrant d'un SII (72% femme, âge moyen 35.6 ± 11.9 ans) et 133 volontaires sains (64% femme, âge moyen 31.6 ± 11.0 ans). Parmi les patients souffrant d'un SII, 38% avaient un SII avec prédominance de diarrhée (SII-D), 29% un SII avec prédominance de constipation (SII-C) et 33% un SII mixte ou indéterminé (SII-nonCnonD). Dans notre cohorte, 77% des patients souffrant de SII était hypersensible au LNCT (c'est-à-dire l'AUC des 3 symptômes>588; 95ème percentile des volontaires sains). Ces patients étaient plus souvent des femmes et étaient caractérisés par des symptômes GI, somatique, anxieux, dépressifs et de l'anxiété liée aux symptômes GI plus sévères que les patients non hypersensibles. Ces patients avaient également un seuil de douleur rectal plus faible et une excrétion d'hydrogène plus importante (table). L'âge, l'IMC, le sous-type de SII et le temps de transit des marqueurs n'étaient pas associés à l'hypersensibilité au LNCT. En analyse multivariée, la sévérité des symptômes GI, le seuil de douleur abaissé et l'excrétion d'hydrogène plus élevée était indépendamment associés à l'hypersensibilité au LNCT dans le SII.

Table : Comparaison des patients souffrant d'un SII avec et sans hypersensibilité au test de provocation combinant la prise de nutriments et de lactulose

	Patients non hypersensibles LNCT (n=64)	Patients hypersensibles au LNCT (n=208)	p-value
Age, ans	36.0 [27.0–46.0]	31.0 [26.0–43.5]	0.15
Sexe féminin, %	63	75	0.05
IMC (kg/m²)	22.9 [20.7–25.6]	22.8 [21.1–25.1]	0.73
Sous-type de SII (C/D/nonCnonD), % (n=205)	30/35/35	29/38/33	0.92
Consistance de selles (BSF) (n=207)	4.3 [3.2–5.0]	4.3 [3.3–5.0]	0.98
Fréquence des selles (/jour) (n=207)	1.8 [1.1–2.8]	1.6 [1.2–2.4]	0.32
Sévérité des symptômes GI (GSRS-IBS) (n=270)	3.4 ± 0.2	3.9 ± 0.1	**<0.001**
Symptômes somatiques non-GI (PHQ12) (n=269)	6 [4–9]	8 [5–11]	**<0.01**
Détresse psychologique (HADS) (n=270)	10 [6–14]	13 [8–18]	**<0.01**
Anxiété liée aux symptôme GI (VSI) (n=269)	38 [24–52]	43 [31–56]	**0.01**
Seuil de douleur rectal (mmHg) (n=124)	30.0 [25.0–39.0]	24.0 [20.0–32.0]	**0.01**
Temps de transit (jours) (n=176)	1.1 [0.5–1.7]	1.2 [0.8–2.0]	0.28
LNCT (AUC)			
Hydrogène	5726 [3960–7790]	6720 [3795–10665]	0.12
Méthane	1403 [960–2936]	1763 [945–3311]	0.26

Les données sont présentées sous la forme de fréquence (%), moyenne ± déviation standard pour les données paramétriques et médianes [écart interquartile] pour les données non paramétriques. AUC: area under the curve, GI: gastro-intestinaux, GSRS: gastrointestinal symptom rating scale, HADS: hospital anxiety and depression scale, IMC: index de masse corporelle, LNCT: lactulose nutrient challenge test, PHQ: patient health questionnaire, SII: syndrome de l'intestin irritable, SII-C : SII avec prédominance de constipation, SII-D : SII avec prédominance de diarrhée, SII-nonCnonD : SII avec alternance de diarrhée et de constipation et SII indéterminé, VSI: visceral sensitivity index.

Conclusion : En utilisant un test de provocation combinant la prise de nutriments et de lactulose, nous avons défini un groupe de patients souffrant de SII qui sont hypersensible à la prise de nutriments et/ou la fermentation bactérienne. Ce groupe de patients a un plus grand impact des symptômes, mais également une hypersensibilité rectale et une production plus importante d'hydrogène. Ce test semble utile pour explorer les mécanismes physiopathologiques dans le SII, et son utilité pour prédire la réponse au traitement, devrait être exploré.

Remerciements, financements, autres :
L'UEG pour l'obtention de l'UEG research felloswhip 2020.

C.081

Projet « Le French Gut » : caractérisation du microbiote de 100 000 sujets vivants en France. Description des sujets ayant participé à la phase pilote

E. Lechatelier [(1)], S. Fromentin [(1)], N. Pons [(1)], M. Almeida [(1)], A.S. Alvarez [(1)], C. Connan [(1)], K. Valeille [(1)], C. Morabito [(1)], M. Gilles [(1)], S. Dime [(1)], B. Quinquis [(1)], M. Benallaoua [(2)], N. Barget [(2)], Z. Ben Abdesselam [(2)], H. Blottière [(1)], A. Cavezza [(1)], P. Veiga [(1)], F. Haimet [(1)], J.M. Sabaté [(2)], S.D. Ehrlich [(3)], J. Doré [(1)], R. Benamouzig [(2)], Groupe "Le French Gut" [(4)]

(1) Jouy-en-Josas ; (2) Bobigny ; (3) Londres, ANGLETERRE ; (4) France.

Introduction : Le déséquilibre du microbiote intestinal ou dysbiose est associé à la présence de certaines pathologies chroniques. Le relativement faible nombre d'échantillons analysés à ce jour et le caractère le plus souvent transversal des études disponibles empêchent de conclure sur un possible lien de causalité. Le projet prospectif « Le French Gut » a été développé pour caractériser l'hétérogénéité et la diversité du microbiote intestinal de 100 000 sujets résidants en France. Ce projet permettra d'évaluer le possible rôle du microbiote dans l'apparition ou l'évolution de certaines pathologies chroniques identifiées par le questionnaire initial et/ou l'analyse ultérieure des données du SNDS, en tenant compte des caractéristiques socio-démographiques et anthropométriques, du mode de vie et des habitudes alimentaires. La description de la population recrutée dans la phase pilote est rapportée ici pour la première fois avec une présentation plus détaillée des symptômes et pathologies digestives.

Matériels et Méthodes : Les volontaires de la phase pilote ont été recrutés via un portail internet (www.lefrenchgut.fr) avec, après information dédiée, un recueil du consentement éclairé puis d'un set minimal de données démographiques, cliniques et nutritionnelles. La prise d'antibiotiques et la réalisation d'une coloscopie entrainaient une exclusion temporaire (3 mois). Le remplissage complet du questionnaire permettait l'envoi d'un kit de recueil des selles développé pour cette étude. Après transmission des tubes d'échantillons reçus à l'hôpital Avicenne (AP-HP) vers la plateforme MGP INRAE, une étude métagénomique « shotgun » permettra d'établir le profil microbien de l'échantillon en décrivant la présence et l'abondance de chacun des plus de 10 millions de gènes microbiens intestinaux listés dans les catalogues. A partir de ces données, la présence et l'abondance des différents rangs taxonomiques du phylum jusqu'à l'espèce et la souche seront décrites. La richesse et la diversité du microbiote (gènes et espèces) seront aussi décrites. Les modules fonctionnels, correspondant à des voies métaboliques codées par les gènes détectés seront déterminés. Les méthodes statistiques utilisées seront des analyses descriptives, des analyses univariées et multivariées, supervisées ou non supervisées, ainsi que de modèles avec apprentissage (IA).

Résultats : 4379 volontaires ont été recrutés dans les 5 jours suivant l'ouverture du questionnaire en ligne. Les plus de 12 000 volontaires pré-inscrits seront recontactés pour participer à la phase principale dès la phase pilote achevée. Le temps de complétion du questionnaire de la phase pilote était de 18 min. Les volontaires étaient âgés de 49 ans avec une prédominance de femmes (60%), un IMC médian de 24 (25% en surpoids, 13% avec obésité dont 2% obésité morbide), nés en France (92%), nés à terme dans 93% des cas, prématurés dans 5% des cas (inconnu 2%), par voie basse dans 89% des cas et par césarienne dans 7% des cas (inconnu 4%). Le lieu de vie était déclaré urbain (56%) ou rural (23%) (non précisé 21%). Une consommation active de tabac était déclarée chez 16% et une consommation passée chez 24%. Une activité physique était réalisée plus de 3 fois par semaine par 57%. Le temps d'écran était supérieur à 4 h par jour pour 51%. La présence d'au moins une pathologie chronique était rapportée dans 26% des cas (hypertension artérielle et pathologie cardio-vasculaire 21%, pathologie digestive 17%, pathologie respiratoire 12%) et était associée à un stress perçu plus important (score PSS4). Une constipation était rapportée par 27% des femmes et 9% des

hommes et une diarrhée par 20% des volontaires (fréquence des selles et score de Bristol). La pathologie digestive la plus fréquemment rapportée était le SII (n=131) devant les MICI (n=60) et le reflux gastro-œsophagien (n=59).

Conclusion : La phase pilote de l'étude « Le French Gut » a été rapidement complétée et a permis de valider les outils développés démontrant ainsi la faisabilité du projet. La répartition « spontanée » des volontaires était de 3/4 de sujets sains et 1/4 de patients avec au moins une pathologie chronique dont 17% de pathologie digestive. Ce projet devrait permettre de préciser l'importance du microbiote dans l'évolution de ces pathologies et/ou de leur apparition grâce aux données du SNDS avec un suivi passif longitudinal prévu sur 20 ans. La mise en place de projets ancillaires adossés au projet principal permettra de combler des "gaps" de connaissance spécifiques sur les relations alimentation-microbiote-santé.

Remerciements, financements, autres : INRAE, AP-HP, INSERM, Agroparistech, CEA, Consortium Le French Gut.

C.082

Microbiote oral au cours de l'anorexie mentale : liens avec les troubles digestifs hauts

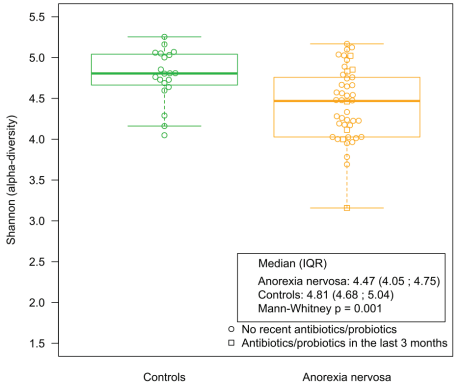
L. Vignal [(1)], R. de Lahondès [(2)], A. Gilibert [(1)], M.P. Tavolacci [(1)], E. Prifti [(2)], E. Formstecher [(2)], D. Ribet [(1)], M. Coeffier [(1)], P. Déchelotte [(1)]

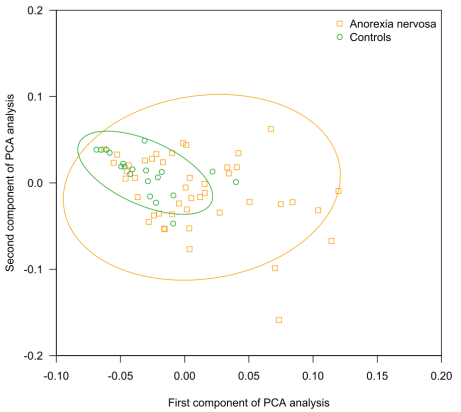
(1) Rouen ; (2) Paris.

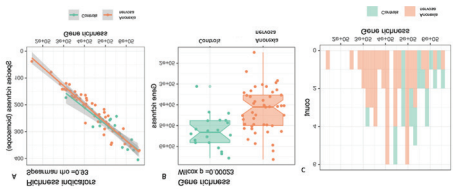
Introduction : Les patientes atteintes d'anorexie mentale (AN) présentent une dysbiose au niveau de leur microbiote intestinal ; elles sont fréquemment affectées de pathologies orales et de troubles digestifs hauts. Il n'existait jusqu'à présent pas d'étude du microbiote oral au cours de l'AN basée sur les méthodes de séquençage métagénomique complet.

Matériels et Méthodes : Un échantillon salivaire a été recueilli, à jeun, chez 46 patientes atteintes d'AN, restrictive pure (n=29) ou mixte (n=17) et 20 volontaires saines (contrôles), dont les symptômes digestifs ont été précisés avec le questionnaire Frequency Scale for the Symptoms of GERD (FSSG) et le score de Francis. L'IMC et le questionnaire EDI-2 ont été évalués. L'ADN du microbiote salivaire a été analysé par séquençage profond « Shotgun » puis les données de séquençage ont fait l'objet d'une analyse bioinformatique en référence à un catalogue des gènes et espèces du microbiote oral humain pour obtenir les profils d'abondances. L'analyse principale correspondait à une comparaison de médianes d'alpha-diversité (Shannon) entre le groupe AN et le groupe contrôle par un test de Mann-Whitney. Les analyses secondaires comportaient une comparaison des moyennes de Bray-Curtis, et des corrélations de Spearman. Des signatures écosystémiques discriminantes ont été recherchés via l'approche d'apprentissage supervisé interprétable Predomics.

Résultats : Le microbiote oral des patientes AN était significativement moins diversifié que celui des contrôles : indice de Shannon médian (intervalle inter-quartile [IQR]) des espèces bactériennes à 4,47 (4,05 ; 4,75) dans le groupe AN contre 4,81 (4,68 ; 5,04) chez les contrôles (p=0,001, Mann-Whitney). Le Bray-Curtis (distance, comprise entre 0 et 1, entre les microbiotes de deux sujets) moyen ± écart-type des espèces bactériennes entre toutes les paires de deux patientes AN (0,57 ± 0,11) était supérieur à celui entre les paires de patientes du groupe contrôle (0,55 ± 0,12, p=0,02). Dans le groupe des AN, les corrélations de Spearman entre le Shannon et les scores FSSG RGO (R=−0,04, IC95% : −0,35 à 0,29, p=0,83), FSSG dyspepsie (R=−0,25, IC95% : −0,52 à +0,07, p=0,12), EDI-2 (R=0,30, IC95% : −0,02 à +0,57, p=0,06), Francis (−0,26, IC95% : −0,55 à +0,10, p=0,14) n'étaient pas significatives. Le Shannon médian (Q1 ; Q3) n'était pas significativement différent (p=0,87) entre les AN mixtes (4,33, IQR : 4,03 à 4,79) et les AN restrictives pures (4,48, IQR : 4,19 à 4,66). L'analyse des modèles interprétables de Predomics a permis de dégager des éléments préliminaires sur une signature spécifique de la pathologie.







n=46 AN patients	Correlation with Shannon estimation (IC95%)	P
FSSG GERD	-0,04 (IC95 : -0,35 ; 0,29)	0,83
FSSG dyspepsia	-0,25 (IC95 : -0,52 ; 0,07)	0,12
Francis score	-0,26 (IC95 : -0,55 ; 0,10)	0,14
EDI-2 (global score)	0,30 (IC95 : -0,02 ; 0,57)	0,06
BMI (post-hoc analysis)	0,23 (IC95 : -0,07 ; 0,49)	0,13

Conclusion : Ces premiers résultats indiquent une réduction marquée de la diversité bactérienne orale au cours de l'AN, associée à une grande variance (beta-diversité) entre les patientes. Ils nous incitent à élargir ces données sur un plus grand nombre de patients souffrant d'AN afin de préciser la signature microbienne dans cette maladie et d'approfondir ses liens avec la sévérité de l'AN et les troubles digestifs.

C.083

Pullulation bactérienne de l'intestin grêle (SIBO) et syndrome de l'intestin irritable : la prévalence dépend du test respiratoire et des seuils diagnostiques utilisés

F. Mion [(1)], S. Testu [(1)], C. Machon [(1)], A. Mialon [(1)], S. Roman [(1)]

(1) Lyon.

Introduction : La prévalence de la pullulation bactérienne de l'intestin grêle (SIBO) est très variable dans la littérature, selon le type de test diagnostique utilisé et les seuils recommandés. Le risque de faux positifs des tests respiratoires au glucose ou au lactulose est élevé, du fait notamment de la variabiltié du temps de transit oro-caecal (1). Notre objectif était de comparer les résultats des tests respiratoires au glucose et lactulose selon les recommandations récentes européennes (1) et américaines (2) , dans une population de patients souffrant du syndrome de l'intestin irritable (SII).

Patients et Méthodes : Entre janvier 2021 et septembre 2022, 380 tests respiratoires au glucose (75 g) ou lactulose (10 g) ont été réalisés, selon les prescriptions médicales. Après exclusion des patients ayant des antécédents de MICI, diabète de type 1, sclérodermie ou autre troubles de la motricité intestinale, et de chirurgie digestive (hors appendicectomie et cholécystectomie), 271 patients avec un diagnostic de SII selon les critères de Rome IV ont été inclus dans cette analyse rétrospective.
Les tests au glucose ou lactulose étaient considérés comme positifs en cas d'augmentation des taux d'hydrogène supérieure ou égale à 12 ppm selon les suggestions européennes (1), ou supérieure ou égale à 20 ppm selon les recommandations américaines (2), dans les 90 minutes après l'ingestion du sucre (SIBO). Un taux de méthane supérieur à 10 ppm (valeurs basales ou après ingestion du scure) était considéré comme positif pour le diagnostic de pullulation méthanogène intestinale (IMO pour intestinal methanogen overgrowth, 2).

Résultats : 159 tests respiratoires au glucose et 112 tests respiratoires au lactulose ont été réalisés. Les 2 groupes étaient comparables en terme de sex ratio (69% de femmes), d'âge (45 +/- 14 ans), d'IMC (22,6+/-4,1 kg/m2), de sévérité des symptômes (IBS-SSS, Kess et Vaizey, HAD). Il y avait un peu plus de patients IBS-constipation dans le groupe lactulose (28% *vs* 21% dans le groupe glucose, p<0,05).
Le % de tests respiratoires au lactulose positifs pour l'hydrogène était nettement supérieur que le % de tests au glucose (55% (+12 ppm), 46% (+20 ppm) *vs* 8% (+12 ppm) et 4% (+20 ppm), p<0,0001). Le % de test positifs pour le méthane était identique dans les 2 groupes (28,9% glucose et 26,7% lactulose, p>0,05). En retenant les seuils + 12 ppm (ou + 20 ppm) pour l'hydrogène et/ou 10 ppm pour le méthane, la prévalence des tests positifs était de 33,3% (ou 31,4%) pour le glucose, et 69,6% (ou 65,2%) pour le lactulose.
La sévérité des symptômes du SII (IBS-SSS) était identique pour les patients positifs ou négatifs au glucose et lactulose, de même que pour les autres questionnaires (Kess, Vaizey, GCSI, HAD). Les patients positifs en méthane (lactulose et/ou glucose) avaient des scores de Kess (constipation, p=0.027) et GCSi (dyspepsie, p= 0.016) plus élevés que les patients négatifs. Les valeurs maximales de méthane étaient plus élevées chez les patients SII-constipation que chez les autres types de SII (p=0,003), et le % de patients SII-C positifs en méthane était plus élevé que le % de patients SII-D (36% *vs* 8%; p= 0,034).

Conclusion : Selon les critères retenus pour le diagnostic de pullulation bactérienne intestinale dans une population de patients avec SII selon les critères de Rome IV, la prévalence peut varier de 4,4% (glucose, +20 ppm hydrogène) à 69,6% (lactulose, + 12 ppm hydrogène et/ou 10 ppm méthane). La sévérité des symptômes de SII apparait similaire quelque soit les résultats des tests respiratoires. Des taux de méthane élevés (IMO selon les recommandations américaines) sont retrouvés dans près de 30% des tests chez nos patients SII, et plus souvent chez les patients SII-constipation: la signification pathologique reste à démontrer.
Une harmonisation des pratiques et des interprétations des tests respiratoires apparait indispensable pour pouvoir proposer une prise en charge cohérente aux patients.

C.084

Propriétés antinociceptives chez le rat de Lactococcus lactis CNCM I-5388 hyperproducteur de GABA : vers un nouveau traitement contre l'hypersensibilité viscérale

P. Gomes [1], V. Laroute [1], C. Beaufrand [1], C. Liebgott [1], S. Nouaille [1], M.L. Daveran-Mingot [1], N. Ballet [2], V. Theodorou [1], S. Legrain-Raspaud [2], M. Cocaign-Bousquet [1], M. Mercier-Bonin [1], H. Eutamène [1]

(1) Toulouse ; (2) Marcq-en-Barœul.

Introduction : Le syndrome de l'intestin irritable (SII) est un trouble fonctionnel gastro-intestinal dont la douleur viscérale est le symptôme cardinal. Le SII est une pathologie multifactorielle dont les symptômes sont exacerbés par des évènements stressants de la vie. L'acide γ-amino butyrique (GABA), neurotransmetteur inhibiteur du système nerveux central joue un rôle dans la perception et la modulation de la douleur et dans les troubles liés au stress et à l'anxiété. Dans ce cadre, nous avons sélectionné des souches de Lactococcus lactis, productrices de GABA (présentant l'enzyme glutamate décarboxylase (GAD) codée par le gène gadB), dans l'objectif d'apporter une solution thérapeutique adjuvante à ces patients. Nos travaux antérieurs ont montré, 10 jours après traitement par voie orale par la souche NCDO2118 productrice de GABA (20mM après 24h de culture) une réduction de l'hypersensibilité viscérale induite par un stress aigu chez le rat. Ces effets étaient GAD et récepteur GABAB-dépendants. Nos screening, ont permis d'identifier une souche de Lactococcus lactis CNCM I-5388 hyperproductrice de GABA (60mM après 24h de culture). Nos objectifs étaient 1) d'étudier l'effet antinociceptif de CNCM I-5388 après 5 et 10 jours de traitement et après arrêt du traitement ainsi que 2) de déterminer si l'effet de CNCM I-5388 est dépendant de l'enzyme GAD et/ou des modifications de la composition du microbiote.

Matériels et Méthodes : Les cultures bactériennes ont été réalisées en bioréacteur. Les niveaux de GABA, les activités GAD ont été mesurés par HPLC et des tests enzymatiques. Des rats Wistar femelles adultes ont reçu par voie orale la souche CNCM I-5388 dans sa forme viable ou privé de l'enzyme GAD (CNCM I-5388 Δgad, 1 mL/rat, 109 UFC) ou une solution véhicule (NaCl 0,9% (m/v) + glycérol 15% (v/v)) plus glutamate (0,2% (m/v)) pendant 5 ou 10 jours. Pour évaluer la persistance de l'effet antinociceptif, le traitement par L. lactis CNCM I-5388 a été stoppé pendant 5 jours après 5 jours de traitement. La réponse de la sensibilité viscérale à la distension colorectale a été évaluée en condition basale et après un stress aigu de contrainte. La composition du microbiote fécal après traitement de 5 ou 10 jours a été déterminée par séquençage du gène de l'ARNr 16S.

Résultats : Les vitesses spécifiques de production de GABA lors de la culture de L. lactis en bioréacteur confirment une production supérieure de la souche CNCM I-5388 par rapport à NCDO2118. Les activités spécifiques de l'enzyme GAD de ces deux souches sont également très différentes (826,2 ± 93,0 et 42,7 ± 5,9 µmol/min/mg protéines, respectivement) tandis que l'activité de la souche CNCM I-5388 ΔgadB est nulle. En condition basale, le traitement oral avec CNCM I-5388 ou CNCM I-5388 ΔgadB n'a pas d'impact sur la sensibilité viscérale. En condition de stress, l'administration de CNCM I-5388 réduit de manière significative l'hypersensibilité viscérale après 10 jours et 5 jours de traitement, contrairement à la NCDO2118. La souche CNCM I-5388 ΔgadB est inefficace indépendamment du temps de traitement. Après 5 jours d'arrêt du traitement, l'efficacité antinociceptive de CNCM I-5388 n'est pas retrouvée. Enfin, aucun des deux traitements n'a d'impact sur les diversités α et β du microbiote intestinal.

Discussion : La bactérie lactique L. lactis CNCM I-5388 est hyperproductrice de GABA *in vitro* par rapport à la souche NCDO2118 et prévient chez le rat l'hypersensibilité viscérale induite par le stress dès 5 jours de traitement par voie orale. Cet effet antinociceptif est dépendant de l'activité de l'enzyme GAD. Enfin, un traitement par la souche L. lactis CNCM I-5388 ne présente pas d'incidence notable sur la composition du microbiote intestinal. L'effet antinociceptif exercé par CNCM I-5388 ne persiste pas après l'arrêt du traitement.

Conclusion : Lactococcus lactis CNCM I-5388 hyperproducteur de GABA pourrait être proposé dans le traitement du SII.

C.085

Traitement de l'insuffisance intestinale chronique par le teduglutide : identification de gènes-relais

B. de Dreuille [1], R. Nicolle [1], D. Cazals-Hatem [2], J. Cros [2], A. Bado [1], J. Le Beyec-Le Bihan [1], M. Le Gall [1], F. Joly [2]

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

Introduction : Le Syndrome de Grêle Court (SGC), à l'origine d'une insuffisance intestinale, nécessite le recours à une Nutrition Parentérale (NP) qui impacte fortement la qualité de vie des patients. Le Teduglutide (TED), un analogue du GLP-2, est efficace pour réduire la NP des patients SGC. Néanmoins, l'hétérogénéité de réponse au traitement n'est pas expliquée et le mode d'action du TED reste mal connu. L'objectif de l'étude est d'explorer les mécanismes de réponse au traitement par TED.

Patients et Méthodes : Des biopsies intestinales de 41 patients avec un SGC sous TED, collectées avant l'initiation du traitement et au cours du traitement, ont été sélectionnées. Après extraction des ARN, un séquençage par RNAseq a été réalisé. Les analyses statistiques ont été effectuées à l'aide du logiciel R (DESeq2 et GSEA). Une modification de l'expression d'un gène a été considérée significative si abs (log2 Fold-Change >1,5) et padj (p-value ajustée avec la méthode du False Discovery Rate) < 0,05. La réponse au TED est définie comme la réduction de la NP atteinte, en pourcentage du volume prescrit à l'initiation du traitement.

Résultats : Notre analyse RNAseq a montré des modifications significatives d'expression de nombreux gènes avant et au cours du traitement par TED. Nous avons focalisé dans cette étude sur les deux gènes les plus fortement surexprimés dans le jéjunum des patients traités : PAPPA2 (log2 Fold-change =2,4, padj=1,4e-13) et MMP1 (log2 Fold-change =3,4, padj=2,1e-05). Ces deux gènes codent pour des métallo-protéases (pappalysine-2 et matrix metalloproteinase-1) qui sont toutes deux responsables du clivage des IGFBPs (Insulin-like Growth Factor Binding Proteins), favorisant ainsi la biodisponibilité de l'IGF (Insulin-like Growth Factor), un médiateur connu de l'effet trophique du GLP-2 sur la muqueuse intestinale. En faveur de ceci nous retrouvons une régulation à la hausse significative de la voie de régulation de l'IGF par les IGFBPs après le traitement par TED (p-value=0,01).
Par ailleurs, il existe une corrélation inverse entre l'expression de PAPPA2 dans le jéjunum avant l'initiation de TED et la réponse au traitement (r=-0,65, p=0,006). En effet les patients présentant une meilleure réponse au traitement sont ceux qui ont une surexpression importante de PAPPA2 en cours de traitement (p<0,0001) tandis qu'il n'existe pas d'augmentation significative de l'expression de ce gène chez ceux qui répondent le moins bien (p=0,39).

Discussion : Ces résultats nous conduisent à supposer qu'il existe chez les moins bons répondeurs une préadaptation intestinale plus importante, potentiellement liée à un niveau de GLP-2 endogène plus élevé, entraînant une moins bonne sensibilité à un traitement par TED. Cette différence pourrait s'expliquer par la présence ou non du colon, qui est un lieu important de sécrétion du GLP-2. Des analyses sont en cours pour confirmer cette hypothèse.

Conclusion : Cette étude met en évidence chez les patients avec SGC l'implication de l'IGF comme un des relais de la réponse au traitement par TED et identifie deux nouveaux facteurs - PAPPA2 et MMP1 - impliqués dans cette réponse par leur implication dans la modulation du transport et de la captation de l'IGF. Par ailleurs, cette étude suggère une possible explication de l'hétérogénéité de réponse au traitement par TED qui serait liée à une préadaptation par le GLP-2 endogène qui entrainerait une moins bonne réponse aux analogues du GLP-2.

Remerciements, financements, autres : Financement de la SFNCM pour cette étude

C.086

Digitalisation d'un programme d'éducation thérapeutique pour le syndrome de grêle court

F. Danguy des Déserts [1], C. Alvarado [1], J. Bataille [1], J. Bettolo [1], L. Billiauws [1], C. Hutinet [1], H. Frankowski [2], C. Michelin [1], C. Villain [1], F. Joly [1]

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

Introduction : Depuis, 2010, notre service a l'agrément de l'ARS pour un programme d'éducation thérapeutique (ETP) dans le cadre du syndrome dans grêle court. Lors des évaluations successives, nous avons mis en évidence que, malgré l'augmentation importante de la cohorte, le nombre de patients formés restait faible et que l'approche était devenue très restrictive (limitée à une formation technique sur l'injection d'un traitement sous cutané). Dans le but d'enrichir le programme d'ETP et l'engagement de l'équipe, nous avons décidé de créer du contenu avec des ateliers thématiques regroupés dans une plateforme digitale, incluant un module dédié aux professionnels de santé avec contenus servant d'approfondissement de formation sur la maladie (dernières recommandations de sociétés savantes, cours, vidéos pédagogiques). Nous avons voulu évaluer la faisabilité de la création de contenu, l'utilisation d'un outil digital comme support de l'ETP ainsi que son acceptation par les formateurs.

Patients et Méthodes : En décembre 2020, nous avons débuté la réflexion avec une équipe comprenant 4 infirmiers, 2 diététiciens, 1 pharmacien, 2 médecins, 3 patients, 1 chargé de projet pour participer à la conception des modules et contenus (jeux, présentations, vidéos de patients, vidéos pédagogiques, séquences pédagogiques, BEP et évaluations). Ont été évalués la durée nécessaire pour la mise en place de l'outil, le nombre de patients dans le programme, les caractéristiques cliniques des patients, les modules réalisés et l'acceptation des professionnels de santé à l'aide d'un questionnaire anonyme.

Résultats : La conception des contenus correspondant à 9 ateliers thématiques a nécessité 9 mois de travail soit un total de 134 supports consultables et répartis de manière structurée. L'outil digital a été utilisé comme support par les formateurs en face à face avec les patients. Entre 01/01/2022 et 01/06/2022, 32 patients (19F/12H); âge moyen de 50ans±19 avec SGC (longueur de grêle : 101cm±50 dont 21/32 avaient une stomie) sont rentrés dans le parcours ETP. Le délai entre le début de la maladie et le début du parcours ETP était de 6 ans±4. Ils ont réalisé de 1 à 4 modules. 32/32 patients ont participé à l'atelier « SGC c'est quoi », 20/32 à « ma diététique », 8/32 « mes traitements », 10/32 «ma perfusion », 1/32 les « enterohormones », 5/32 « mes signaux d'alerte » et 4/32 « m'autoévaluer ». Ainsi, en dehors du BEP et évaluations, 80 séances individuelles ont été réalisées alors qu'en 2020, 13 séances avaient été réalisées pour 13 patients. Sur les 80 ateliers, 25% ont été animés par une diététicienne, 8% par un 1 pharmacien, 12% par un médecin et 55% par un infirmier. Dans l'enquête anonyme, le type de contenu privilégié était dans l'ordre de préférence, les videos pédagogiques, les vidéos de témoignages de patients puis les présentations powerpoint. La partie « formateur » était utilisée de manière régulière dans 75% des cas, pour s'autoformer (60%) ou pour former d'autres professionnels (40%). Les points d'amélioration à privilégier seraient la possibilité de donner aux patients l'accès à des micro-applications individuelles pour accéder au contenu par le patient après la réalisation de l'atelier (66% des répondeurs) et l'intégration de l'ETP le plus rapidement possible dans le parcours de la maladie (58%).

Conclusion : Ce pilote permet de montrer que la structuration et digitalisation d'un programme d'ETP par une équipe multidisciplinaire est possible et permet d'améliorer l'accès des patients au programme et d'enrichir celui-ci. La conception d'une partie dédiée aux formateurs permet probablement de renforcer leurs compétences mais aussi leur engagement. Une étude multicentrique évaluant l'impact de ce type de programme sur la qualité de vie et connaissances psychopédagogiques des patients ainsi que sur les connaissances des professionnels/formateurs devra être réalisée.

C.087

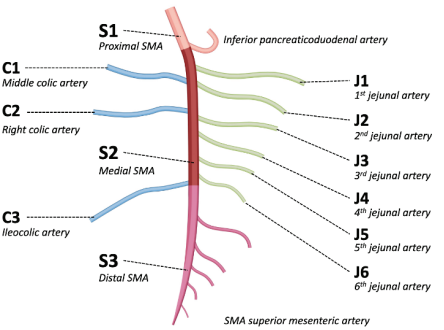
Améliorer la description des occlusions de l'artère mésentérique supérieure dans l'ischémie mésentérique aiguë : élaboration d'une segmentation anatomique tomodensitométrique

A. Nuzzo [1], A. Tual [1], L. Garzelli [1], I. Ben Abdallah [2], J. Cortese [2], Y. Panis [3], O. Corcos [1], V. Vilgrain [1], Y. Castier [1], M. Ronot [1]

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

Introduction : L'ischémie mésentérique aiguë (IMA) est l'une des urgences digestives et vasculaires les plus sévères. Pourtant, elle reste la plus difficile à diagnostiquer et à traiter. Comme pour l'AVC ou l'infarctus du myocarde, l'IMA est liée à l'obstruction, par caillot ou une plaque d'athérome, de la circulation vasculaire terminale irriguant un organe vital. Dans le coeur et le cerveau, des segmentations artérielles ont été proposées respectivement en 1938 et en 1975, et ont permis une standardisation des études neuro-vasculaires et coronaires. Ces classifications sont encore utilisées aujourd'hui et ont permis une harmonisation et une amélioration des pratiques. Une telle standardisation n'existe pas dans l'IMA alors que l'enjeu pronostique vital et fonctionnel est du même ordre. De plus, l'absence de description standardisée des lésions de l'artère mésentérique supérieure (AMS) limite l'interprétation et la comparabilité des études dans ce domaine de la gastro-entérologie vasculaire. L'objectif de ce travail était de proposer une segmentation anatomique de l'AMS au scanner dans le but de standardiser la description de l'IMA.

Patients et Méthodes : L'AMS a été segmentée de la façon suivante (Figure 1) : proximale (S1, de l'ostium à l'artère pancréatico-duodénale inférieure), moyenne (S2, de l'ostium de l'artère pancréatico-duodénale inférieure à la naissance de l'artère iléo-caeco-appendiculaire), et distale (S3, après l'artère iléo-caeco-appendiculaire). Les artères jéjunales ont été numérotées de J1 à J6, et les artères coliques moyenne, droite et iléo-caeco-appendiculaire respectivement C1, C2 et C3. Cette segmentation a été appliquée par deux radiologues indépendant sur une cohorte de patients pris en charge pour une IMA artérielle avec occlusion complète de l'AMS entre 2016 et 2021 dans l'unité SURVI – Hôpital Beaujon APHP, et disposant d'un angioscanner avec temps artériel réalisé avant toute intervention vasculaire, afin de décrire la localisation et l'étendue de l'occlusion. Les patients avec une occlusion partielle de l'AMS (sténose ou dissection), ou avec un scanner sans phase artérielle étaient exclus. La reproductibilité de cette segmentation a été analysée par l'étude des corrélations intra- et inter-observateur par un test de kappa.



Résultats : Quatre-vingt-quinze patients (43 femmes, 45%) pris en charge pour une IMA artérielle occlusive entre ont été inclus. L'âge moyen au diagnostic était de 68 ± 13 ans. L'IMA était d'origine embolique ou thrombotique chez 70% et 30% des patients, respectivement. Le site d'occlusion de l'AMS était unique chez 81 (85%) des patients. L'occlusion de l'AMS était localisée au segment S1 chez 28 patients (29%), S2 chez 12 patients (13%), S3 chez 11 patients (12%), S1-S2 chez 3 patients (3%), S2-S3 chez 31 patients (33%), S1-S3 chez 3 patients (3%) et S1-S2-S3 chez 8 patients (8%). Le nombre médian d'artères jéjunales occluses était de 4 (écart

interquartile 3 – 4,5). Les artères C1 et C2 étaient existantes chez 93 patients (98%) et 23 patients (24%), respectivement. L'artère pancréatico-duodénale inférieure délimitant les segment S1 et S2, et l'artère C3 délimitant les segments S2 et S3 étaient constantes (100%). La corrélation inter-observateur était excellente sur les occlusions de S1 (k = 0,95), de S2 (k = 0,82) et S3 (k = 0,91). La corrélation intra-observateur était excellente pour les atteintes de S1 (k = 0,82), et substantielle pour les atteintes de S2 (k = 0,80) et S3 (k = 0,72).

Conclusion : Cette étude, réalisée à partir de l'analyse des angioscanners abdomino-pelviens de 95 patients atteints d'IMA artérielle occlusive, est la première proposant une segmentation anatomique de l'AMS. Cette segmentation présente une excellente reproductibilité mesurée par les concordances intra- et inter-observateurs. Une telle standardisation de la description des occlusions de l'AMS dans l'IMA pourrait permettre d'améliorer la qualité des comptes-rendus d'examen, la qualité des études et leur comparabilité, et in fine, la prise en charge des patients.

C.088

Prévalence dans quatre centres français du recours aux corticoïdes et de leur utilisation en excès chez les patients atteints d'une maladie inflammatoire chronique intestinale : données issues de l'étude internationale DICE

X. Hébuterne [(1)], C. Gilletta de Saint-Joseph [(2)], E. Hacques [(3)], X. Roblin [(4)], S. Nancey [(5)]

(1) Nice ; (2) Toulouse ; (3) Rungis ; (4) Saint-Etienne ; (5) Lyon.

Introduction : L'utilisation des corticoïdes dans le traitement des poussées des Maladies Inflammatoires Chroniques de l'Intestin (MICI) est habituelle, ils peuvent néanmoins provoquer des effets indésirables, en particulier lors de traitements prolongés ou à forte dose. Dans ce contexte, l'étude internationale DICE avait pour objectif de décrire l'utilisation des corticoïdes chez des patients atteints d'une maladie de Crohn (MC) ou d'une rectocolite hémorragique (RCH), de rechercher les facteurs associés à cette utilisation et de déterminer leur utilisation en excès.

Patients et Méthodes : DICE est une étude non interventionnelle, transversale et internationale, conduite dans sept pays dont la France. Les centres participants ont répondu à un questionnaire en ligne sur leurs patients adultes atteints d'une MICI depuis plus d'un an. L'utilisation de corticoïdes au cours des 12 derniers mois a été décrite, ainsi que leur utilisation en excès selon la définition de la British Society of Gastroenterology (> 1 cure de corticoïdes ou ≥ 3 mois d'utilisation au cours des 12 derniers mois et/ou impossibilité de réduire la dose de corticoïdes en deçà de l'équivalent de 10 mg/jour de prednisolone ou sous les 3 mg/jour de budésonide dans les 3 mois suivant le début de la corticothérapie, sans maladie active récidivante et/ou rechute dans les 3 mois suivant l'arrêt des corticoïdes) (1). La recherche de facteurs associés à l'utilisation de corticoïdes et à leur utilisation en excès a été effectuée à l'aide de modèles logistiques marginaux permettant de prendre en compte la corrélation des patients au sein d'un même centre. Les résultats des données françaises de l'étude DICE sont présentées ici.

Résultats : Au total, 324 patients atteints d'une MC, 205 patients d'une RCH et cinq d'une colite inclassable ont été inclus en France par quatre centres hospitalo-universitaires, experts dans la prise en charge des MICI. Les traitements antérieurs ou en cours, respectivement pour la MC ou la RCH, étaient les suivants : 5-ASA (MC : 48,0%, RCH : 92,7%), thiopurine (75,6%, 69,2%), autres immunosuppresseurs (26,9%, 30,1%), anti-TNF (93,2%, 78,5%), anti-intégrine (23,5%, 52,7%), anti-IL-12/23 (32,0%, 12,7%) et/ou inhibiteur de JAK (1,3%, 11,8%). L'utilisation actuelle d'un traitement biologique (anti-TNF, anti-intégrine, anti-IL 12/23 ou inhibiteur de JAK) était plus fréquente en cas de prescription antérieure d'immunosuppresseurs (69,1% *vs.* 50,0%, 66,1% *vs.* 26,7%) et plus spécifiquement de thiopurine (CM : 59,9% *vs.* 50,0%, RCH : 60,0% *vs.* 26,7%). Au total, 20,1% des patients avec MC et 30,2% des patients avec RCH avaient reçu des corticoïdes au cours des 12 derniers mois et une utilisation en excès a été observée respectivement chez 13,3% et 17,1% d'entre eux. Le recours aux corticoïdes et leur utilisation en excès étaient moins fréquents chez les patients avec MC que chez ceux avec RCH (odds ratio : 0,56, IC 95% [0,42-0,74], <0,0001 *vs.* 0,69 [0,54-0,89], 0,0042). La sévérité de la maladie était le facteur indépendant le plus fortement associé au risque de recours aux corticoïdes et à leur utilisation en excès (Tableau).

Tableau : facteurs associés au risque de recours aux corticoïdes et à leur utilisation en excès

	Maladie de Crohn Odds ratio [IC 95%] (p-value)		Rectocolite hémorragique Odds ratio [IC 95%] (p-value)	
	Analyses univariées	Analyses multivariées §	Analyses univariées	Analyses multivariées §
Recours aux corticoïdes dans les 12 derniers mois				
Maladie modérée/ sévère vs. Légère/ inactive	**3,72 [1,75-7,91] (0,0007)**	**3,41 [1,58-7,35] (0,0018)**	**5,76 [2,72-12,21] (<0,0001)**	**7,29 [2,60-20,47] (0,0002)**
Nombre de traitements biologiques * antérieurs	**1,77 [1,29-2,41] (0,0003)**	**1,66 [1,18-2,32] (0,0032)**	**1,36 [1,11-1,67] (0,0030)**	
Immunosuppresseurs en cours	0,89 [0,52-1,53] (0,6823)		**1,64 [0,97-2,78] (0,0666)**	**2,44 [1,24-4,80] (0,0098)**
Traitement biologique * en cours	**0,34 [0,18-0,64] (0,0008)**		**0,57 [0,37-0,88] (0,0104)**	**0,58 [0,38-0, 90] (0,0144)**
5-ASA en cours #	/		**1,75 [1,01-3,03] (0,0473)**	**1,64 [1,14-2,38] (0,0084)**
Utilisation en excès des corticoïdes dans les 12 derniers mois				
Maladie modérée/ sévère vs. légère/ inactive	**3,84 [1,93-7,62] (0,0001)**	**3,44 [1,68-7,04] (0,0007)**	**6,37 [2,69-15,10] (<0,0001)**	**6,90 [2,90-16,43] (<0,0001)**
Nombre de traitements biologiques antérieurs	**1,84 [1,48-2,27] (<0,0001)**	**1,71 [1,38-2,12] (<0,0001)**	**1,48 [1,14-1,92] (0,0029)**	
Immunosuppresseurs en cours	0,99 [0,41-2,42] (0,9889)		1,03 [0,38-2,78] (0,9485)	
Traitement biologique* en cours	**0,42 [0,24-0,72] (0,0019)**		**0,57 [0,31-1,03] (0,0629)**	
5-ASA en cours #	/		**3,33 [2,21-5,01] (<0,0001)**	**2,98 [1,72-5,15] (<0,0001)**

** Anti-TNF, anti-intégrine, anti-IL 12/23 ou inhibiteur de JAK # Paramètres uniquement étudiés pour la rectocolite hémorragique § Sélection backward (p <0,05)*
Les variables notées en gras ont été inclues dans le modèle multivarié (p <0,1)

Conclusion : Les données françaises de l'étude DICE ont montré qu'au cours des MICI, le recours aux corticoïdes comme leur utilisation en excès sont fréquents en pratique médicale courante, surtout au cours de la RCH. La sévérité de la maladie est associée à un plus fort risque d'utiliser (en excès ou non) des corticoïdes dans les deux pathologies.

C.089

L'exposition aux anti-TNF ou aux thiopurines pendant la grossesse n'augmente pas le risque de cancer chez les enfants issus de femmes atteintes de MICI

A. Meyer [(1)], P. Rios [(2)], J. Drouin [(2)], A. Weill [(2)], F. Carbonnel [(1)], R. Dray-Spira [(2)]

(1) Le Kremlin-Bicêtre ; (2) Saint-Denis.

Introduction : Les thiopurines et les anti-TNF n'augmentent pas le taux de malformations et d'infections graves chez les enfants de mères atteintes d'une maladie inflammatoire de l'intestin (MICI) qui ont été exposés in utero. Le risque de cancer chez ces enfants n'est pas connu. Notre objectif était d'évaluer le risque de cancer chez les enfants nés de mères atteintes de MICI et exposés in utero aux thiopurines ou aux anti-TNF.

Matériels et Méthodes : Cette étude a été réalisée à partir du Système national des données de santé (SNDS) qui inclut 99 % de la population française. Nous avons inclus les enfants de femmes avec une MICI nés entre avril 2010 et décembre 2020. Une grossesse était exposée aux thiopurines ou aux anti-TNF si ces médicaments étaient administrés ou délivrés dans les deux mois précédant la grossesse ou pendant la grossesse. Pour comparer le risque de cancer entre les groupes de traitement, nous avons réalisé des modèles de Cox multivariés ajustés sur les facteurs de risque de cancer de l'enfant : année de grossesse, âge de la mère, indice de défavorisation sociale, poids de naissance pour l'âge gestationnel et sexe de l'enfant.

Résultats : 35 772 enfants ont été inclus. Parmi eux, 4 994 ont été exposés in utero aux thiopurines, 5 725 aux anti-TNF et 26 092 à aucun de ces médicaments. Le suivi médian était de 6,1 ans (intervalle interquartile : 3,5-8,7). Au total, 59 cancers ont été diagnostiqués pendant le suivi : 17 leucémies, 8 lymphomes, 9 tumeurs du système nerveux central, 7 neuroblastomes, 3 rétinoblastomes, 2 tumeurs rénales, 2 tumeurs hépatiques, 3 tumeurs osseuses malignes, 2 sarcomes extra-osseux, 3 tumeurs germinales et 3 autres cancers. Le taux de cancers était de 270/million de personnes-année (IC95% : 196-362) chez les enfants exposés aux thiopurines, de 135/ million de personnes-année (IC95% : 37-346) chez les enfants exposés aux anti-TNF, et de 270/million de personnes-année (IC95% : 196-362) chez les enfants non exposés aux thiopurines et aux anti-TNF. Aucune tumeur maligne n'est survenue chez les enfants exposés à la fois aux thiopurines et aux anti-TNF. Le risque de cancer n'était pas différent entre les enfants non exposés aux thiopurines et aux anti-TNF et ceux exposés aux thiopurines (hazard ratio brut 1,27 ; IC95% : 0,66-2,46 ; hazard ratio ajusté 1,28 ; IC95% : 0,66-2,48) ou aux anti-TNF (hazard ratio brut 0,50 ; IC95% : 0,18-1,39 ; hazard ratio ajusté 0,49 ; IC95% : 0,18-1,38).

Conclusion : Le risque de cancer n'est pas augmenté chez les enfants exposés in utero aux thiopurines ou aux anti-TNF. Ce sont des données rassurantes pour l'utilisation de ces médicaments pendant la grossesse.

C.090

L'anastomose Kono-S ne réduit pas le risque de récidive endoscopique dans la maladie de Crohn : étude prospective monocentrique

G. Tyrode , Z. Lakkis , D. Vernerey , V. Clairet , A. Falcoz , L. Alibert , S. Koch , L. Vuitton

Besançon.

Introduction : Dans la maladie de Crohn, le taux de résection chirurgicale reste élevé, environ 50% des patients après 10 ans d'évolution de la maladie. Le taux de récidive endoscopique post-opératoire est de 50 à 90% après 6 à 12 mois, principalement au niveau de l'anastomose. En 2003, une équipe japonaise, menée par Kono T, a décrit une nouvelle technique d'anastomose iléo-colique, qui réduirait significativement le taux de récidive chirurgicale. Un étude randomisée italienne publiée en 2020, montrait une diminution significative du taux de récidive endoscopique à 6 et 18 mois, après anastomose selon Kono par rapport à une anastomose latéro-latérale. Nous avons évalué, depuis 2020, cette technique pratiquée dans notre centre, suite à ces résultats.

Patients et Méthodes : Cette étude cas-contrôle, menée au sein d'un centre hospitalier universitaire, incluait tous les patients consécutifs, ayant subi une résection iléo-caecale avec anastomose selon Kono entre Février 2020 et Mars 2022. Les patients ayant nécessité la mise en place d'une stomie de protection étaient exclus. Les patients étaient suivis prospectivement, et une coloscopie de dépistage était réalisée entre M6 et M12. Le critère de jugement principal était la récidive endoscopique à 6-12 mois, définit comme un score Rutgeerts ≥i2. Les résultats étaient comparés à ceux d'une cohorte témoin historique de patients du même centre, opérés avec anastomose classique latéro-latérale, entre Octobre 2010 et Juin 2020. Tous les films et/ou photographies des coloscopies, ont été relus en aveugle, par deux gastroentérologues experts.

Résultats : Au total, 85 patients ont été inclus dont 30 dans le groupe anastomose Kono-S et 55 dans le groupe témoin avec anastomose classique. Les deux groupes étaient comparables au niveau des caractéristiques démographiques, il y avait 57,1% de femmes, avec un âge moyen de 37,3 ans. La durée moyenne de la maladie était de 246,5 mois. On notait des différences non significatives entre les deux groupes, en ce qui concerne les principaux facteurs de risque de récidive : le tabagisme (24,1% dans le groupe Kono, contre 37% dans le groupe témoin, p=0,23) ; le phénotype fistulisant (58,6% *vs* 40%, p=0,10), l'atteinte périnéale (27,6% *vs* 36,4%, p=0,42) et l'antécédent de résection(s) chirurgicale(s) (17,2% *vs* 32,7%, p=0,13).
A 6-12 mois, le taux de récidive endoscopique (score de Rutgeerts ≥i2) était de 56,7% dans le groupe Kono contre 49,1 % dans le groupe témoin (p=0,58). Le taux de récidive endoscopique sévère (Rutgeerts ≥ i3) était respectivement de 23% contre 16,4% (p=0,66). En analyse multivariée, seul le caractère fistulisant de la maladie était associé significativement à une réduction du risque de récidive endoscopique à 6-12 mois (OR = 0,38 ; 95%CI 0,148-0,956 ; p= 0,04), pas le type d'anastomose (OR = 1,63 ; 95%CI 0,604-4,410 ; p=0,33). Le taux de calprotectine fécale à 6-12 mois était en moyenne de 76,9 ug/g de selles contre 107,5 ug/g de selles. (p=0,065)

Conclusion : Dans notre étude, l'anastomose selon Kono ne permettait pas de réduire le risque de récidive endoscopique de la maladie à 6-12 mois de la résection chirurgicale. Un suivi à plus long terme de ces patients devra être réalisé, afin d'évaluer l'effet de cette intervention sur le risque de récidive chirurgicale. De plus, une nouvelle étude prospective et randomisée, devra être réalisée pour confirmer ou non nos résultats.

C.091

Risque de cancer incident chez les patientes suivies pour une maladie inflammatoire chronique intestinale et ayant un antécédent de cancer du sein

G. Le Cosquer [1], C. Gilletta de Saint-Joseph [1], A. Amiot [2], P. Rivière [3], M. Nachury [4], C. Rouillon [5], Y. Bouhnik [6], V. Abitbol [7], S. Nancey [8], M. Fumery [9], G. Savoye [10], A. Biron [11], L. Picon [12], L. Peyrin-Biroulet [13], M. Vidon [14], C. Reenaers [15], M. Simon [7], B. Caron [16], M. Serrero [17], R. Altwegg [18], A. Benezech [19], F. Goutorbe [20], J.F. Rahier [21], L. Beaugerie [7], A.L. Pelletier [7], L. Caillo [22], D. Laharie [3], F. Poullenot [3]

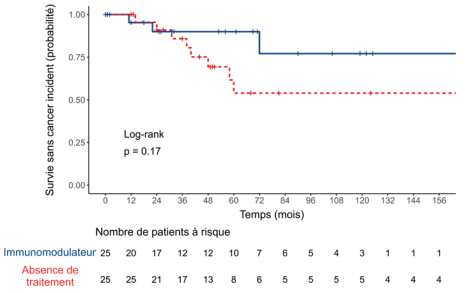
(1) Toulouse ; (2) Le Kremlin-Bicêtre ; (3) Bordeaux ; (4) Lille ; (5) Caen ; (6) Neuilly-sur-Seine ; (7) Paris ; (8) Lyon ; (9) Amiens ; (10) Rouen ; (11) Bezannes ; (12) Tours ; (13) Vandœuvre-lès-Nancy ; (14) Créteil ; (15) Liège, BELGIQUE ; (16) Strasbourg ; (17) Marseille ; (18) Montpellier ; (19) Avignon ; (20) Bayonne ; (21) Louvain, BELGIQUE ; (22) Nîmes.

Introduction : Une femme sur huit développera un cancer du sein au cours de sa vie(1). D'après un récent registre du GETAID, cette situation représente 25% des cas de cancer chez les patients porteurs d'une maladie inflammatoire chronique intestinale (MICI)(2). L'objectif de cette étude est d'évaluer le taux de récidive tumorale ou d'apparition de nouveau cancer, en fonction de la reprise ou non d'un traitement immunomodulateur, et d'identifier les facteurs de risque de cette récidive chez des patients suivis pour une MICI et ayant un antécédent de cancer du sein.

Patients et Méthodes : Tous les patients suivis pour une MICI avec un diagnostic de cancer du sein ont été inclus consécutivement et rétrospectivement dans 25 centres de deux pays. La date d'inclusion correspondait à la date du diagnostic de cancer (cancer index). La période de suivi débutait à la date du premier traitement de la MICI après l'inclusion et à la date du cancer index pour les malades n'ayant pas reçu de traitement. Le suivi était censuré à la date du premier cancer incident (défini par une récidive du cancer index ou la survenue d'un autre cancer à l'exception des cancers cutanés non mélanocytaires). Elle correspondait sinon à la durée entre la première administration de traitement après le cancer index jusqu' la dernière visite de suivi. Les patients étaient classés selon l'exposition au cours du suivi aux immunomodulateurs suivants : thiopurines, méthotrexate, anti-TNF, védolizumab, ustékinumab.
Les taux bruts de cancer incident étaient comparés entre les patients ayant reçu un immunomodulateur et ceux n'en ayant pas reçu. La comparaison entre les patients de ces deux cohortes était réalisée à l'aide d'un score de propension avec ajustement sur l'âge, l'extension ganglionnaire du cancer index, l'extension métastatique du cancer index et le grade de la tumeur.

Résultats : Parmi les 151 malades identifiés, les données analysées concernaient 80 d'entre eux [76 (95 %) femmes ; âge moyen au diagnostic du cancer index de 51,5 ans [déviation standard (DS) : 11,5 ans]. A l'inclusion, la durée médiane d'évolution de la MICI était de 13 ans [écart interquartile (IQR) 6-21], 44 (55 %) malades avaient une maladie de Crohn, 35 (44 %) une RCH et un patient (1 %) une colite indéterminée.
Avec un suivi médian de 84 mois [IQR 49-154], 16 (20 %) cancers incidents ont été observés : douze (15 %) récidives tumorales et quatre (5 %) nouveaux cancer. Trois (4 %) malades sont décédés au cours du suivi, tous en rapport avec le cancer incident.
Au cours du suivi, 39 (49 %) patients n'ont reçu aucun traitement immunomodulateur, 11 (14 %) ont reçu des thiopurines, 6 (7,5 %) du méthotrexate, 18 (22,5 %) un anti-TNF, cinq (6 %) du védolizumab et un (1 %) de l'ustékinumab. Le traitement immunomodulateur a été initié après un délai médian de 24 mois [IQR 7-48] après le diagnostic du cancer index.
Les taux bruts de cancer incidents pour 1000 patients années étaient de 47,97 pour les patients ne recevant pas de traitement immunomodulateur, 12,61 pour la cohorte sous immunomodulateur (p=0,0248). Après appariement sur

l'âge, l'extension ganglionnaire du cancer index, l'extension métastatique du cancer index et le grade de la tumeur, les taux ajustés de cancer incidents pour 1000 patients années étaient de 50 pour les patients ne recevant pas de traitement immunomodulateur, 27,27 pour la cohorte sous immunomodulateur (p=0,3798). Les taux de survie sans cancer incident, après appariement sur l'âge, l'extension ganglionnaire et métastatique du cancer index et le grade de la tumeur, n'étaient pas différents entre la cohorte sans et avec immunomodulateur (p = 0,17 ; Figure 1).



En analyse multivariée, l'absence d'extension ganglionnaire (Hazard ratio [HR] 1232 ; intervalle de confiance à 95% [IC 95%] 3,88-391623 ; p=0,015) et une tumeur de grade 3 (HR :7642 ; IC95% 3.2-18244603 ; p=0.024) étaient associés à une augmentation du risque de cancer incident.

Conclusion : Dans une cohorte multicentrique de patients suivis pour une MICI, le risque de cancer incident après un cancer du sein est influencé par des facteurs de risque connus de récidive carcinologique (grade de la tumeur notamment) indépendamment de la prescription d'un immunomodulateur.

C.092

Recherche des facteurs prédictifs pré-opératoires de néoplasie de l'intestin grêle chez les patients suivis pour une maladie de Crohn compliquée

C. Chappe [1], C. Salut [2], A. Amiot [3], D. Gaye [2], N. Frulio [1], B. Lapuyade [2], L. Vuitton [4], R. Altwegg [5], C. Gilletta de Saint-Joseph [6], M. Fumery [7], G. Bouguen [8], M. Serrero [9], M. Nachury [10], N. de Suray [11], L. Caillo [12], M. Simon [13], D. Laharie [1], P. Rivière [1], F. Poullenot [1]

(1) Bordeaux ; (2) Pessac ; (3) Le Kremlin-Bicêtre ; (4) Besançon ; (5) Montpellier ; (6) Toulouse ; (7) Amiens ; (8) Rennes ; (9) Marseille ; (10) Lille ; (11) Bruxelles, BELGIQUE ; (12) Nîmes ; (13) Pau.

Introduction : La maladie de Crohn (MC) de l'intestin grêle est associée à une augmentation du risque de néoplasie de l'intestin grêle (NIG). Ces NIG sont difficilement détectables et fréquemment découvertes en per-opératoire ou sur l'analyse histologique de la pièce opératoire. Les facteurs prédictifs morphologiques de NIG compliquant une MC ont été peu étudiés. Ainsi, l'objectif de cette étude est de déterminer les facteurs prédictifs préopératoires de NIG chez les patients suivis pour MC.

Patients et Méthodes : Nous avons mené une étude rétrospective multicentrique, cas-témoin, incluant des patients suivis pour une MC et opérés d'une résection grêlique. Les cas étaient les patients chez qui une NIG a été découverte sur la pièce opératoire, et les témoins des patients pris en charge chirurgicalement pour une résection iléo-caecale et n'ayant pas de NIG. La date d'inclusion correspondait à la date de la chirurgie. Les imageries en coupe précédant l'intervention chirurgicale de tous les patients inclus ont toutes été relues en aveugle par des radiologues experts en suivant une grille de lecture préétablie.

Résultats : 50 cas (36 adénocarcinomes, 5 lymphomes, 6 carcinomes neuroendocrines, 1 GIST, 2 dysplasies de haut grade) ont été inclus dans 12 centres, ainsi que 150 témoins (provenant tous du même centre tertiaire). En analyse multivariée, les facteurs prédictifs de NIG étaient : un âge ≥ 50 ans (OR : 28, 95% CI : 5.05, 206), une durée de la MC ≥ 17,5 ans (OR : 4.25, 95% CI : 1.33, 14.3) et une indication de chirurgie pour sténose (OR : 5.84, 95% CI : 1.27, 35,4). Les facteurs prédictifs d'adénocarcinome de l'intestin grêle (AIG) étaient : un âge ≥ 50 ans (OR : 5.14, 95% CI : 2.12, 12.7), une durée de la MC ≥ 15 ans (OR : 5.65, 95% CI : 2.33, 14.3) et une épaisseur murale pariétale > 8 mm (OR : 3.79, 95% CI : 1.45, 11.3). En combinant ces facteurs, nous avons construit un score prédictif de présence d'un AIG. Dans ce travail, 73,7% des patients avec le score le plus haut avaient un AIG.

Conclusion : Un âge élevé, une longue durée de MC et une chirurgie pour sténose sont des facteurs prédictifs de NIG, et surtout d'AIG si l'épaisseur murale pariétale est > 8mm.

C.093

La perte de stratification des couches de la paroi intestinale est un facteur radiologique prédictif d'adénocarcinome de l'intestin grêle chez les patients ayant une maladie de Crohn

M. Uzzan [1], V. Assouline [2], E. Chambenois [2], M. Djabbari [1], L. Arrivé [2], C. Charpy [1], J. Calderaro [1], A. Luciani [1], I. Sobhani [1], L. Beaugerie [2], M. Svrcek [2], J. Kirchgesner [2]
(1) Créteil ; (2) Paris.

Introduction : Les patients ayant une maladie de Crohn (MC) ont un risque augmenté de développer un adénocarcinome (ADK) de l'intestin grêle. Ce dernier est généralement difficile à différencier d'une lésion non néoplasique de la MC et son diagnostic est fait la plupart du temps lors de l'examen anatomo-pathologique de la pièce opératoire. L'objectif de l'étude était de définir des facteurs radiologiques prédictifs d'ADK de l'intestin grêle chez des patients ayant une MC

Patients et Méthodes : Nous avons mené une étude cas-témoin au sein de 2 centres tertiaires de MC et avons identifié les patients chez qui un diagnostic d'ADK de l'intestin grêle et une MC a été porté entre 2003 et 2019. Les cas étaient appariés à des contrôles (1 à 4 patients avec MC ayant une résection intestinale sans ADK). Les imageries pré-opératoires (scanner et/ou entéro-IRM) ont été relues par 3 radiologues experts, en aveugle et selon une liste d'items préétablis. Une régression logistique multivariée a été utilisée pour identifier des facteurs prédictifs indépendants d'ADK.

Résultats : Cinquante et un patients ont été inclus dont 19 patients avec ADK et 32 contrôles appariés. Parmi la cohorte des cas, 12 (63%) étaient des hommes avec un âge moyen de 54,9 ans (± 13,9) au moment du diagnostic d'ADK. L'ADK était localisé au niveau de l'iléon terminal chez 13 patients (68,4%) alors qu'il était le site inflammatoire pour 87,5% des contrôles. La longueur de l'atteinte de l'intestin grêle était en moyenne de 216 (± 188) mm chez les cas avec ADK contre 156 (± 167) mm chez les patients sans ADK (p=0.76). De manière intéressante, le diagnostic avait été fait en pré-opératoire uniquement chez 2 patients sur 17 avec ADK de l'intestin grêle sans lésion secondaire. En analyse univariée, la perte de la stratification en couches de la paroi intestinale (odds ratio [OR], 11; IC95%, 2,43-49,5, p=0,002) et l'épaississement pariétal (OR, 1,32; IC95%, 1,05-1,66, p = 0,02) étaient associés à la présence d'un ADK. En analyse multivariée, la perte de la stratification (odds ratio [OR], 11; 95% CI, 2,43-49,5, p=0,002) était le seul facteur indépendamment associé à l'ADK de l'intestin grêle chez les patients avec une MC.

Conclusion : Nous avons identifié la perte de la stratification en couches de la paroi intestinale comme facteur prédictif d'ADK associé à la MC. De nouvelles études sont nécessaires à la validation de ce critère prédictif pour pouvoir l'utiliser en outil diagnostique dans cette situation clinique complexe.

C.094

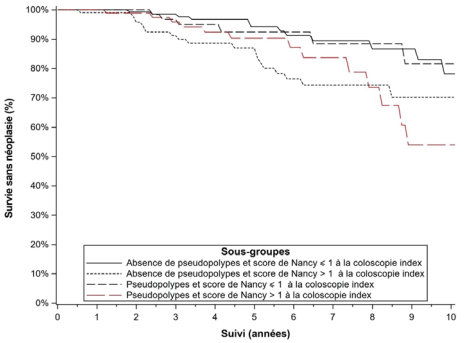
Impact de l'activité histologique sur le risque de néoplasie colorectale chez les patients atteints de maladies inflammatoires chroniques intestinales avec pseudo-polypes

T. Wolf [1], A. Lewis [2], L. Beaugerie [1], M. Svrcek [1], J. Kirchgesner [1]
(1) Paris ; (2) New York, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE.

Introduction : Les patients atteints de maladie inflammatoire chronique intestinale (MICI) avec localisation colique ont un risque augmenté de néoplasie colorectale. Vestiges d'une inflammation chronique, les polypes post-inflammatoires ou pseudo-polypes ont été diversement associés à un surrisque de néoplasie. La présence de pseudo-polypes n'était pas associée à un surrisque de néoplasie dans une étude récente rétrospective multicentrique,(1) mais l'activité histologique n'avait pas été évaluée alors que la persistance d'une activité histologique avait été identifiée comme un facteur de risque de néoplasie. Aucune étude n'a évalué à ce jour le lien entre l'activité histologique et la présence de pseudo-polypes sur le risque de néoplasie colorectale. L'objectif de notre étude était d'évaluer l'impact de l'activité inflammatoire histologique sur la survenue de lésions néoplasiques colorectales chez les patients atteints de MICI avec pseudo-polypes.

Patients et Méthodes : Tous les patients de plus de 18 ans atteints de MICI et suivis à l'hôpital St-Antoine, avec présence de pseudo-polypes sur une coloscopie suivie d'au moins une deuxième coloscopie entre 1996 et 2020 ont été inclus. Le suivi débutait à la première coloscopie identifiant des pseudo-polypes, les patients avec un antécédent personnel de néoplasie colorectale ou de colectomie étaient exclus. Les variables cliniques, endoscopiques et histologiques ont été rétrospectivement recueillies. Le critère de jugement principal était la survenue d'une néoplasie colorectale définie comme une lésion en dysplasie de bas grade, de haut grade, indéfinie pour la dysplasie ou un adénocarcinome. La cohorte de comparaison constituée de patients sans pseudo-polypes était issue d'une précédente étude.(2) Les patients étaient suivis jusqu'à la survenue d'une néoplasie colorectale, d'une colectomie, du décès ou du 31 décembre 2020. La probabilité de rester sans néoplasie colorectale a été évaluée chez les patients avec et sans pseudo-polypes, selon la présence d'une inflammation histologique basée sur un score de Nancy > 1 et d'une inflammation endoscopique basée sur la présence d'ulcérations. Les facteurs prédictifs de néoplasie colorectale ont été identifiés par un modèle de Cox.

Résultats : Au total, 173 et 252 patients avec et sans pseudo-polypes ont été respectivement inclus. Les caractéristiques démographiques des deux groupes étaient similaires à l'exception du sexe, 59% des patients étaient atteints de rectocolite hémorragique et la durée médiane d'évolution de la MICI était de 11,6 ans (8,1-17,7). Après stratification sur la présence d'inflammation endoscopique, la survie sans néoplasie colorectale était similaire entre les patients avec et sans pseudo-polypes. Cependant, la présence d'une inflammation histologique lors de la première coloscopie était associée à un risque significativement plus important de développer une néoplasie colorectale parmi les patients sans pseudo-polypes (p-value, 0,01), et la même tendance était observée en cas de pseudo-polypes (p-value, 0.08). (Figure 1) En analyse univariée, un score de Nancy à 3 ou 4 était associé à la survenue d'une néoplasie colorectale. Cette association était confirmée en analyse multivariée pour un score de Nancy à 3 (Hazard ratio (HR) 4,2 ; IC 95% 1,5 – 11,5 ; p-value, 0,01) et à 4 (HR 3,4 ; IC 95% 1,6 – 7,2 ; p-value, 0,01) alors que la présence de pseudo-polypes n'était pas associée à un sur-risque de néoplasie colorectale (HR: 1,17 ; IC 95% 0,634 – 2,168 ; p-value 0,61).



Conclusion : Cette étude confirme l'absence de risque associé à la présence de pseudo-polypes sur la survenue de néoplasie colorectale quand l'inflammation histologique est évaluée. Ces résultats suggèrent que le risque initialement attribué à la présence de pseudo-polypes est lié à une absence de mesure de l'inflammation histologique dans ces études, et soulignent l'importance de l'évaluation de l'inflammation histologique lors des coloscopies de surveillance pour l'évaluation du risque néoplasique dans les MICI.

C.095

Stratégie d'accès ubiquitaire aux tests non-invasifs de fibrose hépatique

P. Calès [1], C. Canivet [1], A. Lannes [1], F. Oberti [1], I. Fouchard [1], C. Costentin [2], V. de Lédinghen [3], J. Boursier [1]

(1) Angers ; (2) Grenoble ; (3) Bordeaux.

Introduction : La mesure de l'élasticité hépatique (LSM) est très populaire pour sa performance diagnostique (PD) des stades élevés de fibrose hépatique. Cependant, il y a 2 limites de LSM par rapport aux tests sanguins (TS) : 1) LSM n'est pas disponible de façon ubiquitaire ; 2) LSM a été surtout comparée à des TS ciblés pour la fibrose significative (F≥2) alors qu'il existe un TS ciblé pour la cirrhose. Notre but était d'évaluer une stratégie ubiquitaire privilégiant un TS en première ligne.

Patients et Méthodes : La population de dérivation incluait 1476 patients d'étiologies diverses (virus, NAFLD, alcool). Une 1ere population de validation incluait 1051 patients avec NAFLD. Ces 2 populations avaient TS et LSM. Une 2e population de validation incluait 2159 patients d'étiologies diverses avec TS seuls. La référence pour la fibrose était le stade Metavir ou Kleiner (validation NAFLD) de la PBH. Les tests évalués étaient 2 TS : FibroMètre (FM) ciblé F≥2 et CirrhoMètre (CM) ciblé F4, LSM par Fibroscan et 2 tests mixtes incluant marqueurs sanguins et LSM : Elasto-FM (EFM) et Elasto-CM (ECM). A l'instar de la règle EASL de fiabilité basée sur la concordance FM *vs* LSM, nous avons privilégié la concordance FM *vs* CM en 2 catégories (concordants/discordants). Les critères de jugement principaux étaient la PD (% de bien classés) pour la fibrose septale (F≥3) ou la cirrhose (F4). Les seuils diagnostiques étaient ceux des classifications en tous stades de fibrose ou de Youden (validation NAFLD).

Résultats : 1) Fibrose septale : PD de dérivation, concordants FM/CM : FM : 79,2% *vs* LSM : 79,0% (p=0,956) ; discordants FM/CM (prévalence : 15,1%) : FM : 52,5% *vs* LSM : 77,6% (p<0,001). La PD la plus élevée parmi les 5 tests était chez les discordants : LSM et chez les concordants : ECM (84,3%, p<0,001 *vs* FM ou LSM). La même hiérarchie entre tests était observée en validation. Dans une option de LSM indisponible, un algorithme basé sur la complémentarité des PD entre FM et CM a été construit. Cet algorithme FM+CM augmentait la PD chez les discordants FM/CM à 63,7% en dérivation (p=0,009 *vs* FM, p=0,003 *vs* CM) et à 66,1% (p<0,001 *vs* FM et CM) dans la 2e population de validation. En cas de disponibilité de LSM, un algorithme combinant FM (chez les concordants FM/CM) + LSM (chez les discordants FM/CM : 10,8% des cas) avait une PD non significativement différente de EFM et ECM en validation NAFLD. La PD de FM+CM n'était pas différente de FM+LSM (p=0,066) mais inférieure à EFM ou ECM (p≤0,028) en validation NAFLD.
2) Cirrhose : PD de dérivation, concordants FM/CM : FM : 89.3% *vs* LSM : 87,5% (p=0,119) ; discordants FM/CM (prévalence : 18,0%) : FM : 18,4% *vs* LSM : 77,8% (p<0,001 *vs* FM) ou CM : 81,6% (p<0,001 *vs* FM). CM avait la PD la plus élevée dans les 2 catégories FM/CM parmi les 5 tests. En validation, la PD de CM n'était pas significativement différente des meilleurs tests (EFM et ECM). Les PD de FM et CM n'étaient pas complémentaires.

Diagnostic binaire de fibrose hépatique par test non invasif

Cible diagnostique	Fibrose septale		Cirrhose
1er test : sanguin	FM		CM
Concordance FM/CM ?	Non	Oui	Inutile
2e test souhaitable ?	LSM	Non	Non
Test appliqué	**LSM** (si indisponible: algo. FM+CM)	**FM**	**CM**

Discussion : 1/ Application clinique (Figure). Lorsqu'on cible la fibrose septale, un TS est suffisant chez 85% des patients concordants pour les 2 versions du TS alors que LSM est requis chez les 15% de discordants. Toutefois, si LSM est indisponible, on peut se contenter d'un algorithme de TS (FM+CM) chez 100% des patients. A noter cependant que le test ECM apporte un gain significatif de PD chez les concordants FM/CM d'étiologies diverses (≈4%) mais non significatif dans les NAFLD. Dans tous les cas, un TS est utile dans ≥85% de cas. Lorsqu'on cible la cirrhose, un TS (CM) est suffisant dans 100% des cas ce qui est un résultat disruptif. 2/ Principale limite : cette stratégie est basée sur un objectif de cible diagnostique binaire sans zone grise intermédiaire, par exemple sélectionner les patients avec NAFLD et F≥3, par test non invasif seul, en vue d'un dépistage du CHC. La cible F≥3 a une fibrose plus marquée dans le Metavir que dans le Kleiner mais les principaux résultats étaient similaires pour la NAFLD entre les 2 classifications (Metavir en dérivation *vs* Kleiner en validation).

Conclusion : Dans la NAFLD, un test sanguin est suffisant dans au moins 85% des cas pour le diagnostic binaire de fibrose septale et dans 100% des cas pour le diagnostic binaire de cirrhose.

Remerciements, financements, autres : Remerciements aux investigateurs des populations incluses

C.096

Impact des politiques publiques et de la pandémie de Covid-19 sur le dépistage et le traitement de l'hépatite C en France métropolitaine, 2014-2021

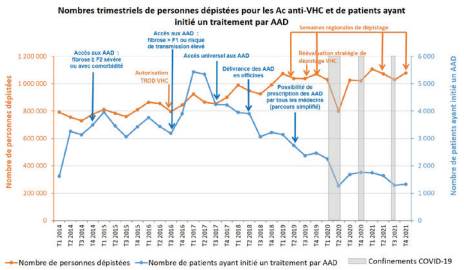
C. Brouard [1], M. Schwager [2], A. Expert [2], N. Drewniak [1], S. Laporal [1], G. de Lagasnerie [2], F. Lot [1]

(1) Saint-Maurice ; (2) Paris.

Introduction : Les antiviraux à action directe (AAD), très efficaces contre l'infection par le virus de l'hépatite C (VHC), ont rendu envisageable son élimination d'ici à 2025 en France. Cet objectif requiert des progrès significatifs, notamment en termes de dépistage et d'accès au traitement, avec une cible à mi-parcours de 120 000 personnes traitées par AAD d'ici fin 2022. Notre objectif est de décrire l'évolution des nombres et des caractéristiques démographiques des personnes testées pour les anticorps (Ac) anti-VHC et des patients initiant un traitement par AAD, ainsi que d'évaluer l'impact des politiques publiques et de la pandémie de COVID-19 vis-à-vis du dépistage et de l'accès aux AAD au cours de la période 2014-2021 en France métropolitaine.

Matériels et Méthodes : Les données de remboursement des tests de dépistage des Ac anti-VHC réalisés dans le secteur privé (laboratoires de ville et d'établissements de santé privés) et dans les laboratoires d'établissements de santé publics (hors hospitalisation) et des AAD ont été extraites du Système national des données de santé (SNDS) pour la métropole du 1er janvier 2014 au 31 décembre 2021. L'initiation d'AAD était définie comme une délivrance d'AAD précédée d'une période d'au moins six mois sans délivrance d'AAD. Le nombre de personnes non testées en 2020-2021 du fait de la pandémie a été estimé par la différence entre le nombre attendu (estimé à partir du taux d'évolution 2017-2019) et le nombre observé de personnes testées en 2020 et 2021.

Résultats : Entre 2014 et 2021, le nombre annuel de personnes testées pour les Ac anti-VHC a augmenté de 35,8%, passant de 2,815 à 3,822 millions, avec une hausse plus marquée entre 2017 et 2019 (+8,7% en moyenne) qu'entre 2014 et 2017 (+4,7% en moyenne), suivie d'une baisse de 8,3% en 2020, puis d'une augmentation de 9,4% en 2021 permettant d'atteindre un niveau très légèrement supérieur à celui de 2019. Au second trimestre (T2) de 2020 (1er confinement), le nombre de personnes testées a baissé de 22,2% par rapport au T1-2020 (Figure). En 2020 et 2021, 1,232 millions de personnes n'auraient pas été testées en raison de la pandémie. Le profil démographique des personnes testées a très peu évolué entre 2014 et 2021 : une majorité de femmes (62,5%), âgées de moins de 40 ans pour 67,8% d'entre elles, tandis que l'âge des hommes était plus dispersé avec trois classes prédominantes (<30 ans : 24,9%, 30-39 ans : 23,0%, 60 ans et plus : 21,5%).
Entre 2014 et 2021, le nombre d'initiations de traitement par AAD était de 96 776, soit 81% de l'objectif de fin 2022 atteint. Le nombre trimestriel de patients initiant un traitement a globalement augmenté du T1-2014 au T1-2017, atteignant plus de 5 000, mais a diminué depuis T2-2017 (figure). Au T2-2020, le nombre de patients ayant initié un AAD a baissé de 43,9% par rapport au T1-2020. Depuis, le nombre trimestriel de patients initiant un traitement est resté inférieur à 2 000. Entre 2014 et 2021, le profil de ces patients a évolué avec notamment une proportion d'hommes qui a diminué en milieu de période, passant de 65,0% en 2014-2015 à 57,0% en 2016-2017 et 59,0% en 2018-2019 avant d'augmenter en 2020-2021 (63,8%). Les classes d'âges les plus représentées étaient les 50-59 ans chez les hommes (48,9% en 2014-2015, 37,0% en 2020-2021) et les 60 ans et plus chez les femmes (56,8% en 2014-2015, 46,2% en 2020-2021), mais leurs proportions ont diminué au profit des moins de 40 ans.



Conclusion : Malgré les différentes mesures facilitant l'accès aux AAD (dont l'accès universel depuis T3-2017), le nombre de patients initiant un traitement est en diminution depuis T2-2017, rendant peu probable l'atteinte de la cible de 120 000 personnes traitées avant fin 2022. Cette tendance, sans doute aggravée par la pandémie, témoigne d'un tarissement du pool de personnes diagnostiquées à traiter. Pourtant, le nombre de personnes testées a augmenté entre 2014 et 2021, malgré l'impact négatif de la pandémie de COVID-19 qui a perduré au-delà des périodes de confinement. La divergence des profils des personnes testées et traitées suggère qu'un meilleur ciblage du dépistage est nécessaire en vue de l'élimination de l'hépatite C.

C.097

Impact des politiques de remboursement des antiviraux à action directe sur le taux de perte de suivi avant la mise sous traitement et le délai de mise sous traitement chez les usagers de drogue

V. Haghnejad [(1)], Y. Handaj [(2)], M. Oussalah [(2)], S. Ehrhart [(2)], H. Barraud [(3)], J.P. Bronowicki [(2)]
(1) Nancy ; (2) Vandœuvre-lès-Nancy ; (3) Tours.

Introduction : En France, les politiques de remboursement des antiviraux à action directe (AAD) ont considérablement évolué entre 2014 et 2017. L'objectif de cette étude était d'évaluer l'impact des différentes politiques de remboursement des AAD sur le taux de perte de suivi avant la mise sous traitement et le délai de mise sous traitement dans une population d'usagers de drogues positifs pour le VHC (UD). Un second objectif était d'évaluer l'impact de la mise en place d'un automate de RT-PCR du VHC (Cepheid) permettant un rendu de résultat en moins d'une heure.

Patients et Méthodes : 229 patients infectés par le VHC suivis au CHU de Nancy entre 2014 et 2020 ont été analysés selon 4 périodes : < juin 2016 (remboursement des AAD en fonction du score de fibrose), entre juin 2016 et mai 2017 (remboursement des AAD pour tous les UD, quel que soit le score de fibrose), entre mai 2017 et mai 2019 (remboursement du 1er AAD pan-génotypique pour tous les patients VHC positifs quel que soit le score de fibrose), > mai 2019 (disponibilité dans notre centre de l'automate de RT-PCR VHC).

Résultats : Le nombre de patients perdus de vue avant la prescription des AAD était significativement plus élevé pendant la période où le remboursement des AAD était conditionné par le score de fibrose (< juin 2016) par rapport à la période où le remboursement des AAD était indépendant du score de fibrose chez les usagers de drogues (> juin 2016) : 20/88 (23%) *versus* 10/141 (7%), respectivement (p<0,005). Le délai moyen de prise en charge, défini par le délai entre la date de la 1ère visite et la date de prescription des AAD, a diminué significativement en comparant les 4 périodes : 633 *vs* 182 *vs* 65 *vs* 30 jours, respectivement (<0,0001).

Conclusion : L'accès au traitement universel depuis juin 2016 pour la population des usagers de drogue a permis d'augmenter le nombre de patients traités mais aussi de réduire significativement le délai de prise en charge.

C.098

Une faible charge virale B et un âge plus élevé sont prédictifs de négativation de l'AgHBs chez les patients avec une infection chronique pour l'hépatite B à antigène HBe négatif

X. Causse [1], A.M. Roque-Afonso [2], A. Valéry [1], H. Labadie [3], G. Macaigne [4], J.F.D. Cadranel [3], M. Picon-Coste [5], J. Henrion [6], J.P. Arpurt [7], I. Rosa [8], I. Ollivier-Hourmand [9], S. Bresson-Hadni [10], M. Schnee [11], T. Fontanges [10], D. Zanditenas [12], F. Heluwaert [13], B. Lambare [14], A. Garioud [15], P. Delasalle [16], B. Hanslik [17], N. Boyer [18], P. Potier [1], L. Mouna [2]

(1) Orléans ; (2) Villejuif ; (3) Paris ; (4) Montfermeil ;
(5) Aix-en-Provence ; (6) Haine-Saint-Paul, BELGIQUE ;
(7) Avignon ; (8) Créteil ; (9) Caen ; (10) Besançon ;
(11) La Roche-sur-Yon ; (12) Bry-sur-Marne ;
(13) Annecy ; (14) Corbeil-Essonnes ; (15) Creil ;
(16) Grasse ; (17) Montpellier ; (18) Clichy-la-Garenne.

Introduction : L'objectif de cette cohorte prospective multicentrique était d'étudier le devenir à long terme de patients chroniquement infectés par le VHB, négatifs pour l'antigène (Ag) HBe, à transaminases constamment normales et charge virale B constamment < 20000 UI/ml.

Patients et Méthodes : 606 porteurs chroniques de l'AgHBs, AgHBe négatif, à ALT< N et charge virale B < 20000 UI/ml de façon répétée tous les 3 ou 4 mois pendant 1 an au moins, sans surinfection virale, sans signe d'hépatopathie évoluée, ont été inclus de façon prospective dans 24 centres de septembre 2014 à juin 2016. Ces patients étaient surveillés pendant 5 ans avec recueil annuel de données cliniques, biologiques, échographiques et élastométriques. Les variables binaires et quantitatives ont été recueillies et, après normalisation des variables asymétriques, des sous-populations homogènes de patients ont été recherchées par une analyse en clusters, suivie d'une analyse en composantes principales.

Résultats : A l'inclusion, le sex ratio s'élevait à 1,2 (F/H) soit 54% de femmes, et l'âge moyen à 42+12 ans. Les sujets étaient originaires d'Afrique sub-saharienne (47,5%), d'Europe occidentale ou d'Amérique du nord (23%), du Maghreb ou du proche ou moyen Orient (13%), d'Asie (12%). La charge virale était indétectable chez 10,5% des inclus, <2000 UI/ml chez 70,9%, entre 2000 et 20000 UI/ml chez 18,6%. L'AgHBs quantitatif (AgHBsQ) était < 100 UI/ml chez 16,6%, entre 100 et 999 UI/ml chez 23,3% et > 1000 chez 60,1%. Le génotype n'a pas pu être déterminé chez 25% des sujets (charge virale trop basse). Les 428 génotypes identifiés se répartissaient en A (111 ; 27,9%), B (26 ; 6,1%), C (22 ; 5,1%), D (105 ; 24,5%), E (158 ; 36,9%), F (2 ; 0,5%).
353 patients ont pu être évalués à 5 ans. 2 décès sont survenus sans lien avec le VHB (chute, cancer du sein). Aucune évolution vers la cirrhose, ou décompensation de cirrhose, ou apparition de CHC n'a été observée. 13 traitements ont été initiés pour réactivation (charge virale B > 20000 UI/ml et/ou ALT > N). 6 traitements ont été initiés à titre préemptif. 39 négativations de l'AgHBs ont été observées.
Il a été observé une diminution significative de la valeur moyenne de l'antigène HBs quantitatif à 5 ans (5811,35 +/- 8157,27 UI/ml à l'inclusion ; 4375,42 +/- 7179,74 à 5 ans). La survenue d'une réactiveation était significativement (p=0,03369) plus fréquente quand la charge virale B à l'inclusion était > 2000 UI/ml. La négativation de l'antigène HBs était associée à un âge plus élevé (p<0,0001), à la présence d'une HTA traitée (p=0,0013), à la présence d'une dyslipidémie traitée (p=0,0101), à une charge virale significativement plus faible (371 UI/ml *versus* 1750, p<0,001). La négativation de l'AgHBs était significativement (p=0,03881) plus fréquente quand la charge virale à l'inclusion était < 2000 UI/ml. Il n'y a en revanche, dans cette étude, pas d'association significative entre l'AgHBcr (core related) à l'inclusion, l'AgHBsQ à l'inclusion, le sexe, l'obésité, la présence du génotype E du VHB et la négativation de l'AgHBs.

Conclusion : Notre étude confirme la fréquence au cours du temps de la négativation de l'AgHBs en cas d'infection chronique AgHBe négatif et montre son association à une faible charge virale dans une population bien sélectionnée. Elle montre une association à un âge plus élevé, au traitement de l'HTA ou d'une dyslipidémie qui sont probablement des marqueurs de l'ancienneté du contact avec le VHB. Cette étude montre aussi la rareté du passage à l'hépatite active, en particulier quand la charge virale B est < 2000 UI/ml. La surveillance de ces porteurs chroniques pourrait être allégée chez les sujets jeunes, à faible charge virale initiale, sans comorbidité.

Remerciements, financements, autres :
ANGH, CREGG

C.099

Rôle des cellules B dans la perte de l'AgHBs chez les patients avec hépatite chronique B

N. Nasser [(1)], I. Tout [(1)], M. Van Den Heede [(1)], S. Narguet [(2)], D. Loureiro [(1)], N. Boyer [(2)], V. Paradis [(2)], M. Abdellah [(2)], T. Asselah [(2)]

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

Introduction : Dans l'hépatite chronique B (HCB), la perte de l'antigène de surface de l'hépatite B (AgHBs) (séroclairance et la séroconversion), traduit une réponse immunologique adéquate et est associée à un bon pronostic. Le but de l'étude est de comprendre le rôle des cellules B dans la séroclairance et la séroconversion de HBsAg chez les patients CHB.

Patients et Méthodes : Les patients avec HCB qui ont perdus l'AgHBs (n = 14), les patients avec HCB traités (n=11) et non traités (n=40), sont comparés avec des patients sains (contrôles, n=15). Les cellules mononuclées du sang périphérique (PBMC) et le plasma sont isolés à partir du sang total des patients. Les niveaux des cytokines TNFα, IL-10 et IFNγ sont analysé par ELISA. Le phénotype des cellules B est identifié par cytométrie en flux et l'expression de la protéine TLR9 par Western Blot.

Résultats : Les caractéristiques des patients sont présentées dans le Tableau 1. L'expression du TNFα et l'IL10 diminuent significativement chez les patients AgHBs- par rapport aux patients avec HCB, TNFα (15.99±2.83 *vs* 12.07±1.46, p<0.05) et IL-10 (10.8±2.9 *vs* 8.05±1.67, p<0.05). Aucune différence significative a été observée pour l'IFNγ (37.65 ± 5.88 and 33.15 ± 2.52, p>0.05). Il faut noter que l'expression du TNFα et de l'IFNγ diminuent chez les patients traités par rapport aux non traités (15.99±2.83 *vs* 11.14±1.4, p<0.0001 et 37.6±5.8 *vs* 27.5±9.4, p<0.05). Une diminution significative et une restauration du pourcentage de cellules B dans le plasma chez les patients HBsAg- par rapport aux patients avec HBC a été observée (0.502±0.12 et 0.83±0.107, p<.0001). Une diminution significative du pourcentage des lymphocytes B mémoires (LBM) atypiques (CD19+ CD10+ CD27- CD21-) chez les patients AgHBs- par rapport au HCB (5.9±2.06 and 2.8±0.91, p<.0001). Finalement, l'expression de TLR9 a été restaurée chez les patients AgHBs- dans les extraits totaux de PBMC par rapport aux patients avec HCB (0.7077±0.23 and 0.87 ±0.2, p<.05).

Conclusion : La restauration de l'environnement des cytokines chez les patients AgHBs- est caractérisée par une diminution en TNFα et l'expression d'IL-10 dans le plasma. Un remodelage dans les sous-ensembles de cellules B mémoires a été caractérisé par une augmentation du pourcentage de cellules B dans le plasma et une diminution dans les CLBM atypiques qui sont plus présentes chez les patients avec HCB. Pour finir, l'expression de TLR9 a été restauré en cas de perte de l'AgHBs.

C.100

Vaccination des patients cirrhotiques : quelle efficacité des vaccins contre le pneumocoque, le tétanos et la diphtérie ?

M. Lucas [(1)], V. Haghnejad [(1)], I. Quilici [(1)], S. Daude [(1)], E. Frentiu [(1)], M. Bensenane [(1)], L. Chevrier [(2)], F. Batteux [(2)], J.P. Bronowicki [(3)]

(1) Nancy ; (2) Paris ; (3) Vandœuvre-lès-Nancy.

Introduction : La cirrhose induit un dysfonctionnement immunitaire favorisant les infections. Certaines de ces infections peuvent être prévenues par la vaccination. L'efficacité des vaccins dans cette population est variable et généralement moins bonne que chez les immunocompétents. Cette étude vise à décrire l'immunogénicité des vaccins contre le pneumocoque, la diphtérie et le tétanos chez les patients atteints de cirrhose et à identifier les facteurs pouvant être prédictifs de cette réponse.

Patients et Méthodes : Cette étude de cohorte observationnelle et prospective, a été menée de septembre 2018 à octobre 2021. Lors d'une visite médicale de routine, les patients atteints de cirrhose ont reçu une injection de vaccin conjugué pneumococcique 13-valent (PCV13) et une dose de rappel du vaccin contre le tétanos et la diphtérie. Deux mois plus tard, ils recevaient une dose de vaccin polysaccharide pneumococcique 23-valent (PPV23). Pour évaluer l'immunogénicité des vaccins, nous avons mesuré à l'aide de la technique ELISA la concentration d'anticorps dirigés contre la toxine tétanique et la diphtérique, et contre sept sérotypes de pneumocoque, avant la vaccination (V0) et 6 mois à 24 mois après la vaccination (V1).

Résultats : Parmi les 123 patients inclus, 120 ont été analysés pour la réponse au vaccin contre le pneumocoque, et 118 pour la réponse au vaccin contre le tétanos et la diphtérie. Après la vaccination, seuls 63.6% et 11.0% des patients atteints de cirrhose avaient une protection à long terme (concentration d'IgG > 1UI/ml) pour le tétanos et la diphtérie respectivement. En ce qui concerne le vaccin contre le pneumocoque, le taux de patients protégés (concentration d'IgG > 1mg/l) variait de 70.0% à 94.2% après la vaccination selon le sérotype. Les principaux facteurs prédictifs d'une réponse étaient, en fonction du vaccin étudié : la fonction rénale, les taux de cellules immunitaires et d'oligoéléments et l'étiologie virale de la cirrhose. D'autres facteurs, tels que le taux de créatinine, de protéine C-réactive, le score MELD, le score CHILD PUGH, le score ALBI, la valeur de l'élastrométrie et l'INR étaient prédictifs de réponse de manière isolée dans certaines analyses.

Conclusion : Cette étude montre que le vaccin contre le pneumocoque semble être efficace chez les patients cirrhotiques. En revanche, avec respectivement 63.3% et 11.0% de patients protégés à long terme après le rappel vaccinal contre le tétanos et la diphtérie, ces vaccins semblent peu efficaces. Des facteurs prédictifs de réponse et de protection vaccinale ont été mis en évidence et divergent en fonction des vaccins.

C.101

Persistance au long terme de niveaux élevés d'anticorps anti-HBs après la vaccination d'adultes avec un vaccin anti-VHB à 3 antigènes entraînant une séroprotection durable

R. Larras [(1)], V. Popovic [(2)], A. Forsten [(3)], L. Maubach [(4)], F. Diaz-Mitoma [(2)], T. Vesikari [(3)]

(1) Paris ; (2) Cambridge, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (3) Tampere, FINLANDE ; (4) Munich, ALLEMAGNE.

Introduction : L'infection par le virus de l'hépatite B (VHB) est un problème de santé publique qui peut être efficacement prévenu chez des adultes incomplètement ou non vaccinés par une vaccination qui se traduira par une séroprotection. La réponse immunitaire à la vaccination contre le VHB peut être mesurée par les taux sériques d'anti-HBs et leur persistance, qui dépendrait des pics de concentration induits. Les vaccins anti-VHB à un seul antigène (1A-VHB) contiennent le petit (S) antigène de surface du VHB, dérivé de la levure (HBsAG). Le vaccin VHB à 3 antigènes (3A-VHB) se caractérise par une production dans des cellules de mammifères et contient deux antigènes de surface supplémentaires de l'hépatite B, le pré-S1 et le pré-S2. PROTECT était un essai international de phase 3 qui a évalué l'immunogénicité et la sécurité du 3A-VHB 10 µg (*PreHevbri™) par rapport au 1A-VHB 20 µg (Engerix-B®). Dans cette étude, des taux plus élevés de séroprotection (anti-HBs ≥ 10 mUI/mL) et de titres d'anticorps à concentration moyenne géométrique (CMG) maximale ont été notés avec le 3A-VHB par rapport au 1A-VHB. Cette étude visait à évaluer la persistance à long terme des titres d'anti-HBs 2 à 3 ans après la 3ème dose dans un sous-groupe de sujets enrôlés dans PROTECT.

Matériels et Méthodes : Les sujets étaient éligibles pour le suivi s'ils avaient déjà été enrôlés dans l'étude PROTECT et avaient obtenu une séroprotection (anti-HBs ≥ 10 mUI/mL). Les échantillons de sérum ont été testés pour les titres d'anti-HBs au laboratoire central en utilisant le même test quantitatif d'anti-HBs validé et utilisé dans PROTECT.

Résultats : Sur les 528 sujets adultes contactés, 465 ont participé à l'étude de suivi. 244 [52,5 %] ont été vaccinés avec le 3A-VHB et 221 [47,5 %] avec le 1A-VHB. Les caractéristiques de base étaient bien équilibrées (âge moyen : 59 ans), il est à noter que les titres anti-HBs maximaux de PROTECT (4 semaines après la 3ème dose) étaient plus élevés dans le groupe 3A-VHB que dans le groupe 1A-VHB (8021,9 mUI/mL contre 3787,3 mUI/mL). Les données de cette étude ont montré qu'environ 2,5 ans après le jour 196 de l'étude PROTECT, la concentration moyenne d'anti-HBs était de 1382,9 mUI/mL pour les participants 3A-VHB et de 251,4 mUI/mL pour les participants 1A-VHB. En outre, deux fois plus de sujets vaccinés avec le 3A-VHB ont conservé des anti-HBs ≥ 100 mUI/mL par rapport au 1A-VHB (72,9 % contre 32,6 %) et deux fois moins de sujets du groupe 3A-VHB ont perdu des niveaux de séro-protection anti-HBs (<10 mUI/mL) lors du suivi (11,9 % contre 27,6 %).

Conclusion : Compte tenu des titres d'anticorps maximaux élevés obtenus dans l'étude PROTECT, la plupart des sujets de l'étude qui ont reçu le 3A-HBV restent « séroprotégés » (≥ 10 mUI/mL) après 2,5 ans et conservent des niveaux élevés de titres anti-HBs. Ces résultats suggèrent que le 3A-HBV fournira une protection durable contre le VHB dans cette population.

*L'autorisation de mise sur le marché pour l'utilisation chez les adultes de plus de 18 ans a été reçue dans l'UE et au Royaume-Uni en 2022 (PreHevbri™) et aux Etats-Unis (PreHevbrio™) en 2021. Il s'agit du même vaccin que le Sci-B-Vac®, homologué en Israël en 2000 et utilisé dans les essais cliniques.

V.001

L'encollage sous écho-endoscopie pour les hémorragies réfractaires sur rupture de varice gastrique : une option thérapeutique sûre et efficace

A. Guilloux [(1)], L. Blaise [(2)], R. Leenhardt [(1)], D. Simon [(1)], M. Camus-Duboc [(1)], U. Chaput [(1)]

(1) Paris ; (2) Bondy.

Introduction : Une patiente de 51 ans, suivie pour une cirrhose liée à l'alcool, a été hospitalisée pour un choc hémorragique secondaire à une rupture de varice œsophagienne. Un traitement de première intention par ligature endoscopique a été réalisé. Une récidive précoce du saignement a nécessité la mise en place d'un shunt porto-systémique par voie transjugulaire (TIPS) et une embolisation radiologique de la veine gastrique gauche. Quelques jours plus tard, suite à une nouvelle récidive hémorragique, un angioscanner a révélé la persistance de varices péricardiales non accessibles à une prise en charge endoscopique ou radiologique standard. Il a été décidé de réaliser un encollage de ces varices sous écho-endoscopie.

Patients et Méthodes : NA

Résultats : L'examen a été réalisé sous anesthésie générale après intubation oro-trachéale. Un échoendoscope linéaire (GF-UCT180, Olympus, Tokyo, Japon) positionné à la jonction œsogastrique a identifié une large varice avec un flux Doppler en son sein. La varice a été ponctionnée avec une aiguille de 19 G (EchoTip® Ultra, Cook Medical, Irlande). Un mélange lipiodol-butylcyanoacrylate a été injecté dans la varice sous contrôle scopique, permettant de vérifier en temps réel l'absence d'embole de colle à distance (vidéo).
La patiente n'a pas présenté de récidive hémorragique mais est décédée 4 mois plus tard d'une insuffisance hépatique sévère.
L'encollage des varices gastriques guidé par écho-endoscopie semble être une option thérapeutique efficace et sûre dans les situations difficiles avec échec du traitement de première intention.

Discussion : Les varices gastriques sont présentes chez environ 20% des patients souffrant d'hypertension portale [1]. Le risque cumulé de saignement des varices gastriques peut atteindre 44% à 5 ans [2]. Il s'agit d'une complication grave avec une mortalité estimée à 17 % à 6 semaines [3]. Les recommandations récentes de BAVENO VII, préconisent un encollage endoscopique (N-butylcyanoacrylate ou thrombine) pour le traitement des hémorragies liées aux varices gastriques isolées et aux varices gastro-œsophagiennes de type 2. Aucune mention n'est faite d'un traitement guidé par écho-endoscopie [4]. Une méta-analyse récente de 23 études comparant l'encollage sous écho-endoscopie à l'encollage endoscopique direct a montré une efficacité moyenne de 93,7% dans le groupe écho-endoscopie avec un taux plus élevé d'oblitération des varices gastriques (84,4% *vs* 62,6%, p=0,02) [5].

Conclusion : L'encollage des varices gastriques guidé par écho-endoscopie semble être une option thérapeutique efficace et sûre dans les situations difficiles avec échec du traitement de première intention.

V.002

Traitement des gastroparésies réfractaires au GPOEM par gastroentéro-anastomose endoscopique

J. Phelip [1], V. Vitton [1], M. Gasmi [1], M. Barthet [1], J.M. Gonzalez [1]
(1) Marseille.

Introduction : La gastroparésie est un trouble digestif défini par un ralentissement de la vidange gastrique en l'absence de tout obstacle mécanique, sa prévalence est estimée à 0,1%.
Le G-POEM est une procédure endoscopique peu invasive, qui a prouvé son efficacité et sa sécurité dans la gastroparésie réfractaire, avec une efficacité à 1 an autour de 2/3 des patients, notamment une étude rétrospective française récente montre un taux de succès de 69% à un an, et une étude prospective randomisée contre placebo a montré un taux de succès clinique de 71% à 6 mois, *versus* 22% dans le groupe placebo. En cas d'échec du G-POEM, aucun traitement n'est validé et la stimulation gastrique est très décevante.
L'anastomose gastro-jéjunale guidée sous écho-endoscopie (EUS-GE) est une technique en expansion, proposée de plus en plus dans le traitement des sténoses digestives tumorales. Les résultats préliminaires en termes d'efficacité, de morbidité et de fonctionnalités sont très prometteurs, et ses indications tendent à s'étendre aux pathologies bénignes.
Nous présentons donc un cas vidéo issue d'une série des 4 premiers cas d'EUS-GE avec prothèse d'apposition (LAMS) pour la prise en charge de la gastroparésie réfractaire au G-POEM.

Patients et Méthodes : Le cas vidéo traite d'une jeune patiente ayant successivement eu un GPOEM pour gastroparésie réfractaire aux traitements médicamenteux, avec une double myotomie pylorique. Devant l'absence d'efficacité persistante 3 mois après le GPOEM, il a été décidé la réalisation d'une gastro-entéro-anastomose sous écho-endoscopie (EUS-GE) avec (LAMS).
Nous présenterons dans la vidéo les résultats sur 4 patients à qui cette prise en charge a été proposée. L'indication de la EUS-GE avait systématiquement été validé en RCP de maladies fonctionnelles pour chaque patient, et après explication des bénéfices et des risques de la procédure.
Les procédures (vidéo) étaient réalisées sur des patients intubés, avec antibioprophylaxie. Les EUS-GE ont toutes été faites avec un écho-endoscope linéaire thérapeutique (canal 4mm), selon les étapes suivantes : 1) mise en place d'un drain naso-cavitaire en position jéjunale, relié à une pompe d'irrigation, 2) repérage sous écho-endoscopie de l'angle duodéno-jéjunal par voie transgastrique, 3) remplissage de l'anse grêle, 4) ponction directe (section pure) et mise en place d'une LAMS pour compléter l'anastomose. Les patients étaient laissés à jeun le soir de l'intervention avec une réalimentation progressive à partir de J1.
L'objectif principal était d'évaluer la faisabilité et la tolérance de cette procédure dans cette indication bénigne. L'objectif secondaire est d'analyser l'efficacité avec comme critère de jugement le score la baisse du score G-CSI de plus d'1 point.

Résultats : Quatre patients ont été inclus entre le 23 septembre 2021 et le 5 juillet 2022, âgés de 20 à 70 ans. Trois avaient une gastroparésie d'origine idiopathique, et un d'origine diabétique.
Le G-CSI initial médian avait été évalué à 4.4 [3.3 ; 5], le délai entre les premiers symptômes et le G-POEM était de 2 ans [1 ; 2], et la durée avant la récidive des symptômes de 9 mois [1 ; 48].
Le succès technique a été obtenu dans 100% des cas, et aucune complication n'est survenue pendant ni après le geste. Les patients étaient hospitalisés après le geste pour une durée de 48h.
Les résultats sur l'efficacité ont été analysés avec une durée médiane de suivi de 5 mois [3 ; 13].Le G-CSI à 3 mois était de 0 [0 ; 2.9], l'efficacité clinique a donc été obtenu chez 4 patients sur 4, dont 3 avec une disparition de l'intégralité des symptômes de gastroparésie.

Conclusion : Notre série est la première proposant la réalisation d'AGJ endoscopiques pour le traitement de la gastroparésie réfractaire y compris au GPOEM. Elle suggère une faisabilité et une tolérance excellentes de la procédure qui semble être très prometteuse pour la prise en charge des gastroparésies réfractaires après échec de G-POEM. Bien évidemment, ce sont des résultats préliminaires, qui méritent d'être évalués à plus grande échelle dans cette indication.

V.003

Drainage écho-endoguidé des abcès pelviens non post-opératoires par electrocautery-enhanced lumen-apposing metal stents de petite taille : à propos d'une série de cas

L. Monino [(1)], R. Bachmann [(1)], M.A. Denis [(1)], D. Leonard [(1)], C. Remue [(1)], A. Kartheuser [(1)], P. Deprez [(1)], T.G. Moreels [(1)]
(1) Bruxelles, BELGIQUE.

Introduction : Les abcès pelviens d'origine digestifs non post-opératoires sont des pathologies fréquentes. Le traitement initial consiste à la mise sous antibiotique associée à un drainage de l'abcès. Le drainage de l'abcès peut être réalisé par radiologie percutanée. L'accès radiologique percutané est souvent difficile voire impossible de par l'interposition des anses grêles gênant la ponction. Une autre option consiste en la réalisation d'un drainage transrectal chirurgical. Ce drainage transrectal est réalisé à l'aveugle en ponctionnant directement la voussure de l'abcès à travers la paroi rectale. Le drainage échoendoguidé des collections pelviennes (EUS-PAD) est une alternative rapportée. L'EUS-PAD par prothèse plastique est souvent proposée chez des patients avec une collection post opératoire avec des résultats satisfaisants. L'introduction récente des electrocautery-enhanced lumen-apposing metal (LAMS) a permis l'augmentation exponentielle des drainages échoendoguidés des collections abdominales. L'utilisation des LAMS de petite taille dans l'EUS-PAD n'est pas encore rapportée dans la littérature. Nous rapportons une série de cas de patients sans iléostomie traités par LAMS de petite taille pour des abcès pelviens non post-opératoires.

Patients et Méthodes : Une analyse rétrospective de la base de données prospective des patients ayant eu une echoendoscopie thérapeutique basse a été réalisée. Toutes les procédures d'EUS-PAS par LAMS de petite taille ont été incluses. L'EUS-PAD par LAMS était proposée aux patients en cas de contre-indications à la réalisation d'un drainage chirurgical (co-morbidités) et/ou inaccessibilité à un drainage radiologique percutané ou transglutéal.

Résultats : Cinq patients (4 hommes, 36-83 ans) ont été traités par LAMS (deux LAMS de 6*8 mm et trois LAMS de 10*10 mm) de petite taille pour des abcès pelviens non post opératoires. Aucun des patients traités n'avait d'iléostomie de protection. Deux patients avaient un abcès diverticulaire colique, deux patients avaient un abcès sur pathologie anale (une fistule anale et une fissure anale) et un patient avait un abcès rectal sur maladie de Crohn. Le drainage échoendoguidé a été réalisé par technique « free hand » chez trois patients. Chez les deux autres, une ponction à l'aiguille de 19 G associée à un placement de la LAMS sur fil guide a été réalisée. Le temps moyen de la procédure était de 35 minutes. Le succès technique était de 100 %. Un mauvais déploiement de la LAMS est survenu et celle-ci a été récupérée par technique de sauvetage. Chez ce patient, la LAMS a du être enlevée prématurément à J2 post-pose pour douleur anale. Le succès clinique était de 80 %. Chez les quatre autres patients, la LAMS a été retirée après un temps moyen de 15 jours et remplacée par une prothèse DQC chez deux patients pour une durée moyenne de 15 jours. Aucune récidive n'a été observée chez les patients traités avec succès (4/5).

Conclusion : L'EUS-PAD des abcès pelviens non post-opératoires par LAMS de petite taille semble être faisable et efficace. L'utilisation des petites LAMS de 6*8 et 10*10 permet une rapide résolution des abcès pelviens chez des patients sans iléostomie de décharge. De plus, leur petite taille permet de réaliser des drainages du 1/3 inférieur du rectum. Le profil de sécurité de ces prothèses semble satisfaisant pour une généralisation de leurs utilisations. De futures études sont nécessaires pour confirmer sa place dans le management des abcès pelviens non postopératoires.

V.004

CP-POEM avec le Dual-knife : une technique sûre et facile ?

A. Laquière [(1)], D. Peyret [(1)]
(1) Marseille.

Introduction : L'hypertonie du sphincter supérieur de l'œsophage (HSSO) est une étiologie de la dysphagie oropharyngée. Les patients symptomatiques sont pris en charge par une injection de toxine botulique et en cas d'échec par une myotomie chirurgicale. La myotomie endoscopique crico-pharyngée par voie orale (CP-POEM) est une technique émergente pour la gestion de la dysphagie due à l'HSS0. La faisabilité et la sureté de cette technique reste à évaluer.

Patients et Méthodes : Nous avons traité 2 patients atteints d'HSSO grâce à la technique du CP-POEM avec le dua-knife et un gastroscope standard. L'injection de toxine botulique a été efficace transitoirement. Le traitement endoscopique a consisté à réaliser la technique de la POEM au niveau du muscle supérieur de l'œsophage.

Résultats : L'étiologie de l'HSSO était un AVC et une irradiation pour cancer ORL. Les procédures ont été réalisées en décubitus dorsal, le patient intubé ventilé. Le SSO était bien visualisé, la courbure oro-pharynge n'a pas gênée le geste. L'incision était réalisée au niveau de la bouche de Killian. Un tunnel court (2-3 cm) permettait d'accéder au muscle crico-pharyngé. Une mytomie puis la fermeture de l'incision avec 2 clips ont été réalisées sans complication. Le temps de procédure était de 31mn et 40 mn.

Conclusion : La CP-POEM semble faisable et sure avec le dual-kniffe.

Remerciements, financements, autres :
NB : le film en HD ne passe pas car trop volumineux

V.005

Dissection intermusculaire endoscopique d'un cancer rectal T1 avec traction adaptative A-TRACT pour améliorer la traction directement sur la couche musculaire circulaire

M. Pioche [1], L.J. Masgnaux [1], T. Wallenhorst [2], R. Legros [3], T. Ponchon [1], J. Jacques [3], J. Grimaldi [1], C. Yzet [4], J. Rivory [1]

(1) Lyon ; (2) Rennes ; (3) Limoges ; (4) Amiens.

Introduction : La dissection sous-muqueuse endoscopique est devenue la technique de référence pour l'ablation des néoplasies colorectales superficielles, mais le taux de résection R0 pour les cancers T1 avec un pattern invasif focal est loin d'être parfait sur la marge verticale. Récemment, la dissection intermusculaire endoscopique a été décrite pour obtenir une marge verticale libre en disséquant plus profondément, entre les deux couches musculaires. Cette approche, réalisable dans le rectum où les deux couches sont épaisses, combine les avantages suivants : 1 : maintien du muscle longitudinal rectal sans perforation ni ensemencement cellulaire ; 2 : dissection plus profonde pour obtenir des marges verticales nettes et libres lorsque la sous-muqueuse profonde est envahie. Pour faciliter l'exposition de l'espace intermusculaire, comme décrit dans l'ESD, la traction semble utile. Un dispositif de traction adaptatif, pouvant être serré pour augmenter la traction pendant la fin de la procédure (A-TRACT-2+2, Hospices civils de Lyon, France) pourrait être utile ici.

Patients et Méthodes : Nous rapportons ici le cas d'un patient de 73 ans présentant une tumeur déprimée de 1,5 cm dans le rectum moyen avec des patterns invasifs profonds.

Résultats : Nous rapportons ici le cas d'un patient de 73 ans présentant une tumeur déprimée de 1,5 cm dans le rectum moyen avec des patterns invasifs profonds. Une dissection sous muqueuse semblait à risque de ne pas avoir de marge profonde en cas d'invasion sous muqueuse isolée. Après une incision circonférentielle, des points fixes du dispositif ont été clippés sur les bords oral et anal. L'élastique a ensuite été attrapé et fixé à la paroi opposée. Ensuite, nous avons coupé la couche musculaire circulaire pour atteindre l'espace intermusculaire et la dissection a progressé en injectant cet espace avec la pointe du couteau. Néanmoins, une traction supplémentaire semblait nécessaire sur le muscle en utilisant la boucle supplémentaire du dispositif pour tracter directement la couche circulaire. Lorsque la traction a commencé à diminuer, nous avons resserré le dispositif. L'exposition intermusculaire est apparue plus parallèle au scope et a été idéale jusqu'à la fin de la procédure, ce qui a permis de réaliser une résection R0 sans événement indésirable.

Conclusion : La dissection intermusculaire semble être une option de traitement intéressante pour les lésions Borderlines (CONECCT IIC+). La traction semble une nouvelle fois aidante pour améliorer l'exposition du plan intermusculaire et ainsi améliorer la précision de la dissection. L'enjeu ici est de ne pas perforer.

V.006

Dissection sous-muqueuse d'une large angiodysplasie colique en cas d'échec du traitement conventionnel

M. Bordet [1], J. Jacques [2], T. Grainville [1], M. Pioche [3], M. Pagenault [1], T. Brunet [1], T. Wallenhorst [1]

(1) Rennes ; (2) Limoges ; (3) Lyon.

Introduction : Les angiodysplasies digestives sont responsables d'environ 10 % des hémorragies digestives basses et peuvent également être révélées par une anémie liée à une carence en fer (1). Elles sont fréquentes dans les populations âgées ayant des antécédents de maladies cardiaques ou de prise d'anticoagulants. Le traitement actuellement recommandé est l'utilisation du plasma argon. Cependant, ce traitement peut être associé à une morbidité importante, en particulierpour les angiodysplasies de grande taille où des hémorragies post-procédure ou des perforations secondaires sont rapportées (2).

Matériels et Méthodes : Nous rapportons ici le cas d'un homme de 72 ans présentant une angiodysplasie colique droite de 25 mm de large, visible sur la tomodensitométrie (TDM) au temps artériel. Cette lésion était responsable d'une anémie récurrente et de saignements digestifs, favorisés par un traitement anticoagulant. Un traitement par coagulation au plasma d'argon avait déjà été réalisé maisla symptomatologie avait récidivé. Un traitement par dissection sous-muqueuse endoscopique (DSM) a donc été proposée pour ce patient.

Résultats : Nous craignions une éventuelle fibrose sous-muqueuse intense, c'est pourquoi la dissection a été commencée 15mm en amont de l'angiome dans une muqueuse saine. Cette technique a permis de pénétrer dans l'espace sous-muqueux afin de traiter le vaisseau nourricier de manière ciblée. Nous ne rapportons aucune complication après la procédure, et 1 mois après le scanner abdominopelvien a confirmé la disparition de l'angiodyplasie.

Discussion : La mucosectomie endoscopique a été été rapportée pour traiter les angiodysplasies coliques(3,4). Cependant, la DSM présente l'avantage d'être capable de traiter les angiodysplasies de plus de 20 mm et de coaguler le vaisseau nourricier de manière ciblée.

Conclusion : Dans des mains expérimentées, la DSM permet une coagulation ciblée du vaisseau nourricier et semble être une méthode prometteuse pour traiter les angiodysplasies coliques de grande taille en cas d'échec du traitement conventionnel.

V.007

Les déchets en endoscopie digestive : problématique et perspectives. Un film de la commission écoresponsabilité et développement durable de la SFED

M. Kaassis [1], A.S. Bonhomme [1], C. Maurille [1], A. Bondu [1], J. Baudon [1], Y.H. Lam [1], A. Vienne [2], T. Deregnaucourt [3], J.B. Chevaux [4], B. Hamel [5], M. Mochet [6], L. Héroin [7], J. Lacroute [7], C. Dananché [6], M. Pioche [6], C. Descourvières [8], E. Theriaux [6], K. Tchirikhtchian [9], S. Koch [3], O. Gronier [7]

(1) Cholet ; (2) Paris ; (3) Besançon ; (4) Nancy ; (5) Villefranche-sur-Saône ; (6) Lyon ; (7) Strasbourg ; (8) Dijon ; (9) Bezannes.

Introduction : Le GIEC nous alerte sur le réchauffement climatique lié à l'émission de Gaz à Effet de Serre (GES). Le monde de la santé représente 8% des émissions nationales de GES et la gestion déchets, 4 %. Qu'en est-il plus particulièrement en endoscopie digestive ? Et comment sensibiliser sur le sujet ?

Patients et Méthodes : Lles établissements de santé génèrent en moyenne 700 000 tonnes de déchets par an. La généralisation de l'usage unique a accru la quantité de Déchets d'Activités de Soins à Risque Infectieux (DASRI) et 165 000 tonnes de DASRI produites chaque année. En ce qui concerne l'activité d'endoscopie : la quantité moyenne de déchets est d'environ 2,1 kg par endoscopie et moins de 10% sont recyclés. La consommation d'eau est majeure (80-100 l pour le lavage d'un endoscope), avec utilisation de métaux rares. La majorité des déchets, en particulier les DASRI, sont traités de manière inappropriée avec un impact environnemental, et l'absence de tri coordonné interpelle. Si le plastique est massivement utilisé pour la fabrication de l'usage unique, moins de 1/3 déchets plastiques sont recyclés, et sont trop souvent déversés dans océans (≈ 7 millions tonnes par an).

Résultats : La commission écoresponsabilité et développement durable de la SFED a été créé en novembre 2021. Nous avons réalisé un film de 3 minutes faisant le point sur le volet environnemental de notre activité d'endoscopie digestive. Les séquences ont été tournées sur 1 journée au sein d'un bloc opératoire polyvalent où sont réalisées les endoscopies sous anesthésie. Les chiffres sur les quantités de déchets, le recyclage, la possibilité de diminuer nos déchets y sont précisés. Le but est un document court, visant à être diffusé, pour prise de conscience et permettre à chacun de lutter à son niveau contre le gaspillage. Des pistes simples existent déjà comme : diminuer les examens et les biopsies non indiqués « le meilleur déchet est celui que l'on ne produit pas », développer le recyclage (cartons, plastiques), privilégier les solutions réutilisables plutôt que les jetables (sabots, cale dent, calots, tenues), réduire notre consommation de plastique (bouteilles d'eau stériles). Le film aussi est destiné à nos directions, et aux industriels avec qui nous travaillons, qui doivent être impliqués et novateurs pour fournir des dispositifs plus éco responsables.

Conclusion : La quantité de déchets en endoscopie est considérable avec un impact environnemental. Il est urgent de réévaluer et de réduire les impacts écologiques et économiques de notre activité et des dispositifs à usage unique. Ce film permet d'aborder cette problématique, pour une prise de conscience et œuvrer pour améliorer l'existant.

Remerciements, financements, autres :
Les auteurs remercient la Société NTU Medias pour le tournage du film.

JFHOD 2023

SAMEDI
18 MARS

C.102

Un régime occidental prévient l'inflammation et la fibrose intestinale dans un modèle de colite induite par le DSS

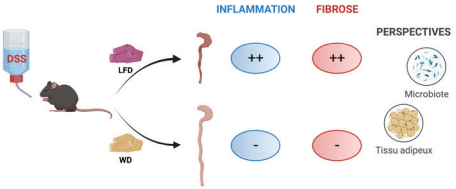
M. Leboutte [1], C. Pangault [1], C. Guérin [1], M. Monnoye [2], P. Gérard [2], G. Savoye [1], R. Marion-Letellier [1]

(1) Rouen ; (2) Jouy-en-Josas.

Introduction : La fibrose intestinale est une complication fréquente des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI). La fibrose intestinale reste sans traitement spécifique et constitue donc un enjeu thérapeutique majeur. L'alimentation occidentale est associée à l'augmentation de l'incidence des MICI et est impliquée dans le développement de fibrose au niveau extra-intestinal. Le but de l'étude était d'évaluer l'effet d'une alimentation occidentale sur l'inflammation intestinale et le développement de la fibrose intestinale dans un modèle murin de colite aigue ou chronique.

Matériels et Méthodes : Des souris mâles C57Bl/6 âgées de 8 semaines ont été nourries avec un régime occidental (Western Diet, WD ; 40% de lipides, 43% de glucides dont 30% de sucrose) ou son régime contrôle (Low Fat Diet, LFD ; 10% de lipides, 71% de glucides sans sucrose) pendant 4 semaines (modèle aigu) ou 8 semaines (modèle chronique). Le modèle de colite aigue a été induit par l'administration de Dextran Sulfate de Sodium (DSS, 1%) dans l'eau de boisson pendant 7 jours, alors que le modèle chronique a été induit par 3 cycles de DSS entrecoupés de 14 jours d'eau non supplémentée. L'inflammation a été évaluée par le ratio poids/longueur du colon et le taux de calprotectine fécale. La fibrose intestinale a été évaluée par l'expression des ARNm du Transforming growth factor, beta 1 (Tgfb1) et du Collagen type I alpha 1 chain (Col1a1). La composition corporelle a été mesurée par EchoMRI. La perméabilité colique a été évaluée en chambre de Ussing. La composition du microbiote a été évaluée par le séquençage du gène de l'ARNr 16S grâce à la technologie Illumina. Les données ont été comparées grâce au test de Mann-Whitney ou en ANOVA deux voies suivi d'un post-test de Tukey.

Résultats : Le régime WD induit (i) une augmentation du poids corporel des souris à partir de 18 jours (p=0,0244), (ii) une augmentation de la masse grasse à partir de 4,5 semaines (p=0,0011) et (iii) une augmentation de la perméabilité colique (p=0,0140) comparés au régime LFD.
Dans le modèle de colite aigue, 3 semaines de régime WD préviennent la perte de poids corporel induite par le DSS (p<0,0001), ainsi que l'augmentation du ratio poids/longueur du colon (p<0,0001) et du taux de calprotectine fécale (p=0,003) induite par le DSS. Le régime WD prévient la diminution de la diversité alpha du microbiote caecal induite par le DSS. Chez les souris soumises au DSS, le régime WD induit une augmentation de l'abondance du phylum Firmicutes (p=0,0091), particulièrement des Lachnospiraceae (p=0,0404) corrélés négativement au ratio poids/longueur du colon (r=-0,4265, p=0,0061) et au taux de calprotectine fécale (r=-0,4924, p=0,0027).
Dans le modèle de colite chronique, le régime WD prévient l'augmentation de l'expression des ARNm codant pour Tgfb1 (p=0,0028) et Col1a1 (p=0,0627) induite par le DSS.



Conclusion : Dans nos conditions expérimentales, le régime WD prévient l'inflammation et la fibrose intestinale induite par le DSS contrairement à notre hypothèse initiale. Pour mieux comprendre les mécanismes sous-jacents impliqués dans ces effets, nous nous évaluons actuellement le rôle potentiel du tissu adipeux et du microbiote intestinal.

Remerciements, financements, autres :
Cette étude est soutenue par l'association François-Aupetit (afa Crohn RCH). Mathilde Leboutte est financée par une allocation doctorale financée à 100% par la Région Normandie.

C.103

Évitement alimentaire et pratique du jeûne chez les patients atteints de maladies inflammatoires chroniques de l'intestin

O. Bonsack [(1)], B. Caron [(1)], C. Baumann [(1)], S. Vieujean [(2)], D. Arnone [(1)], P. Netter [(1)], D. Quilliot [(1)], L. Peyrin-Biroulet [(3)]

(1) Nancy ; (2) Liège, BELGIQUE ; (3) Vandœuvre-lès-Nancy.

Introduction : Les patients atteints de maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI) considèrent que leur régime alimentaire est important pour le contrôle des symptômes digestifs en lien avec leur maladie et demandent fréquemment à leur médecin des conseils sur leur prise en charge nutritionnelle. Les exclusions alimentaires à l'initiative des patients peuvent entrainer des carences nutritionnelles et/ou une dénutrition, elles peuvent également être source de souffrances psychologiques et d'altération de la qualité de vie, en altérant la composante sociale de l'alimentation. Les objectifs de cette étude étaient de caractériser la prévalence des régimes d'exclusion et du jeûne au sein d'une population de patients suivis pour une MICI et d'identifier les facteurs de risque associés.

Patients et Méthodes : Il s'agissait d'une étude observationnelle prospective. À l'aide d'un questionnaire, nous avons évalué les pratiques alimentaires de tous les patients consécutifs suivis pour une MICI, vus en consultation ou en hôpital de jour, entre novembre 2021 et avril 2022. Les critères d'inclusion étaient un âge supérieur à 18 ans et un diagnostic confirmé de maladie de Crohn ou rectocolite hémorragique. Les patients suivis pour un syndrome de grêle court étaient exclus. Les patients décrivaient leurs habitudes alimentaires à l'égard de 15 catégories d'aliments. L'évitement complet d'une catégorie d'aliments était défini comme une exclusion totale et l'évitement la majorité du temps avec des écarts autorisés était défini comme une exclusion partielle. Nous avons également interrogé les patients sur leur pratique du jeûne de manière totale, intermittente ou partielle. Le jeûne de plus de 24 heures était défini comme un jeûne total, le jeûne de moins de 24 heures ou le fait de sauter un repas était défini comme un jeûne intermittent, et la restriction calorique sans saut de repas était définie comme un jeûne partiel.

Résultats : Au total, 434 patients suivis pour une MICI ont été inclus. L'âge médian à l'inclusion était de 39 ans [18-84]. Trois cent douze patients présentaient une maladie de Crohn (71,9 %) et 122 une rectocolite hémorragique (28,1 %). Un tiers des patients avaient une maladie active à l'inclusion (30,4 %). A l'inclusion, 48,4 % des patients étaient traités par anti-TNF, 14,9 % par vedolizumab et 15,2 % par ustekinumab, 33,9 % des patients avaient déjà bénéficié d'une prise en charge chirurgicale en lien avec leur MICI. Dans cette cohorte, 159 patients (36,6 %) excluaient totalement au moins une catégorie d'aliments et 271 (62,4 %) excluaient partiellement au moins un aliment. Les catégories les plus fréquemment exclues étaient les suivantes : fibres (17 %), crudités (15,4 %), légumineuses (14,9 %), produits laitiers (11,3 %) et fruits crus (10,4 %). Un jeûne intermittent, total ou partiel a été rapporté par 30,8 % des patients. En analyse multivariée, l'activité de la maladie (odds ratio (OR) [intervalle de confiance (IC) à 95%] = 1,6 [1,1-2,5], p=0,02) et un traitement par anti-JAK ou une molécule expérimentale (OR=4,6 [1,7-12,1], p=0,002) étaient indépendamment associés à la pratique d'un régime d'exclusion. Des antécédents de sténose (OR=1,9 [1,1-3,1], p=0,01) et une maladie active (OR=2 [1,2-3,2], p=0,004) étaient associés à la pratique du jeûne.

Conclusion : Dans cette étude, environ deux tiers de nos patients atteints de MICI ont déclaré exclure totalement ou partiellement au moins une catégorie d'aliments, et un tiers ont déclaré avoir déjà pratiqué le jeûne. Compte tenu des difficultés liées à la restriction alimentaire et des carences nutritionnelles potentielles, une évaluation nutritionnelle systématique pourrait améliorer leur prise en charge clinique et la qualité des soins.

C.104

Histoire naturelle des sténoses anales au cours de la maladie de Crohn à début pédiatrique : étude en population générale

P. Mortreux [(1)], A. Leroyer [(1)], D. Ley [(1)], C. Dupont-Lucas [(2)], V. Bertrand [(3)], P. Wils [(1)], H. Coevoet [(4)], T. Paupard [(5)], C. Gower-Rousseau [(6)], L. Siproudhis [(7)], G. Savoye [(8)], D. Turck [(1)], N. Guillon [(1)], H. Sarter [(1)], M. Fumery [(9)]

(1) Lille ; (2) Caen ; (3) Le Havre ; (4) Arras ; (5) Dunkerque ; (6) Reims ; (7) Rennes ; (8) Rouen ; (9) Amiens.

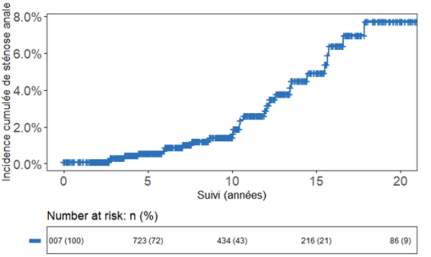
Introduction : L'histoire naturelle des sténoses anales au cours de la maladie de Crohn (MC) est méconnue. Les objectifs de cette étude étaient de déterminer, en population générale, le risque de sténoses anales au cours de la MC à début pédiatrique, d'en déterminer les facteurs de risque et les modalités de prise en charge.

Patients et Méthodes : Tous les patients avec un diagnostic de MC avant l'âge de 17 ans entre 1988 et 2011 au sein d'un registre en population générale étaient suivis rétrospectivement jusqu'en 2013. Un recueil de données complémentaires a été effectué chez les patients présentant une sténose anale. Les variables recueillies comprenaient les résultats des examens proctologiques, la prise en charge thérapeutique (médicale, instrumentale ou chirurgicale). La guérison était définie par un toucher rectal normal.

Résultats : Parmi les 1007 patients inclus (filles, 451 (44,8%) ; âge médian au diagnostic 14,4 ans (IQR, 12,0-16,1)), un seul (0,1%) présentait une sténose anale au diagnostic et 26 (2,6%) au cours du suivi. Les incidences cumulées de survenue de sténose anale étaient respectivement de 0,6% (IC95% 0,1-1,1) et 1,4% (IC95% 0,5-2,3) à 5 et 10 ans, respectivement. Vingt-cinq (92,6%) patients présentaient ou avaient présenté au moins un épisode d'ulcération et/ou de suppuration anale. En analyse multivariée (modèle de Cox), la présence de signes extra-digestifs (Hazard Ratio (HR) 2,2 (IC95% 1,0-4,8) ; p=0,027), la localisation colique (L1 *vs* L3 HR 0 (-) ; L2 *vs* L3 HR 1,2 (0,6-2,7) ; p=0,0064) et un antécédent de suppuration anale (HR 9,9 (IC95% 4,3-22,8) ; p <0,0001) étaient significativement associés à la survenue de sténose anale. Onze (40,7%) patients ont nécessité au moins une dilatation anale. Après un suivi médian de 16,9 années (11,5-20,2), la guérison n'a été observée qu'une seule fois. Un patient (3,7%) a présenté un cancer du canal anal 7 ans après le diagnostic de la sténose. Neuf (33,3%) patients ont nécessité la réalisation d'une stomie. Parmi eux, 8 (29,6) avaient présenté ou présentaient des suppurations associées et 4 (14,8%) patients ont nécessité une amputation abdomino-périnéale. La présence d'une sténose anale était significativement associée au risque de stomie (HR 5,8 (2,3-14,3) ; p=0,0002).

Risque de sténose anale au cours du suivi de la MC à début pédiatrique

A 5 ans : 0,6% [0,1-1,1]
A 10 ans : 1,4% [0,5-2,3]



Conclusion : La survenue d'une sténose anale est un évènement peu fréquent au cours de la MC à début pédiatrique, concernant seulement 1,5% des patients après 10 ans d'évolution. Bien que rares, les sténoses anales grèvent de façon sévère le pronostic de la MC en multipliant par 5 le risque de stomie.

C.105

La localisation colique exclusive est associée à une évolution péjorative au cours la maladie de Crohn à début pédiatrique : étude en population générale sur une période de 22 ans

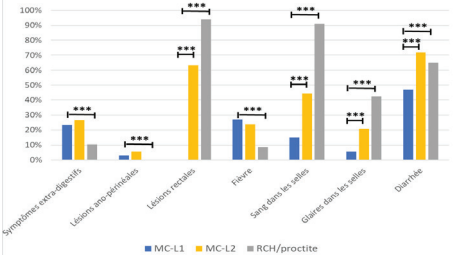
M. Fumery [1], G. Savoye [2], D. Ley [3], C. Dupont-Lucas [4], V. Bertrand [5], P. Wils [3], N. Guillon [3], H. Sarter [3], C. Gower-Rousseau [6], D. Turck [3], A. Leroyer [3]

(1) Amiens ; (2) Rouen ; (3) Lille ; (4) Caen ; (5) Le Havre ; (6) Reims.

Introduction : La localisation de la maladie de Crohn (MC) influencerait le risque de complications et les stratégies thérapeutiques. L'objectif de cette étude était de comparer la présentation clinique au diagnostic et l'histoire naturelle de la MC colique en comparaison à la MC iléale et à la rectocolite hémorragique (RCH), chez des patients ayant débuté leur maladie avant l'âge de 17 ans, en population générale.

Patients et Méthodes : Tous les enfants (< 17 ans) ayant un diagnostic de MC ou de RCH effectué entre 1988 et 2011 au sein d'un registre en population générale étaient suivis rétrospectivement jusqu'en 2013. La présentation au diagnostic, les risques de complications, de chirurgie, d'hospitalisation et l'exposition aux différents traitements au cours de la MC iléale (L1), colique (L2) et de la RCH étaient comparés. La prise en charge thérapeutique et le devenir des patients ont été étudiés en prenant en compte le temps de suivi (tests du log-rank). La localisation de la maladie était définie au diagnostic. En cas d'extension de la maladie (L1 ou L2 vers L3), le suivi était censuré.

Résultats : Au total, 215 patients L1, 234 patients L2 et 337 patients RCH étaient inclus. Au diagnostic, la proportion d'hommes (L1 53,5% ; L2 53,4% ; RCH 42,7% ; p=0,012), l'âge au diagnostic (15,0 ; 13,7 ; 14,0 ans ; p=0,003), les antécédents familiaux de MICI (12,6% ; 12,7% ; 5,0% ; p=0,005), le délai diagnostique (3,0 ; 3,0 ; 2,0 mois ; p=0,001) et la prévalence du tabagisme (11,6% ; 8,1% ; 5,6% ; p=0,041) étaient différents entre les trois groupes. La présence de sang dans les selles et d'une diarrhée au diagnostic était observée chez respectivement 14,9% ; 44,4% ; et 91,1% (p < 0,001) et 47,0% ; 71,8% ; et 65,0% (p < 0,001) des patients L1, L2 et RCH. Au diagnostic, un granulome était identifié chez 12,6% des patients L1 et 31,2% des patients L2 (p<0.001). Le risque d'extension vers L3 était significativement plus élevé dans le groupe L2 que dans le groupe L1 (à 5 ans - 37% *vs* 14%, p<0,001). Une localisation L2 était associée à un risque moindre de fistule luminale (HR 0,41 [0,21-0,79], p=0,008) et à un risque plus élevé de lésions anopérinéales (HR 2,11 [1,29-3,45], p=0,003). Le risque de manifestations extra-digestives, articulaires (p<0,001) et cutanées (p<0,001) était plus élevé en cas de localisation L2. Alors que le risque de chirurgie était significativement plus élevé en cas de localisation L1 (à 5 ans - 37%, 13% et 13% ; p<0,001), le risque d'hospitalisation (à 5 ans - 22%, 39% et 33% ; p=0,01), l'exposition aux corticoïdes (à 5 ans - 55%, 69% et 67% ; p<0,001), aux immunosuppresseurs (à 5 ans - 47%, 61% et 42% - p<0,001) et aux anti-TNF (à 5 ans - 16%, 35% et 22% ; p<0,001) étaient plus élevés en cas de localisation L2.



Conclusion : La présentation clinique et l'évolution des MC iléales et coliques au diagnostic diffèrent significativement. La MC colique est associée à un risque élevé de lésions anopérinéales, de manifestations extra-digestives, d'hospitalisation et d'exposition aux corticoïdes, immunosuppresseurs et anti-TNF. Ces différences pourraient justifier des approches thérapeutiques différentes à l'avenir.

C.106

Épidémiologie des MICI à l'île de la Réunion : enquête à partir des données de l'Assurance Maladie

S. Kwiatek [1], G.N. Chan-Wan [2], X. Roblin [3]

(1) Saint-Pierre (La Réunion) ; (2) Saint-Denis (La Réunion) ; (3) Saint-Etienne.

Introduction : Les données épidémiologiques concernant les MICI à l'ile de la réunion n'ont jamais été étudiées. Il s'agit d'une population ayant des particularités insulaires, ethniques, alimentaires et génétiques responsables, comme pour le diabète très prévalent, d'une épidémiologie atypique.

Patients et Méthodes : Ce travail repose sur le relevé, à partir des données de l'Assurance maladie, des maladies inflammatoires intestinales (MICI) sur les périodes allant de 2017 à 2019 puis de 2020 à 2021 sur l'île de la Réunion. Les focus a porté sur la première période. Les données ont été recueillies à partir des déclarations d'affection longue durée de l'Assurance maladie (ALD AM) pour une maladie de Crohn (MC) ou une rectocolite hémorragique (RCH). Pour retrouver les diagnostics associés, ont été relevés les diagnostics dans le PMSI des centres de soins publics ou privés et les prescriptions des traitements spécifiques au diagnostic étudié.

Résultats : En 2017, 1692 patients étaient atteints de MICI (0,2% de la population). En 2017 l'incidence était de 37 pour 1000 patients-année et de 50 pour 1000 patients-année en 2019, en faveur d'une augmentation rapide du nombre de nouveaux cas par an. L'âge moyen était de 47ans (2 – 90) avec un pic de fréquence entre 50 et 59 ans et un sexe ratio H/F de 0,9). On relève 80 patients de moins de 20 ans ayant un diagnostic de MICI (50MC, 16 RCH et 34 patients n'avaient pas de diagnostic précisé). Si l'on s'intéresse aux mineurs de moins de 15 ans, on trouve 13 patients atteints d'une maladie de Crohn et 6 d'une RCH. Sur le plan social, 25% de la population était couvert par la CMU, c'est-à-dire un peu moins que la population réunionnaise qui comptait 36% de sa population sous le régime de la CMU. Entre 2017 et 2019, 17% des patients ont été en arrêt de travail et 5% des patients percevaient l'allocation adulte handicapé. Sur le plan vaccinal entre 2017 et 2019 seulement 0,2% de la population MICI était vaccinée contre la grippe, 2,2% contre le pneumocoque. Le taux de vaccination a augmenté en période de pandémie COVID de 2019 à 2021 et était de 10% concernant la grippe. Sur le plan thérapeutique, 30% des patients étaient sous corticothérapie, 25% sous 5 ASA, 18% sous anti TNF et 28% sous immunosuppresseurs. 4% des patients ont eu recours à une geste chirurgical toute chirurgie confondue et 1,5% à une chirurgie proctologique.
Concernant les traitements associés, 40% des patients avaient reçu une antibiothérapie, 15% étaient traités pour un asthme et 30% des patients étaient sous IPP.
Concernant le péri partum, il n'y a pas plus de recours à la procréation médicalement assistée et les accouchements ne sont pas plus compliqués.

Conclusion : ces données montrent pout la première fois l'épidémiologie des MICI à la Réunion avec une prévalence inférieure à celle de la métropole mais une incidence qui augmente rapidement. Ces données doivent nous permettre du fait des conséquences médico-économiques de travailler sur ce sujet avec les pouvoirs publics, d'améliorer nos prises en charge et de rechercher, dans l'avenir, l'impact alimentaire sur ces résultats.

C.107

Activité physique et MICI : état des lieux et connaissances, du point de vue des patients et des soignants. Une étude multicentrique française

L. Derbey [1], A.L. Charlois [1], A. Buisson [2], X. Roblin [3], N. Mathieu [4], P. Danion [1], C. Gay [1], S. Nancey [1], G. Boschetti [1]

(1) Lyon ; (2) Clermont-Ferrand ; (3) Saint-Etienne ; (4) Grenoble.

Introduction : Malgré les progrès de leur prise en charge, les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI) restent des affections chroniques graves et invalidantes. Pratiquer une activité physique (AP) avec les contraintes liées aux MICI est un défi pour les patients. Plusieurs études ont rapporté un faible niveau d'AP chez ces patients, possiblement lié à un manque d'informations et d'accompagnement. Malgré les nombreux avantages reconnus à l'AP, tels que la prévention du risque cardiovasculaire ou l'amélioration de la qualité de vie (QdV), il n'existe aucune recommandation et peu de données sont disponibles sur les connaissances médicales et paramédicales sur ce sujet. L'objectif de notre étude était d'identifier les difficultés rencontrées par les patients et d'évaluer l'impact des MICI sur l'AP et la QdV. Nous avons également évalué les attentes et les connaissances des patients et des professionnels de santé.

Matériels et Méthodes : Nous avons mené une étude de cohorte prospective, multcentrique dans 4 centres hospitalo-universitaires français, basée sur un auto questionnaire.

Résultats : Nous avons inclus 298 patients : 177 maladies de Crohn et 121 rectocolites hémorragiques, avec un âge moyen de 38 ans. Les patients étaient significativement moins sportifs depuis le diagnostic de leur MICI. Nous avons constaté une diminution de la fréquence d'entraînement indépendamment de l'âge, du sexe, de l'intensité des symptômes ou du type de maladie. Il y avait une augmentation des activités plus douces comme la marche (59,7% maintenant contre 44,6% auparavant, p< 0,0001) et une diminution de la pratique en club et en compétition. Selon le score IPAQ-SF, les patients avaient une AP d'intensité modérée (55,4%), élevée (27,2%) et faible (17,4%). Concernant l'évaluation de la QdV, le score IBDQ moyen était de 167. L'intensité des symptômes altérait la QdV, comme le montre l'aggravation du score IBDQ. Inversement, l'AP améliorait la QdV quelle que soit l'intensité des symptômes. Le principal obstacle à l'AP était la fatigue dans 56% des cas et la principale crainte était la survenue de diarrhée pendant l'AP (42%). De plus, 75 % des patients ne se sentaient pas suffisamment informés et 61 % étaient demandeurs d'un accompagnement spécifique. Au total, 112 professionnels de santé ont été interrogés, 62,5% ont déclaré avoir déjà abordé ce sujet avec leurs patients et 98% d'entre eux estimaient manquer de connaissances, ce qui confirme le sentiment des patients.

Conclusion : Les contraintes et les symptômes des MICI impactent fortement la pratique sportive. Il est nécessaire de mieux former les praticiens avec des recommandations spécifiques, afin d'améliorer la prise en charge des patients MICI, qui ont tout à gagner d'une optimisation de leur activité physique.

C.108

Association entre des facteurs psycho-sociaux vécus dans l'enfance ou l'adolescence et le risque de maladies inflammatoires chroniques de l'intestin à l'âge adulte : une étude cas-témoins

L. Esmingeaud [1], P. Jantchou [2], M.C. Rousseau [1]

(1) Laval, CANADA ; (2) Montréal, CANADA.

Introduction : L'étiologie des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI) est multifactorielle et demeure mal comprise. Le microbiote intestinal semble jouer un rôle central dans leur apparition. Les circonstances psychosociales défavorables, notamment par un effet sur la composition du microbiote intestinal, pourraient influencer le développement des MICI. Étant donné l'évolution de la composition du microbiote au cours de la vie, il est pertinent de s'intéresser aux périodes d'exposition. L'objectif de cette étude était d'estimer les associations entre l'exposition à certains facteurs psychosociaux dans l'enfance ou l'adolescence, et le développement des MICI à l'âge adulte, séparément pour la maladie de Crohn et la colite ulcéreuse.

Matériels et Méthodes : Une étude cas-témoins nichée dans une cohorte de naissance sur l'immunité et la santé a été réalisée. Au total, 993 cas de maladie de Crohn, 489 cas de colite ulcéreuse et 914 témoins nés à au moins 32 semaines de grossesse entre 1970 et 1974, ont été analysés. Les informations sociodémographiques et médicales ont été extraites des bases de données administratives. L'identification des cas de maladie de Crohn ou de colite ulcéreuse a été réalisée à l'aide d'algorithmes validés basés sur l'utilisation des services médicaux présentant un code de diagnostic pour ces pathologies. La date du premier service médical pour MICI était considérée comme date index. Les cas ayant une date index à 18 ans ou plus ont été inclus. Un questionnaire a permis de recueillir le vécu de différents facteurs psychosociaux, l'âge lors de leur survenue, ainsi que les facteurs de confusion potentiels. Les associations entre le vécu de facteurs psychosociaux et la survenue de MICI à l'âge adulte ont été analysées en considérant les facteurs de manière individuelle ou cumulée sur des périodes définies: l'enfance (0-9ans), l'adolescence (10-17ans) et la période pédiatrique complète (0-17ans). Des modèles de régression logistique non conditionnelle, ajustés sur les facteurs de confusion potentiels, ont été réalisés pour estimer les rapports de cotes (RC) ainsi que leur intervalle de confiance (IC95%).

Résultats : Certains facteurs psychosociaux étaient associés au risque de maladie de Crohn à l'âge adulte: le vécu d'une violence sexuelle dans l'enfance (RC=1,58; IC95%:1,08-2,30) ou durant la période pédiatrique complète (RC=1,39; IC95%:1,04-1,84), ainsi que la négligence parentale (RC=1,64; IC95%:1,01-2,66), le décès d'un proche (RC=1,37; IC95%:1,02-1,85) ou les troubles anxieux (RC=1,66; IC95%:1,02-2,70) dans l'adolescence. Aussi, une association a pu être décelée entre l'apparition de troubles anxieux de 0 à 17 ans et le développement d'une colite ulcéreuse à l'âge adulte (RC=1,67; IC95%:1,05-2,67). Le vécu d'au moins trois facteurs psychosociaux durant la période pédiatrique complète était associé à la survenue d'une maladie de Crohn à l'âge adulte (RC=1,63; IC95%:1,13-2,36) mais pas de colite ulcéreuse (RC=0,98; IC95%:0,60-1,60), comparativement à aucun facteur.

Conclusion : Dans cette étude, la survenue de violence sexuelle, de négligence parentale, du décès d'un proche, ou bien de troubles anxieux dans l'enfance et/ou l'adolescence était associée au développement de MICI à l'âge adulte. Nos résultats ont permis d'améliorer les connaissances sur l'étiologie des MICI en étudiant l'exposition à certains facteurs psychosociaux ainsi que leur cumul durant des périodes de vulnérabilité. Néanmoins, d'autres études prenant en compte les facteurs de résilience seront nécessaires pour confirmer ces résultats.

C.109

Devenir des colites inclassées : étude en population générale

J. Jougon [(1)], A. Leroyer [(1)], P. Wils [(1)], N. Guillon [(1)], H. Sarter [(1)], C. Gower-Rousseau [(2)], G. Savoye [(3)], M. Fumery [(4)], D. Turck [(1)], D. Ley [(1)]

(1) Lille ; (2) Reims ; (3) Rouen ; (4) Amiens.

Introduction : Les maladies inflammatoires digestives inclassées (IBDU) représentent 1 à 20 % des cas de maladie inflammatoire chronique de l'intestin (MICI). Il existe peu de données en population générale sur l'histoire naturelle des IBDU. L'objectif principal de cette étude était d'évaluer le devenir des patients ayant un diagnostic initial d'IBDU à partir d'une cohorte en population générale.

Patients et Méthodes : Tous les patients ayant un diagnostic de IBDU entre 1988 et 2014, âgés de plus de 17 ans au diagnostic, et enregistrés de façon prospective au sein d'un registre en population générale, étaient suivis jusqu'au reclassement diagnostique ou à la date des dernières nouvelles. La présentation clinique au diagnostic des IBDU était comparée à celle des patients atteints de maladie de Crohn (MC) ou de rectocolite hémorragique (RCH). La probabilité de reclassement diagnostique des IBDU au cours du suivi était étudiée par la méthode de Kaplan-Meier, et ses facteurs de variation par des modèles de Cox.

Résultats : Au total 480 patients avaient un diagnostic initial d'IBDU, soit 3,6 % des cas incidents de MICI au sein du registre. La fréquence des IBDU au sein des MICI diminuait au cours de la période de l'étude (6,2 % entre 1988 et 1996, 3,3 % entre 1997 et 2005 et 2,1 % entre 2006 et 2014, p<0,0001). Parmi ces patients, 388 ont bénéficié d'un suivi, d'une durée médiane de 2,4 ans (IQR : 0,5-9,5). Les taux d'exploration de l'intestin grêle et de gastroscopie au diagnostic étaient moindres chez les IBDU que chez les RCH et MC (respectivement 24,8% d'exploration complète de l'intestin grêle dans le groupe IBDU contre 42,1% dans le groupe RCH/MC, p<0,001 et 26,0% de gastroscopies dans le groupe IBDU contre 43,7% dans le groupe RCH/MC, p<0,001). La probabilité cumulée de reclassement était de 17 % à 1 an, 41 % à 5 ans et 54 % à 10 ans (délai médian de 8,0 ans (IQR : 6,3-12,0) après le diagnostic initial) ; la probabilité de reclassement en RCH était de 10 % à 1 an, 22 % à 5 ans et 30 % à 10 ans, et la probabilité de reclassement en MC respectivement de 5 %, 13 % et 18 %. Le délai médian de reclassement diagnostique diminuait au cours de la période de l'étude (14,3 ans (IQR : 9,0-17,2) entre 1988 et 1996, 5,1 ans (3,1-9,4) entre 1997 et 2005 et 5,6 ans (3,4-8,3) entre 2006 et 2014, p<0,0001) conjointement à une augmentation du risque de reclassement sur les périodes diagnostiques les plus contemporaines (HR : 1,76 (IC95% :1,12-2,45) pour la période 1997-2005 et 1,67 (IC95% : 1,12-2,5) pour la période 2006-2014). La présence de rectorragies au diagnostic et d'antécédent familial de MICI au 1er degré étaient respectivement associés au risque de reclassement en RCH (HR : 1,65 (IC95 % : 1,01-2,70) p=0,044) et en MC (HR : 2,72 (IC95 % : 1,23-6,00) p=0,0134). L'exposition aux corticoïdes et aux immunosuppresseurs n'était pas significativement différente avant et après reclassement diagnostique. L'exposition aux biothérapies était significativement plus importante après reclassement diagnostique (HR : 4,05 [IC95% : 2,18-7,55], p<0,0001). Au cours de leur suivi, 13,4 % des patients ont nécessité une intervention chirurgicale.

Conclusion : Dans cette étude en population générale, près de la moitié des patients ayant un diagnostic initial d'IBDU était reclassé au cours du suivi. Ce reclassement se faisant essentiellement en RCH, puis en MC. Le délai médian de reclassement des patients ayant un diagnostic initial d'IBDU était de 8,0 années. La fréquence des IBDU et le délai de reclassement diagnostique diminuaient au cours de la période de l'étude, probablement en raison de l'amélioration des outils diagnostiques permettant un meilleur classement initial des MICI.

C.110

Prévalence des atteintes musculosquelettiques chez le personnel en endoscopie

H. Cherkaoui [(1)], I. Ouchicha [(1)], A. Lamine [(1)], M. Lahlali [(1)], H. Abid [(1)], A. El Mekkaoui [(2)], M. El Yousfi [(1)], D.A. Benajah [(1)], S.A. Ibrahimi [(1)], M. El Abkari [(1)], N. Lahmidani [(1)]

(1) Fès, MAROC ; (2) Oujda, MAROC.

Introduction : La station debout prolongée et les positions articulaires complexes causées par l'exécution de procédures endoscopiques parfois longues augmentent le risque de blessures musculosquelettiques chez les endoscopistes. Notre objectif est d'évaluer la prévalence et les facteurs de risque des lésions musculosquelettiques chez le personnel en endoscopie.

Matériels et Méthodes : Il s'agit d'une étude cas témoins incluant 150 professionnels de santé ayant répondu à un questionnaire sur google forms. Les cas sont le personnel en unité d'endoscopie et les témoins sont le personnel appartenant à des services qui ne font pas des gestes endoscopiques ni chirurgicaux. Le questionnaire comprend 3 items : les données épidémiologiques, l'activité en unité d'endoscopie pour les endoscopistes, et la présence d'atteintes musculosquelettiques. Le recueil des données était fait par Excel et l'analyse statistique est faite par le logiciel SPSS V 22.0.

Résultats : 150 professionnels de santé ont rempli le formulaire, dont 90 personnels d'endoscopie (60%) et 60 personnels non endoscopistes (40%). Chez les endoscopistes (cas), la prévalence des atteintes musculosquelettiques est de 73% contre 30% chez les non endoscopistes (témoins) (p=0,001). Chez les endoscopistes, il s'agit le plus souvent de douleurs lombaires (34%), épaule (32%), poignet (30%). Ces douleurs sont accentuées en fin de journées de travail (66%) et quotidiennes chez le tiers des endoscopistes (30%). Trente-sept pour cent ont dû consulter chez un rhumatologue et 36% ont bénéficié de séances de rééducation. Ces manifestations ont causé un report du programme d'endoscopie dans 33% des cas et un retentissement social dans 34% des cas. Chez les endoscopistes, la moitié des participants ont passé plus de 10 ans en unité d'endoscopie et 47% passent 2-3 jours par semaine avec une moyenne de 3 heures/jr. Concernant l'activité, 46% sont des praticiens au CHU et 40% au secteur libéral. Trente pourcents des participants font entre 5 et 10 coloscopies par semaines et 30% entre 5 et 10 FOGD par semaine. Vingt-sept pour cent des endoscopistes font des gestes interventionnels dont 22% une CPRE. Lors de la réalisation d'une coloscopie, 80% des participants guident eux même la progression du coloscope, 60% font une compression abdominale et 58% mobilisent le patient avec l'équipe. L'analyse statistique a montré que les facteurs prédisposant aux atteintes musculosquelettiques sont : la réalisation de plus de 5 coloscopies par semaine (p=0,001), plus de 4h par jour en unité d'endoscopie (p=0,001), la réalisation de CPRE (p=0,042), la compression abdominale lors de la coloscopie (p=0,001).

Conclusion : Devant la haute prévalence des atteints musculosquelettique chez les endoscopistes, il faudrait sensibiliser les endoscopistes sur une bonne ergonomie articulaire pour éviter le retentissement social et professionnel des lésions musculosquelettiques.

C.111

Obstruction d'une première prothèse biliaire chez les patients ayant un adénocarcinome du pancréas : quelle seconde prothèse choisir ?

C. Chalah [1], F. Maire [2], B. Jais [2], A. Aubert [2], P. Lévy [2], V. Rebours [2], F. Prat [2], D. Lorenzo [1]
(1) Paris ; (2) Clichy-la-Garenne.

Introduction : Du fait de l'allongement de survie des patients ayant un adénocarcinome pancréatique (ADKp), notamment grâce aux progrès de la chimiothérapie, les épisodes itératifs d'obstruction biliaire sont de plus en plus fréquents. De nombreuses études ont évalué les différents types de prothèses biliaires (PB) lors du 1er épisode d'obstruction biliaire, et il est actuellement recommandé d'utiliser une PB métallique (couverte ou non couverte) dans cette indication (1). Il existe très peu de données dans la littérature sur le type de prothèse à utiliser en cas d'obstruction de la première PB. Le but de notre étude était d'analyser les récidives d'obstruction biliaire chez les patients ayant un ADKp et une première PB métallique, afin de guider le choix de la 2ème PB.

Patients et Méthodes : Etude monocentrique rétrospective. Parmi les 969 patients suivis entre 2017 et 2020 pour un ADKp et ayant une première PB métallique (PB1) (n=216), ceux présentant une obstruction de celle-ci traitée par la mise en place d'une nouvelle endoprothèse biliaire (PB2) étaient inclus (n=117). Le critère principal de jugement était la durée de perméabilité de la 2ème prothèse biliaire. Les critères secondaires étaient les facteurs de risque d'obstruction de PB2 et l'impact du type de PB sur la survie globale.

Résultats : Les 117 patients inclus (âge moyen : 64ans ; 49% d'hommes), avaient un ADKp au stade initial résécable (3%), borderline (25%), localement avancé (39%) ou métastatique (33%). La survie globale était de 552±326 jours. 17 (14,5%) patients sont décédés d'un sepsis biliaire.
PB1 était couverte (36%) ou non couverte (56%) avec une perméabilité médiane de 146 (IQR77; 302) jours.
PB2 était une PB métallique couverte (54%), non couverte (32%) ou autre (14%), de diamètre 10 mm (100%), et de longueur 4, 6 ou 8 cm (dans 20%, 61% et 16% des cas, respectivement). La durée médiane de perméabilité de PB2 était de 171 jours (IQR 79-308). 56 patients (48%) ont présenté une obstruction de PB2, dont le mécanisme était une obstruction par des bourgeons tumoraux (55%), du sludge/calculs (29%), une sténose duodénale (8%) ou une migration de la prothèse (8%). Les facteurs significativement associés à une meilleure durée de perméabilité de PB2 étaient : une PB2 de type métallique couvert (log rank, p=0,006 ; médiane de 240 jours si couverte et 139 jours si non couverte), l'absence de prothèse duodénale (log rank, p=0,004) et la séquence PB1 non couverte puis PB2 couverte (log rank, p=0,017 ; durée médiane de perméabilité 259 jours). La longueur de PB1 et de PB2 ainsi que le stade initial du cancer n'étaient pas significativement associés à la durée de perméabilité de PB2. Le type de PB2 n'influençait pas la survie globale.

Conclusion : Un quart des patients avec ADKp sont concernés par des obstructions itératives de PB. La durée médiane de perméabilité de la 2ème prothèse est proche de 6 mois, équivalente à celle de la 1ère prothèse. Le choix d'une 2ème prothèse de type métallique couvert est associé à une plus longue perméabilité.

C.112

Etude prospective multicentrique évaluant la faisabilité de la mise en place sous écho-endoscopie de marqueurs fiduciaires chez les patients présentant une tumeur de l'œsophage ou du rectum avec indication à une radiothérapie externe (FIDECHO)

M. Camus-Duboc [1], D. Karsenti [1], J. Lévy [2], M. Moreno-Garcia [1], E. Coron [3], A. Esch [1], N. Williet [4], M. Wangermez [5], S. Koch [6], J.C. Valats [7], M. Pioche [8], G. Vanbiervliet [9], E. Audureau [1], F. Huguet [1], U. Chaput [1]
(1) Paris ; (2) Cornebarrieu ; (3) Genève, SUISSE ;
(4) Saint-Etienne ; (5) Poitiers ; (6) Besançon ;
(7) Montpellier ; (8) Lyon ; (9) Nice.

Introduction : Les tumeurs œsophagiennes et rectales avancées >T2 et/ou N+ sont traitées par chimiothérapie et/ou radiothérapie. La mise en place de marqueurs fiduciaires sous guidage échoendoscopique (EE) pourrait optimiser la radiothérapie. Il y a peu de données dans la littérature évaluant spécifiquement la faisabilité des marqueurs fiduciaires chez les patients atteints de cancer de l'œsophage ou du rectum à la différence du cancer du pancréas.

Patients et Méthodes : Cette étude prospective multicentrique sur 10 centres français, a inclus 34 patients traités pour une tumeur rectale ou œsophagienne nécessitant un traitement par radiothérapie, entre mars 2017 et juin 2021. La mise en place des fiduciaires était réalisée sous échoendoscopie en utilisant l'aiguille EchoTip Ultra Fiducial préchargée, de calibre 22 gauges (Cook Medical, Limerick, Irlande). Chaque aiguille contient 4 marqueurs fiduciaires en or massif, mesurant 5,0 mm de long sur 0,43 à 0,6 mm de diamètre. L'objectif principal de cette étude était d'évaluer le succès technique de la procédure défini par la faisabilité de la pose d'un marqueur au pôle supérieur et un second marqueur au pôle inférieur de la lésion tumorale sous guidage EE. Le bon positionnement des marqueurs fiduciaires était évalué : 1) par l'endoscopiste à la fin de la procédure (fluoroscopie) et 2) par une radiographie 24 heures après le placement des marqueurs fiduciaires. Les objectifs secondaires de l'étude étaient d'évaluer le taux d'événements indésirables, la durée de la procédure, l'impact de la pose de fiduciaires sur les paramètres de la radiothérapie (dose délivrée aux tissus sains, amélioration du placement des faisceaux d'irradiation, évaluation de la présence des marqueurs à la fin de la radiothérapie). L'étude a été approuvée par le comité de protection des personnes Ile de France III et a été enregistrée sur ClinicalTrials.gov ID: NCT03057288

Résultats : L'âge de moyen (+/-DS) des patients était de 63,4 ans (+/- 11,2), 65% étaient des hommes. Vingt-et-un patients avaient un adénocarcinome du rectum et 13 une lésion de l'œsophage (8 cancers épidermoïdes, 5 adénocarcinomes). La taille de la lésion (+/-DS) était de 44,6 cm (+/-27,9). Le succès technique de la mise en place des fiduciaires était de 97% (1 échec sur les 34 procédures, dû à l'échec de la ponction sur la cible d'intérêt). La durée moyenne de la procédure (+/-DS) était de 12,2 min (+/-4,8). Le nombre de marqueurs mis en place par procédure était de 3,8 (+/-0,5). A la fin de la procédure d'EE, pour tous les patients ayant eu une mise en place de marqueurs fiduciaires ceux-ci étaient visibles dans 100% des cas au moyen de la fluoroscopie. Aucun événement indésirable n'était identifié en per-procédure. L'impact de la pose de fiduciaires sur les paramètres de la radiothérapie est en cours d'analyse. Au cours du suivi, et à la fin de la radiothérapie, pour tous les patients ayant des données disponibles (4 perdus de vue, 1 décès), les marqueurs étaient toujours visibles sur l'imagerie (soit cliché de suivi radiologique standard : radio de thorax ou ASP, soit scanner de suivi).

Conclusion : Cette étude multicentrique prospective française met en évidence le succès technique de la pose de marqueurs fiduciaires sous échoendoscopie, pour le traitement des tumeurs rectales et œsophagiennes dans 97% des cas sans événement indésirable et pour un temps de procédure endoscopique raisonnable. Ces marqueurs sont bien visibles en imagerie et restent en place dans le temps au cours du traitement par radiothérapie.

Remerciements, financements, autres :
Cette étude a été menée sous l'égide de la SFED avec la participation du GRAPHE.
Cette étude a obtenu une aide financière du groupe COOK Médical.

C.113

Drainage vésiculaire sous écho-endoscopie *versus* drainage cholédoco-bulbaire pour ictère sur obstacle biliaire tumoral : étude multicentrique comparative rétrospective

J. Daniel [1], D. Lorenzo [2], L. Caillo [1], G. Romain [3], E. Assenat [4], J.F. Bourgaux [1], A. Debourdeau [4]
(1) Nîmes ; (2) Paris ; (3) Lille ; (4) Montpellier.

Introduction : L'obstruction tumorale de la voie biliaire distale (OTVBD) est une complication qui intervient dans l'évolution de près de 80% des tumeurs pancréatiques. Le drainage sous écho endoscopie permet un drainage biliaire efficace quand celui-ci n'est pas fait par CPRE et peut se faire classiquement par hépaticogastrostomie ou choledocoduodenostomie (CDD). Le drainage biliaire pour ictère par drainage vésiculaire par anastomose cholecysto-gastrique (CGD) a été décrit dans des séries de faible effectif non comparatives et pourrait être efficace. L'objectif de notre étude était de comparer l'efficacité clinique des CGD à celle des CDD dans les OTVBD.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude multicentrique rétrospective multicentrique (4 centres tertiaires) incluant tous les patients consécutifs ayant présenté un ictère sur OTVBD et ayant eu un drainage par CDD ou CGD avec prothèse d'apposition tissulaire (LAMS). Le critère de jugement principal était de comparer le taux de succès clinique défini par une diminution de 50% de la bilirubine totale en 14 jours et/ou diminution de la bilirubine totale en dessous de 51µmol/L au bout de 30 jours [1]. Les critères de jugement secondaires étaient le succès technique défini par le positionnement correct de la prothèse et l'issue de bile par la LAMS, la survie globale, la survie sans ré intervention biliaire, la morbidité immédiate (dans les 24 heures) et la morbidité retardée (> 24 heures).

Résultats : Soixante-dix huit (50% hommes) patients ont été inclus entre juillet 2018 et septembre 2022, 41 CGD et 37 CDD. L'âge moyen était de 71 ans, 82% avaient un adénocarcinome pancréatique et 55% avaient une maladie métastatique au diagnostic et 45% avaient une sténose duodénale. La majorité des patients (N=59 ;76%) avaient eu un drainage sous échoendoscopie après échec de CPRE (26 pour sténose duodénale, 21 pour cathétérisme difficile, 17 pour envahissement papillaire). Le diamètre moyen de la voie biliaire principale était significativement plus petit dans le groupe CGD (13mm *vs* 18mm ; p=0,001). 42% des patients sont décédés au cours du suivi et le suivi moyen chez les survivants était de 147 jours [106-1002]. La bilirubine totale moyenne était de 196µmol/L dans le groupe CGD contre 241µmol/L dans le groupe CDD; p=0,149. Le succès clinique était comparable entre les deux groupes : 88% (36/41 - CGD) *vs* 89,2% (33/37 - CDD) ; p=0,848. Il n'y avait pas de différence en terme de survie globale (log rank p=0,727) ou de survie sans obstacle biliaire (log rank p=0,725) entre les deux groupes. La morbidité immédiate (<24h) était comparable : 7% (3/41-CGD) *vs* 13% (5/37-CDD) ; p=0,368. Le taux de complication significative immédiates avait tendance à être plus faible dans le groupe CGD de façon non significative 5% (2/41-CGD) *vs* 8% (3/37-CDD) ; p=0,093. La morbidité retardée (essentiellement des obstruction de LAMS) (>24h) était plus faible dans le groupe CGD 7,3% (3/41-CGD) *vs* 27% (10/37-CDD); p=0,022. Il n'y a pas eu de complication biliaire après le 26ème jour dans le groupe CGD. Les dimensions de la LAMS n'avaient pas d'impact sur les complications biliaires dans le groupe CGD (6x8mm *vs* 10x10mm *vs* 15x10mm).

Conclusion : Le drainage biliaire des OTVBD par anastomose cholecysto-gastrique présente une efficacité clinique comparable et est associé à une morbidité retardée diminuée en comparaison au drainage par anastomose choledoco-duodénale. Ce type de drainage est envisageable notamment quand la voie biliaire principale est peu dilatée pour envisager un drainage choledoco-bulbaire.

Remerciements, financements, autres :
[1] Therapeutic endoscopic ultrasound: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline Endoscopy 2022; 54(02): 185-205

C.114

Gastroentéroanastomose écho-endo-guidée dans le gastric outlet obstruction : y a-t-il une meilleure technique ?

L. Monino [1], E. Perez-Cuadrado-Robles [2], J.M. Gonzalez [3], C. Snauwaert [1], M. Gasmi [3], H. Alric [2], S. Ouazzani [1], G. Rahmi [2], C. Cellier [2], P. Deprez [1], T.G. Moreels [1], M. Barthet [3]

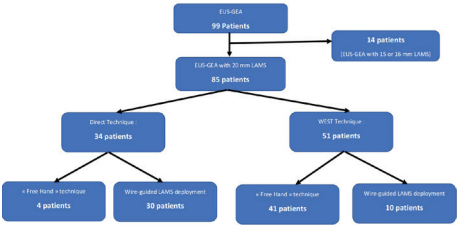
(1) Bruxelles, BELGIQUE ; (2) Paris ; (3) Marseille.

Introduction : Le traitement des obstructions post-pylorique ou gastric outlet obstruction (GOO) d'origine maligne et bénigne représente un véritable challenge clinique. La gastroenteroanastomose chirurgicale (SGE) ou la prothèse duodénale sont proposée en fonction de l'état général du patient. Récemment, la gastroenteroanastomose échoendoguidée (EUS-GE) est une alternative intéressante et mini-invasive pour traiter le GOO. Cette technique permet de créer un nouvel accès entre l'estomac et le jéjunum en utilisant une prothèse métallique d'apposition tissulaire (LAMS). Le succès technique de la EUS-GE est compris entre 90-95 % dans la littérature. Contrairement à la SGE, peu de chose est connu sur la meilleure approche pour réaliser une EUS-GE. Plusieurs variations de la technique sont rapportées dans la littérature. La méthode directe consiste à ponctionner directement l'anse cible à travers la paroi de l'estomac. Les méthodes assitées sont représentées par le double balloon (ou EPASS) ou l'utilisation de drain oro-intestinal ou naso-intestinal (technique WEST). Il existe peu de donnée comparant les méthodes directes et les méthodes assistées tel que la technique West. De même la confection de la gastroenteroanastomose est sujet à débat entre la méthode « free hand » et la méthode sur fil guide.
Le but de l'étude était de comparer l'efficacité et la sureté des techniques EUS-GE par WEST et directe pour le traitement du GOO.

Matériels et Méthodes : Etude rétrospective multicentrique Européenne incluant quatre centres tertiaires. Les patients ayant eu une prise en charge du GOO par EUS-GE entre Août 2017 et Mai 2022 ont été inclus. Le succès technique était défini par la réalisation d'une EUS-GE à l'aide d'une LAMS de 20mm sans technique de sauvetage ni redo EUS-GE. L'objectif primaire était de comparer le succès technique et l'apparition de complication en fonction des différentes approches pour réaliser une EUS-GE. L'objectif secondaire était le succès clinique.

Résultats : Au total, 85 patients ont été inclus (54.1% de femmes, âge moyen 65.6 +/- 10 ans). Le GOO était d'origine maligne chez 69 patients (81.2%). La technique WEST combinée à la méthode « free hand » a été utilisé chez 41 patients. La technique directe combinée à la ponction sur fil guide a été utilisé chez 30 patients (Figure1). En ce qui concerne la comparaison des deux groupes, le succès technique a été atteint chez 22 patients (73.3%) dans le groupe « Direct et ponction sur fil guide » et 39 patients (95.1%) dans le groupe « West et Free hand » et la différence était significative (HR 6.9 ; IC 95% [1.23 ;72.12], p=0.014). Le succès technique avec technique de sauvetage était de 93.3 % et 97.6% respectivement. En ce qui concerne les complications pendant la procédure, le mauvais déploiement de la prothèse était retrouvé chez 6 patients (20%) dans le groupe direct et 2 patients (4.9%) dans le groupe West (résultat non significatif). Le taux de complication après la procédure était de 25.9%. Les complications étaient principalement mineure selon la classification AGREE. Le taux de mortalité relative a la procédure était de 3.5 % (3 patients). Le taux de complications était significativement plus important dans le groupe « Direct et ponction sur fil guide » que dans le groupe « WEST et Free hand » (respectivement 46.7 % et 14.6% ; HR 4.96 ; IC [1.472 ; 18.93] ; p=0.007). Le taux de succès clinique a un mois était de 96.1% (73/76). Le taux de succès clinique était plus bas dans le groupe « Direct et ponction sur fil » que dans le groupe « West et Free hand » respectivement 89.3% (25/28) et 97.5% (39/40). Cette différence était non significative.

Figure 1 : Flow chart of the study



Conclusion : La technique WEST combinée à la ponction en « free hand » semble être la combinaison la plus efficace et sûre pour la réalisation d'une EUS-GE en comparaison avec la technique directe combinée à la «ponction sur fil guide». Des études randomisées contrôlées sont nécessaire pour confirmer ces résultats et permettre une standardisation et une simplification de l'EUS-GE.

C.115

Ablation endoscopique par radiofréquence écho-guidée des tumeurs neuroendocrines pancréatiques : résultats après un an de suivi

S. Hoibian [1], F. Caillol [1], M. Marx [2], J.P. Ratone [1], Y. Dahel [1], J. Ewald [1], M. Giovannini [1]
(1) Marseille ; (2) Lausanne, SUISSE.

Introduction : L'ablation endoscopique par radiofréquence écho-guidée (EUS-RFA) est une technique prometteuse pour les tumeurs neuroendocrines pancréatiques (TNE). Elle semble efficace avec un taux de morbidité faible. Elle pourrait être proposée en traitement de première intention, pour éviter une chirurgie pancréatique. Cependant des études supplémentaires axées sur la survie à long terme et la récidive sont nécessaires. L'objectif de cette étude est d'évaluer l'efficacité du traitement par RFA pour les TNE pancréatiques fonctionnelles et non fonctionnelles pour les patients bénéficiant d'un suivi minimum d'un an ou plus.

Matériels et Méthodes : Les données des patients atteints de TNE pancréatique traités par EUS-RFA dans un centre tertiaire de référence, ayant au minimum un an de suivi ont été analysées rétrospectivement. La radiofréquence était effectuée au moyen du système STARmed de Taewoong Medical au moyen d'une aiguille de 19 G. L'énergie au cours de la radiofréquence était délivrée à la puissance 50 W jusqu'au blanchiment de la lésion. De 1 à 5 passages pouvaient être effectués. Les patients étaient sous sédation, avec injection de 100 mg de kétoprofène intraveineux (prophylaxie de la pancréatite aigüe) et antibioprophylaxie.

Résultats : Cinquante-sept RFA pancréatiques pour une TNE fonctionnelle ou non fonctionnelle ont été réalisées dans le centre. Trente-sept patients, qui présentaient un suivi supérieur ou égal à un an ont été inclus, pour une RFA réalisée entre février 2018 et septembre 2021 (femmes 54.0% ; âge moyen 63.5 [22-80]). La taille moyenne des lésions était de 14.6 mm [7-27]. 5 lésions étaient localisées au niveau de l'isthme, quatre au niveau du corps, 17 au niveau de la queue et 9 au niveau de la tête. Toutes les lésions avaient été préalablement ponctionnées, le Ki 67 était disponible pour 32 patients, il s'agissait de TNE de grade 1 pour 30 patients, et de TNE de grade 2 pour 2 patients. L'EUS-RFA était techniquement faisable chez tous les patients. Le suivi moyen était de 20.9 mois [12-49]. 31 patients ont une destruction totale de la lésion (83.7%) et 6 patients ont eu une destruction partielle de la lésion (16.2%). 8 patients ont nécessité plusieurs séances de RFA (pour 6 patients deux séances de RFA, et pour 3 patients trois séances de RFA). 9 patients ont présenté des complications précoces (≤ 1 mois après la RFA) (24.3%). Deux patients ont présenté une complication précoce nécessitant une prise en charge endoscopique interventionnelle (pancréatite aigüe grave avec collection ayant nécessité la réalisation d'une kystogastrostomie et plaie du canal pancréatique principal ayant nécessité la réalisation d'une CPRE associé à une toilette péritonéale) (5.4%). Pour les 7 autres patients, il s'agissait de complications mineures ayant bénéficié d'un traitement médical exclusif (3 patients : pancréatites non graves, 3 patients : douleurs, 1 patient : hématome.)
Il y a eu 7 complications tardives (>1 mois après la RFA) (18.9%). 2 patients ayant présenté une complication tardive ont nécessité une prise en charge endoscopique interventionnelle (une sténose biliaire et pancréatique, une collection sur plaie du canal pancréatique associé à une sténose biliaire) (5.4%). Pour les 5 autres patients, il s'agissait de complications mineures ayant bénéficiés d'un traitement médical exclusif (1 patient : un pseudokyste s'étant résorbé spontanément, 3 patients : pancréatites, 1 patient : douleurs épigastriques)

Conclusion : Les résultats à un an ou plus de la RFA pour les TNE pancréatiques fonctionnelles et non fonctionnelles confirment une bonne efficacité de la technique avec 83.7% des patients présentant une réponse complète de la lésion. 16.2% des patients ont nécessité plusieurs séances de RFA. La prise en charge des complications peut parfois nécessiter une expérience en endoscopie interventionnelle

C.116

Evaluation prospective multicentrique de l'impact des prothèses d'apposition luminale métalliques sur la pratique de la nécrosectomie pancréatique endoscopique : étude DIABOLOPIG

C. Gomercic [1], J. Privat [2], M. Schaefer [3], E. Fontas [1], F. Fumex [4], U. Chaput [5], M. Le Rhun [6], E. Coron [7], J. Jézéquel [8], E. Perez-Cuadrado-Robles [5], N. Williet [9], A. Laquière [10], J.M. Gonzalez [10], G. Rahmi [5], M. Barthet [10], J.B. Chevaux [3], G. Vanbiervliet [1]
(1) Nice ; (2) Vichy ; (3) Nancy ; (4) Lyon ; (5) Paris ; (6) Nantes ; (7) Genève, SUISSE ; (8) Brest ; (9) Saint-Etienne ; (10) Marseille.

Introduction : La nécrosectomie endoscopique est indiquée par les recommandations internationales en première intention en cas de collection pancréatique solide symptomatique péri gastro-duodénale. Son utilisation s'intègre dans une stratégie de step-up médico-technique puis chirurgicale mini invasive. L'utilisation de prothèse métallique luminale d'apposition (LAMS) pour faciliter la procédure a été proposée durant la phase d'accès trans pariétal sous contrôle écho-endoscopique (kysto-gastro ou duodénostomie). Son impact est cependant prospectivement mal établi. Le but principal de cette étude était de valider l'efficacité des LAMS pour la réalisation de la nécrosectomie pancréatique endoscopique.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude prospective multicentrique nationale menée sous égide de la SFED et réalisée au sein de 11 centres d'endoscopie de recours, académiques ou privés, de mars 2016 à Janvier 2021. Les patients adultes présentant une collection pancréatique solide nécrotique avec indication de drainage endoscopique (infection, symptômes compressifs, douleurs réfractaires, défaillance d'organes non expliquées) étaient inclus de manière consécutive. La phase d'accès comprenait à J0 une pose sous contrôle écho-endoscopique d'une prothèse métallique d'apposition de 15 à 20 mm de diamètre. Les malades bénéficiaient alors toutes les 48 heures d'une réévaluation scannographique avec session de nécrosectomie endoscopique en cas de nécessité. Le succès clinique était déterminé par une réduction de plus de 80% du volume de la collection associée à la résolution des symptômes. Le critère principal de jugement était le nombre de session de nécrosectomie nécessaire pour obtenir le succès clinique. Les critères de jugement secondaire étaient le taux de complications en lien avec les procédures et les facteurs prédictifs de succès. Le suivi était de 6 mois au total.

Résultats : Soixante-dix-sept patients furent inclus (60 hommes ; 58,3 +/- 12,5 ans) ayant présenté des pancréatites d'origine pour majorité biliaire (n=46 ; 67,6%) avec un score de sévérité moyen (de Marshall) de 0,65 +/- 1,09 [0 – 5]. L'indication du drainage endoscopique était l'infection de nécrose pancréatique (n=56 ; 73,7%) associée ou non à des phénomènes compressifs (n=31 ; 40,8%) et à une douleur abdominale réfractaire (n=18 ; 23,7%). Les collections étaient principalement toto-glandulaires (n=33 ; 43,4%) et mesuraient 153,5 +/- 53,2 cm [5,4 – 34 cm] de plus grand axe. Le succès technique de pose de la prothèse LAMS était de 100% (n=77). Le nombre médian de sessions de nécrosectomie pour obtenir le succès clinique était de 2 (interquartile range [1 ; 3], Min 1 Max 8) avec une moyenne de 2,2. L'analyse des données en cours permettra de proposer les résultats des objectifs secondaires.

Conclusion : Cette étude confirme de manière prospective l'efficacité des prothèses métalliques d'apposition luminale (LAMS) dans la prise en charge des collections nécrotiques pancréatiques permettant une réduction significative du nombre de sessions endoscopiques selon une approche mini invasive en step-up comme elle est recommandée à ce jour.

Remerciements, financements, autres : Étude enregistrée dans la base de données internationale clinicaltrials.gov sous le numéro - NCT02739074 – promotion CHU de Nice, financement SNFGE FARE 2012

C.117

Etude rétrospective multicentrique du drainage écho-endoscopique de la vésicule biliaire par stent d'apposition

J. Privat [1], J.F. Bourgaux [2], U. Chaput [3], M. Palazzo [4], L. Caillo [2], T. Wallenhorst [5], P. Ah-Soune [6], B. Brieau [3], F. Prat [7], R. Leenhardt [3], A. Aubert [7], H. Demmak Privat [1], B. Napoléon [8]

(1) Vichy ; (2) Nîmes ; (3) Paris ; (4) Marseille ;
(5) Rennes ; (6) Toulon ; (7) Clichy-la-Garenne ; (8) Lyon.

Introduction : La pose par échoendoscopie de prothèses métalliques d'apposition est désormais un traitement alternatif validé au drainage percutané de la cholécystite chez les patients ne relevant pas d'une chirurgie. Cet observatoire multicentrique français réalisé au sein du GRAPHE recense 150 cas de drainage de la vésicule biliaire réalisés avec la pose d'une endoprothèse d'apposition sous échoendoscopie de 2016 à 2022.

Patients et Méthodes : 150 patients (90F/60H) relevant d'un drainage de la vésicule biliaire sont inclus. L'âge moyen est de 77 ans (37 à 99).
L'indication est soit une cholécystite (119) retenue comme non opérable en raison de sa sévérité et/ou de comorbidités et notamment d'un contexte palliatif, soit un ictère (31) sans meilleure alternative de drainage biliaire (sténose duodénale et cholédoque insuffisamment dilaté). La cholécystite est en majorité d'origine néoplasique (83), sinon lithiasique (20) ou prothétique (16).
52 patients (35%) présentent un épanchement intra-péritonéal et 8 (5%) ont une hypertension portale.
Les stents utilisés sont pour la grande majorité d'un diamètre de 15 mm (116, 77%) et posés san contrôle radioscopique ni fil guide.

Résultats : Le succès technique est défini par la pose réussie du stent transvésiculaire et il est de 98% des cas (147/150). Le succès clinique est défini par une résolution des symptômes (cholécystite et/ou ictère) et est obtenu dans 95% (140/147).
La durée moyenne de la procédure est de 18 mn (5-110). La répartition de l'abord gastrique (antre) et duodénal (bulbe) est proche de 1/1 (76/74).
5 complications précoces sont survenues par malposition du stent (intra-vésiculaire dans 1 cas, intra-gastrique ou duodénal dans 3 cas).
4 complications tardives sont rapportées avec 2 angiocholites par obstruction tumorale et par reflux, 2 récidives de cholécystite par obstruction macrolithiasique du stent et progression tumorale. Un cas d'hémorragie intravésiculaire par internalisation du stent.
Aucun décès n'est rapporté en lien avec la procédure.

Discussion : Ces résultats sont supérieurs à ceux du drainage percutané avec moins de complications. Le drainage par échoendoscopie de la vésicule biliaire doit remplacer le drainage percutané. La présence d'une ascite et d'une hypertension portale n'en sont pas des contre-indications.
La courte durée d'intervention, l'absence de nécessité de contrôle radioscopique et d'intubation oro-trachéale sont des avantages supplémentaires. Le très faible taux de récidive (2%) pose même la question d'élargir les indications à l'avenir.

Conclusion : Le drainage de la vésicule biliaire par échoendoscopie avec la pose d'un stent d'apposition AXIOS™ est une méthode efficace et sure dans le traitement de la cholécystite ainsi qu'à titre de drainage biliaire. Cette première grande étude multicentrique française confirme et renforce les données actuelles de la littérature. La question d'élargir les indications est désormais à étudier.

Remerciements, financements, autres :
GRAPHE = Groupe de Recherche et d'Action des Praticiens Hépato-gastroentérologues en Endoscopie digestive.

C.118 PLÉNIÈRE

Chimiothérapie par oxaliplatine normalisée à la quantité de masse maigre pour des cancers du côlon de stade III traités en adjuvant : impact sur les neuro-toxicités à partir d'une étude randomisée multicentrique de phase II (LEANOX)

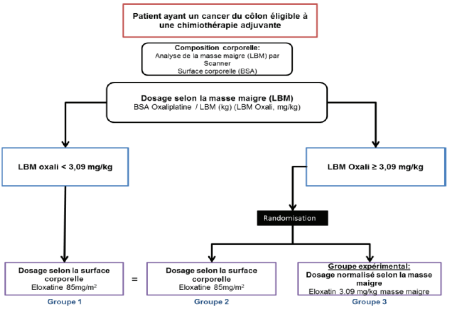
E. Assenat [1], M. Ben Abdelghani [2], M. Monnier [1], H. Perrier [3], F. Khemissa Akouz [4], R. Desgrippes [5], M.P. Galais [6], Y. Rinaldi [3], C. Lepage [7], P. Senesse [1]

(1) Montpellier ; (2) Strasbourg ; (3) Marseille ;
(4) Perpignan ; (5) Saint-Malo ; (6) Caen ; (7) Dijon.

Introduction : La chimiothérapie adjuvante à base de 5Fu Oxaliplatine est la norme internationale actuelle de soins pour le cancer colorectal de stade III (CCR), mais elle entraîne une neurotoxicité importante. Nous avons objectivé dans 2 cohortes de patients atteints de CCR traités par oxaliplatine que les patients recevant plus de 3,09 mg d'oxaliplatine par kg de masse maigre (MM) présentaient significativement plus de neurotoxicité. L'objectif de cet essai était de déterminer si l'adaptation de la dose basée sur la MM réduisait la neurotoxicité.

Patients et Méthodes : LEANOX est une étude randomisée multicentrique de phase II chez des patients éligibles à une chimiothérapie adjuvante par oxaliplatine pour un CCR (CT identification EudraCT 2016002576-27). Les patients sans réduction de MM (dose oxaliplatine <3,09 mg/kg MM, groupe 1) recevaient une dose d'oxaliplatine en fonction de la surface corporelle (85 mg/m²). Les patients avec une réduction de la MM (dose oxaliplatine ≥3,09mg/kg MM) étaient randomisés en 2 groupes, groupe 2 : dose d'oxaliplatine en fonction de la surface corporelle et groupe 3 : dose d'oxaliplatine selon la MM (3,09 mg/kg de masse maigre). La randomisation (1:1) était stratifiée par centre, âge et perte de poids. Le critère principal était le pourcentage de patients sans neurotoxicité de grade ≥2 au cours des 6 premiers cycles de chimiothérapie adjuvante. L'étude nécessitait 108 patients randomisés (α bilatéral = 0,05, puissance 80 %) pour comparer le critère d'évaluation principal entre les groupes 2 et 3 avec P2 = 55 % et P3 = 80 %.

Résultats : Au total, 160 patients étaient inclus dans 18 centres français : 33 dans le groupe 1, 64 dans le groupe 2 et 63 dans le groupe 3. L'âge médian était de 63 ans (52,5 % d'hommes) et 89,3 % OMS 0. Le stade tumoral était pT3 (57,5 %), pT4 (33,8%), pN1 (60,6%) et pN2 (38,1%). Les événements indésirables de grade 3-4 étaient signalés chez 58,0 % du groupe 2 et 59,7 % du groupe 3. Le pourcentage de patients sans neurotoxicité de grade ≥ 2 au cours des 6 premiers cycles de chimiothérapie adjuvante était de 43.9% dans le groupe 2 *vs* 67.2% dans le groupe 3 (p=0,01). Les neuropathies périphériques sensitives étaient de 29,0% dans le groupe 1, 41,9% dans le groupe 2 et 28,6% dans le groupe 3.



Conclusion : Cette étude de Phase IIR est positive sur l'analyse de son critère principal. Un traitement personnalisé et adapté à la masse maigre devrait être proposé aux patients traités par oxaliplatine en situation adjuvante afin de réduire les neurotoxicités.

Remerciements, financements, autres :
Promotion ICM Montpellier/ FFCD

Incidentalomes pancréatiques neuroendocrines non fonctionnels de petite taille (≤ 2 cm) : quel risque évolutif à 3 ans ? Résultats d'une étude prospective multicentrique nationale IPANEMA

R. Gincul [1], B. Napoléon [1], M. Perrier [2], D. Karsenti [3], L. Palazzo [3], F. Maire [4], I. Borbath [5], T. Lecomte [6], C. Lepage [7], M. Pracht [8], V. Hautefeuille [9], C. Boustière [10], K. Le Malicot [7], L. Magaud [1], P. Drouin [1], J.Y. Scoazec [11], G. Cadiot [2], T. Walter [1], .. SFED [3]

(1) Lyon ; (2) Reims ; (3) Paris ; (4) Clichy-la-Garenne ; (5) Bruxelles, BELGIQUE ; (6) Tours ; (7) Dijon ; (8) Rennes ; (9) Amiens ; (10) Marseille ; (11) Villejuif.

Introduction : La découverte fortuite des incidentalomes pancréatiques neuroendocrines non fonctionnels (IPN-NF) de petite taille est croissante. En l'absence de signes de malignité, leur prise en charge n'est pas codifiée entre chirurgie et surveillance et leur potentiel évolutif reste peu connu. L'objectif principal de l'étude était d'évaluer l'incidence de malignité des IPN-NF sporadiques ≤2 cm. L'objectif secondaire était d'identifier le taux d'évolutivité à 3 ans des IPN-NF ≤ 2 cm non opérées, défini comme une progression de la taille tumorale > 20% et/ou >2mm/an et/ou l'apparition de métastases ganglionnaires et/ou à distance.

Patients et Méthodes : Etude prospective multicentrique, menée dans 12 centres, ayant inclus de manière prospective et consécutive entre décembre 2016 et juin 2019 les patients ayant une masse tumorale pancréatique ≤2 cm de découverte fortuite, de nature tissulaire ou mixte (composante kystique ≤25% du volume tumoral), dont la nature neuroendocrine a été prouvée histologiquement (ponction sous EE et/ou pièce chirurgicale), ou a été considérée hautement probable sur les arguments d'imagerie (lésion hypervasculaire fixant en imagerie des récepteurs de la somatostatine (IRS)). Les critères d'exclusion étaient : tumeur de grade G3 (classification OMS 2017) au moment de l'inclusion et néoplasie endocrine multiple de type 1. Deux groupes de patients ont été définis, en fonction de leur prise en charge : non-chirurgicale (surveillance) et chirurgicale (réalisée dans les 6 mois après inclusion). Le diagnostic de malignité était retenu en présence d'au moins un des critères suivants : tumeur G3, présence de métastases ganglionnaires et/ou à distance, doublement en taille de la tumeur primitive au cours des 36 mois de suivi. La surveillance a été assurée par imagerie et EE à M3 après la chirurgie et à M6, M12, M18, M24, M36 pour tous les patients.Etude

Résultats : 111 patients ont été inclus, (43 hommes, 68 femmes, d'âge médian 63 ans (IQR, 52-70)). En EE, la taille médiane de la lésion pancréatique était de 13 (IQR, 10-16) mm, avec composante kystique dans 34% des cas. La ponction sous EE a conclu à une tumeur neuroendocrine (TNE) dans 105 cas (G1- 83 (79%), G2- 4 (4%), grade non évaluable- 18 (17%)). Dans 6 cas la ponction était non contributive. L'IRS réalisée chez 42 patients montrait une hyperfixation de la lésion dans 62% des cas sans lésion à distance. En raison de symptômes (3), suspicion de malignité (3), sur décision de la RCP (11) et demande du patient (2), 19 (17%) patients ont été opérés dans un délai médian de 2,76 mois (IQR 1,6-4,6) après l'inclusion. Le diagnostic et la classification finale était : 14 G1 (73.7%) et 5 G2 (26.3%) ; 17 (89.3%) pT1N0 et 2 (11.8%) pT1N1. 92 (83%) patients ont eu une surveillance active. Le suivi médian était respectivement de 38,4 (95%IC, 26,3-43,6) et 37,8 (36,1-39,7) mois dans les groupes chirurgie et surveillance. Dans le groupe surveillance 5 patients ont eu une augmentation significative en taille de la tumeur, 4 ont été opérés dans un délai médian de 17,1 mois (IQR 11,7-20,8) après l'inclusion (3 G1 pT1N0, 1 G2 pT1N1). Le 5ème patient (lésion G1 de 15 mm à l'inclusion) a développé une maladie métastatique 12 mois après le diagnostic. Au total, 4 (3.6%) patients ont présenté des critères de malignité : 3pN+ sur la pièce de résection chirurgicale; 1 évolution métastatique. Le taux de complications chirurgicales était de 26.1% (6/23 patients), dont 4 fistules et 2 hémorragies. Au cours du suivi, 2 (2%) décès non liés à la TNE pancréatique sont survenus. Il n'a pas été observé de récidive chez les patients opérés. Au total l'incidence de malignité et le taux d'évolutivité à 3 ans était de 3.6% et 4.5% respectivement.

Conclusion : Notre étude montre un faible taux de malignité et d'évolutivité à 3 ans des IPN-NF ≤2 cm sporadiques. En l'absence de critères de malignité, la stratégie non-chirurgicale de prise en charge de ces tumeurs est possible, après validation en RCP spécialisée et discussion avec le patient, au prix d'une surveillance active et longue, compte tenu de l'évolution habituellement lente de ces tumeurs.

Remerciements, financements, autres : Cette étude a obtenu la bourse FARE de la SNFGE, un support du groupe biopharmaceutique Ipsen et l'aide de la FFCD pour l'analyse statistique.

C.120 PLÉNIÈRE

Développement et validation d'un score IRM dédié pour évaluer la cicatrisation et la réponse transmurale chez les patients atteints de maladie de Crohn : résultats du projet DEVISE-CD

A. Buisson [1], J. Junda [1], J. Vignette [1], E. Lecoq [1], G. Bouguen [2], B. Pereira [1], C. Hordonneau [1]

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

Introduction : La cicatrisation transmurale est associée à une meilleure évolution de la maladie de Crohn (MC) que la rémission endoscopique mais n'est pas encore retenue comme objectif thérapeutique du fait de l'absence de définition validée.
Les objectifs du projet DEVISE-CD sont de 1) construire et valider un score dédié à l'évaluation de la réponse transmurale (TR) ou de la cicatrisation transmurale (TH) sous traitement chez les patients atteints de MC, 2) confirmer que ces définitions de TH et TR sont associées à une évolution favorable de la MC.

Patients et Méthodes : Le projet DEVISE-CD inclut 3 parties : une cohorte monocentrique de développement (N = 274 patients), une cohorte monocentrique de validation (N = 224 patients) et une étude prospective multicentrique de validation (N = 64 patients sous anti-TNF).
Pour les cohortes monocentriques, étaient inclus tous les patients (≥ 18 ans) ayant réalisé deux IRM pour évaluer une MC luminale avec : 1) des signes objectifs d'inflammation à la 1ère IRM, 2) la seconde IRM réalisée pour évaluer l'efficacité thérapeutique, 3) suivi > 6 mois et pas de chirurgie entre les deux IRM. L'étude multicentrique prospective a inclus consécutivement des patients nécessitant la mise sous anti-TNF avec réalisation d'une IRM à la semaine 0, 12 et 52.
Dans DEVISE-CD, tous les patients ont réalisé une IRM évaluant l'intestin grêle et le côlon selon un protocole standardisé (pas de préparation colique la veille et pas de distension colique).

Résultats : Dans la cohorte de développement, parmi les principales lésions IRM associées à la MC, la persistance sous traitement de l'œdème (HR = 4,78 [1,74- 13,13], p = 0,002), la prise de contraste après injection (HR = 4,13 [1,50- 11,36], p = 0,006), l'hypersignal de diffusion (HR = 6,97 [2,50- 19,41], p < 0,001), l'épaississement pariétal (HR = 3,73 [1,61- 8,66], p = 0,002), des ulcères (HR = 1,90 [1,21- 2,97], p = 0,005), de la sclérolipomatose (HR = 1,87 [1,22- 2,87], p = 0,004) et des adénopathies (HR = 2,31 [1,48- 3,63], p = < 0,001) étaient associées à une augmentation du risque de progression de la destruction intestinale contrairement à l'étendue des lésions. L'étude de la colinéarité/coexistence de ces différentes lésions montre que l'œdème, l'épaississement pariétal, la prise de contraste après injection et l'hypersignal de diffusion coexistaient dans plus de 95% des cas, donnant donc la même information contrairement aux autres lésions. L'épaisseur pariétale (valeur quantitative) avait la meilleure sensibilité au changement (différence moyenne standard = 0,30). En analyse multivariée, l'épaississement pariétal par rapport à la normale (3 mm) (HR = 1,19 [1,06 – 1,32], p = 0,003), les ulcères (HR = 2,31 [1,11 – 4,76], p = 0,024) et les adénopathies (HR = 1,62 [1,01 – 2,61], p = 0,048) étaient associées à une augmentation du risque de progression de la destruction intestinale. Le C-score obtenu se calcule donc sur la zone la plus sévère d'un segment considéré comme actif par la présence d'œdème de la façon suivante : épaississement pariétal (en mm) par rapport à la normale (3 mm) x 0,2 + 2 en cas d'ulcère + 1,5 en cas d'adénopathie.
La TH (C-score < 0,5), la TR50 (réponse transmurale définie comme une baisse de 50 % du C-score dans tous les segments actifs) ou la TR25 (baisse de 25 %) étaient associés à une diminution du risque de progression de la destruction intestinale dans la cohorte de développement (HR = 0,28 [0,13-0,63], p = 0,002 ; HR = 0,30 [0,15-0,63], p = 0,001 ; HR = 0,37 [0,19-0,71], p = 0,003, respectivement) et celle de validation (HR = 0,15 [0,04 -0,53], p = 0,003 ; HR = 0,36 [0,14-0,88], p = 0,025; HR = 0,46 [0,23-0,94], p = 0,034 ; respectivement).
Dans l'étude multicentrique, les taux de TH, TR50 et TR25 étaient de 28,3%, 41,3%, et 47,8%, respectivement, après 12 semaines d'anti-TNF et étaient significativement associé à la rémission profonde (CDAI < 150, calprotectine fécale < 250 µg/g et pas de corticothérapie) à la semaine 52 (OR = 4,6 [1,3 – 15,6], p = 0,016 ; OR = 6,9 [1,8 – 26,0], p = 0,008 ; OR = 6,0 [1,6 – 22,3], p = 0,008 ; respectivement).

Conclusion : Le C-score est un outil validé, fiable et facile à utiliser en pratique quotidienne comme dans les essais cliniques. L'obtention d'une TH, TR50 et TR25 calculées grâce au C-score est associée à une diminution de la progression de la destruction intestinale et à une rémission profonde.

Comparaison des traitements du carcinome épidermoïde de l'anus T1N0M0 : étude de la cohorte nationale ANABASE de la FFCD

B. Goullet [1], V. Vendrely [2], E. Barbier [3], L. Quero [1], M. Bacci [2], L. Spindler [4], N. Baba Hamed [1], P. Petit [5], E. Boisteau [6], A. Lièvre [6], F. Juguet [2], I. Etienney [1], P. Pommier [7], E. François [8], L. Bazire [1], C. Lemanski [9], E. Rivin del Campo [1], P. Ronchin [10], O. Bouché [11], W. Lahlou [12], C. Visée [13], D. Tougeron [14], G. Goujon [1], L. Abramowitz [1]

(1) Paris ; (2) Bordeaux ; (3) Dijon ; (4) Strasbourg ; (5) Saint-Herblain ; (6) Rennes ; (7) Lyon ; (8) Nice ; (9) Montpellier ; (10) Mougins ; (11) Reims ; (12) Tours ; (13) Marseille ; (14) Poitiers.

Introduction : Le carcinome épidermoïde de l'anus est un cancer rare induit par l'infection à HPV à haut risque oncogène et dont l'incidence augmente depuis 40 ans. Au stade non métastatique, son traitement repose sur la radio(chimio)thérapie. Pour les tumeurs T1N0, la référence est la radiothérapie seule pour le canal anal (CA) et l'exérèse locale avec marge saine pour la marge anale (MA). L'exérèse locale seule est une option pour les tumeurs T1N0 du CA, de moins de 10 mm, avec marge de résection saine, de découverte post-opératoire [1]. L'objectif de cette étude est de décrire les patients traités pour un carcinome épidermoïde T1N0 de l'anus en France, de comparer l'efficacité et la tolérance d'un traitement par exérèse locale seule et celles d'un traitement à base de radio(chimio)thérapie.

Matériels et Méthodes : Il s'agit d'une étude observationnelle à partir de la cohorte multicentrique française ANABASE de la FFCD. Les patients ont été inclus entre janvier 2015 et juin 2021 dans les centres de la FFCD et du GREP. Les patients ayant été traités par exérèse locale seule, puis surveillés au décours, constituaient le groupe exérèse locale seule (ELS). Les patients traités d'emblée par radio(chimio)thérapie ou recevant une radio(chimio) thérapie après une exérèse locale, constituaient le groupe autre traitement (AT). Le critère de jugement principal était la survie sans récidive (SSR) à 3 ans. Les critères de jugement secondaires étaient la survie globale, la survie sans colostomie, la toxicité de la radio(chimio)thérapie et l'impact du traitement sur la continence anale. Pour chaque groupe de traitement, nous avons décrit et analysé séparément les tumeurs du CA et celles de la MA.

Résultats : 222 patients avec un carcinome épidermoïde T1N0M0 de l'anus ont été inclus dont 155 avec une tumeur du CA. L'âge médian était de 64 ans et il y avait une prédominance féminine (66,7%). Dans le groupe exérèse locale seule, les patients vivaient significativement plus souvent avec le VIH (26,8% *vs* 10,8%, p<0,0001), étaient plus souvent fumeurs (61,7% *vs* 38,5%, p=0,0028) et avaient plus souvent un antécédent de dysplasie anale AIN1 (60,5% *vs* 17,2%, p=0,0004). La taille tumorale était significativement plus petite dans le groupe exérèse locale seule (0,5 cm en médiane *vs* 1,5 cm, p<0,0001), vraisemblablement en rapport avec un nombre plus élevé de lésions micro-invasives dans ce groupe (65,3% *vs* 22,7%, p<0,0001). Le bilan d'extension initial était fréquemment incomplet : sérologie VIH manquante (33,5%), scanner TAP pas assez réalisé (53,6%). L'IRM anorectale était l'examen le plus réalisé (66,2%). Parmi les 137 patients opérés initialement, 55 ont bénéficié d'un traitement complémentaire, dont 23 devant une marge de résection R1. Il n'y avait pas de différence significative sur la SSR à 3 ans entre les deux groupes (HR 0,60 IC95% [0,30 ; 1,23], p=0,167) avec un suivi médian de 33,94 mois. Il n'y avait pas de différence significative sur la SSR à 3 ans dans les sous-groupes CA et MA. Une récidive a été diagnostiquée chez 28 patients, 13 (6 CA et 7 MA) dans le groupe ELS (15,8%) et 15 (11 CA et 4 MA) dans le groupe AT (10,7%). Le délai médian avant récidive était de 13,59 mois (Q1-Q3 4,53-45,83). La majorité de ces récidives était locale (n=21) et il n'y avait pas de récidive d'emblée métastatique. 4 patients sont décédés dans le groupe AT (SG = 97,1%), dont un décès lié au cancer. Dans le groupe ELS, 1 patient est décédé de l'évolution du cancer après une récidive précoce (SG = 98,8%). Il n'y avait pas de différence significative en termes de survie sans colostomie (HR 1,57 IC95% [0,44 ; 5,63], p = 0,49) y compris dans les sous-groupes CA et MA. En analyse univariée, aucun facteur n'était associé à la récidive. 20% des patients traités par radiothérapie ont présenté une toxicité aiguë de grade ≥3. Les données sur la continence anale étaient trop peu renseignées pour être exploitables.

Discussion : Il y a peu de données concernant l'ELS pour les tumeurs T1N0 de la MA et des données discordantes pour celles du CA. Il s'agit essentiellement d'études rétrospectives, souvent de faible effectif. Notre étude multicentrique nationale comparant 222 patients traités en France pour un carcinome épidermoïde de l'anus n'a pas montré de différence significative de SSR à 3 ans entre les patients traités par ELS et ceux traités par radio(chimio) thérapie (d'emblée ou après exérèse locale), pour le CA et la MA. Notre étude comporte plusieurs limites : d'abord il y avait plusieurs différences significatives entre les 2 groupes limitant leur comparabilité, ensuite la réalisation insuffisante du bilan d'imagerie a pu induire un biais de classement des tumeurs, enfin l'impact sur la continence anale n'a pas pu être évalué.

Conclusion : L'ELS semble une bonne option pour les tumeurs T1N0 de la MA en raison du faible risque pour la continence anale. Pour le CA, c'est une option pour les tumeurs de moins de 10 mm ou micro-invasives, notamment de découverte post-popératoire. Le bilan d'extension initial doit être complet et l'évaluation de la continence systématique. Enfin une résection R1 doit faire proposer un traitement complémentaire.

Remerciements, financements, autres : FFCD, GREP

C.122 PLÉNIÈRE

PRODIGE 29-UCGI 26(NEOPAN) : essai de phase III, randomisé, comparant une chimiothérapie par FOLFIRINOX (FFX) à la gemcitabine (gem) dans le traitement du cancer pancréatique localement avancé (CPLA)

M. Ducreux [1], R. Desgrippes [2], Y. Rinaldi [3], F. Di Fiore [4], R. Guimbaud [5], P. Follana [6], J.B. Bachet [7], P. Vanelslander [8], T. Lecomte [9], O. Capitain [10], A. Parzy [11], M. Bolliet [12], P.L. Etienne [13], J. Forestier [14], F. El Hajbi [15], A.L. Bignon [11], V. Le Brun Ly [16], N. De Sousa Carvalho [7], M. Texier [1], O. Bouché [17]

(1) Villejuif ; (2) Saint-Malo ; (3) Marseille ; (4) Rouen ; (5) Toulouse ; (6) Nice ; (7) Paris ; (8) Saint-Quentin ; (9) Tours ; (10) Angers ; (11) Caen ; (12) Strasbourg ; (13) Plérin ; (14) Lyon ; (15) Lille ; (16) Limoges ; (17) Reims.

Introduction : Le cancer pancréatique (CP) est une tumeur maligne agressive et la 4e cause de décès par cancer dans le monde. Plus de 30% des patients atteints de CP ne sont pas résécables en raison de l'extension locale avec une survie globale (SG) médiane de moins d'un an. Le FFX est supérieur à la gem dans le traitement du CP métastatique, en termes de SG et de survie sans progression (SSP), mais sa supériorité en 1ère ligne de traitement du CPLA reste à démontrer.

Patients et Méthodes : L'objectif de l'étude NEOPAN était de comparer l'efficacité d'un traitement de 1ère ligne par FFX *vs* gem dans les CPLA. Les patients (pts) avec un CPLA prouvé histologiquement et non éligibles à la chirurgie, un état général OMS PS ≤1, ne présentant pas d'ischémie cardiaque, étaient éligibles. La randomisation a été stratifiée par centre, la localisation de la tumeur (tête du pancréas oui/non), l'OMS PS (0 *vs* 1) et âge (≤60 *vs* > 60 ans). Les pts ont reçu du FFX (tous les 14 jours pendant 12 cycles) ou de la Gem 1000 mg/m2 à J1, 8 et 15 pendant six cycles de 28 jours à l'exception du cycle 1 avec une perfusion à J22.Le critère d'évaluation principal était la SSP. Les critères d'évaluation secondaires comprenaient la SG, le pourcentage de chirurgie secondaire à visée curative, le taux de réponse objective, le taux de contrôle de la maladie, le délai avant échec du traitement, la qualité de vie et la tolérance aux traitements. Un total de 170 pts (142 événements) était nécessaire pour détecter une augmentation de 3 mois (mo) de la SSP avec une puissance de 80% (test du log-rank, α bilatéral de 5%). Le HR et l'intervalle de confiance (IC) à 95% ont été estimés par un modèle de hasard proportionnel de Cox stratifié. Les résultats de la SSP et de la SG seront présentés dans la population en intention de traiter.

Résultats : 171 pts âgés de 35 à 84 ans ont été inclus et suivis pendant un maximum de 5 ans. Avec un suivi médian de 43,7 mo, 146 événements de SSP ont été observés et la SSP médiane était de 9,7 mo (IC à 95% : 7,0 ; 11,7) dans le bras FFX contre 7,5 mo (IC à 95% : 6,1 ; 9,2) dans le bras Gem, HR stratifié=0,70 (IC à 95% : 0,49 ; 1,0), p=.03. La SG médiane était de 15,1 mois (IC 95 % : 11,9 ; 20,4) dans le groupe FFX contre 15,6 mois (IC 95 % : 12,5 ; 18,7) dans le groupe Gem, HR stratifié = 1,09 (IC 95 % : 0,76 ; 1,58), p=0,66. Le traitement par FFX a été bien toléré, avec des EIs de grade ≥ 3 rapportés chez 35 pts dans le bras FFX (41%) et 32 pts (38%) dans le bras Gem.. A noter, 57% des patients ont reçu une seconde ligne de traitement (64% dans le bras FFX *versus* 51% dans le bras gem).

Conclusion : Les résultats de l'essai PRODIGE 29/NEOPAN montrent que le FFX permet d'améliorer de manière significative la SSP par rapport à la Gem seule et qu'il est bien toléré en 1ère ligne de traitement des patients atteints de LAPC. Cette amélioration ne se traduit pas par une différence de SG. D'autres critères d'évaluation secondaires sont actuellement à l'étude et seront présentés lors du congrès.

Remerciements, financements, autres : Nous remercions les patients et leurs familles ; les investigateurs et leurs équipes pour leur participation à cette étude. Nous remercions également l'institut National du Cancer (INCa) et la Ligue Nationale Contre le Cancer qui ont financé cette étude.

C.123

Manifestations anorectales à Monkeypox virus : à propos de 65 cas

S. Bendaoud [1], B. Le Vavasseur [1], S. Taieb [1], B. Heym [1], S. Ysmail-Dahlouk [1], E. Leclerc [1], A. Metaye [1], B. Bessanguem [1], J. Bourguignon [1], M. Taouk [1], N. Rabahi-Louanchi [1], P. Atienza [1], A. Egal [1], E. Lambrescak [1], A.C. Lesage [1], J.D. Zeitoun [1], S. Marot [1], O. Lidove [1], S. Tepper [1], A. Gabarre [1], I. Etienney [1]

(1) Paris.

Introduction : L'infection à Monkeypox virus est une zoonose endémique en Afrique, causée par deux clades différents d'orthopoxvirus simien et transmise à l'homme dans les zones forestières par des rongeurs sauvages ou des primates. Les contaminations interhumaines restent familiales et rares. La connaissance de cette maladie est limitée, cependant la pandémie déclarée en avril 2022 impliquerait un nouveau mode de transmission inter humaine. L'objet de cette étude, est de décrire le mode, l'évolution de l'infection et les différentes atteintes ano-périnéales observées chez nos patients.

Patients et Méthodes : Tous les patients consultants entre juin et juillet 2022 dans un centre de proctologie et présentant une infection anale à Monkeypox virus confirmée par un test virologique PCR ont été inclus. Les données concernant la présentation clinique, le délai d'incubation, le mode de transmission, et l'évolution de l'infection ont été recueillies à l'examen initial et après appel téléphonique. Tous les patients avaient un examen proctologique complet avec anuscopie et prélèvement rectal à la recherche d'autres infections sexuellement transmissibles.

Résultats : Entre le 16/06/2022 et le 26/07/2022, 65 hommes, âgés de 39.6 [19.9-64.6] ans, présentaient une infection anale confirmée à Monkeypox virus. Une transmission sexuelle était rapportée chez 51 (78.4%) patients. Soixante-trois (97%) patients étaient des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH). Vingt-huit (43%) patients étaient infectés par le VIH et 24 (64.9%) prenaient du tenofovir-emtricitabine en prophylaxie pré-exposition au VIH. Les symptômes anaux étaient inauguraux chez 36 (55.4%) patients et secondaires à une éruption cutanée ou d'autres symptômes généraux chez 22 (33.8%) autres. Le délai d'incubation était de 6.9 [1-26] jours. L'examen proctologique retrouvait des ulcérations douloureuses périnéales, anales et rectales chez respectivement 42 (64.6%), 28 (43%) et 25 (38.4%) patients. Des vésicules péri-anales étaient décrites chez 24 (36.9%) patients. Quarante-neuf (75.4%) patients avaient une rectite à l'anuscopie, modérée chez 20 (40.8%) et sévère chez 29 (59.2%). Quatre patients avaient une rectite intense mimant une suppuration intramurale profonde et nécessitant une exploration urgente au bloc opératoire chez deux patients en début d'expérience, sans collection ni trajet fistuleux décelé en per-opératoire. Quinze (23.1%) patients ont été traités pour une infection sexuellement transmissible concomitante. Le délai médian de guérison était de 19 [16.8-21] jours et plus rapide chez les patients nés avant 1977 et précédemment vaccinés contre la variole 14.3 *vs* 18.8 jours (p=0.06). Le délai de guérison chez les patients infectés par le VIH était de 19.2 *versus* 16.5 jours chez les patients séronégatifs (p = 0.21).

Conclusion : Les atteintes ano-périnéales, parfois sévères, dues au Monkeypox virus sont fréquentes dans l'épidémie actuelle et suggèrent un nouveau mode de transmission sexuelle du virus. Les formes rectales sévères mimant une suppuration intramurale doivent être identifiées afin d'éviter une recours inutile à la chirurgie.

C.124

Le microbiote intestinal : nouvel acteur impliqué dans les troubles digestifs observés chez les patientes douloureuses pelviennes chroniques

C. Cardaillac [1], Y. Camby [1], P. Aubert [1], A. Mortier [1], P. Bordron [1], J. Marchix [1], C. Brochard [2], N. Cenac [3], S. Ploteau [1], M. Neunlist [1]

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

Introduction : Les troubles digestifs associés aux douleurs pelvi-périnéales chroniques (DPC) sont invalidants et leur fréquence est mal connue. Les objectifs de cette étude étaient (1) de caractériser les troubles digestifs de patientes DPC (2) de déterminer si une dysbiose du microbiote intestinal ou une altération de ses métabolites était retrouvée chez les femmes douloureuses avec symptômes digestifs (DPC+) comparativement aux femmes douloureuses sans symptômes (DPC-) ou à des contrôles sains (CT) ; (3) d'évaluer la capacité du surnageant fécal (SF) des patientes DPC+ à induire des modifications de la barrière épithéliale intestinale dans un modèle murin.

Patients et Méthodes : Questionnaire ROME IV et barostat rectal de patientes DPC (n=40). Analyse 16S (microbiote) et par spectrométrie de masse (50 métabolites) des fécès d'une population de DPC+ (n=15), DPC- (n=15) et CT (n=16). Lavement colique de souris prétraité par antibiothérapie avec du surnageant fécal (SF) de DPC+ (n=5), DPC- (n=5) et CT (n=5). Sacrifice puis analyse de la perméabilité colique, analyse transcriptomique haut débit et analyse immuno-histologique de la barrière muqueuse colique.

Résultats : 60% des patientes DPC présentaient des troubles du transit sur les 3 derniers mois (30% alternance diarrhée/constipation, 22% constipation et 8% diarrhée). Un abaissement significatif du seuil de douleur à la distension rectale était retrouvé chez les DPC+ comparativement aux DPC- et aux CT. La douleur ressentie lors de l'examen (EVA) était corrélée à l'intensité des troubles digestifs (p=0,04). De plus, une augmentation significative de métabolites lipidiques inflammatoires était dosée dans SF de patients DPC+ par rapport aux DPC-. Une augmentation de la richesse du microbiote intestinal (nombre d'ASV, p=0.046) et une baisse de la béta-diversité (PCOA, p=0,009) était retrouvée dans la population DPC+ comparativement aux DPC- et aux CT. Une modification de sa composition (22 bactéries différentiellement retrouvées entre les groupes au niveau des ASV) et de métabolites bactériens a été retrouvée dans les fécès de patientes DPC par rapport aux CT. Le transfert de surnageant fecal chez la souris n' pas modié la perméabilité colique mais l'expression ARNm de Muc2 et d'un réseau de 8 gènes associés étaient sous-exprimés chez les souris traitées avec SF de patientes DPC+ comparativement aux deux autres groupes. Cette altération significative du mucus colique a également été retrouvée à l'aide d'un marquage Muc2 en immunohistochimie. Enfin, nous avons identifiés des corrélations entre les métabolites bactériens et les troubles fonctionnels intestinaux chez les patients DPC+.

Conclusion : Nos travaux ont permis de mettre en évidence l'existence de troubles fontionnels digestifs dans une forte proportion de patientes DPC. De plus, nous avons identifié l'existence de signatures bactériennes et métaboliques spécifiques des patientes DPC+ par rapport à celles DPC- et associées ces singatures à des traits cliniques. Ce travail fonde le rationnel pour le développement d'approches ciblant le microbiote ou des métabolites d'interet pour améliorer la prise en charge des troubels digestifs dans cette population de patientes.

C.125

La thérapie interférentielle pour le traitement de la constipation chronique chez l'adulte : essai randomisé-contrôlé CON-COUR

V. Vitton [1], F. Mion [2], A.M. Leroi [3], C. Brochard [4], B. Coffin [5], F. Zerbib [6], H. Damon [2], C. Melchior [3], H. Duboc [5], M. Queralto [7], K. Baumstarck [1]

(1) Marseille ; (2) Lyon ; (3) Rouen ; (4) Rennes ; (5) Colombes ; (6) Bordeaux ; (7) Cornebarrieu.

Introduction : La constipation chronique (CC) est une affection fréquente, et le traitement de première intention comprend des règles diététiques, l'utilisation de laxatifs et le biofeedback pour les troubles de l'évacuation. Cependant, près de la moitié des patients restent insatisfaits de leur traitement. Nous rapportons le premier essai multicentrique randomisé en double aveugle évaluant l'efficacité de la stimulation électrique transabdominale par thérapie interférentielle (IFT) dans le traitement de la CC chez l'adulte.

Patients et Méthodes : Un essai de phase 3 prospectif, multicentrique, randomisé, en double aveugle, contrôlé contre placebo, a été mené dans 7 centres en France. Le critère d'évaluation principal était l'efficacité à 8 semaines, définie par le nombre de selles spontanées complètes (SSC) au cours des 4 dernières semaines de la période de stimulation de 8 semaines. Les critères d'évaluation secondaires comprenaient l'évaluation des effets de l'IFT sur les symptômes (PAC-SYM), la qualité de vie (PAC-QOL), le temps de transit colique, la manométrie ano-rectale et la satisfaction des patients.

Résultats : La proportion de répondeurs à 8 semaines n'était pas significativement différente entre les deux groupes (73,2% dans le groupe IFT contre 67,1% dans le groupe placebo). En revanche, après 8 semaines de stimulation, le score PAC-SYM global moyen et la réduction moyenne du score PAC-SYM global étaient significativement plus élevés dans le groupe IFT que dans le groupe placebo. Aucune différence n'a été observée concernant le temps de transit colique, la manométrie ano-rectale ou la satisfaction des patients.

Conclusion : Bien que le critère d'évaluation principal n'ait pas été atteint, l'IFT peut soulager de manière significative les symptômes et améliorer la qualité de vie des patients atteints de CC. Les nouveaux traitements de la CC nécessiteront des modes d'évaluation différents avec une préoccupation particulière de la qualité de vie.
Trial registration number NCT02381665

C.126

Les irrigations coliques transanales, le traitement de choix des séquelles fonctionnelles digestives liées au spina bifida : un essai randomisé contrôlé français

C. Brochard [1], M. Jezequel [1], A. Blanchard-Dauphin [2], J. Kerdraon [3], B. Perrouin-Verbe [4], A.M. Leroi [5], J.M. Reymann [1], B. Peyronnet [1], J. Morcet [1], L. Siproudhis [1]

(1) Rennes ; (2) Lille ; (3) Ploemeur ; (4) Nantes ; (5) Rouen.

Introduction : Le Spina Bifida (SB) est une maladie congénitale rare causée par une anomalie de fermeture du tube neural. Les séquelles fonctionnelles digestives sont fréquentes et impactent la qualité de vie des patients. Les irrigations coliques transanales amélioreraient les troubles de la continence et de la défécation chez les patients blessés médullaires mais, chez les adultes atteints de SB, cette approche n'a jamais été spécifiquement évaluée. De plus, le SB peut être associé à une déficience intellectuelle et à des troubles cognitifs qui peuvent rendre la prise en charge thérapeutique difficile. L'objectif principal de l'étude était de montrer que, chez les malades souffrant de séquelles digestives liées au SB, les irrigations coliques rétrogrades ajoutées à la prise en charge médicale conventionnelle (éducation du patient ± traitement médicamenteux) amélioraient les troubles fonctionnels anorectaux (incontinence et/ou constipation) de façon plus efficace comparé à la prise en charge conventionnelle seule.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude prospective, contrôlée, randomisée, multicentrique. Les patients souffrant de séquelles digestives liées au SB étaient inclus soit dans le groupe irrigations coliques rétrogrades+traitement conventionnel, soit dans le groupe traitement conventionnel seul. Le critère de jugement principal était l'efficacité du traitement définie par une diminution d'au moins 4 points du score fonctionnel digestif des malades neurologiques (NBD) recueilli à 10 semaines par rapport au score à l'inclusion. Les critères de jugement secondaires étaient, 10 semaines après l'inclusion, les données des questionnaires d'incontinence et de constipation (Cleveland scores), le niveau de tolérance, le niveau de faisabilité, le niveau de satisfaction, le niveau d'amélioration de la qualité de vie évalués et quantifiés par échelles semi quantifiées. Les données ont été analysées en intention de traiter.

Résultats : Au total, 34 patients ont été randomisés : 18 patients dans le groupe irrigations coliques rétrogrades+traitement conventionnel et 16 dans le groupe traitement conventionnel. L'efficacité du traitement était observée chez 19/31 patients (61%) : 13 (76%) dans le groupe irrigations coliques rétrogrades+traitement conventionnel contre 6 (43%) dans le groupe traitement conventionnel (p=0,056). Les patients du groupe irrigations coliques rétrogrades+traitement conventionnel avaient 7 fois plus de chances de s'améliorer que ceux du groupe traitement conservateur (OR= 6,99 [1,18-41,25]) ajusté pour la valeur NBD à l'inclusion. Les scores NBD, Cleveland étaient significativement plus bas dans le groupe irrigations coliques rétrogrades+traitement conventionnel que dans le groupe traitement conventionnel à la semaine 10. Les patients du groupe irrigations coliques rétrogrades+traitement conventionnel ressentaient plus fréquemment une amélioration de leur qualité de vie (p=0,005), une satisfaction vis-à-vis du traitement (p=0,003) et trouvaient plus souvent le traitement acceptable (p=0,03) que les patients du groupe traitement conventionnel seul.

Conclusion : Cette étude prospective, randomisée, contrôlée et multicentrique menée chez des patients adultes atteints de SB suggère que les irrigations coliques rétrogrades sont plus efficaces sur les troubles de la continence et la constipation que le traitement conventionnel seul.

Remerciements, financements, autres : Cette étude a été financée dans le cadre d'un PHRC national (PHRC 2011, n°2013-A01520-45).

C.127

Association entre le niveau de méthylation des gênes ZNF582 et ASCL1 sur frottis anal et la progression vers le cancer anal : une étude ancillaire de la cohorte AIN3

V.M. Ferre [1], A. Dupont [1], M. Draullette [1], E. Valette [1], S. Radenne [2], G. Collin [1], L. Siproudhis [3], F. Juguet [4], L. Spindler [1], D. Bouchard [5], C. Bord [6], G. Staumont [7], H. Boutoille [8], A. Naji [1], A.T. Hesselink [9], M. Bucau [1], C. Roy [1], R.D. Steenbergen [9], D. Descamps [1], C. Charpentier [1], L. Abramowitz [1]

(1) Paris ; (2) Lyon ; (3) Rennes ; (4) Bordeaux ; (5) Talence ; (6) Montpellier ; (7) Toulouse ; (8) Saint-Herblain ; (9) Amsterdam, PAYS-BAS.

Introduction : Les outils actuels de dépistage des lésions pré-cancéreuses anales semblent insuffisants. Des marqueurs moléculaires permettant de stratifier le risque de cancer anal pourraient être un outil de triage. Il a été démontré, dans une étude transversale sur des biopsies de lésions anales, issues d'hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes vivant avec le VIH, une association entre l'augmentation du niveau de méthylation de certains gènes humains (ZNF582 et ASCL1) et la sévérité des stades histologiques (AIN3 et cancer de l'anus).

Patients et Méthodes : Ce travail est une étude prospective, ancillaire de la cohorte française AIN3, qui inclue tout patient ayant un antécédent de lésion anales de type AIN3. Les niveaux de méthylation (ZNF582 et ASCL1) sur le frottis à l'inclusion ont été comparés selon le statut cytologique, la présence d'HPV à haut risque (HPVhr) ou d'un HPV16, l'immunocytochimie p16/ki67 sur ce même frottis avec des tests de Wilcoxon. L'association entre le risque de cancer anal et le niveau de méthylation a été évaluée dans des modèles de Cox univariés. L'AUC dépendante du temps C/D a été estimée pour évaluer la discrimination des marqueurs de méthylation. Les seuils de méthylation ont été déterminés pour le risque de cancer à un an, selon la méthode de Youden. Les niveaux de méthylation ont été exprimés en log2 (ΔΔddCt ratio).

Résultats : 424 patients avaient des résultats de méthylation, dont 60% d'hommes, avec un âge médian de 59 ans et 45% de patients infectés par le VIH (91% d'hommes). Le suivi médian était de 36 mois (IC95% [32-40]). Vingt des 424 patients ont développé un cancer anal au cours de la période d'étude. Les niveaux de méthylation étaient significativement plus élevés avec une cytologie HSIL, en présence d'un HPV16 ou d'au moins un HPVhr et en présence du double marquage positif p16/ki67 (p<0,01 pour les 4 tests). Des niveaux de méthylation plus élevés étaient associés à un risque d'évolution vers le cancer anal en analyse univariée (HR=1,34, IC95% [1,15-1,56], p<0,001) pour ZNF582 et HR=1,35 (IC95% [1,12-1,63], p=0,002) pour ASCL1. L'AUC C/D à un an était de 82% (IC95% [82-95]) et 80% (IC95% [64-99]) pour respectivement ZNF582 et ASCL1. Dans cet échantillon d'étude, des seuils de 0,62 et 1,95 ont pu être définis pour ZNF582 et ASCL1, respectivement, avec des sensibilités correspondantes de 86% et 78% et des spécificités de 63% et 67% pour le risque de cancer à un an. En univarié, la méthylation de ZNF582>0,62 avait un HR=5,02 (IC95% [1,67-15,1], p=0,004) et la méthylation de ASCL1 >1,95 un HR=6,07 (IC95% [2,02-18,3], p=0,001). Présenter au moins un marqueur de méthylation au-dessus du seuil correspondant était associé à un risque plus élevé de cancer en analyse univariée avec un HR=4,19 (IC95% [1,39-12,6], p=0,011).

Discussion : A notre connaissance, il s'agit de la première étude évaluant le rôle potentiel des marqueurs de méthylation dans la stratification du risque de cancer anal dans une cohorte en vie réelle sur des échantillons non invasifs tels que les frottis anaux. D'autres études sont nécessaires pour confirmer la valeur prédictive de ces marqueurs, notamment dans une population moins "à risque", avec un suivi longitudinal des marqueurs de la méthylation, pour définir des seuils de méthylation généralisables.

Conclusion : Ces marqueurs de méthylation pourraient avoir un rôle important en tant que test de triage des lésions

pré-cancéreuses pour mieux cibler les patients à très haut risque de cancer. Le positionnement de ces marqueurs dans un algorithme de dépistage du cancer anal sera à articuler avec les tests HPV, sensibles mais peu spécifiques, et la cytologie anale, spécifique mais manquant d'efficacité dans le pronostic d'évolution vers le cancer.

C.128

Comment surveiller les lésions cytologiques de bas grade du canal anal ?

A. Carlo [(1)], L. Siproudhis [(1)], A. Landemaine [(1)], C. Gouriou [(1)], N. Bouta [(2)], S. Henno [(1)], G. Bouguen [(1)], C. Brochard [(1)]

(1) Rennes ; (2) Toulouse.

Introduction : Le cancer HPV induit du canal anal est le plus souvent précédé de lésions de dysplasie. Leur identification est au cœur des stratégies de dépistage dans les populations à risque, notamment lorsqu'on a recours à une cytologie en phase liquide. On dispose de données scientifiques et de stratégies de prise en charge chez les personnes ayant des lésions cytologiques de haut grade (HSIL) (recommandations pour la pratique clinique). En revanche, on manque d'éléments pour guider les stratégies de suivi des lésions cytologiques de bas grade (LSIL). Or, ces lésions sont fréquentes et peuvent concerner la moitié des personnes engagées dans un processus de dépistage. Elles impactent fortement l'activité des centres qui en organisent le suivi. L'objectif de ce travail était de quantifier, chez les malades ayant des LSIL inaugurales, le risque d'évolution vers la dysplasie de haut grade histologique (AIN 2+) et d'identifier des sous-groupes de patients chez qui les stratégies de surveillance pourraient être allégées.

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 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 de HPV16 tout au long du suivi. L'extraction des données a concerné celle des personnes ayant des anomalies cytologiques de bas grade lors d'un premier examen. Les personnes ayant un antécédent de cancer invasif ou de lésions de dysplasie de haut grade ont été écartées de l'analyse. Les évènements ont fait l'objet d'une analyse en mode actuariel.

Résultats : 194 personnes (M/F : 168/26, vivant avec le VIH : 140 ; MSM : 132) ayant des LSIL lors d'un premier frottis anal ont eu un suivi médian de 48 mois [22-71]. HPV 16 était présent chez 95 (49%) d'entre eux et majoritairement dès le premier examen. Des lésions histologiques de haut grade (dont un cancer invasif) ont été identifiées chez 64 d'entre eux (33%) dans un délai médian de 15 mois [0-51] mois et la disparition durable des LSIL chez 51 (26%) dans un délai de 22 mois [13-41]. Les taux de progression et de clairance étaient respectivement de 12,6 et 7,2 pour 100 patients années. Le risque de lésions de haut grade était significativement plus important en cas d'HPV 16 inaugural (HR [IC95%] : 2,8 [1,8-4,6] (figure 1) et au sein de la population féminine (HR [IC95%] : 2.0 [1,0-2,4]). En cas d'HPV 16, la proportion de lésions d'AIN2+ était de 16% à l'inclusion et de 21% entre 1 et 24 mois dont un cancer invasif. En l'absence d'HPV 16, elle était respectivement de 06% et 08%. En population féminine quand HPV 16 était présent, des lésions d'AIN2+ étaient observées dans 90% *versus* 19% lorsqu'il était absent.

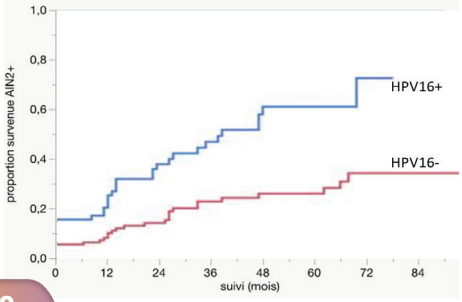


Figure : proportion de survenue de lésions de haut grade du canal au cours du suivi d'une cohorte de lésions inaugurales de bas grade en fonction du statut HPV16 inaugural. Le risque de lésions de haut grade était significativement plus important en cas d'HPV 16 inaugural (HR [IC95%] : 2,8 [1,8-4,6]

Conclusion : En cas de lésions cytologiques de bas grade associées à HPV16, un examen anuscopique haute résolution et des biopsies ciblées doivent être réalisés au moins annuellement. En l'absence d'HPV16 inaugural (la moitié des malades de la cohorte), la répétition des tests combinés (cytologie & HPV) à trois ans constitue une alternative moins lourde et porteuse d'un risque acceptable, sauf en population féminine.

C.129

Intelligence artificielle et anuscopie haute résolution : reconnaissance automatique de lésions de néoplasie intra-épithéliales de haut grade à l'aide d'un réseau neuronal convolutif

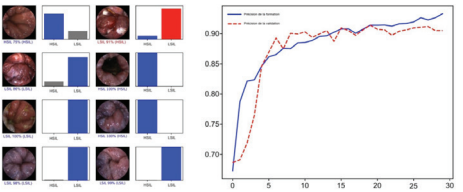
L. Spindler [(1)], M. Mascarenhas [(2)], N. Fathallah [(1)], T. Ribeiro [(2)], J. Afonso [(2)], J.P. Ferreira [(2)], V. de Parades [(1)]

(1) Paris ; (2) Porto, PORTUGAL.

Introduction : L'incidence du carcinome épidermoïde de l'anus est en constante augmentation. L'apparition du cancer est précédée par le développement de lésions précancéreuses, les néoplasies intra-épithéliales de haut grade (HSIL). L'anuscopie haute résolution est l'examen de référence pour la détection des HSIL. Cependant, l'identification visuelle des HSIL reste difficile et nécessite un long apprentissage. De surcroît, les médecins formés à cette technique sont peu nombreux en France si bien que les patients n'y ont pas suffisamment accès.
Les modèles d'apprentissage automatique, à savoir les réseaux neuronaux convolutifs, excellent dans l'analyse d'images et ont montré leur utilité potentielle en endoscopie digestive par exemple. Nous avons donc voulu développer un système basé sur ce type de réseau pour détecter et différencier automatiquement des HSIL de lésions de bas grade (LSIL) dans des images d'anuscopie haute résolution.

Matériels et Méthodes : Un réseau neuronal convolutif a été développé à partir de 78 examens d'anuscopie haute résolution provenant de 71 patients adressés dans le service. Un total de 5 026 images a été inclus, 1 517 images contenant des HSIL et 3 509 des LSIL. Un ensemble de données d'entraînement comprenant 90% de l'ensemble des images a été défini pour développer le réseau. La performance du réseau a ensuite été évaluée sur un ensemble de données de test indépendant comprenant les 10% restants. La sensibilité, la spécificité, la précision, les valeurs prédictives positives et négatives et l'aire sous la courbe (AUC) ont été calculées.

Résultats : L'algorithme a été optimisé pour la détection automatique des HSIL et leur différenciation des LSIL. Notre modèle avait une précision globale de 92,3 %. La sensibilité, la spécificité et les valeurs prédictives positives et négatives étaient respectivement de 95,3%, 98,2%, 97,3% et 96,1%. L'aire sous la courbe était de 0,97.



Conclusion : Nous avons développé le premier modèle d'intelligence artificielle appliqué à l'anuscopie haute résolution. Il a détecté et différencié avec précision des lésions intra-épithéliales de l'anus. Le développement et la mise en œuvre d'un tel outil dans la pratique clinique pourraient faciliter l'apprentissage à cette technique d'imagerie et aussi son accès pour les patients devant bénéficier de ce moyen de dépistage.

C.130

Intérêt de la résection systématique de la cicatrice visible, après résection endoscopique incomplète de tumeurs neuroendocrines rectales

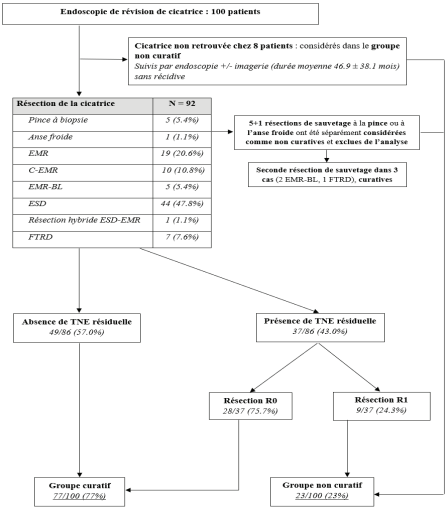
L. Cheminel [1], A. Lupu [1], T. Wallenhorst [2], V. Lepilliez [1], S. Leblanc [1], J. Albouys [3], E. Abou Ali [4], M. Barret [4], D. Lorenzo [4], L. de Mestier [5], P. Burtin [6], P. Girot [7], Y. Le Baleur [4], R. Gérard [8], C. Yzet [9], K. Tchirikhtchian [10], T. Degand [11], A. Culetto [12], A. Lemmers [13], M. Schaefer [14], J.B. Chevaux [14], P. Zhong [15], V. Hervieu [1], F. Subtil [1], J. Rivory [1], C. Fine [1], J. Jacques [3], T. Walter [1], M. Pioche [1]

(1) Lyon ; (2) Rennes ; (3) Limoges ; (4) Paris ; (5) Clichy-la-Garenne ; (6) Villejuif ; (7) La Roche-sur-Yon ; (8) Lille ; (9) Amiens ; (10) Bezannes ; (11) Dijon ; (12) Toulouse ; (13) Bruxelles, BELGIQUE ; (14) Nancy ; (15) Besançon.

Introduction : Les tumeurs neuroendocrines rectales peuvent souvent être identifiées à tort comme des polypes diminutifs, ce qui conduit à une technique de résection inappropriée. (1) Lorsque la résection initiale n'est pas R0, la persistance d'un résidu local peut conduire à une récidive de la maladie (2). Cette étude a évalué l'intérêt d'une évaluation et d'une résection systématique de la cicatrice.

Patients et Méthodes : Nous avons effectué une analyse rétrospective multicentrique de toutes les révisions endoscopiques consécutives et des tentatives de résection de la cicatrice suivant une résection non R0 de R-NET à faible risque (< 10 mm, G1, pas d'invasion lymphovasculaire ou musculaire).

Résultats : 100 patients ont été inclus dans 16 centres différents en France et en Belgique. Une cicatrice a été trouvée dans 92% des cas. La procédure endoscopique de sauvetage utilisant l'ESD ou la FTRD a montré un taux de R0 proche de 100%, et de 76,5% lorsque l'EMR était utilisé (p<0,001). Des cellules tumorales résiduelles ont été retrouvées sur 43% des cicatrices. La résection initiale à l'aide d'une pince à biopsie, une taille initiale > 4 mm et un délai > 1 mois entre la procédure initiale et la procédure de sauvetage étaient statistiquement associés à la présence d'un résidu tumoral. Aucune récidive n'est survenue au cours du suivi après résection de la cicatrice.



Conclusion : Lorsque la résection initiale d'une TNE rectale n'est pas R0, surtout lorsqu'elle est effectuée avec une pince à biopsie, une révision rectale systématique par endoscopie semble nécessaire pour réséquer la cicatrice par FTRD ou ESD, ce qui conduit à retrouver des cellules tumorales résiduelles dans quasiment la moitié des cas.

C.131

Démographie médicale et inégalités territoriales d'accès à l'endoscopie digestive : une réalité à laquelle la discipline doit faire face

T. Lecomte [1], A. Deschamps [2], J.P. Lagasse [2], D. Fallik [3], D. Gargot [4], B. Godart [1], A. Herber-Mayne [5], A. Landau [6], G. Mekondji [7], M. Abdou [8], D. Moussata [1], R. Popa [9], M. Lemarchand [2], L. Dalmasso [4]

(1) Tours ; (2) Orléans ; (3) Gien ; (4) Blois ; (5) Chartres ; (6) Dreux ; (7) Châteauroux ; (8) Bourges ; (9) Montargis.

Introduction : La baisse de la démographie médicale expose à un accès plus limité aux soins. Les inégalités de démographie médicale entre territoires sont connues mais peu de données spécifiques concernant l'accès à l'endoscopie digestive ont été rapportées en lien avec cette problématique. L'objectif de cette étude était d'évaluer le recours à l'endoscopie digestive diagnostique et à la coloscopie à l'échelle des territoires d'une région exposée au problème de démographie médicale.

Matériels et Méthodes : Etude réalisée dans le cadre des travaux de pertinence de l'Instance Régionale d'Amélioration de la Pertinence des Soins (IRAPS) destinés à cibler des actes présentant des taux de recours atypiques au sein de la région. Analyse des données PMSI et des actes CCAM de l'année 2021 extraites à partir de la base Scan Santé pour évaluer les taux de recours à l'endoscopie digestive diagnostique avec ou sans anesthésie en ambulatoire (codes 06K04 et 06K05) et de coloscopie dans une région comprenant 6 départements. L'analyse des actes d'endoscopies digestives thérapeutiques exclus de cette 1ère analyse sont en cours.

Résultats : Le taux standardisé de recours régional à l'endoscopie digestive diagnostique (12,18 pour 1000 habitants correspondant à 32 360 séjours) est d'environ 21 % inférieur au taux national (15,33). Les taux entre les 6 départements varient entre – 16 % et – 28 % par rapport au taux national. Le taux standardisé de recours régional à la coloscopie (19.10 pour 1000 habitants correspondant à 51 828 séjours) est d'environ 11 % inférieur au taux national (21,54). Les taux entre les 6 départements varient entre – 2 % et – 18 % par rapport au taux national. Le taux de fuite régional de l'ordre de 8 % à mettre en balance avec le taux d'attractivité de l'ordre 6,5 % de la région pour la réalisation de ces actes ne compense pas le sous-recours. Les actes sont majoritairement réalisés dans les établissements privés entre 55 % et 85 % selon les départements. La densité médicale régionale des hépato-gastroentérologues était de 4,31 pour 100 000 habitants au 1er janvier 2022 (5,7 en 2022 au nveau national) et elle variait entre 2,64 et 5,59 selon les départements. Le nombre de salles dédiées à l'endoscopie digestive est de 1,68 pour 100 000 habitants au niveau régional (2,22 au niveau national).

Conclusion : Le problème de démographie médicale à l'échelle d'une région est associé à un sous-recours à l'endoscopie digestive par rapport à la moyenne nationale. Les disparités intrarégionales sont importantes et posent la question d'une réorganisation des parcours d'accès à l'endoscopie digestive à l'échelle des territoires et d'une perte de chance dans la prise en charge des cancers digestifs.

C.132

Dissection sous-muqueuse pour la prise en charge de la dysplasie visible sur MICI : étude multicentrique rétrospective GETAID-SFED

S. Geyl [1], A. Anneraud [1], S. Chaussade [2], M. Schaefer [3], A. Berger [4], M. Serrero [5], M. Pioche [6], S. Leblanc [6], T. Wallenhorst [7], E. Chabrun [8], J.B. Chevaux [3], R. Legros [1], L. Peyrin-Biroulet [9], P. Seksik [2], S. Koch [10], X. Dray [2], M. Barthet [5], V. Lepilliez [6], D. Laharie [4], A. Benezech [5], C. Yzet [11], G. Perrod [2], G. Rahmi [2], T. Degand [12], B. Brieau [2], G. Vanbiervliet [13], A. Blain [2], Y. Le Baleur [2], L. Vuitton [10], J. Jacques [1]

(1) Limoges ; (2) Paris ; (3) Nancy ; (4) Bordeaux ; (5) Marseille ; (6) Lyon ; (7) Rennes ; (8) Angers ; (9) Vandœuvre-lès-Nancy ; (10) Besançon ; (11) Amiens ; (12) Dijon ; (13) Nice.

Introduction : La dysplasie est une complication fréquente des MICI, dont la prise en charge endoscopique, alternative à la chirurgie, permet d'envisager une préservation d'organe. La dissection sous-muqueuse (ESD) permet d'obtenir des résections en-bloc limitant la récidive locale. Son indication, validée pour la prise en charge des lésions sporadiques reste à être confirmée pour la résection de dysplasie visible sur MICI, survenant sur une muqueuse post-inflammatoire et dont la détection et caractérisation endoscopique sont parfois difficiles.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective multicentrique incluant toute ESD réalisée pour résection de lésion dysplasique visible dévelopée sur MICI au sein de 20 centres français. Cette étude a été réalisée conjointement entre la SFED et le GETAID.
L'objectif principal était l'obtention d'une résection R0.

Résultats : 89 lésions chez 83 patients ont fait l'objet d'une ESD, dont 20 patients atteints d'une Maladie de Crohn (MC), avec un suivi moyen de 26 mois (+/- 25 SD). La durée médiane d'évolution de la MICI était de 21,3 ans (± 11,9 SD). Une CSP était associée à la MICI pour 9 lésions (10,8%). La RCH était considérée E3 pour 50 % des patients et la MC était classée L2 pour 13 patients (68,4%) et L3 pour 5 patients (26,3%).
La résection était en-bloc, R0 et curative pour 80 (91%), 71 (80%) et 69 (77,5%) lésions respectivement. 1 (1,2%) patient a eu recours à la chirurgie pour complication de l'ESD, 3 (3,6%) pour échec d'ESD et 6 (7,2%) pour critères histologiques péjoratifs. Une technique de traction a été utilisée pour 53 lésions (59,55%) permettant de plus hauts taux de résection en-bloc (50 [96,2%] *versus* 30 [83,3%], p=0,040) sur de plus larges lésions (48,84 mm +/-20,86 SD *versus* 34 mm +/-15,75 SD, p=0,001) et sur fibrose plus sévère (34 [65,4%] *versus* 12 [38,7%], p=0,023) que sans traction. Les ESD réalisées en centres de haut-volume étaient plus rapides (23,34 mm2/min +/-19,11 SD *versus* 10,36 mm2/min +/-5,45 SD, p<0,0001), concernaient de plus larges lésions (50,56 mm +/-20,37 SD *versus* 35,96 +/-17,63 SD, p=0,001) avec un taux de récidive locale plus faible (0 [0%] *versus* 8 [16,7%], p=0,006) que celles réalisées en centres de faibles volumes. La récidive locale était plus fréquente en cas de MC (n = 6, 26,1%) que de RCH (n = 2, 3,1%) (p=0,004).

Discussion : Les résultats obtenus en termes de résection en-bloc et R0 sont proches de ceux observés lors d'ESD réalisées pour des lésions sporadiques. Le taux de perforation supérieur à ceux de la littérature pour lésions sporadiques (14%) peut être expliqué par les difficultés techniques en lien avec le caractère fibreux et graisseux de la sous-muqueuse propre aux MICI. Aucune différence n'était observée entre MC et RCH en terme de résections en-bloc, R0 ou curative, ni en terme de complications.

Conclusion : Cette étude est à ce jour la plus grande cohorte mondiale d'ESD pour dysplasie visible sur MICI, et notament dans la population de patients atteints de maladie de Crohn. Elle confirme l'éfficacité de la technique en termes de résections en-bloc, R0 et curative, et ce même sur maladie de Crohn. La dissection sous-muqueuse sur MICI devrait être réservée aux centres experts, avec l'utilisation d'une technique de traction du fait d'une fibrose pariétale post-inflammatoire, afin de limiter le risque de récidive locale. Une étude prospective est cependant nécessaire pour évaluer l'impact de l'ESD sur le recours chirurgical à long terme à l'heure du "treat to target".

C.133

Formation en coloscopie des internes en France : étude prospective multicentrique de la courbe d'apprentissage de la coloscopie dans une population de 81 internes français de 4 subdivisions

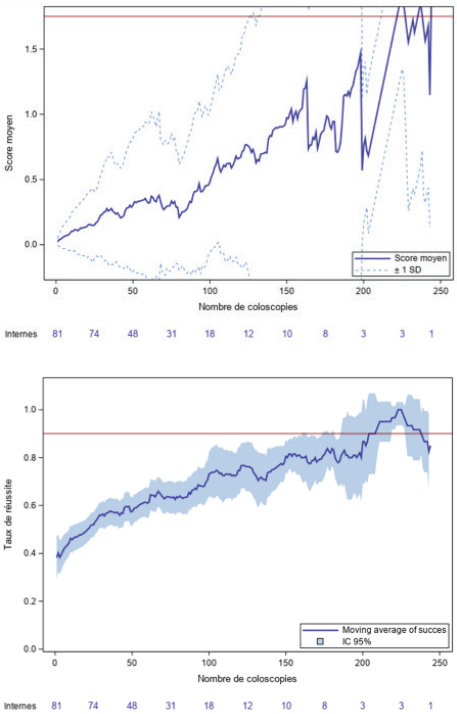
L. Wintzer-Wehekind [1], J.M. Gonzalez [2], M. Barthet [2], G. Vanbiervliet [3], L. Caillo [4], R. Benamouzig [5], L. Moulis [1], M. Camus-Duboc [6], A. Debourdeau [1]

(1) Montpellier ; (2) Marseille ; (3) Nice ; (4) Nîmes ; (5) Bobigny ; (6) Paris.

Introduction : L'acquisition de la compétence en coloscopie et son évaluation sont essentielles au cours de l'internat. Le Blue book de l'european section and board of gastroenterology recommande la réalisation de 200 coloscopies durant son internat, et la maquette du DES de gastro-entérologie exige la tenue d'un portfolio numérique pour les colliger depuis 2017. La SFED et l'ESGE recommandent un taux d'intubation caecale (TIC) de 90%. Nous avons mis à disposition des internes de 4 subdivisions un portfolio numérique depuis 2017. L'objectif de notre étude était d'évaluer la formation des internes à la coloscopie via les réponses à cet autoquestionnaire et de déterminer le nombre de coloscopies nécessaires pour atteindre les seuils de compétence recommandés chez les internes étudiés.

Matériels et Méthodes : Il s'agit d'une étude prospective, multicentrique et observationnelle conduite chez les internes d'HGE de 4 subdivisions différentes. Il a été mis à disposition de tous les internes de ces subdivision un formulaire dématérialisé de recueil des endoscopies sous la forme d'un questionnaire individuel (GoogleForm). La consigne était de remplir systématiquement le questionnaire au fil du cursus. Le questionnaire permettait de recueillir la progression de chaque coloscopie. Une coloscopie complète était définie comme la progression sans aide jusqu'au caecum ou l'iléon terminal. L'objectif principal de l'étude était d'estimer le nombre de coloscopie nécessaire dans la population générale pour atteindre la compétence en coloscopie lors de la formation des internes. La compétence était définie par un taux d'intubation caecale >90% de façon maintenue. L'estimation du nombre de coloscopie nécessaire était réalisée à partir des courbes de performance moyenne dans la population générale en fonction du nombre de tentatives réalisées. Les internes ont été inclus dans l'analyse s'ils avaient enregistré au moins 20 tentatives. Une première analyse a concerné les questionnaires avec au moins 20 tentatives enregistrée. Une seconde analyse a été menée sur les questionnaires ayant eu >80 tentatives où les internes ont été séparés un groupe de formation intensive [>30 tentatives en <15 jours dans le questionnaire] et un groupe de formation progressive [Pas de période intensive]. Les courbes d'apprentissage ont été analysées par deux méthodes et deux critères de jugements de la compétence ont été définis : (1) moyenne glissante du taux d'intubation caecale moyenne >90% (TIC90) et (2) dépassement du seuil de compétence par méthode de LC-CUSUM (LC) [Le score seuil de compétence optimal avait été préalablement fixé pour précision de détection de compétence maximale pour un interne (H=1,75)].

Résultats : De mai 2017 à avril 2022, 140 internes ont été inscrits sur la plateforme, 117 ont enregistré au moins une tentative, 81 ont été inclus avec plus de 20 tentatives répertoriées. 52 (64%) internes provenaient de la subdivision A, 17 (20,9%) de la subdivision B, 8 (9,9%) de la subdivision C et 4 (4,9%) de la subdivision D. 18 internes ont bénéficié d'un stage d'endoscopie dédié et 29 ont réalisé plus de 80 tentatives (12 dans le groupe progressifs *vs* 17 dans le groupe intensifs). Le temps d'exposition moyen au questionnaire était de 1.11 an (± 0.72). Le nombre de coloscopies déclarées moyen était de 77.3 (± 55.3) en population générale, 46.2 (± 17.8) dans le groupe progressif et 139.4 (± 52.7) dans le groupe intensif. . Dans la population totale, il fallait en moyenne 204 coloscopies pour atteindre le TIC90, et 225 coloscopies pour atteindre le seuil de compétence LC. Parmi les internes ayant déclaré plus de 80 coloscopies (n=29), 17 (58,62%) arrivaient à obtenir un TIC90 ; 6/12 (50%) dans le groupe progressif *vs* 11/17 (64,71%) dans le groupe intensif (p=0,47). Chez les internes qui arrivaient à compétence, le TIC90 survenait en moyenne au bout de 68.29 coloscopies (± 45.11) en population générale, 57.83 coloscopies (± 38.32) dans le groupe progressif et 74.00 coloscopies (± 49.19) dans le groupe intensif (p=0,50). La compétence LC2 était obtenue pour 7 (24,14%) internes en population générale, 3 (25%) dans le groupe progressif et 4 (23%) dans le groupe intensif (p=1). Le nombre moyen de coloscopies pour atteindre LC2 était de 120.86 (± 69.36) dans la population générale, 80.67 (± 38.08) dans le groupe progressif et 151.00 (± 76.33) dans le groupe intensif (p=0,21).



Conclusion : Selon les méthodes de calcul de la compétence, 24,14% des internes arrivaient à compétence LC et 58,2% à compétence TIC90. Un seuil de 204 coloscopies était à prévoir pour obtenir un taux d'intubation caecale de 90%. Il n'y avait pas de différence de vitesse d'apprentissage entre les internes du groupe intensif et les internes du groupe progressif. L'inconstance de l'exhaustivité des déclarations limitait l'interpretation de ces données. Des efforts doivent être poursuivis pour augmenter le nombre de coloscopies réalisées à un nombre minimal de 200 lors de la formation des internes français.

C.134

Eco audit : impact environnemental d'une dissection sous-muqueuse *versus* mucosectomie fragmentée pour la résection de lésions coliques, étude post-hoc de RESECT COLON

R. Grau [1], P.J. Cottinet [1], T. Wallenhorst [2], M. Dahan [3], J.B. Chevaux [4], V. Lepilliez [1], H. Lepetit [3], S. Chaussade [5], J. Rivory [1], R. Legros [3], M. Schaefer [4], S. Leblanc [1], F. Rostain [1], M. Barret [5], J. Albouys [3], C. Yzet [6], A. Belle [5], T. Ponchon [1], J. Jacques [3], M. Pioche [1]

(1) Lyon ; (2) Rennes ; (3) Limoges ; (4) Nancy ; (5) Paris ; (6) Amiens.

Introduction : La résection des néoplasies superficielles colorectales supérieures à 20 mm peut se faire par mucosectomie fragmentée (MF) ou dissection sous-muqueuse (DSM), ce qu'a comparé l'essai RESECT de manière prospective randomisée sur l'objectif principal des récidives locales dans 6 centres experts français. Selon les recommandations ESGE récentes sur l'impact environnemental, les techniques simples (résection à l'anse) sembleraient moins impactantes que les techniques complexes (dissection). Pourtant ces techniques complexes semblent offrir plus de guérisons en une seule séance (résections R0). Nous souhaitions donc comparer l'impact environnemental de ces deux stratégies dans un éco-audit.

Matériels et Méthodes : Un eco-audit indépendant (ingénieurs INSA) a étudié les deux groupes de RESECT colon sur 4 axes : endoscopes et dispositifs, électricité consommée, produits anesthésiques, transports patients. L'ensemble des dispositifs utilisés étaient recueillis prospectivement au cours de l'essai RESECT (volet médicoéconomique), et leur impact environnemental (équivalent CO2) était calculé tenant compte du lieu de production, de son transport, de ses composants et leur poids, et du packaging. La mesure de l'impact de l'anesthésie et des consommations électriques des blocs est en cours. L'impact environnemental des coloscopies de contrôle (2 kg eq CO2) en cas de résection non R0 a été évalué dans les deux bras. La distance des transports patients a été mesurée. Les données sont exprimées en équivalent kilogrammes de CO2. Nous avons ensuite simulé des organisations de soins différentes : DSM en centre expert *versus* MF en centre de proximité (distance divisé par 2) ; et DSM et MF lésion difficile (score SMSA 4) en centre expert *versus* MF lésion plus simple (SMSA< 4) en centre de proximité.

Résultats : Les dispositifs d'une DSM émettent 14,26 eq kg CO2, contre 11,39 eq kg CO2 pour une MF. Le taux de R0 était de 93.8% en DSM *versus* 6.6% en MF ce qui conduit, selon les recommandations ESGE à 189 contrôles/3 ans dans le groupe DSM, *versus* 362 dans le groupe MF, soit 173 contrôles évités. La distance parcourue était en moyenne de 160 kilomètres aller-retour/patient/procédure dans les deux groupes, soit 32 eq kgCO2/procédure. Les 173 contrôles évités représentent donc 27680 km de voiture évités et 5536 eq kgCO2.

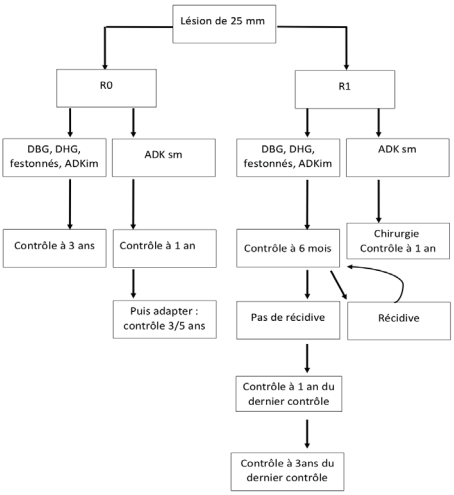
L'impact environnemental global des DSM dans l'étude avec les contrôles est de 14614 kgCO2 (dispositifs 2902 kgCO2 et transports 11712 kgCO2) contre 20205 kgCO2 pour les MF (dispositifs 2797 kgCO2 et transports 8704 kgCO2) réalisées en centre expert.

Si les MF étaient toutes réalisées en proximité, l'impact serait alors de 11501 eq CO2 (dispositifs 2797 et transports 8704) en considérant un taux de récidive équivalent de 5% (et non 20% comme publié hors des centres experts).

Si les lésions SMSA 4 (80% dans l'étude) étaient envoyées en centre expert (recommandation ESGE), la stratégie « MF simple en proximité » et « difficile en centre expert » conduirait à un impact de 18464 eq Kg CO2.

Les données anesthésiques et les données sur la consommation électrique sont en cours de calcul.

Recommandation de surveillance des lésions de > 25mm selon l'ESGE, après résection par mucosectomie fragmentée ou par dissection sous muqueuse



DBG : dysplasie bas grade, DHG : dysplasie haut grade, ADK im : adénocarcinome intra muqueuse, ADK sm : adénocarcinome sous muqueux (profond ou superficiel)

Nombre de contrôles prévisibles dans le suivi du groupe dissection sous muqueuse et dans le suivi du groupe mucosectomie fragmentée, selon les recommandations de l'ESGE

		Lésion initiale		Chirurgie	Contrôles M6	M12	M18	M24	M36	Total
DSM n = 177	R0	DBG	48						155	189
		DHG	59							
		Festonné	17							
		ADK im	31							
		ADK sms	4 (curatif)			4				
			1 (non curatif)		1		1			
		ADK smp	1 (curatif)			1				
			5 (non curatif)	5		5 opérés				
	R1	DBG	1							
		DHG	3		9 (dont 1 récidive)	1 (la récidive de M6)	8	1 (la récidive de M6)		
		Festonné	2							
		ADK im	3							
		ADK sms	1		1		1			
		ADK smp	1	1		1				
MF n =182	R0	DBG	1						11	362
		DHG	7							
		Festonné	2							
		ADK im	1							
		ADK sms								
		ADK smp	1 (non curatif)	1		1				
	R1	DBG	66							
		DHG	48		160 (dont 8 récidives)	8 (récidives de M6)	152	8 (récidives de M6)		
		Festonné	20	1						
		ADK im	29	2						
		ADK sms	1	1		11 opérés				
		ADK smp	6	6						

DSM : Dissection sous muqueuse, MF : mucosectomie fragmentée, DBG : dysplasie bas grade, DHG : dysplasie haut grade, ADK im : adénocarcinome intra muqueuse, ADK sm : adénocarcinome sous muqueux (profond ou superficiel)

Conclusion : Choisir une technique discrètement plus impactante sur le plan des dispositifs utilisés mais offrant un traitement curatif en une seule séance réduit finalement considérablement l'impact environnemental par la réduction des contrôles et des transports qui y sont associés.

Si la MF pouvait être réalisée en centre de proximité avec le même niveau de qualité, les choses seraient alors plus équilibrées mais, d'une part les recommandations européennes conseillent d'envoyer les lésions difficiles em centre expert (80% des lésions dans l'étude) et d'autre part les taux réduits de récidives de 5% n'ont été démontré qu'em centre expert avec destruction thermique des berges alors que des taux de 20 % sont rapportés sans cette technique. Au final, si un malade est référé en centre expert, alors la DSM doit être choisie tant pour ses résultats d'efficacité que pour son impact environnemental réduit. L'idéal serait de diffuser la DSM pour qu'elle soit proposée en proximité.

De plus devant les manques de salle d'endoscopie, la technique de dissection est adaptée au contexte.

C.135

Traitement endoscopique des lâchages anastomotiques post-chirurgie colorectale : la vacuum thérapie guidée par endoscopie est-elle la solution ?

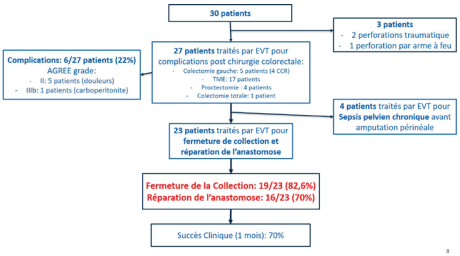
L. Monino [1], J.M. Gonzalez [2], R. Bachmann [1], D. Leonard [1], A. Kartheuser [1], S. Berdah [2], C. Remue [1], M. Gasmi [2], M. Barthet [2], T.G. Moreels [1]

(1) Bruxelles, BELGIQUE ; (2) Marseille.

Introduction : Le taux de lâchage anastomotique post chirurgie colorectale varie dans la littérature entre 4-15%. Cette complication est associée à une augmentation de morbidité et de la mortalité. Si elle n'est pas diagnostiqué, elle peut induire l'apparition d'un sepsis pelvien chronique. Lorsque ce lâchage anastomotique survient, la prise en charge est chirurgicale avec réalisation d'un drainage et nettoyage de la collection puis la réalisation d'une nouvelle anastomose complexe. En cas d'échec de cette chirurgie de sauvetage, l'amputation périnéale avec colostomie définitive est l'ultime solution. La vacuum thérapie guidée par endoscopie (EVT) est une technique novatrice basée sur l'application d'une pression négative au sein de la collection permettant son drainage et favorisant la granulation des tissus. Le but de l'étude était d'évaluer l'efficacité de l'EVT dans la fermeture des collections et la réparation de l'anastomose post chirurgie colo-rectal.

Patients et Méthodes : Etude rétrospective incluant deux centres tertiaires. Les patients opérés d'une chirurgie colorectale compliquée d'une déhiscence anastomotique compliquée d'une collection pelvienne traitée endoscopiquement entre septembre 2015 et Août 2022 ont été inclus. La procédure EVT était réalisée soit pour traitement d'un sepsis pelvien chronique avant amputation périnéale soit pour le traitement d'une collection anastomotique. La procédure était réalisée en décubitus dorsal sous guidance scopique et sous anesthésie générale avec masque laryngé. L'endoscope est inséré via la marge anale jusqu'à l'anastomose. L'endoscope est introduit dans la cavité pour réaliser un nettoyage et débridement. Un overtube était inséré dans la collection sous guidance endoscopique permettant le placement de l'éponge dans la collection. L'éponge était changé tous les 3 à 5 jours selon le même protocole. A chaque changement, l'éponge était réduite de taille pour guider la fermeture de la cavité. Lorsque la cavité mesure moins de 10 mm, l'éponge était positionnée dans la lumière colique pour permettre une fermeture du lâchage anastomotique. Le succès technique primaire était défini par le fermeture de la collection anastomotique. Le succès technique secondaire état défini par la réparation de l'anastomose digestive sans recours à une techique chirurgicale complémentaire. Le succès clinique était défini par la réalisation d'un examen d'imagerie à 1 mois confirmant l'absence de récidive de déhiscence anastomotique et absence de récidive de collection pelvienne. L'objectif primaire était l'évaluation du succès technique pour la fermeture de la collection et pour la réparation de l'anastomose. L'objectif secondaire était la sureté de la technique et le succès clinique à 1 mois.

Résultats : Au total 30 patients ont été traité par EVT durant la période d'étude. Parmi eux, trois patients ont été exclu, car traité par EVT pour une perforation colique ou rectale traumatique sans lien avec une chirurgie préalable. l'EVT a été réalisé pour le traitement d'un sepsis pelvien chronique avant amputation périnéale chez 4 patients (inclus dans l'analyse des complications). Au total 23 patients ont été inclus dans l'étude (30% de femmes, âge moyen 64,7 +/-8.6 ans) . En ce qui concerne le succès technique, la collection a pu être fermé avec succès chez 19/23 patients (82.6%). Parmi eux, l'anastomose digestive a été également fermé chez 16/23 patients (70%) sans technique chirurgicale complémentaire. Le nombre total de procédure était de 160. Le temps moyen par procédure était de 17 minutes. Il a fallu en moyenne 7 changements jusqu'à la fin du traitement. Le traitement a pu être effectué en ambulatoire chez 9 patients (40%). Le taux de complication pendant les procédures était de 22% (6/27). Il n'y a eu aucune mortalité rapporté à la procédure. Les complications étaient principalement de garde mineure (Grade II : 5 patients) à modérée (Grade IIIb 1 patient) selon la classification AGREE. En ce qui concerne le succès clinique, 16 patients (70%) n'avaient pas de récidive de déhiscence et de collection à un mois après l'arrêt du traitement.



Conclusion : EVT semble être efficace et sure pour le traitement des collections sur lâchages anastomotique colorectale. De plus elle permet également la fermeture du lâchage anastomotique sans reprise chirurgicale complémentaire dans plus de la moitié des cas. La réalisation des changements de matériel peut être fait en ambulatoire ce qui permettrai la réduction du coût de la prise en charge. Des études multicentrique prospective sont nécessaire pour confirmer son efficacité, son profil de suret et l'intégrer efficacement dans un algorithme de prise en charge des complications post chirurgie colo-rectale.

C.136

Prise en charge des lésions colorectales récidivantes ou résiduelles post-résection endoscopique : dissection sous-muqueuse endoscopique ou FTRD ?

C. Yzet [1], Y. Le Baleur [2], J. Jacques [3], P. Doumbe-Mandengue [2], M. Barret [2], E. Abou Ali [2], M. Schaefer [4], J.B. Chevaux [4], S. Leblanc [5], V. Lepilliez [5], J. Privat [6], T. Degand [7], T. Wallenhorst [8], J. Rivory [5], U. Chaput [2], A. Berger [9], K. Aziz [10], G. Rahmi [2], E. Coron [11], E. Kull [12], L. Caillo [13], G. Vanbiervliet [14], S. Koch , F. Subtil [5], M. Pioche [5]

(1) Amiens ; (2) Paris ; (3) Limoges ; (4) Nancy ; (5) Lyon ; (6) Vichy ; (7) Dijon ; (8) Rennes ; (9) Bordeaux ; (10) Saint-Brieuc ; (11) Genève, SUISSE ; (12) Metz ; (13) Nîmes ; (14) Nice.

Introduction : Les lésions colorectales résiduelles ou localement récidivantes (LRR) après résection endoscopique sont techniquement difficiles à traiter. Différentes méthodes de résection endoscopique sont possibles, telle la résection avec le système FTRD (Full-Thickness Resection Device) et la dissection sous-muqueuse (DSM). L'objectif de cette étude était de comparer l'efficacité et la sécurité de ces deux techniques pour le traitement des LRR colorectales.

Patients et Méthodes : A partir d'un registre prospectif français de DSM et de FTRD ont été inclus de manière consécutive tous les patients ayant bénéficiés d'une résection endoscopique colorectale d'une lésion récidivante ou résiduelle. Le critère de jugement principal était le taux de résection R0 défini comme une résection En Bloc avec des marges latérales et profondes indemnes de lésion.

Résultats : 275 patients (âge médian 70 ans, 161 hommes) ayant bénéficiés d'une résection pour LRR ont été inclus dans 19 centres. 177 ont eu une DSM et 98 un FTRD. La résection était R0 dans 83,3 % dans le groupe DSM et 77,6 % dans le groupe FTRD (p = 0,245). Les lésions traitées par DSM étaient plus grandes que celles réséquées par FTRD (p<0,001). Le taux de R0 dans le groupe DSM et FTRD pour les lésions de 20 à 30 mm et de 30 à 40 mm était respectivement de 83,9 % et 57,1 % (p=0,055) et de 93,6 % et 33,3 % (p=0,002). En analyse multivariée, la DSM et une plus grande taille de lésion étaient statistiquement associées à des taux de résection en bloc et R0 plus élevés. Le taux d'événements indésirables était plus élevé dans le groupe DSM (12,1 % contre 6,1 %) en raison principalement de perforations peropératoires. Un seul patient a bénéficié d'une chirurgie pour perforation retardée dans le groupe DSM.

Conclusion : La dissection sous muqueuse endoscopique semble être la meilleure option lorsqu'elle est disponible pour obtenir une résection R0 quelles que soient la taille et la localisation des lésions. Le FTRD est une alternative efficace et sûre lorsque les lésions sont inférieures à 20 mm.

C.137

Influence des inégalités socio-économiques sur la survie des patients atteints de cancers primitifs du foie à caractères hépatocytaire et biliaire : analyse à partir des données des registres des cancers français du réseau FRANCIM

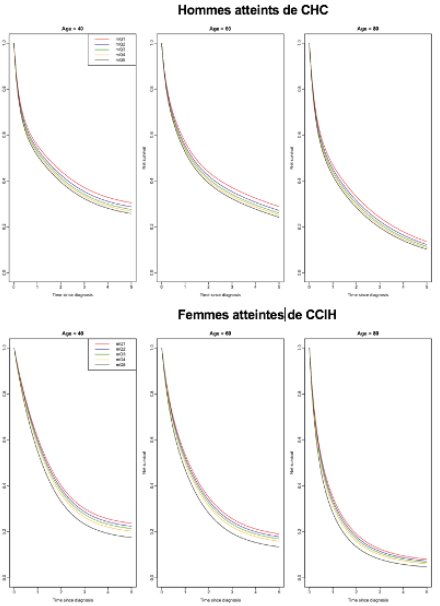
T.T.N. Nguyen [1], O. Dejardin [1], J.B. Nousbaum [2], A.M. Bouvier [3], F. Molinié [4], J. Gardy [1], G. Launoy [1], V. Bouvier [1], I. Ollivier-Hourmand [1]

(1) Caen ; (2) Brest ; (3) Dijon ; (4) Nantes.

Introduction : Le carcinome hépatocellulaire (CHC) et le cholangiocarcinome intrahépatique (CCIH) sont les deux sous-types histologiques les plus fréquents des cancers primitifs du foie. Ces deux entités sont enregistrées de façon distincte par le Réseau français des registres des cancers (FRANCIM). Il n'existe pas d'étude épidémiologique récente en population évaluant distinctement le pronostic de ces deux cancers ni l'influence des inégalités socio-économiques sur leur survie respective en France. Les objectifs de notre étude étaient d'estimer la survie nette des patients atteints de CHC et celle des patients atteints de CCIH, et d'évaluer l'impact des disparités socio-économiques sur leur pronostic.

Patients et Méthodes : Tous les patients codés, C22.0 (CHC) et C22.1 (CCIH) par le Réseau FRANCIM, sur la période de 2013 à 2015 avec un suivi du statut vital jusqu'en juin 2018 ont été inclus. L'environnement socio-économique a été évalué par un indice européen de défavorisation appelé European deprivation index (EDI). Des modèles paramétriques flexibles avec pénalisation multidimentionnelle ont été construits pour modéliser le taux de mortalité en excès et évaluer l'effet de l'EDI sur la survie nette.

Figure 1 : Survie nette selon le niveau de défavorisation pour chaque type de cancer et sexe pour lesquels l'EDI avait un effet significatif, estimée par les modèles choisis pour les âges de 40, 60 et 80 ans.



Résultats : Un total de 6528 patients a été inclus, dont 5271 patients atteints de CHC et 1257 patients atteints de CCIH. L'âge médian était de 69,7 ans chez les patients atteints de CHC et de 72,4 ans chez les patients atteints de CCIH. Le sexe masculin était prédominant dans les deux cancers (85 % pour le CHC et 60 % pour le CCIH). La survie nette était significativement plus élevée chez les patients atteints de CHC que chez ceux atteints de CCIH quel que soit le sexe et le moment du suivi (survie à 5 ans respectivement de 19,1%, 19,8%, 10,7% et 9,6% chez les hommes atteints de CHC, les femmes atteintes de CHC, les hommes atteints de CCIH et les femmes atteintes de CCIH,). La survie nette était significativement diminuée chez les hommes atteints de CHC et chez les femmes atteintes de CCIH vivant dans un environnement plus défavorisé par rapport à ceux vivant dans un environnement moins défavorisé. Le risque de surmortalité était plus élevé de 14% chez les hommes atteints de CHC (HR=1,14, IC95% 1,139-1,142) et de 20% chez les femmes atteintes de CCIH (HR=1,029, IC95% 1,207-1,212) vivant dans les zones les plus défavorisées par rapport aux moins défavorisées. Il n'y avait pas de lien significatif entre EDI et la survie nette des femmes atteintes de CHC ni celle des hommes atteints de CCIH.

Conclusion : En conclusion, notre étude montre une mortalité plus élevée chez les patients atteints de CCIH que chez ceux atteints de CHC et une influence des inégalités socioéconomiques en fonction du sexe et du sous type de cancer primitif du foie. Ce résultat renforce la nécessité d'actions ciblées en particulier chez les hommes à risque de CHC vivants en milieux défavorisés.

C.138

L'indice de fragilité dans les essais randomisés contrôlés de phase 2/3 dans le traitement du carcinome hépatocellulaire

S. Sidali [1], N. Sritharan [1], C. Campani [1], J. Gregory [1], F. Durand [1], N. Ganne-Carrié [2], M. Ronot [1], V. Lévy [1], J.C. Nault [2]

(1) Paris ; (2) Bobigny.

Introduction : L'indice de fragilité pour les données de survie est défini comme le nombre minimum de patients qualifiés comme meilleur survivant à réassigner du bras expérimental vers le bras contrôle dans un essai randomisé contrôlé positif entrainant la perte de significativité de l'essai. L'indice de fragilité permet d'évaluer la qualité de ce type d'essai : plus il est bas moins l'essai est considéré comme robuste. L'objectif de notre travail est d'évaluer l'indice de fragilité des essais randomisés positifs dans le cadre du traitement du carcinome hépatocellulaire.

Matériels et Méthodes : Nous avons effectué une analyse systématique de la littérature des essais randomisés contrôlés de phase 2 et 3 dans le traitement du carcinome hépatocellulaire entre 2002 et 2022. Nous avons inclus les essais à deux bras randomisés un pour un avec des résultats positifs pour le critère de jugement principal (données de temps jusqu'à l'événement). Les données individuelles liées aux critères de jugement principal ont été extraites des courbes de Kaplan-Meier et des nombres de sujets à risque en utilisant un logiciel dédié (Digitizer software application). Afin d'effectuer le calcul de l'indice de fragilité, nous avons attribué de manière itérative le meilleur survivant (ayant le plus long suivi sans prendre en compte la survenue d'un évènement ou la censure) du groupe expérimental vers le groupe contrôle jusqu'à perdre la significativité pour le critère de jugement principal. La significativité était définie par une p-value < 0,05 en utilisant un test du Log-rank. Afin d'évaluer l'association entre les caractéristiques des essais randomisés et l'indice de fragilité, un test de corrélation de Spearman, Wilcoxon-Mann-Whitney et Kruskall-Wallis a été utilisé pour les données continues, à deux modalités, et plus de deux modalités, respectivement. Nous avons également réalisé un calcul du quotient de fragilité, qui correspond à l'indice de fragilité divisé par la taille d'échantillon.

Résultats : Nous avons identifié 51 essais randomisés contrôlés de phase 2 et 3 entre 2002 et 2022 positifs pour le critère de jugement principal dont 29 (57%) étaient éligibles pour le calcul de l'indice de fragilité. Les causes d'exclusion pour ce calcul étaient les suivantes : 9 essais avec randomisation 2 pour 1, 8 essais sans nombre de sujets à risque reportés et 5 essais sans courbes de Kaplan-Meier disponibles. Après reconstruction des courbes de Kaplan-Meier, 25 études sur 29 avaient un critère de jugement toujours positif tandis que 4 études avaient une p-value > 0,05. Ces 4 études utilisaient une autre méthode statistique que le test du Log-rank soulignant très probablement leur manque de robustesse du fait de la sensibilité des résultats au test statistique utilisé. Au total, 25 essais randomisés contrôlés de phase 2/3 ont été utilisés pour le calcul de l'indice de fragilité. L'indice de fragilité médian était de 5 patients (écart interquartile = 2-10) signifiant que 5 patients devaient être transférés du bras expérimental vers le bras contrôle pour perdre la significativité de l'essai. Le quotient de fragilité était de 3 % (écart interquartile = 1 %-6 %) signifiant que 3 % des patients devaient être transférés du bras expérimental vers le bras contrôle pour perdre la significativité. Dix essais randomisés (40 %) avaient un indice de fragilité de 2 ou moins. L'indice de fragilité était plus élevé dans le groupe ayant une évaluation en aveugle du critère de jugement principal (indice de fragilité médian de 9 dans le groupe aveugle *versus* 2 dans le groupe ouvert, p = 0,01), et positivement corrélé au nombre d'évènements dans le bras contrôle (RS = 0,45, p = 0,02) et à l'impact factor du journal (RS = 0,58, p = 0,003).

Conclusion : Un pourcentage non négligeable des essais randomisés de phase 2 et 3 dans le traitement du carcinome hépatocellulaire ont un indice de fragilité bas, suggérant la dépendance de la positivité statistique de ces essais à un faible nombre d'évènement dans le bras expérimental. L'indice de fragilité est un outil intéressant pour évaluer la robustesse des essais randomisés du carcinome hépatocellulaire.

C.139

Disparités socio-économiques et incidence du cancer primitif du foie entre 2006 et 2016 : analyse par sous-types

B. Comoz [1], J. Bryere [1], A.M. Bouvier [2], J.B. Nousbaum [3], G. Launoy [1], V. Bouvier [1], I. Ollivier-Hourmand [1]

(1) Caen ; (2) Dijon ; (3) Brest.

Introduction : Le carcinome hépatocellulaire (CHC) et le cholangiocarcinome intrahépatique (CCIH) sont les deux principaux sous-types histologiques du cancer primitif du foie (CPF). Malgré des facteurs de risque différents, ces deux sous-types de cancer sont associés dans la plupart des études épidémiologiques, car identifiés sous le code commun C22 selon la classification ICDO-3. Cette étude avait pour objectif d'évaluer l'évolution de l'incidence du CHC et celle du CCIH sur une période de 11 ans, et de mesurer l'impact des disparités socio-économiques sur l'incidence de ces 2 sous-types de CPF.

Matériels et Méthodes : Les données proviennent du réseau français des registres du cancer FRANCIM qui couvre 20% du territoire français. Les CHC ont été définis par le code topographique C22.0 et les codes morphologiques 8000, 8001 et 8170-8175. Les CCIH ont été définis par le code topographique C22.1 et les codes morphologiques 8000, 8001, 8050, 8140-8141, 8160-8161, 8260, 8440, 8480-8500 et 8570-8572. L'adresse de chaque patient a été géolocalisée et attribuée à un IRIS, la plus petite unité géographique de France. L'environnement socio-économique a été évalué par un indice européen de défavorisation appelé European deprivation index (EDI). L'EDI basé sur le recensement national de 2011 a été utilisé pour chaque IRIS. Les taux d'incidence avec des intervalles de confiance (IC) de 95% ont été estimés comme le nombre de cas de cancers nouvellement diagnostiqués pour 100 000 habitants. Ils ont été donnés pour chaque IRIS, sexe et groupe d'âge en utilisant un incrément de 15 ans : 15-29, 30-44, 45-59, 60-74, 75 et plus. Des taux d'incidence par quintiles nationaux ont été calculés, le quintile 1 (Q1) caractérise les zones les plus favorisées et le quintile 5 (Q5) caractérise les zones les plus défavorisées. Une régression de Poisson par sous-types a été réalisée pour modéliser l'impact de la défavorisation sur l'incidence du CHC et du CCIH de manière distincte en utilisant la valeur continue de l'EDI.

Résultats : La population étudiée était constituée de 22 249 cas de CPF : 17 732 pour les hommes et 4 517 pour les femmes, entre 2006 et 2016.
Le CHC représentait 79,64 % des cas de CPF. Le ratio hommes/femmes était de 5,6. L'âge moyen au diagnostic était de 69 ans.
Le CCIH représentait 16.97% des cas de CPF. Le ratio hommes/femmes était de 1.44. L'âge moyen au diagnostic était de 71 ans.
Les taux d'incidence bruts et standardisés ont augmenté à la fois pour les CHC et les CCIH entre 2006 et 2016. Le taux d'incidence global standardisé sur l'âge et le sexe était de 11.46 pour 100 000 personnes-années pour le CHC et de 2.39 pour 100 000 personnes-années pour le CCIH (tableau 1).

Tableau 1. Taux d'incidence standardisés sur le sexe et l'âge de 2006 à 2016 pour le CPF, le CHC et le CCIH :

	CPF[1]	IC [95%]	p	CHC[1]	IC [95%]	p	CCIH[1]	IC [95%]	p
Global	14.33	[14.14-14.53]	<.0001	11.46	[11.28-11.64]	<.0001	2.39	[2.31-2.47]	<.0001
Sexe [2]									
Hommes	23.7	[23.34-24.08]		20.16	[19.82-20.50]		2.89	[2.77-3.02]	
Femmes	5.50	[5.24-5.79]	<.0001	3.27	[3.14-3.40]	<.0001	1.92	[1.71-2.15]	<.0001
Distribution par quintile[3]									
1	12.93	[12.51-13.36]		10.28	[9.90-10.66]		2.25	[2.08-2.43]	
2	14.30	[13.23-15.45]	<.0001	11.43	[10.48-12.47]	<.0001	2.37	[1.96-2.85]	0.3614
3	14.85	[13.74-16.06]	<.0001	11.81	[10.82-12.89]	<.0001	2.44	[2.02-2.95]	0.1422
4	15.27	[14.13-16.49]	<.0001	12.26	[11.25-13.37]	<.0001	2.50	[2.07-3.00]	0.0600
5	14.34	[13.27-15.49]	<.0001	11.53	[10.57-12.57]	<.0001	2.40	[1.99-2.89]	0.2506
Groupes d'âge (ans)[3]									
< 15	0.18	[0.14-0.25]		0.02	[0.006-0.04]		0	/	
15-29	0.16	[0.08-0.32]	0.4775	0.1	[0.01-0.8]	0.0004	0.03	[0.01-0.06]	<.0001
30-44	0.91	[0.5-1.66]	<.0001	0.6	[0.08-4.36]	<.0001	0.23	[0.17-0.31]	<.0001
45-59	12.06	[6.79-21.41]	<.0001	9.88	[1.39-70.24]	<.0001	1.76	[1.51-2.06]	<.0001
60-74	45.73	[25.79-81.06]	<.0001	37.68	[5.31-267.58]	<.0001	6.70	[5.90-7.61]	<.0001
> 75	51.81	[29.22-91.87]	<.0001	39.72	[5.59-282]	<.0001	10.49	[9.96-11.06]	<.0001

1 - Test du χ2 comparant les hommes et les femmes. Les hommes étant la catégorie de référence.
2 - Test du χ2 comparant la distribution des quintiles. Le quintile 1 étant la catégorie de référence.
3 - Test du χ2 comparant les groupes d'âge. Les sujets les plus jeunes ont été pris comme catégorie de référence.
4 - Taux pour 100 000 personnes-années de cancer primitif du foie.
5 - Taux pour 100 000 personnes-années de carcinome hépatocellulaire.
6 - Taux de cholangiocarcinome intrahépatique pour 100 000 personnes-années.

Grâce à la loi de Poisson et à l'analyse du coefficient β1 avec ajustement sur l'âge, nous avons mis en évidence une association significative entre un environnement défavorisé et le risque de CHC (coefficients β1 positifs et significatifs), aussi bien pour les hommes que pour les femmes. En revanche, il n'existait pas d'association significative entre l'environnement et le risque de CCIH (tableau 2).

Tableau 2. Inégalités socioéconomiques dans l'incidence du cancer du foie entre 2006 et 2016 par sous-types.

	Coefficient EDI estimé, β1	IC [95 %]	p	Exp (b1)
CPF				
Total	0.0112	[0.0079-0.0144]	<.0001	1.01
Hommes	0.0053	[0.0016-0.0090]	0.0054	1.01
Femme	0.0133	[0.0062-0.0204]	0.0002	1.01
CHC				
Total	0.0121	[0.0085-0.0157]	<.0001	1.01
Hommes	0.0064	[0.0024-0.0104]	0.0018	1.01
Femme	0.0150	[0,0062- 0,0239]	0.0009	1.02
CCIH				
Total	0.0015	[-0.0072-0.0102]	0.7407	
Hommes	0.0054	[-0.0067-0.0175]	0.3823	
Femme	-0.0031	[-0.0161-0.0099]	0.6392	

Si le coefficient β1 est significativement différent de la valeur 0 et positif, il y a une augmentation du risque de cancer pour les zones les plus défavorisées. Si β1 est significatif et négatif, le risque de cancer est plus élevé pour les zones défavorisées.

Conclusion : Notre étude montre que l'incidence du CHC et du CCIH a augmenté entre 2006 et 2016. L'incidence du CHC était plus importante dans les zones les plus défavorisées, alors que l'environnement socioéconomique n'influençait pas le risque de CCIH. Ce résultat renforce la nécessité d'étudier séparément, et d'adapter les mesures de santé publique à chaque sous type de cancer primitif du foie.

Remerciements, financements, autres :

Mots clés : Épidémiologie, registres du cancer, inégalités socio-économiques, indice de défavorisation, carcinome hépatocellulaire, cholangiocarcinome intrahépatique

C.140

Evaluation de la réponse radiologique et impact sur la survie globale chez les patients avec carcinome hépatocellulaire traités par atézolizumab-bévacizumab

C. Campani [(1)], A. Vallot [(1)], H. Ghannouchi [(1)], M. Allaire [(1)], M. Evain [(1)], P. Sultanik [(1)], S. Sidali [(1)], L. Blaise [(2)], D. Thabut [(1)], N. Ganne-Carrié [(2)], M. Wagner [(1)], O. Sutter [(3)], J.C. Nault [(2)]

(1) Paris ; (2) Bondy ; (3) Bobigny.

Introduction : La combinaison atezolizumab-bevacizumab (A-B) est le traitement de référence de première ligne du carcinome hépatocellulaire (CHC) avancé. Les critères classiquement validés pour définir la réponse au traitement systémique en oncologie sont les critères d'évaluation de la réponse dans les tumeurs solides version 1.1 (RECIST 1.1). Cependant, les critères mRECIST, prenant en compte l'hyper-artérialisation tumorale, ont aussi été proposés dans l'évaluation radiologique des patients traites pour CHC. L'objectif de notre étude est donc d'évaluer la réponse radiologique au traitement par A-B en utilisant les critères RECIST 1.1 et mRECIST, de définir les variables prédictives de réponse et de progression pour chacun des critères, et s'il existe des différences entre ces deux critères en termes de prédiction de la survie globale (SG).

Matériels et Méthodes : Les patients atteints d'un CHC diagnostiqué selon les critères EASL et traités par A-B ont été inclus rétrospectivement dans deux centres tertiaires entre juillet 2020 et octobre 2022. La réponse au traitement selon les critères RECIST1.1 et mRECIST a été évaluée à 12 semaines après le début du traitement par imagerie hépatique injectée (scanner ou IRM) relue par deux radiologues dans chaque centre. La régression logistique a été utilisée pour évaluer les variables prédictives de réponse et de progression radiologique. L'association entre les variables au début du traitement par A-B, la réponse radiologique selon RECIST et mRECIST et la SG ont été modélisées en analyse univariée puis multivariée selon le modèle de Cox. Les différences de survie entre les différentes catégories de réponse radiologiques ont été évaluées grâce aux courbes de Kaplan-Meier et le test du log-rank.

Résultats : Au total, 114 patients ont été inclus incluant 78% d'hommes avec un âge médian de 65 ans, et ayant une hépatopathies virale B (21,9%), virale C (39,5%), liée à une consommation excessive d'alcool (36%) et/ou à une NAFLD (27,2%). Une cirrhose était présente chez 72,8% des patients dont 80,7% de Child-Pugh A; 69,3% des patients étaient classés BCLC C. La SG médiane de la population était de 12,4 mois (IC95% 9,12-15,68). Lors de la première évaluation en imagerie, selon RECIST 1.1 et mRECIST, respectivement, 11,4 (13/114) et 21,9 (25/114) avaient une réponse : 43% (49/114) et 35,1% (40/114) une maladie stable et 45,6% (52/114) et 43% (49/114) une progression. L'invasion vasculaire était la seule variable associée de manière significative à la réponse radiologique (HR=3.73, CI95% =1.07-12.95, p=0,038) en RECIST 1.1 tandis que la présence de métastases (HR=3.18, CI95%=1.27-7.96, p=0,013) et l'AFP pré-thérapeutique ≥400 ng/mL (HR=3.38, CI95%=1.30-8.77, p=0,012) étaient indépendamment associées à un risque plus élevé de progression radiologique en RECIST 1.1 en analyse multivariée.
Aucun facteur prédictif significatif de réponse n'a été identifié en utilisant les critères mRECIST, tandis que les facteurs prédictifs de progression radiologique étaient la présence de métastases extra-hépatiques (p=0,008) et l'AFP≥400 ng/mL (p=0,017) en analyse multivariée. L'étiologie de l'hépatopathie sous-jacente n'était pas associée à la réponse ou la progression radiologique avec les deux critères. La survie globale était prolongée chez les patients ayant une réponse radiologique en RECIST1.1 (HR 0,78 IC95% 0,01-0,57, p=0,01) et en mRECIST (HR 0,27 IC95% 0,11-0,67, p=0,005). A l'inverse, la survie globale était plus courte chez les patients progresseurs en RECIST 1.1 1 (HR 3,59 IC95% 2,04-6,31, p<0,001) et mRECIST (HR 3,24 IC95% 1,87-5,62, p<0,001) par rapport aux autres patients. Les patients classés répondeurs, quel que soit le critère utilisé, n'avaient pas atteint la médiane de survie (100% de survie à 12 mois), qui était de 15,87 mois avec les 2 critères (61% et 63% de survie à 12 mois avec RECIST.1 et mRECIST) pour les patients classés comme stables et de 7,97 et 9,07 mois (33% de survie à 12 mois pour les deux critères), pour les patients classés comme progresseurs avec RECIST 1.1 et mRECIST respectivement (p value<0,001)

Conclusion : Les critères RECIST 1.1 et mRECIST prédisent globalement de manière similaire la SG chez les patients avec CHC traités par atezolizumab/bevacizumab avec plus de patients identifiés comme répondeurs avec les critères mRECIST. La présence de métastases extra-hépatiques et une AFP sérique pré-thérapeutique ≥ 400 ng/mL étaient associées à un risque plus élevé de progression radiologique

C.141

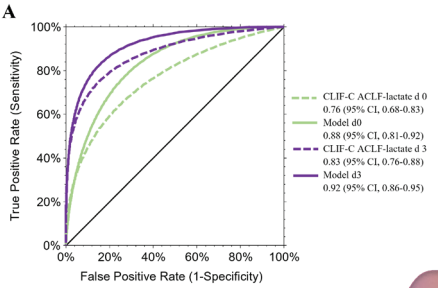
Composition corporelle et mortalité à court terme chez les patients cirrhotiques en soins critiques avec syndrome d'Acute-on-Chronic Liver Failure (ACLF)

T. Mangana Del Rio [1], F. Becce [1], J. Vionnet [1], A. Denys [1], A. Schneider [1], M. Fraga [1], A. Wetzel [1], J.D. Chiche [1], D. Moradpour [1], F. Artru [2]
(1) Lausanne, SUISSE ; (2) Londres.

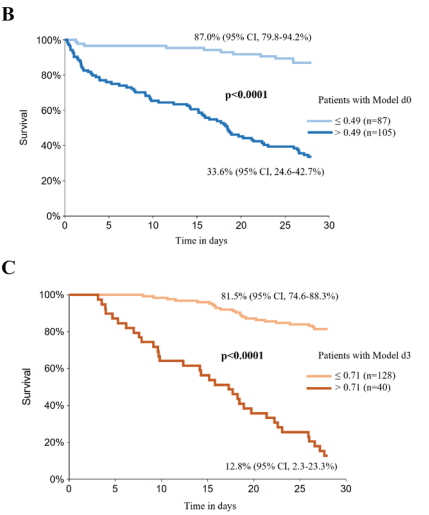
Introduction : La composition corporelle, évaluée par scanner abdomino-pelvien, est modifiée dans les maladies hépatiques chronique et est dépendante du genre du patient. Certains de ses paramètres tels que la sarcopénie (évaluée par le lumbar-3 skeletal muscle index (L3SMI)) et la qualité de la graisse sous-cutanée (évaluée par le subcutaneous adipose tissue radiation attenuation - SAT-RA)) ont été associés à une augmentation de la mortalité avant et après transplantation hépatique. En l'absence de données disponibles, nous avons voulu évaluer si la composition corporelle était associée à la mortalité à court terme chez les patients cirrhotiques en soins critiques avec syndrome d'Acute-on-Chronic Liver failure (ACLF).

Patients et Méthodes : Nous avons rétrospectivement inclu tous les patients cirrhotiques hospitalisés dans le service de réanimation de notre centre tertiaire entre janvier 2010 et décembre 2019 dans un contexte d'ACLF et pour lesquels un scanner abdominal permettant d'évaluer la composition corporelle était disponible à ±7 jours de l'admission en réanimation. Les paramètres de composition corporelle étaient recueillis de manière automatisée par une intelligence artificelle (IA) reposant sur la méthode deep-learning et développées dans notre institution. Les données l'IA étaient ensuite vérifiées par un médecin non spécialiste (TMDR) et un radiologue (FB). La sarcopénie évaluée par le L3SMI était définie par les seuils usuels de 50 cm2/m2 chez les hommes et 39 cm2/m2 chez les femmes.

Résultats : 192 patients ont été inclus rétrospectivement dont 141 (73,5%) hommes et 51 (26,5%) femmes. A l'admission (J0), l'âge médian était de 62 ans, le score MELD médian de 22, le score CLIF-C ACLF-lactate de 71,5 et la mortalité à 28 jours (J28) était de 58.2%. Dans la cohorte entière et chez les hommes, les variables indépendemment associées à la mortalité à J28 en analyses multivariées par régression logistique à J0 et J3 était le CLIF-C ACLF lactate et la présence d'une sarcopénie. Chez les femmes, parmi les paramètres de composition corporelle seul le SAT-RA était associé à la mortalité à J28 alors que le CLIF-C ACLF lactate à J0 et J3 était le seul facteur indépendemment associé en analyse multivariée. Nous avons dérivé deux modèles - un à J0 et l'autre à J3 - combinant le CLIF-C ACLF lactate à la sarcopénie permettant d'améliorer la prédiction de survie à J28 dans la cohorte entière (Figure 1) et chez les hommes, mais pas chez les femmes, en comparaison aux score CLIF-C ACLF lactate seuls à J0 et J3. Les seuils de 0.49 du modèle à J0 et 0.71 du modèle à J3 permettaient de distinguer deux populations à faible et haut risque de décès à J28 (Figure 1). A J0, les patients sarcopéniques n'étaient pas différents en termes de sévérité des défaillances d'organe, des évènements précipitants d'ACLF ou du site d'infection en comparaison aux patients non sarcopéniques. Lors de leur séjours en réanimation, les patients sarcopéniques présentaient plus rapidement une aggravation des défaillances d'organes, requeraient plus souvent une épuration extra-rénale et présentaient plus d'infection fongiques.



Score 1	Score 2	p value
CLIF-C ACLF-lactate d 0	CLIF-C ACLF-lactate d 3	0.0004
CLIF-C ACLF-lactate d 0	Model d0	0.004
Model d0	Model d3	0.0006
CLIF-C ACLF-lactate d 3	Model d3	0.006



Mangana del Rio *et al.*

Discussion : Cette étude permet d'identifier que la sarcopénie dans la population des patients cirrhotiques en réanimation avec ACLF, et en particulier chez les hommes, est un paramètre important à évaluer car associé à la mortalité à court terme indépendemment du nombre et de la sévérité des défaillances d'organe. La sarcopénie est liée à une dénutrition protéino-energétique fréquemment observée dans ce contexte. Ainsi, de nouvelles études évaluant l'impact d'un support nutritionnel chez ces patients et ceux à risque de développer un épisode d'ACLF à court terme serait intéressant. Chez les femmes, une étude ayant pour but de confirmer l'association du SAT-RA et son impact en pratique clinque serait intéressante à mener.

Conclusion : Chez les patients cirrhotiques hospitalisés en réanimation en contexte d'ACLF, dans la cohorte entière et plus particulièrement que chez les hommes, la sarcopénie évaluée par le L3SMI était le seul paramètre de composition corporelle associée à la mortalité à J28. La combinaison du CLIF-C ACLF score et de la sarcopénie permet d'améliorer la prédiction pronostique à court terme chez ces patients. La sarcopénie devrait donc être évaluée dans cette population et de nouvelles études évaluant une prise en charge nutritionnelle aggressive lors d'un épisode d'ACLF ou chez les patients les plus à risque de développer un ACLF devrait être envisagée. Chez les femmes, aucun des critères de composition corporelle n'est associée à la mortalité à court terme et de nouvelles études devraient être dédiée à l'évaluation du SAT-RA dans cette population. Le mauvais pronostic des patients sarcopéniques est particulièrement en lien avec une aggravation plus importante des défaillances d'organes, un recours plus important à l'épuration extra-rénale et la survenue de plus d'infection fongique.

C.142

Pronostic actuel de la rupture de varice gastrique en France : résultats sur une cohorte prospective multicentrique de 87 patients cirrhotiques

J.P. Cervoni [1], D. Weil [1], M. Rudler [2], A. Louvet [3], L. d'Alteroche [4], S. Faure [5], M. Latournerie [6], N. Carbonell [2], C. Jézéquel [7], C. Billioud [8], F. Saliba [9], C. Bouzbib [2], F. Tanne [10], I. Ollivier-Hourmand [11], J.B. Hiriart [12], F. Chermak [13], S.C. Sacleux [9], L. Elkrief [4], A. Rode [8], T. Gerster [14], I. Archambeaud [15], E. Nguyen-Khac [16], L. Legros [7], A. Lannes [17], M.A. Robic [18], P. Borentain [19], M. Desmarets [1], D. Thabut [2], F. Oberti [17], C. Bureau [18]

(1) Besançon ; (2) Paris ; (3) Lille ; (4) Tours ;
(5) Montpellier ; (6) Dijon ; (7) Rennes ; (8) Lyon ;
(9) Villejuif ; (10) Brest ; (11) Caen ; (12) Pessac ;
(13) Bordeaux ; (14) Grenoble ; (15) Nantes ;
(16) Amiens ; (17) Angers ; (18) Toulouse ; (19) Marseille.

Introduction : La rupture de varice gastrique (RVG) représente 10% des hémorragies liées à une hypertension portale. Son pronostic est réputé plus sévère que celui de la rupture de varice œsophagiennes (VO) avec jusqu'à 43% de mortalité à 1 an (1). L'objectif de cette analyse était d'évaluer le pronostic de la RVG à l'ère du TIPS.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une analyse d'un essai randomisé en cours qui a pour objectif d'évaluer la place du TIPS préemptif dans la RVG. Les patients cirrhotiques consécutifs admis dans 18 CHU entre 2019 et 2022 pour une RVG étaient randomisés au décours d'un encollage initial pour recevoir ou non un TIPS préemptif. Les principaux critères de jugement étaient : 1) la survie sans récidive hémorragique à 1 an (objectif principal), 2) les facteurs associés à cet évènement 3) la survie à J42 et 1 an. Les analyses ont été réalisées à l'aide de modèles de Cox univarié et multivarié.

Résultats : 87 patients cirrhotiques (84% alcoolique, 80% H,59 ans, 81% Child B/C, MELD 14, 5% CHC) étaient suivis jusqu'à 1 an après la RVG. Les GOV2 étaient les plus fréquentes (55%) suivies par les IGV1(52%), et les IGV2 (1%) ; des VO associées dans 51% des cas avec et des ligatures associées à l'encollage chez 19% des patients. Une complication de l'encollage initial était observée dans 17% des procédures (9% saignement per procédure, 7% migration de colle).41 patients ont reçu un TIPS dans les 72h suivant l'encollage initial. La survie globale et la survie sans récidive hémorragique de l'ensemble de la cohorte étaient respectivement de 94% et 86% à J42 et de 84% et 65% à 1 an. En analyse univariée, l'évènement décès ou récidive hémorragique à 1 an était associé : aux scores à l'admission de Maddrey (HR=1,04 ; IC95% : 1,00-1,07, p=0.005) et de MELD (HR=1,12 ; IC95% : 1,03-1,23, p=0,01), à un saignement lors de l'encollage initial (HR=4,05 ; IC95% : 1,63-10,1, p=0.003). En analyse multivariée seul le score de MELD était à l'évènement décès ou récidive hémorragique à 1 an (HR=1,12 ; IC95% : 1,03-1,23, p=0,01).

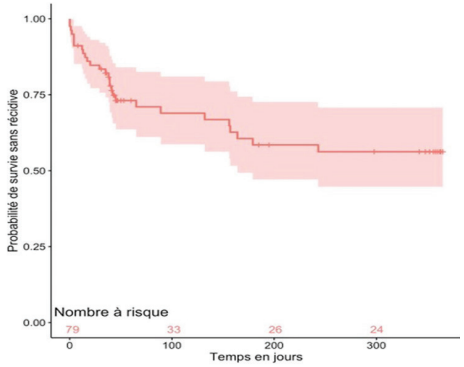


Figure : Survie sans récidive hémorragique à 1 an

Conclusion : Le pronostic de la rupture de varice gastrique prise en charge dans des centres experts en France en 2022 semble meilleur que celui qui est rapporté dans la littérature. L'analyse finale devrait permettre de préciser le rôle du TIPS préemptif dans ces résultats.

Remerciements, financements, autres :
Financement au PHRC 2017
Remerciements à tous les collaborateurs du groupe GAVAPROSEC

C.143

La dysfonction sexuelle dans la cirrhose : étude prospective multicentrique

M. Edima [1], M.N. Gueye [1], C. Tefoung [2], L. Kabbage [2], D. Sow [1], D. Dia [1], M. Mbengue [1]
(1) Dakar, SÉNÉGAL ; (2) Saint-Quentin.

Introduction : De toutes les manifestations de la cirrhose, la dysfonction sexuelle (DS), principalement du fait de son caractère tabou, est la moins recherchée par l'hépatologue, et la moins rapportée spontanément par les patients. Prendre en compte cette affection est une nécessité pour améliorer la qualité de vie des patients.

Patients et Méthodes : Nous avons réalisé une étude prospective descriptive et analytique sur 14 mois de mars 2020 à avril 2021, auprès de patients suivis pour une cirrhose.
Le recrutement était multicentrique. Nous avons inclus tous les patients cirrhotiques ayant donné leur accord pour participer à l'étude. Le diagnostic de cirrhose a été retenu devant un faisceau d'arguments cliniques, biologiques, radiologiques, endoscopiques et histologiques.
La classification utilisée est celle de l'ASEX simplifiée. Chaque élément de la classification était noté de 1 à 3. La Dysfonction sexuelle était définie par un total ≥7, ou un score de 3 sur n'importe quel item, ou 2 sur au moins 3 items.
Les données ont été saisies avec le logiciel Sphinx version 5.1.0.2 et analysées avec le logiciel SPSS (Statistical package for Sciences Socials) version 18. La comparaison des fréquences a été faite grâce au test du Khi-deux de Pearson ou le test exact bilatéral de Fisher selon leurs conditions d'applicabilité avec un seuil de significativité de 0,05.

Résultats : Nous avons interrogé durant notre période d'étude 50 patients ayant une cirrhose. Une dysfonction sexuelle était objectivée chez 34 patients soit 68 % de notre effectif.
L'âge moyen était de 52 ans avec des extrêmes de 23 et 73 ans. Un âge inférieur à 50 ans était retrouvé chez 40 % des patients.
Chez les patients présentant une dysfonction sexuelle, la moyenne d'âge était de 53 ans avec des extrêmes de 35 et 73 ans. Parmi ces derniers, 32,4 % avaient un âge inférieur à 50 ans. La population était composée de 35 hommes et 15 femmes, soit un sex-ratio de 2,33. Une dysfonction sexuelle était retrouvée chez 24 hommes (84 %).
Un tabagisme actif était présent chez 18 patients. Chez 94,4 % d'entre eux, une DS était présente (p = 0,003). Une consommation abusive d'alcool était présente chez 21 patients. On retrouvait une DS chez 95,2 % d'entre eux (p = 0,0001).
La cirrhose était le plus souvent associée au diabète (13 cas), au syndrome métabolique (11 cas) et à l'hypertension artérielle (10 cas). En analyse multivariée, seul le diabète était significativement associé à la DS (p = 0,027).
Les étiologies de la cirrhose les plus souvent retrouvées étaient l'alcool (25 cas), le VHB (15 cas), et la NASH (10 cas). Une DS était retrouvée chez 84 % des patients ayant une cirrhose alcoolique, chez 80 % des patients ayant une cirrhose post NASH et chez 40 % des patients ayant une cirrhose post VHB.
En analyse multivariée, il y avait un lien significatif entre l'alcool et la DS (p = 0,015), ainsi que entre le VHB et la DS (p = 0,002).
Vingt-neuf patients avaient une cirrhose classée CHILD A (58 % des cas), et 18 patients (36 % des cas) avaient une cirrhose classée CHILD B. Tous les patients ayant une cirrhose classée CHILD C avaient une DS. La DS était significativement liée à la sévérité du score de CHILD PUGH (p = 0,002).
Vingt-neuf patients avaient une cirrhose classée CHILD A (58 % des cas), et 18 patients (36 % des cas) avaient une cirrhose classée CHILD B. Tous les patients ayant une cirrhose classée CHILD C avaient une DS.
La DS était significativement liée à la sévérité du score de CHILD PUGH (p = 0,002)

Conclusion : Ainsi, notre étude montre qu'environ trois quarts des patients cirrhotiques présentent une dysfonction sexuelle. L'étiologie alcoolique et la sévérité de la cirrhose semblent être les facteurs associés à la dysfonction sexuelle chez le cirrhotique.

JFHOD 2023

DIMANCHE

19 MARS

C.144

Bévacizumab et atézolizumab dans le traitement du carcinome hépatocellulaire avancé : étude rétrospective multicentrique sur les facteurs associés à la survie sans progression des patients

C. Lauron [1], E. Dussossoy [1], M. Bouattour [2], P. Merle [1], J. Oddone [1], V. Leclerc [2]
(1) Lyon ; (2) Clichy-la-Garenne.

Introduction : Suite aux résultats de l'étude IMbrave 150 (1), l'association atézolizumab-bévacizumab (AT+BV) est indiquée en 1ère ligne chez les patients atteints d'un carcinome hépatocellulaire (CHC) avancé, Child-Pugh A et présentant un statut de performance ECOG de 0 ou 1. Son utilisation en conditions de vie réelle a encore peu été explorée. L'objectif de ce travail est d'étudier les facteurs associés à la survie sans progression (SSP) des patients CHC traités par atézolizumab-bévacizumab dans le CHC sur les données de vie réelle.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude observationnelle rétrospective bicentrique dans 2 centres spécialisés dans la prise en charge du CHC, entre le 30/06/2020 et le 31/05/2022. Les données clinicopathologiques, la dose intensité relative de bévacizumab (DIRb) et la prise d'IPP, corticoïdes ≥ 10mg d'équivalent prednisone et d'antibiotiques dans le mois précédent l'initiation d'AT+BV et pendant le traitement ont été recueillies. Les résultats sont exprimés sous forme de pourcentages pour les variables qualitatives et de moyennes +/- écart types ou médianes pour les variables quantitatives. L'analyse de survie a été réalisée par modèles de Cox univariés puis multivarié, méthode de Kaplan-Meier et tests du log rank (logiciel R Studio® version 4.2.1).

Résultats : Au total, 187 patients (ncentre1=126 ; ncentre2=61) ont été inclus. Les patients étaient majoritairement traités en 1ère ligne (84%), recevaient une DIRb ≥ à 80% (81,3%), 47,1% et 4,3 % étaient respectivement sous IPP ou ATB au cours du mois précédent l'initiation d'AT+BV et 56,1% et 22,4% pendant le traitement par AT+BV. La durée médiane de suivi était de 7,9 mois. La médiane de survie globale et de SSP des patients était de 17,6 mois et 14,6 mois respectivement. 107 patients étaient censurés au cours de l'analyse de la SSP. En analyse univariée, la DIRb (p=0,39x10-3), la prise d'antibiotiques dans le mois précédent l'initiation d'AT+BV (p=0,05), le score mALBI (p=0,02), le taux d'alpha-fœtoprotéine (AFP) (p=0,05) et le statut de performance ECOG (p=0,02) étaient associés à la SSP. En analyse multivariée, seules deux variables influencent significativement la SSP. Une DIRb ≥ 80% (HR=0,98 ; IC95% =0,97-0,99 ; p=0,49x10-2) et un score mALBI 1 ou 2a (HR=1,33 ; IC95%=1,01-1,74 ; p=0,04) étaient associés à une meilleure SSP. La médiane de SSP était significativement plus longue chez les patients recevant une DIRb ≥ à 80% (15,5 mois *vs* 8,2 mois ; p=0,38x10-2) ou présentant un score mALBI 1 ou 2a (15,3 mois *vs* 11,8 mois, p=0,04). Le pronostic était également meilleur pour les patients n'ayant pas été traités par antibiotiques dans le mois précédant l'initiation d'AT+BV (15,3 mois *vs* 4,1 mois, p=0,89x10-2), quand le taux d'AFP était < à 400mg/mL à l'initiation (15,5 mois *vs* 7,5 mois, p=0,23x10-2), en cas de statut de performance ECOG < 1 (15,5 mois *vs* 10,2 mois, p=0,035), pour les stades BCLC A et B *vs* C (non atteinte *vs* 12,3 mois, p=0,03) et en cas de varices œsophagiennes (VO) non ligaturées ou d'absence de VO (15,5 mois si VO non ligaturées *vs* 15,3 mois si absence VO *vs* 7,5 mois si VO ligaturées, p=0,029).Une tendance à la diminution de la SSP était observée chez les patients sous IPP pendant le traitement (11,2 mois *vs* 15,9 mois p=0,081). Enfin, aucune différence de survie sans progression n'a été montrée entre les patients traités en 1ère ligne ou en 2ème ligne et plus.

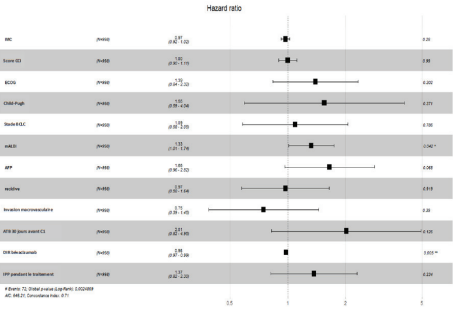
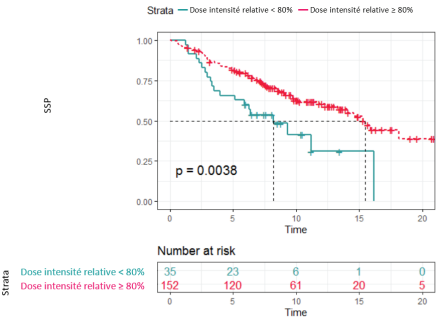


Diagramme de forêt des facteurs associés à la SSP



Courbes de Kaplan-Meier de la SSP en fonction de la dose intensité relative au seuil de 80%

Conclusion : Une diminution de la DIRb de plus de 20% a un impact négatif sur la SSP, son optimisation semble être un élément important sur le pronostic des malades traités pour CHC avec AT+BV.

C.145

Efficacité et tolérance de l'association atézolizumab et bévacizumab sur le carcinome hépatocellulaire avancé sans cirrhose

S. Mohamed [1], P. Merle [2], N. Williet [1], N. Fares [3], B. Brusset [4], T. Decaens [4], M. Debette-Gratien [5], L. Blaise [6], P. Nahon [7], A. Abergel [8], A. Kherrour [1], J.M. Péron [3], J.F. Blanc [9], J.M. Phelip [1]

(1) Saint-Étienne ; (2) Lyon ; (3) Toulouse ; (4) Grenoble ; (5) Limoges ; (6) Bondy ; (7) Bobigny ; (8) Clermont-Ferrand ; (9) Bordeaux.

Introduction : L'association atezolizumab/bevacizumab (A-B) est devenue le standard thérapeutique de première ligne du carcinome hépatocellulaire (CHC) avancé, non éligible à un traitement locorégional. Le CHC survenant très majoritairement sur un foie de cirrhose, les données d'efficacité de l'immunothérapie sur un foie non cirrhotique restent inconnues. L'objectif de cette étude était de comparer l'efficacité de l'association A-B dans le CHC avancé entre des patients n'ayant pas de cirrhose (group NC) et d'autres ayant une cirrhose (groupe C).

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective multicentrique menée dans 8 centres français sur des patients traités entre février 2020 et juin 2022 pour un CHC avancé. La survie globale (SG) était le critère de jugement principal, estimée par courbes de Kaplan-Meier, comparées par le test de Log-Rank, avant et après ajustement sur les facteurs pronostiques suivants : âge, sexe, étiologie virale, ECOG PS (2 *vs.* 0-1), classification BCLC (C *vs.* B), alphafœtoprotéine (AFP), présence d'une invasion macrovasculaire et présence de plus de 10 lésions hépatiques au diagnostic. Les objectifs secondaires étaient : la survie sans progression (SSP), le temps jusqu'à échec du traitement, le taux et la durée de réponse objective (RECIST v1.1) et la tolérance (NCI-CTCAE v5.0).

Résultats : Au total, 303 patients ont été inclus (âge médian : 68 ans, Hommes : 86,5%, Caucasiens : 88,4%, causes virales : 23,4%, prétraités dans 56,1%) dont 104 sans cirrhose. Le groupe NC et le groupe C se distinguaient respectivement par : l'origine ethnique (Caucasien : 81,7% *vs.* 92%), le taux médian d'AFP (36 ng/ml *vs.* 271.5 ng/ml), l'invasion macrovasculaire (21% *vs.* 47.2%), les métastases extra-hépatiques (58,7% *vs.* 38,2%), la taille médiane de la plus volumineuse lésion (88,5 mm *vs.* 55 mm) et le type de traitement antérieur (résection : 43,3% *vs.* 15,1%; thermo-ablation : 10,6% *vs.* 21,6%; chimioembolisation : 17,3% *vs.* 32,2%). La médiane de SG était de 21 mois (IC95% :19-NA) dans le groupe NC *vs.* 17 mois (IC95% : 15-NA) dans le groupe C (HR=0.68, IC95% : 0,42-1,11; P=0,12). Après ajustement sur les facteurs pronostiques prédéfinis, l'absence de cirrhose était corrélée à une meilleure SG (HR=0,52, IC95% :0,28-0,96 ; P=0.038). Les taux de réponse objective étaient similaires (30,8% *vs.* 34,2%, P=0,46), mais la durée de réponse était meilleure dans le groupe NC (21 mois *vs.* 15 mois ; HR=0,27, IC95% :0,09-0,78 ; P<0,01). Le temps médian jusqu'à échec du traitement (arrêt pour progression, toxicité ou autres causes) était respectivement de 10 mois (IC95% : 6-14) *vs.* 7 mois (IC95% : 6-8) (HR=0,79, IC95% : 0,57-1,07 ; P=0.14) avec une SSP respectivement de 14 mois (IC95% : 9-NA) *vs.* 10 mois (IC95% : 8-13) (HR=0,88, IC95% :0,62-1,25; P=0.48 (Log-Rank), P=0,32 (après ajustement)). Les principaux effets indésirables de grade 3-4 qui étaient différents entres les 2 groupes, moins fréquents dans le groupe NC, sont : une asthénie (8,7% *vs.* 16,6% ; P=0,01), une élévation des ASAT (3,8% *vs.* 12,6%, P=0,001) et une élévation de la bilirubine (3.8 % *vs.* 10.6 % ; P=0,007). Un arrêt des traitements a été observé dans 53,8% *vs.* 60,8% respectivement (P=0,27). Les causes principales étaient une progression (63,2% *vs.* 43,4%), une toxicité (10,5% *vs.* 18,0%) ou autres (refus du patient, décompensation de la cirrhose, perdu de vue, décès) (26,3% *vs.* 38,5%). Parmi les patients ayant reçu au moins trois mois de traitement (mITT-3 mois) (n=209), la SG était significativement meilleure dans le groupe NC (HR=0,35 ; IC95% : 0,15-0,90 ; P=0,02).

Conclusion : Nos résultats suggèrent que l'absence de cirrhose constitue un facteur prédictif indépendant d'efficacité de la combinaison A-B dans le CHC avancé. Ces résultats devront être validés dans des études prospectives et analysés à la lumière de la biologie moléculaire de la tumeur et de son environnement. La présence ou l'absence de cirrhose devrait dès maintenant constituer un facteur de stratification dans les futurs essais évaluant l'immunothérapie dans le CHC avancé.

C.146

Histoire naturelle et prise en charge de la récidive de carcinome hépatocellulaire après transplantation hépatique : étude multicentrique française

M. Ningarhari [1], C. Henry [1], E. Boleslawski [1], C. Besch [2], F. Faitot [2], E. Assenat [3], A. Herrero [3], J. Ursic Bedoya [3], F. Robin [4], T. Uguen [4], T. Antonini [5], D. Erard-Poinsot [5], S. Radenne [5], B. Brusset [6], T. Decaens [6], M. Allaire [7], F. Conti [7], H. Barraud [8], L. Elkrief [8], E. Salamé [8], O. Boillot [5], J. Dumortier [5], L.C. Ntandja Wandji [1], A. Louvet [1], P. Mathurin [1], S. Dharancy [1], G. Lassailly [1]

(1) Lille ; (2) Strasbourg ; (3) Montpellier ; (4) Rennes ; (5) Lyon ; (6) Grenoble ; (7) Paris ; (8) Tours.

Introduction : La transplantation hépatique (TH) est le meilleur traitement curatif du carcinome hépatocellulaire (CHC). Une récidive survient chez environ 15 % des patients à 5 ans. La surveillance et le traitement de cette récidive sont peu codifiés en raison de données hétérogènes et paucicentriques sur l'histoire naturelle, la présentation clinique de la maladie, l'efficacité et la tolérance des traitements.

Patients et Méthodes : Etude observationnelle, rétrospective, multicentrique, réalisée dans 9 centres de transplantation français portant sur les patients ayant présentés une récidive de CHC entre le 01/01/2008 et 31/12/2021 après TH. Les caractéristiques à la TH et à la récidive, les stratégies thérapeutiques, la gestion des immunosuppresseurs, les évènements oncologiques, et les toxicités des traitements systémiques ont été recueillis.

Résultats : 255 patients ont été inclus (âge médian 63 ans, CHC/alcool 55%). Le délai médian entre TH etrécidive était de 23 mois (IQR 11,8-45,4). La récidive était très précoce (< 6 mois) dans 12% des cas et tardive (> 5 ans) dans 18% des cas. Le site de récidive était majoritairement extra-hépatique seul (60%). Il existait une différence significative entre la dernière AFP avant TH et l'AFP à la récidive, appariée par patient (p<0,001). La taille du nodule principal sur l'explant (p=0,014) et le dernier taux d'AFP avant greffe (p=0,012) étaient associés à des récidives plus précoces. La médiane de survie globale était de 18,2 mois (IC 95%: 15,1-21,7) à partir de la date de récidive. La survie globale 5 ans post-TH était de 45% (IC95%; 39-52). 31% des patients (n=78) ont bénéficié d'une stratégie curative (chirurgie ou destruction percutanée) à la première récidive, avec ensuite une survie sans nouvelle récidive à 5 ans de 19% (IC 95%; 11-34). La survie globale 10 ans post-TH était de 46% (IC 95%; 34-62) pour les patients accessibles à une prise en charge curative à la récidive, *vs*. 6% (IC 95%; 0,3-12) en cas de prise en charge non-curative.
En analyse multivariée, une stratégie thérapeutique non-curative (HR 2,76, p<0,001), une récidive au-delà de 2 ans (HR 0,15, p=0,001), le stade OMS 1 (HR 1,69, p=0,01) ou >1 (HR 8,1, p<0,001), un taux d'AFP à la récidive >100 ng/ml (HR 1,83, p=0,025) et une récidive à la fois intra et extra-hépatique (HR 1,54, p=0,041) étaient associés à la survie globale après récidive du CHC.
Le sorafenib est le traitement systémique le plus employé (86%), tandis que l'utilisation de la combinaison atezolizumab-bevacizumab est marginale (n=6). 49 % des patients ont présenté une toxicité de grade 3/4 avec un arrêt du traitement nécessaire dans 38% des cas.
Il n'a pas été mis en évidence de lien entre inhibiteurs mTOR, gestion des anti-calcineurines ou du MMF et survie au traitement ou profil de tolérance.

Conclusion : La récidive du CHC après TH a une présentation clinique principalement extra-hépatique, avec près de 20% de récidive plus de 5 ans après la greffe. La survie globale pourrait être améliorée par une prise en charge agressive chez certains patients sélectionnés, avec une survie à 10 ans post-greffe de 46% chez ces derniers. Le timing de récidive après TH a un impact pronostique important. Les traitements par inhibiteurs de tyrosine kinase ont un profil de toxicité gérable, l'immunothérapie est marginale. Il n'a pas été identifié d'impact des traitements immunosuppresseursseurs sur le pronostic de la maladie ou sur la tolérance des traitements.

C.147

Caractéristiques et pronostic des patients atteints de carcinome hépatocellulaire en France : des différences notables entre les femmes et les hommes

C. Costentin [1], M. Minoves [1], S. Kotzki [1], N. Goutte [2], O. Farges [3], T. Decaens [1], Z. Macek [1], S. Bailly [1]

(1) Grenoble ; (2) Villejuif ; (3) Clichy-la-Garenne.

Introduction : La prédominance masculine est bien connue concernant l'incidence du carcinome hépatocellulaire (CHC). Cependant, aucune donnée n'est disponible concernant les différences entre les femmes et les hommes en terme de trajectoires de santé, de caractéristiques au diagnostic et de prise en charge en France.

Patients et Méthodes : Nous avons identifié, dans la base de données administrative hospitalière nationale française (PMSI) les patients avec un diagnostic de CHC au cours des années civiles 2007-2013 et retenu les CHC incidents. Dans le but d'évaluer la trajectoire de la maladie hépatique, nous avons sélectionné les patients ayant au moins une hospitalisation de plus de 3 mois avant le diagnostic et une année glissante de suivi à partir de la première hospitalisation précédant le diagnostic.

Résultats : Nous avons identifié 26 117 patients répondants aux critères de sélection (5 458 femmes et 20 659 hommes). Les femmes étaient plus âgées au moment du diagnostic de CHC (moyenne 73 ans *vs* 68 ans, p < 0,01). L'étiologie sous-jacente était indéterminée dans 50,8% des cas chez les femmes, alors que l'alcool était retenu comme seule étiologie dans 50,1% des cas chez les hommes. Parmi les patients avec étiologie indéterminée (n= 8664 ; dont 2772 femmes et 5892 hommes), les comorbidités métaboliques et notamment le diabète étaient moins fréquentes chez les femmes que chez les hommes (diabète 22,7% et 36,4% respectivement ; p<0,01). Une cirrhose était moins souvent documentée chez les femmes (45,9% *vs* 62,7% chez les hommes : p<0,01), et moins souvent reconnue avant le diagnostic de CHC (24,0% *vs* 28,7% chez les hommes : p<0,01). Au moment du diagnostic, les complications hépatiques étaient moins fréquentes chez les femmes que chez les hommes (ascite : 19,3% *vs* 23,6% ; défaillance hépatique : 12,9% *vs* 16,2% ; syndrome hépatorénal 1,3% *vs* 2,4% ; ligature de varices 2,6% *vs* 4,6% ; p<0,01), et pourtant, les femmes recevaient moins souvent que les hommes un traitement à visée curative (résection, radiofréquence ou transplantation : 16,9% *vs* 20,2%). En analyse univariée, la survie à 12 mois était meilleure pour les femmes que pour les hommes (p = 0,026).

Conclusion : Dans une large cohorte de patients atteints de CHC issu du PMSI national, des différences notables étaient observées entre les femmes et les hommes. Notamment, les femmes recevaient moins souvent que les hommes un traitement à visée curative.

C.148

RATIONALE-301 : analyse finale de l'étude randomisée de phase 3 comparant le tislélizumab au sorafénib en première ligne de traitement du carcinome hépatocellulaire non résécable

E. Assenat [1], S. Qin [2], M. Kudo [3], T. Meyer [4], R. Finn [5], A. Vogel [6], Y. Bai [7], Y. Guo [8], Z. Meng [9], T. Zhang [10], T. Satoh [11], A. Hiraoka [12], D. Marino [13], L. Wyrwicz [14], M. Calvo-Campos [15], K. Hsing-Tao [16], F. Boisserie [17], S. Li [17], Y. Chen [18], A.X. Zhu [9]

(1) Montpellier ; (2) Nankin, CHINE ; (3) Osaka, JAPON ; (4) Londres, ANGLETERRE ; (5) Los Angeles, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (6) Hanovre, ALLEMAGNE ; (7) Harbin, CHINE ; (8) Canton, CHINE ; (9) Shanghai, CHINE ; (10) Wuhan, CHINE ; (11) Suita, JAPON ; (12) Matsuyama, JAPON ; (13) Turin, ITALIE ; (14) Varsovie, POLOGNE ; (15) Barcelone, ESPAGNE ; (16) Tainan, TAÏWAN ; (17) Ridgefield Park, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (18) Pékin, CHINE.

Introduction : Le tislélizumab (TIS), un anticorps monoclonal anti-PD-1, a démontré des réponses durables et a été bien toléré en monothérapie dans le traitement 2L+ de patients (pts) précédemment traités de manière systémique pour un CHC non résécable (Ducreux et al, 2021). Le TIS a été évalué de manière plus approfondie en comparaison avec le sorafénib (SOR) dans une étude internationale randomisée de phase 3 (RATIONALE-301, NCT03412773) comme traitement 1L chez des pts adultes atteints d'un CHC non résécable.

Patients et Méthodes : étaient éligibles les adultes naïfs de traitement systémique atteints d'un CHC de stade BCLC B ou C confirmé par examen histologique, en échec d'un traitement locorégional ou ayant progressé après celui-ci, présentant un score de Child-Pugh A, ≥ 1 lésion mesurable selon les critères RECIST v1.1 et un ECOG ≤ 1. Les pts ont été randomisés selon un rapport 1:1 pour recevoir le TIS (200 mg, IV, 1x/3 sem.) ou le SOR (400 mg, PO, 2x/j) jusqu'à la progression de la maladie, une toxicité intolérable, le retrait ou l'absence de bénéfices du traitement. Le critère d'évaluation principal était la SG. Les critères d'évaluation secondaires comprenaient le TRO, la SSP et la DR selon le comité d'examen indépendant en aveugle, et la sécurité d'emploi. La non-infériorité de la SG entre le TIS et le SOR a été analysée par rapport à la marge de non-infériorité de 1,08.

Résultats : au total, 674 pts ont été randomisés (n = 342, TIS ; n = 332, SOR) ; à la date limite de collecte des données (11 juil. 2022), le suivi minimum de l'étude était de 33 mois (m.). Dans cette analyse finale, l'étude RATIONALE-301 a atteint son critère d'évaluation principal de non-infériorité de la SG (SGm : 15,9 m. [TIS] contre 14,1 m. [SOR] ; RR stratifié : 0,85 [IC à 95,003 % : 0,712 à 1,019]). Le TIS était associé à un TRO plus élevé (14,3 % contre 5,4 %) et à des réponses plus durables (DRm : 36,1 m. contre 11,0 m.) par rapport au SOR. La SSP médiane était de 2,2 m. avec le TIS et de 3,6 m. avec le SOR (RR : 1,1 [IC à 95 % : 0,92 à 1,33]). La durée médiane du traitement était plus longue avec le TIS qu'avec le SOR (4,1 m. contre 2,7 m.). Les profils de sécurité d'emploi des deux traitements étaient cohérents avec les rapports antérieurs. Les taux d'incidence des EI de grade ≥ 3 (48,2 % contre 65,4 %) et des EI entraînant l'interruption du traitement (10,9 % contre 18,5 %) étaient plus bas avec le TIS qu'avec le SOR ; les EI entraînant le décès étaient peu fréquents dans les deux traitements (4,4 %, TIS ; 5,2 %, SOR). Les EI à médiation immunitaire survenant chez ≥ 5 % des pts traités par TIS étaient l'hépatite (5,3 %) et l'hypothyroïdie (5,3 %).

Conclusion : le TIS en monothérapie a démontré un bénéfice cliniquement significatif en termes de SG. Il est non inférieur au SOR avec un profil de sécurité d'emploi favorable comme alternative de traitement 1L pour les pts atteints d'un CHC non résécable.

C.149

La dexaméthasone améliore la tolérance clinique et biologique de la chimioembolisation intra-artérielle pour le traitement du carcinome hépatocellulaire sur cirrhose

O. Masrour [1], C. Rayer [1], B. Giguet [1], T. Uguen [1], C. Jézéquel [1], P. Houssel-Debry [1], M.A. Jegonday [1], R. Moirand [1], E. Bardou-Jacquet [1]

(1) Rennes.

Introduction : La chimioembolisation lipiodolée (CEL) est un traitement validé du carcinome hépatocellulaire (CHC) non résécable, fréquemment associée à des effets secondaires biologiques ou systémiques. Des études ont suggéré l'efficacité de la dexaméthasone (Dex) pour prévenir certains de ces effets. Néanmoins, la plupart d'entre elles a été mené dans des populations atteintes de cirrhose d'étiologie virale, sans qu'aucune donnée ne soit disponible sur l'association entre la dexaméthasone et la survenue d'une décompensation hépatique post-CEL. Notre objectif était d'évaluer l'efficacité de la dexaméthasone pour prévenir les effets indésirables associés à la CEL dans des populations européennes où l'étiologie alcoolique et métabolique de la cirrhose est prédominante.

Patients et Méthodes : Nous avons réalisé une étude quasi-expérimentale avant-après. Tous les patients cirrhotiques ayant eu une CEL pour un CHC dans notre centre entre avril 2017 et avril 2021 ont été inclus. La Dex a été ajoutée à notre protocole à partir d'octobre 2019 (8mg par voie intraveineuse à J0 et J1, 4mg à J2) chez les patients non diabétiques. Les données cliniques et biologiques ont été recueillies à J0, J2 et S6. Les paramètres associés au traitement par Dex ont été étudiés par régression logistique.

Résultats : 234 patients, soit 398 procédures de CEL ont été inclus. La majorité des procédures de CEL concernait des hommes (92,2%), avec un âge médian de 66 ans. La cirrhose était principalement d'origine métabolique ou liée à l'alcool (86,7%). L'administration de Dex a concerné 99 procédures (24,9%). L'incidence de la fièvre était significativement plus faible dans le groupe Dex (10% *vs* 75,6% ; p<0,001), il n'y avait pas de différence concernant le recours aux antalgiques opioïdes. Il y a eu moins d'épisodes d'encéphalopathie hépatique à J2 dans le groupe Dex (0 *vs* 16 cas ; p=0,02).

En analyse multivariée, l'administration de dexaméthasone était associée à:

- un risque plus faible de survenue de fièvre (OR=0,03 ; p<0,001),
- un risque plus faible de recours aux antalgiques opioïdes (OR=0,11 ; p=0,002),
- un risque moindre d'altération de la fonction hépatique à J2 (OR=0,95 pour la bilirubine à J2 ; p=0,012 et OR=0,98 pour la variation de la bilirubine entre J0 et J2 ; p=0,001)
- et à un risque moindre d'altération de la fonction rénale à J2 (OR=0,94 pour la variation de la créatinine entre J0 et J2 ; p<0,001).

Conclusion : La dexaméthasone améliore significativement la tolérance clinique et biologique du traitement par CEL des CHC dans une population européenne de cirrhose d'origine principalement métabolique et liée à l'alcool.

C.150

Tolérance et efficacité du cabozantinib chez les patients atteints d'un carcinome hépatocellulaire avancé après échec du sorafénib au sein d'une population française : l'essai de phase-4 CLERANCE

P. Merle [1], M. Bouattour [2], J.F. Blanc [3], J.M. Péron [4], M. Debette-Gratien [5], P. Nahon [6], E. Nguyen-Khac [7], J.M. Phelip [8], E. Assenat [9], V. Bourgeois [10], C. Richou [11], A. Heurgué [12], J.P. Bronowicki [13], I. Ollivier-Hourmand [14], T. Uguen [15], S. Cattan [16], S. Thevenon [1], C. Boucheny [1], P. Pradat [1]

(1) Lyon ; (2) Clichy-la-Garenne ; (3) Bordeaux ; (4) Toulouse ; (5) Limoges ; (6) Bobigny ; (7) Amiens ; (8) Saint-Etienne ; (9) Montpellier ; (10) Boulogne-sur-Mer ; (11) Besançon ; (12) Reims ; (13) Vandœuvre-lès-Nancy ; (14) Caen ; (15) Rennes ; (16) Lille.

Introduction : Le cabozantinib (CABO) est approuvé en 2ème ligne (2L) ou 3ème ligne (3L) de traitement systémique par inhibiteur de tyrosine kinase (ITK) pour les patients (pts) porteurs d'un carcinome hépatocellulaire (CHC) avancé après échec du sorafenib (SORAF), basé sur les résultats de l'essai de phase 3 CELESTIAL. CLERANCE a été mis en place pour évaluer la tolérance et l'efficacité du CABO en condition de vie réelle au sein d'une population française.

Patients et Méthodes : Au cours de cet essai de phase-4, prospectif, multicentrique (n=17), français, et interventionnel, 110 pts avec CHC avancé ont été inclus en 2L ou 3L après échec du SORAF. Le CABO a été prescrit en suivant les recommandations de l'AMM. Le critère principal était l'incidence des effets indésirables liés au CABO et de grade ≥ 3 (NCI-CTCAE v5) après revue centralisée par un comité d'experts. Les critères secondaires étaient la survie globale (SG), le taux de réponses objectives (TRO) en RECIST v1.1 selon investigateur, la survie sans progression (SSP), le temps à progression (TTP) et la description des schémas d'administration du CABO. ClinicalTrials.gov Identifier : NCT03963206

Résultats : Parmi 110 pts inclus, l'analyse finale s'est basée sur les 99 pts qui ont débuté le CABO (11 pts exclus au cours de la période de sélection). Les patients ont été suivis au maximum 12 mois (mo) après le début du CABO, sauf pour le paramètre décès (date de clôture d'étude, 8 novembre 2021). Les pts étaient principalement des hommes (89%), âge médian 69 ans (extrêmes, 24-85), Child-Pugh A (94.9%) / B7 (5.1%), et score d'ALBI-1 (33%), 2 (60%), 3 (5%), non évalués (NE) (2%). Le CABO était administré en 2L dans 59% des cas, et dans 41% en 3L (après SORAF + autre ITK ou immunothérapie). Le SORAF a été arrêté en raison d'une progression tumorale (PD) dans 68%, ou par intolérance dans 32%, avec durée médiane de SORAF de 4,2 mo (IC 95%, 3,5-4,8) et une dose médiane de 800 mg/jour (IC 95%, 631-800). 128 effets indésirables de grade ≥ 3 ont été relevés, 40 étant considérés comme reliés au CABO: syndrome mains-pieds (14%), diarrhée (11%), asthénie et/ou anorexie et/ou perte de poids (12%), hypertension artérielle (4%). Le TRO était de 7%, et le taux de contrôle de la maladie 58%. La SSP médiane était de 6,2 mo (IC 95%, 5,3-8,7), le TTP médian de 8,2 mo (IC 95%, 6,1-12,8), sans différence si le CABO était en 2L ou 3L (avec immunothérapie [11%] ou non). La SG était 11,5 mo (IC 95%, 9,2-14,6) depuis le début du CABO, et 23 mo (IC 95%, 17,3-29,4) depuis le début du 1er traitement systémique. Le score d'ALBI à 1 *versus* > 1 était un marqueur indépendant en analyse multivariée associé à une meilleure SG (HR 3,26, IC 95% 1,86-5,69, p<0.0001). La durée médiane d'administration de CABO était de 5,2 mo (IC 95%, 3,5-6,0), la dose médiane de 40 mg/jour (IC 95%, 32,3-43,6), 66% des pts nécessitant une réduction de dose, et un arrêt définitif du CABO pour 75,8% des pts dû à : i) décès (7%), progression tumorale (54%) (temps médian à progression 5,3 mo (IC 95%, 3,7-12,8), ou effet indésirable (15.2%) (temps médian à effet indésirable 2,6 mo (IC 95%, 1,5-7,7).

Conclusion : Dans cette analyse finale de CLERANCE, la plupart des pts ont pu débuter le CABO en 2L ou 3L. En vie réelle, la tolérance et l'efficacité du CABO étaient similaires à celles observées dans CELESTIAL. Un score ALBI à 1 était fortement et indépendamment associé à une meilleure survie globale.

Remerciements, financements, autres :
Financement IPSEN.

C.151

Étude multicentrique rétrospective évaluant le bénéfice des ITK en 2ème ligne chez les patients pris en charge pour un carcinome hépatocellulaire (CHC) avancé et pré-traités atézolizumab-bévacizumab

M. Falette-Puisieux [1], J.C. Nault [2], M. Bouattour [3], G. Amaddeo [4], T. Decaens [5], F. Di Fiore [6], S. Manfredi [7], P. Merle [8], A. Baron [9], C. Locher [10], M. Lequoy [1], A. Pellat [1], R. Coriat [1]

(1) Paris ; (2) Bondy ; (3) Clichy-la-Garenne ; (4) Créteil ; (5) Grenoble ; (6) Rouen ; (7) Dijon ; (8) Lyon ; (9) Corbeil-Essonnes ; (10) Meaux.

Introduction : Le CHC est la quatrième cause de mortalité par cancer dans le monde. Les inhibiteurs de tyrosine kinases (ITK : Sorafenib, Lenvatinib, Regorafenib, Cabozantinib) ont été validés dans le CHC avancé majoritairement en L1 ou après progression sous sorafenib. Depuis 2020, l'association entre l'Atezolizumab et le Bevacizumab (A-B) s'est imposé comme le standard en L1 avec, lors d'une phase 3 randomisée *versus* sorafenib, un bénéfice significatif en terme de survie sans progression (6.8 mois *vs* 4.3 mois ; p<0.001). A progression, aucun standard n'a été validé à ce jour. Cette étude multicentrique réalisée dans 11 centres français avait pour objectif d'évaluer l'efficacité des ITK en L2 après progression sous A-B.Le CHC est la quatrième cause de mortalité par cancer dans le monde. En 2008, les inhibiteurs de tyrosine kinases (ITK : Sorafenib, Lenvatinib, Regorafenib, Cabozantinib) ont été validés dans le CHC avancé majoritairement en L1 ou après progression sous sorafenib. Depuis 2020, l'association entre l'Atezolizumab et le Bevacizumab (A-B) s'est imposé comme le standard en L1 avec, lors d'une phase 3 randomisée *versus* sorafenib, un bénéfice significatif en terme de survie sans progression (6.8 mois *vs* 4.3 mois ; p<0.001). A progression, aucun standard n'a été validé à ce jour. Cette étude multicentrique réalisée dans 11 centres français avait pour objectif d'évaluer l'efficacité des ITK en L2 après progression sous A-B.

Patients et Méthodes : Les critères d'inclusion dans l'étude étaient : Patients avec un CHC avancé ou métastatique et non opérable (BCLC B ou C), patients traités par A-B en L1 (au moins une perfusion) et en progression, patients ayant reçu au moins un comprimé d'un ITK en L2. Les patients ayant présenté une toxicité sévère sous A-B ont été inclus. Les traitements locaux et locorégionaux antérieurs n'étaient pas un critère d'exclusion. Les patients pour être inclus devaient avoir progressé sous A-B avant le 1/06/2022. Le critère de jugement principal était la survie sans progression. Les critères de jugement secondaires étaient la survie globale, et la toxicité. La survie globale (SG) a été calculée à partir du début de la prise de l'ITK jusqu'au décès. La survie globale globale (SGG) correspond à la survie des patients depuis la première cure de A-B jusqu'au décès.

Résultats : Au total, 83 patients ont été inclus. Tous avaient reçu un traitement par ITK en L2 : Sorafenib (n=41), Regorafenib (n=30) ou un autre ITK (Lenvatinib (n=8), Cabozantinib (n=4)). Les survies sans progression étaient de 2.2 mois, 4.0 mois, 1.7 mois dans le groupe Sorafenib, Regorafenib et autre ITK, respectivement. Les SG étaient de 7.4 mois, 5.7 mois, 4.3 mois dans le groupe Sorafenib, Regorafenib et autre ITK, respectivement. La survie globale n'était pas non plus significativement différente entre les deux groupes principaux.
Les SGG étaient de 15.3 mois, 10,7 mois, 13.5 mois dans le groupe Sorafenib, Regorafenib et autre ITK, respectivement. Les résultats concernant la toxicité et la dose exposition seront communiqués lors des JFHOD.

Conclusion : Cette étude confirme l'efficacité des ITK en L2 après progression sous A-B et identifie des durées de traitement proches des études pivotales en L1.

C.152 PLÉNIÈRE

Évolution à long terme des colites aiguës graves chez l'enfant atteint de rectocolite hémorragique : étude rétrospective et multicentrique du GETAID pédiatrique

B. Pigneur [1], M. Cochet [1], D. Ley [2], S. Coopman [2], R. Enaud [3], T. Lamireau [3], C. Dupont-Lucas [4], S. Willot [5], R. Duclaux-Loras [1], G. Dimitrov [6], V. Bertrand [7], A. Breton [8], C. Martinez-Vinson [1], J. Lemale [1], F. Ruemmele [1]

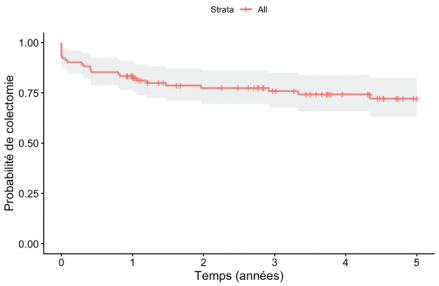
(1) Paris ; (2) Lille ; (3) Bordeaux ; (4) Caen ; (5) Tours ; (6) Orléans ; (7) Le Havre ; (8) Toulouse.

Introduction : La Colite Aiguë Grave (CAG) est une des complications fréquentes et redoutée de la Recto-Colite Hémorragique (RCH) qui peut survenir à tout moment au cours de l'évolution de la maladie. Son pronostic peut être sévère avec un risque de colectomie important. L'utilisation des immunosuppresseurs et plus récemment des biothérapies semble diminuer le risque de colectomie. Nous avons souhaité étudier l'évolution à long terme des patients pédiatriques atteints de RCH ayant eu un épisode de CAG.

Matériels et Méthodes : Les données de 102 patients issus de 12 centres spécialisés du GETAID pédiatrique (Groupe d'Études Thérapeutiques des Affections Inflammatoires du Tube Digestif), et ayant fait une CAG entre le 1er janvier 2010 et le 1er janvier 2021 ont été analysées de manière rétrospective. La CAG était définie par une poussée sévère (score d'activité PUCAI >65) ayant nécessité une hospitalisation. Le critère de jugement principal de cette étude était le taux de survie sans colectomie à 1 an. Une analyse univariée comparant le profil lors du diagnostic et lors de la CAG des patients colectomisés et non colectomisés, a été réalisée afin de rechercher des facteurs pronostiques associés au risque de chirurgie. L'évolution clinique, biologique et endoscopique à 1, 3 et 5 ans des patients a été étudiée.

Résultats : Sur les 102 patients admis pour une CAG, 95 [93%] ont été traités par corticostéroïdes, majoritairement par voie intra-veineuse. Quarante-six patients [48%] ont nécessité un traitement de deuxième ligne, principalement l'infliximab. Neuf patients [8,8%] ont subi une colectomie précocement après la CAG. Le taux de survie sans colectomie était de 83% à 1 an de la CAG. Le taux de colectomie global à 5 ans de suivi post CAG dans notre étude était de 25%. Le suivi à long terme a montré un taux de survie sans colectomie respectivement de 76% et 72% à 3 et 5 ans après l'admission initiale pour CAG.
En analyse multivariée, la maladie active et l'utilisation de méthotrexate au décours de la CAG étaient significativement associées à un risque accru de colectomie. Une CAG révélatrice de la RCH, l'utilisation rapide de corticoïdes en première ligne pour le traitement de la CAG et un traitement de deuxième ligne avec l'azathioprine et l'Infliximab étaient significativement associés à un risque plus faible de colectomie.

Taux de survie sans colectomie en fonction du temps



L'évolution clinique et biologique des patients à 1, 3 et 5 ans après la CAG était bonne avec un score médian de PUCAI à zéro et une normalisation des paramètres biologiques.

Conclusion : Le taux de colectomie est élevé après un épisode de colite aiguë grave malgré l'utilisation précoce des biothérapies. Mais l'évolution à long terme des patients est bonne avec une rémission clinique et biologique prolongée. L'utilisation systématique des corticoïdes et rapide des biothérapies notamment des anti-TNF a permis d'améliorer le pronostic à moyen terme des patients ayant fait une CAG.

C.153 PLÉNIÈRE

La gemcitabine adjuvante est aussi efficace que le mFOLFIRINOX chez les patients avec un adénocarcinome pancréatique réséqué GemPred+ : une étude ancillaire de l'essai PRODIGE-24

R. Nicolle [1], J.B. Bachet [1], A. Harlé [2], J. Iovanna [3], P. Hammel [4], V. Rebours [4], A. Turpin [5], M. Ben Abdelghani [6], A.C. Wei [7], E. Mitry [3], A. Lopez [8], J. Biagi [9], E. François [10], P. Artru [11], A. Lambert [2], D. Renouf [12], L. Monard [1], M. Mauduit [1], N. Dusetti [3], T. Conroy [8], J. Cros [4]

(1) Paris ; (2) Vandœuvre-lès-Nancy ; (3) Marseille ; (4) Clichy-la-Garenne ; (5) Lille ; (6) Strasbourg ; (7) Toronto, CANADA ; (8) Nancy ; (9) Kingston, CANADA ; (10) Nice ; (11) Lyon ; (12) Vancouver, CANADA.

Introduction : GemPred, une signature transcriptomique prédictive de l'efficacité de la gemcitabine adjuvante, a été développée à partir de lignées cellulaires et d'organoïdes, et validée rétrospectivement (Nicolle et al). L'essai de phase 3 PRODIGE-24/CCTG PA6 a démontré la supériorité du FOLFIRINOX modifié (mFFX) sur la gemcitabine comme traitement adjuvant chez les patients atteints de PDAC réséqué, au prix d'une toxicité plus élevée (Conroy et al). Nous avons évalué la valeur théranostique de GemPred dans cette population.

Patients et Méthodes : Les spécimens chirurgicaux de routine fixés au formol et inclus en paraffine de 350 patients ont été récupérés pour le séquençage de l'ARN et la prédiction GemPred (167 dans le bras gemcitabine et 183 dans le bras mFFX). Les analyses de survie ont été stratifiées en fonction des marges de résection, du statut des ganglions lymphatiques et du taux de CA19.9. La toxicité a pu être évalué chez 342 des 350 patients (98%), dont 225 avec des évènements de grade 3 ou plus.

Résultats : Les tumeurs de 89 patients (25,5%) ont été prédit GemPred+ et donc associées à une sensibilité théorique à la gemcitabine. Dans le groupe gemcitabine, les patients GemPred+ (n = 50, 30%) ont eu une survie sans maladie (SSM) significativement plus longue que les patients GemPred- (n = 117, 70%) (médiane 27 *vs* 10 mois, HR=0,43 ; 95%CI [0,29-0,65] p<0,001). Il en était de même pour la survie globale (SG) (médiane 68 *vs* 29 mois, HR=0,42 ; 95%CI [0,27-0,66] p<0,001). GemPred n'avait pas de valeur prédictive dans le groupe mFFX. La SSM et la SG étaient similaires chez les patients GemPred+ qui ont reçu la gemcitabine adjuvante par rapport à ceux qui ont reçu du mFFX (médiane de 27 contre 24 mois et 68 contre 51 mois, respectivement). L'interaction statistique entre la GEM et le statut GemPred+ était significative pour la SSM (HR=0,44 ; 95%CI [0,24-0,80] ; p=0,008) et la SG (HR 0,37 ; 95%CI [0,19-0,74] p=0,004).
Parmi les patients GemPred+, 40% (n=20) de ceux ayant reçu de la gemcitabine adjuvante ont subi de toxicité de grade 3 ou supérieur contre 76.3% (n=29) dans le bras mFFX.

Conclusion : La signature GemPred était positive chez un quart des patients et était associée à une survie similaire dans le groupe gemcitabine adjuvant par rapport au mFFX. La chimiothérapie néoadjuvante n'ayant montré de bénéfice que chez les patients borderline (étude PREOPANC, Versteijne et al), la signature GemPred permettrait de guider le choix de la chimiothérapie adjuvante chez les patients résécable d'emblée, en proposant à environ 25% des patients un régime moins toxique avec une efficacité au moins aussi bonne.

Remerciements, financements, autres :

Nicolle R, et al. A transcriptomic signature to predict adjuvant gemcitabine sensitivity in pancreatic adenocarcinoma. Annals of Oncology 2021;32:250–60.
Conroy T, et al. Five-Year Outcomes of FOLFIRINOX *vs* Gemcitabine as Adjuvant Therapy for Pancreatic Cancer: A Randomized Clinical Trial. JAMA Oncol Published Online First: 1 September 2022.
Versteijne E, van Dam JL, Suker M, et al. Neoadjuvant Chemoradiotherapy *Versus* Upfront Surgery for Resectable and Borderline Resectable Pancreatic Cancer: Long-Term Results of the Dutch Randomized PREOPANC Trial. JCO 2022;40:1220–30.

La prise en charge en unité spécialisée améliore la survie après ischémie mésentérique aiguë : une étude à partir du SNDS

A. Nuzzo [1], K. Zarca [2], P. Bessonneau [2], P. Eloy [2], E. Ea [2], Y. Castier [1], I. Ben Abdallah [2], O. Corcos [1], I. Durand-Zaleski [3]

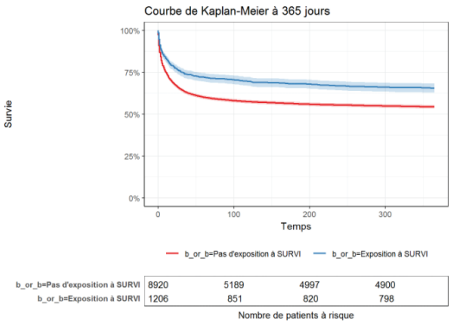
(1) Clichy-la-Garenne ; (2) Paris ; (3) Créteil.

Introduction : L'ischémie mésentérique aiguë (IMA) représente une grande urgence digestive et vasculaire dont les seuls facteurs pronostiques favorables connus sont la précocité du diagnostic et du traitement, ainsi que la réalisation d'actes thérapeutiques invasifs tels que la résection intestinale, la revascularisation ou l'association des deux,. Depuis 2009, nous avons développé au sein du Groupe Hospitalo-Universitaire Paris-Nord Val de Seine (APHP) une approche thérapeutique standardisée, multimodale et multidisciplinaire, ciblant la viabilité intestinale. Cette prise en charge évaluée dans une étude pilote permettait d'envisager un changement radical du pronostic avec une survie > 70% (Corcos et al. Clin Gastroenterol Hepatol 2013) et a motivé l'ouverture d'une 1ère Structure d'URgences Vasculaires Intestinales (SURVI) dédiée en 2016. Même si de nombreux établissements de santé hospitaliers disposent d'un plateau médico-technique multidisciplinaire pouvant en théorie traiter les IMA, l'unité SURVI à Beaujon-Bichat est la seule en France organisée et structurée autour de la stratégie multimodale et multidisciplinaire dédiée. L'objectif de cette étude était d'évaluer l'impact d'une prise en charge en unité spécialisée SURVI sur la survie chez des patients atteints d'IMA.

Patients et Méthodes : Une étude de cohorte a été conduite à partir du Système National des Données de Santé (SNDS), qui regroupe des informations sur la prise en charge hospitalière et ambulatoire pour près de 98% de la population française. Tous les patients avec un diagnostic d'ischémie mésentérique aiguë associé à au moins un acte interventionnel au cours de leur séjour hospitalier (chirurgie digestive, revascularisation radiologique ou chirurgicale) et pris en charge en unité SURVI ou dans 11 CHU sélectionnés disposant d'un plateau technique vasculaire et digestif complet (Strasbourg, Lille, Lyon, Clermont, Nantes, Nice, Toulouse, Bordeaux, Marseille) ont été inclus sur une période de 9 ans entre le 1er Janvier 2009 et le 31 Décembre 2018. Les patients étaient ensuite suivis pendant 1 an ou jusqu'au décès. La survie après hospitalisation en unité spécialisée SURVI (CHU Beaujon – Bichat) a été comparée à celle des autres CHU à l'aide d'un modèle de Cox avec ajustement sur l'âge et le sexe. Les résultats de survie sont présentés à 1 mois (M1), 3 mois (M3) et 12 mois (M12), et exprimés en Hazard Ratios et probabilités de survie avec leurs intervalles de confiance à 95%.

Résultats : Au total, 10126 patients avec une IMA ont été inclus entre 2009 et 2018, dont 1206 patients hospitalisés en unité spécialisée SURVI et 8920 patients hospitalisés dans les 11 CHU sélectionnés (groupe contrôle non exposé). Comparés aux patients non SURVI, les patients pris en charge en unité SURVI avaient un risque de mortalité moins élevé à M1 (HR = 0,70 [0,70-0,89], p<0.001) ainsi qu'à M3 (HR = 0,77 [0,69-0,86], p<0.001) et à M12 (HR = 0,81 [0,73-0,90], p<0.001). La probabilité de survie en centre spécialisé SURVI était à M1 de 76% [73-78] (*vs.* 65% [64-66], p<0.001), à M3 de 71% [69-74] (*vs.* 59% [58-60], p<0.001), et à M12 de 66% [63-68] (*vs.* 54% [53-56], p<0.001). La comparaison des données avant / après 2016 (création de lits dédiés SURVI) a montré que le nombre de patients admis en unité SURVI pour une IMA était augmentée d'un facteur 2,3 (*vs.* 1,3 dans les autres CHU).

Discussion : Cette étude à partir du SNDS est la première à évaluer les résultats en termes de survie globale d'une prise en charge de l'IMA en unité spécialisée SURVI. Notre étude montre une amélioration absolue de la survie de 10% à moyen et long terme des patients pris en charge en unité SURVI en comparaison aux patients pris en charge dans 11 autres CHU référents disposant du plateau médico-technique multidisciplinaire pouvant traiter les malades.



Cette différence pronostique est même possiblement sous-estimée par l'algorithme de sélection à partir du SNDS qui sous-représente des formes plus bénignes d'IMA (partageant le même code PMSI) en unité SURVI (formes veineuses) et les sur-représente dans le groupe comparatif (colites ischémiques gauches). Avec une médiane d'admission de 120 patients / an / centre, ces résultats épidémiologiques et pronostiques encouragent les centres universitaires référents, répartis sur l'ensemble du territoire, avec un volume d'activité et des ressources médico-techniques nécessaires à mettre en place une organisation de type SURVI dans le but d'améliorer le pronostic encore catastrophique de l'IMA et de diminuer les disparités territoriales.

Conclusion : Dans une large étude à partir des données du SNDS, la prise en charge en centre spécialisé SURVI des patients en IMA est associée à une réduction absolue du risque de décès d'environ 10% à 1 an. SURVI est un modèle d'unité qui permet d'offrir une prise en charge innovante et intégrée de cette pathologie. Ces résultats apportent des arguments essentiels à sa généralisation au niveau national, sur le modèle des unités neuro-vasculaires.

Remerciements, financements, autres :
PREPS 2018

C.155 PLÉNIÈRE

Caractéristiques et pronostic des hémorragies digestives hautes survenant chez les malades sous inhibiteurs de la pompe à protons : analyse post-hoc d'une étude prospective multicentrique

W. El Hajj [1], S. Nahon [1], V. Quentin [2], D. Grasset [3], J.P. Arpurt [4], F. Skinazi [5], R.L. Vitte [6], L. Costes [7], A.J. Rémy [8], C. Locher [9], G. Macaigne [1]

(1) Montfermeil ; (2) Saint-Brieuc ; (3) Vannes ; (4) Avignon ; (5) Paris ; (6) Poissy ; (7) Créteil ; (8) Perpignan ; (9) Meaux.

Introduction : Dans le cadre du bon usage des inhibiteurs de la pompe à protons (IPP), une sur-prescription est souvent dénoncée. Inversement, peu d'études ont évalué les conséquences de l'absence de prescription d'IPP en cas d'indication reconnue. Les objectifs de ce travail ont été de comparer, dans une cohorte de malades ayant une hémorragie digestive haute (HDH), ceux avec et sans IPP au moment de l'hémorragie et notamment les malades présentant des facteurs de risque (FDR) de lésions muqueuses gastro-duodénales ayant une indication de traitement prophylactique par IPP.

Patients et Méthodes : De novembre 2017 à octobre 2018, une étude prospective observationnelle multicentrique (1) menée dans 46 Centres Hospitaliers Généraux en France a recensé tous les cas consécutifs d'HDH. Les données démographiques, épidémiologiques, endoscopiques (diagnostic, traitement), pronostiques de l'HDH et le statut *Helicobacter pylori* (Hp) ont été recueillis et comparés entre les malades sous et sans IPP au moment de l'HDH. Le taux de prescription d'IPP chez les patients ayant des FDR d'ulcère gastro-duodénal (UGD) a été calculé. Les caractéristiques des HDH en rapport avec un UGD chez ces patients ont été comparées avec ou sans IPP. Le rôle potentiel du traitement par IPP sur la gravité de l'hémorragie ulcéreuse a ensuite été évalué en effectuant une analyse uni-et multivariée des facteurs prédictifs de gravité de l'hémorragie.

Résultats : 2 498 malades présentant une HDH ont été inclus, parmi lesquels 777 (31%) étaient sous IPP au moment de l'hémorragie. Les malades avec IPP étaient plus âgés (72,2 *vs* 67 ans ; p<0.0001), avaient plus de comorbidités cardio-vasculaires (50% *vs* 32% ; p< 0.0001), d'insuffisance rénale chronique (23% v s 15% ; p< 0.0001), de diabète (23.2% *vs* 18% ; p=0.007) que ceux sans IPP. Un antécédent d'ulcère gastro-duodénal (UGD) était significativement plus fréquent dans le groupe de malades sous IPP (15.1% *vs* 8.3% ; p<0.0001) et la prévalence de l'infection par Hp au moment de l'HDH avait tendance à être moins importante chez les malades sous IPP (13.9% *vs* 21.7% ; ns).
L'HDH en rapport avec un UGD était significativement moins fréquente chez les malades avec IPP que chez ceux sans IPP (29% *vs* 45% ; p< 0.0001), alors que les angiodysplasies étaient significativement plus fréquentes dans le groupe de malades avec IPP (7,1% *vs* 2,3% ; p<0,0001). 20% des malades avec UGD hémorragique avaient une infection par Hp, dont seulement 13.7% de ceux avec IPP (*vs* 21,3% dans le groupe sans IPP ; p=0,07).
Une sous prescription des IPP était notée chez les malades ayant un ou des FDR de lésions gastro-duodénales et devant théoriquement bénéficier d'un traitement anti-secrétoire prophylactique (tableau 1). Dans cette population à risque, l'UGD hémorragique était également significativement plus fréquent en l'absence de traitement par IPP (50% *vs* 26,5% ; p< 0,0001).
Dans notre cohorte de malades avec UGD hémorragique, les facteurs prédictifs de sévérité de l'HDH étaient en analyse multivariée : l'âge > 65 ans, l'hospitalisation au moment de l'hémorragie, la double anti-aggrégation plaquettaire, le traitement anti-coagulant et le score de Charlson. L'absence de traitement par IPP n'était pas un facteur de risque indépendant de sévérité de l'hémorragie.

Tableau 1 : Taux de prescription d'IPP chez la population à risque de lésion gastroduodénale

	Avec IPP	Sans IPP
Antécédent (Atcd) d'ulcère	51 (39.2%)	79 (60.8%)
Atcd ulcère + Aspirine	11 (37.9%)	18 (62.1%)
Atcd ulcère + autre AAP	9 (42.9%)	12 (57.1%)
Atcd ulcère + Bi-AAP	2 (40%)	3 (60%)
Atcd ulcère + Anticoagulant	8 (40%)	12 (60%)
Atcd ulcère + AINS	4 (22.2%)	14 (77.8%)
Atcd ulcère + corticoïdes	3 (75%)	1 (25%)
Age>65 ans	179 (26.2%)	505 (73.8%)
Age>65ans + Aspirine	65 (26.5%)	180 (73.5%)
Age>65ans + autre AAP	40 (34.8%)	75 (65.2%)
Age>65ans + BiAAP	15 (39.5%)	23 (60.5%)
Age>65ans + Anticoagulant	50 (28.1%)	128 (71.9%)
Age>65ans + Aspirine + Anticoagulant	12 (34.3%)	23 (65.7%)
Age>65ans + AINS	16 (25%)	48 (75%)
Atcd uclère+ âge>65 ans	37 (46.3%)	43 (53.8%)
Atcd uclère + âge>65 ans + Aspirine	7 (41.2%)	10 (58.8%)
Atcd uclère + âge>65 ans + autre AAP	6 (40%)	9 (60%)
Atcd uclère + âge>65 ans + BiAAP	1 (33.3%)	2 (66.7%)
Atcd uclère + âge>65 ans + Anticoagulant	8 (42.1%)	11 (57.9%)
Atcd uclère + âge>65 ans + AINS	3 (37.5%)	5 (62.5%)
Atcd uclère + âge>65 ans + corticoïdes	3 (75%)	1 (25%)

Atcd : Antécédent, IPP : inhibiteur de la pompe à protons, AINS : anti-inflammatoire non stéroïdien, AAP : anti-aggrégant plaquettaire

Conclusion : Dans cette cohorte de malades sous IPP présentant une HDH, un ulcère gastro-duodénal était significativement moins fréquent que chez ceux sans IPP, alors que les angiodysplasies étaient significativement plus fréquentes. La gravité de l'HDH était identique chez les malades sans et sous IPP. Par ailleurs, cet observatoire confirme qu'il existe une sous prescription d'IPP chez les malades ayant une indication validée de prophylaxie anti-sécrétoire, seuls 1/3 d'entre-eux étant sous IPP. Le bon usage des IPP doit également tenir compte de ces sous prescriptions en cas d'indications validées.

C.156 PLÉNIÈRE

Vésicules extracellulaires circulantes et maladie stéatosique du foie : vers un nouveau biomarqueur ?

O. Masrour [1], V. Brouard [1], D. Lagadic-Gossman [1], E. Bardou-Jacquet [1], C. Martin-Chouly [1]
(1) Rennes.

Introduction : La maladie stéatosique du foie (MAFLD) est une des principales causes de maladie chronique du foie dans le monde. Elle représente un large spectre de lésions hépatiques allant de la stéatose isolée à la stéatohépatite non alcoolique (NASH) pouvant évoluer vers la fibrose et le carcinome hépatocellulaire. La biopsie hépatique reste le seul examen permettant de diagnostiquer la NASH. Les vésicules extracellulaires (VE), regroupant les exosomes et les microvésicules, sont libérées par tout type de cellules en conditions physiologiques ou pathologiques. Sur la base des preuves croissantes du rôle physiopathologique clé des VE dans les lésions hépatiques observées dans la MAFLD et du fait que les VE soient libérées dans divers fluides corporels dont le sang, le but de notre travail était d'évaluer les VE circulantes en tant que potentiel biomarqueur non invasif dans la MAFLD.

Matériels et Méthodes : Les VE circulantes ont été isolées par ultracentrifugation et technique de précipitation à partir d'échantillons de sérum de sujets sains ne présentant aucun symptôme du syndrome métabolique (n=10), et de patients atteints de MAFLD confirmée histologiquement, à différents stades : stade de stéatose sans lésions de stéatohépatite (n=10) et stade de NASH (n=10). La concentration sérique de VE et leur taille ont été mesurées par Nanoparticle tracking analysis (NTA). Les différentes sous populations de VE selon les marqueurs étudiés ont été mesurées par cytométrie en flux. Une corrélation de Spearman a été utilisée pour évaluer la corrélation entre les concentrations de VE et les caractéristiques biologiques et histologiques des patients MAFLD.

Résultats : La concentration sérique de VE totales, mesurée par NTA, était significativement plus élevée dans le groupe de patients atteints de NASH par rapport aux patients atteints de stéatose sans stéatohépatite (p=0,036) et aux sujets sains (p=0,005). La concentration sérique de VE totales était corrélée aux ASAT (r=0,51 ; p=0,046), au grade de stéatose (r=0,59 ; p=0,016) et au NAS-score (r=0,62 ; p=0,011).

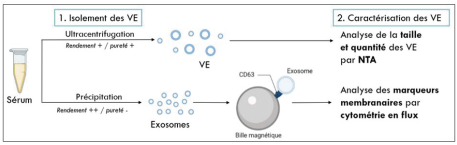


Figure 1: Techniques d'isolement et de caractérisation des VE.

Afin d'améliorer la détection en cytométrie en flux, les VE ont été couplées à des billes magnétiques de plus grande taille via le marqueur membranaire CD63 présent à la surface des exosomes. La sous-population d'exosomes-CD63+ exprimant le marqueur ASGPR1 (marqueur de provenance hépatocytaire) était corrélée aux grades histologiques d'inflammation lobulaire (r=0,68 ; p=0,005) et de ballonisation hépatocytaire (r=0,63 ; p=0,012) ainsi qu'au NAS score (r=0,64 ; p=0,011).

Conclusion : En conclusion, les VE circulantes, en particulier les VE hépatocytaires (ASGPR1+), sont corrélées à certaines caractéristiques histologiques de la NASH. Elles pourraient donc constituer un biomarqueur non invasif pour le diagnostic de sévérité de la NAFLD.

Remerciements, financements, autres :
Travail réalisé avec le soutien de la bourse MAHGE de la SNFGE et de la FHU GO-NASH.
Remerciements au CRB Santé de notre centre.

C.157 PLÉNIÈRE

Bénéfices et risques associés à la poursuite des anti-TNF après 24 semaines de grossesse chez les femmes atteintes d'une maladie inflammatoire chronique de l'intestin

A. Meyer [1], A. Neumann [2], J. Drouin [3], A. Weill [3], F. Carbonnel [1], R. Dray-Spira [2]
(1) Le Kremlin-Bicêtre ; (2) Saint-Denis ; (3) Paris.

Introduction : De nombreuses femmes atteintes de maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI) arrêtent les anti-TNF après 24 semaines de grossesse ; environ 50% en France et 20% aux USA. Notre objectif était d'évaluer les bénéfices et les risques de la poursuite des anti-TNF après 24 semaines de grossesse, chez les mères atteintes d'une MICI et leurs enfants.

Matériels et Méthodes : Nous avons réalisé une émulation d'un essai entre 2010 et 2020 à partir des données du Système National des Données de Santé (SNDS) qui inclut 99% de la population française. Toutes les grossesses avec naissances exposées aux anti-TNF (infliximab, adalimumab, golimumab, certolizumab) entre la conception et la 24ème semaine de grossesse chez les femmes atteintes de MICI ont été incluses. Les grossesses exposées au méthotrexate, au vedolizumab, à l'ustekinumab ou au tofacitinib avant 24 semaines ont été exclues. La poursuite ou l'arrêt des anti-TNF après 24 semaines n'était pas randomisé. Pour imiter la randomisation - c'est-à-dire des groupes équilibrés au départ - nous avons utilisé une pondération par score de propension. Le score de propension a été obtenu à partir des caractéristiques de la mère, des MICI et de la grossesse. Les critères de jugement étaient une poussée de MICI chez la mère jusqu'à 6 mois après la grossesse, les complications de la grossesse et les infections graves chez les enfants au cours des cinq premières années de vie. Les analyses ont été réalisées en intention de traiter par des marginaux pondérés par score de propension.

Résultats : 5 293 grossesses ont été incluses. Les anti-TNF ont été arrêtés avant 24 semaines au cours de 2 890 grossesses et ont été poursuivis au-delà de 24 semaines au cours de 2 403 grossesses. Après application du score de propension, les deux groupes n'étaient pas différents (différence standardisée <0,1 pour toutes les variables). La poursuite des anti-TNF était associée à une diminution des rechutes de MICI entre 32 semaines de grossesse et 6 mois après la grossesse (35,8% *vs* 39,0%, risque relatif ajusté (RRa) 0,93 ; intervalle de confiance à 95% (IC95%) : 0,86-0,99), entre 32 semaines de grossesse et l'accouchement (RRa 0,90 ; IC95% 0,80-1,02) ainsi qu'entre l'accouchement et 6 mois après la grossesse (RRa 0,91 ; IC95% 0,84-0,99). Dans les 6 mois suivant l'accouchement, 88,3 % des femmes qui avaient poursuivi les anti-TNF après 24 semaines de grossesse étaient toujours traitées par anti-TNF, alors que seulement 71,1 % de celles qui avaient arrêté ce traitement avant 24 semaines l'avaient repris (P<0,001). La poursuite des anti-TNF était associée à une diminution de la prématurité (7,6% *vs* 8,9%, RRa 0,82 ; IC95% : 0,68-0,99) et de la grande prématurité (RRa 0,81 ; IC95% 0,71-0,98). Il n'y avait pas de différence pour les césariennes (RRa 1,06 ; IC95% : 0,98-1,14), les mort-nés (RRa 2,16 ; IC95% : 0,64-7,81) et les petits poids pour l'âge gestationnel (RRa 1,01 ; IC95% : 0,88-1,17). 5135 enfants ont été inclus et ont été suivis pendant une médiane de 3,8 ans (quartile1 : 1,8ans – quartile3 : 5,0ans). Il y eut 1013 infections graves. La poursuite des anti-TNF après 24 semaines n'était pas associée à davantage d'infections graves chez les enfants (54,2 *vs* 50,2/1000 personnes-années, HRa 1,09 ; IC95% : 0,94-1,25). Ceci s'appliquait toutes les années de vie de l'enfant, pour tous les types et tous les sites d'infection.

Discussion : Principale limite : des algorithmes plutôt que des données cliniques ont été utilisés pour identifier les patientes atteintes de MICI, les grossesses et les infections graves.

Conclusion : La poursuite du traitement par anti-TNF après 24 semaines de grossesse est associée à une diminution de l'activité des MICI et de la prématurité, sans augmentation des complications néonatales et des infections graves chez les enfants. Ces données sont en faveur du maintien des anti TNF pendant toute la grossesse.

C.158

Comparaison de la TEM et de l'ESD dans les tumeurs précoces du rectum. Résultats de l'étude MUCEM - GRECCAR 13 - FRENCH04

L. Beyer-Berjot [1], V. Lepilliez [2], M. Pioche [2], P. Rouanet [3], J. Jacques [4], S. Chaussade [5], J. Lefèvre [5], E. Chabrun [6], S. Koch [7], J.J. Tuech [8], E. Rullier [9], Y. Panis [10], S. Benoist [11], E. Cotte [2], M. Jafari [12], L. Poincloux [13], P. Zerbib [12], G. Meurette [14], J.M. Regimbeau [15], M. Prudhomme [16], F. Denies [12], K. Baumstarck [1], M. Barthet [1]

(1) Marseille ; (2) Lyon ; (3) Montpellier ; (4) Limoges ; (5) Paris ; (6) Angers ; (7) Besançon ; (8) Rouen ; (9) Bordeaux ; (10) Neuilly-sur-Seine ; (11) Le Kremlin-Bicêtre ; (12) Lille ; (13) Clermont-Ferrand ; (14) Nantes ; (15) Amiens ; (16) Nîmes.

Introduction : Seules des études rétrospectives monocentriques ont comparé l'efficacité de la transanal endoscopic microsurgery (TEM) et de la résection endoscopique sous-muqueuse (ESD) pour l'exérèse locale des « petites » tumeurs du rectum (PTR).

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude multicentrique prospective comparative quasi-expérimentale, « ici-ailleurs ». L'objectif principal de l'étude était l'analyse coût-efficacité, l'efficacité étant définie par le taux d'exérèse complète. Nous présentons ici les résultats cliniques, paracliniques et de qualité de vie selon les scores SF-36 et GIQLI. Les résultats médico-économiques, non encore disponibles seront présentés lors du congrès. Les critères d'inclusion étaient : patient majeur avec PTR (adénomes et adénocarcinomes usT1N0) pouvant être traitée par TEM ou ESD. La radio-chimiothérapie préopératoire était un critère de non inclusion.

Résultats : Nous avons inclus 215 ESD et 119 TEM. Les patients étaient comparables pour l'âge (p=0,62) et l'IMC (p=0,08). Les tumeurs étaient comparables pour la distance du pôle inférieur (ESD 4,8 ± 4 cm *vs.* TEM 5,8 ± 5 cm ; p=0,21) et du pôle supérieur (ESD 8,5 ± 4 cm *vs.* TEM 7,7 ± 4 cm ; p=0,317) de la tumeur au bord supérieur du sphincter interne, et son caractère hémi-circonférentiel (p=0,64) et circonférentiel (ESD 3,5% *vs.* TEM 7,7% ; p=0,29). La taille de la tumeur était supérieure dans le groupe ESD (39,2 ± 18 mm *vs.* 30,8 ± 16 mm ; p=0,004). Le taux d'adénocarcinomes (ESD 21,8% *vs.* TEM 32,6% ; p=0,08) et le degré d'invasion en profondeur étaient également comparables (ESD 381,6 ± 663 mm *vs.* TEM 389,1 ± 1318 mm ; p=0,97). Le taux d'exérèse complète était comparable (ESD 84,5% *vs.* TEM 76,9% ; p=0,12), mais le taux d'exérèse monobloc était en faveur de l'ESD (99% *vs.* 91,2% ; p=0,001). Les morbidités globale (ESD 9,4% *vs.* TEM 11,9% ; p=0,50) et majeure (ESD 2,3% *vs.* TEM 4,2% ; p=0,70) étaient comparables. La durée de séjour était réduite pour les ESD (ESD 2,2 ± 1 jours *vs.* TEM 3,5 ± 3 jours ; p<0,001). A 3 ans, la survie globale était comparable (ESD 95,3% *vs.* TEM 97,4% ; p=0,71) tandis que la survie sans récidive était meilleure après ESD (ESD 89,7% *vs.* TEM 78,9% ; p=0,005). La qualité de vie digestive était meilleure après ESD à M1, M12, M24 et M36 bien que comparable en préopératoire entre les 2 groupes.

Conclusion : Les résultats de cette étude sont en faveur de l'ESD comparativement à la TEM dans les PTR en termes de qualité d'exérèse, de récidive et de qualité de vie.

Remerciements, financements, autres : Nous remercions la SFED, le GRECCAR et FRENCH pour avoir permis à cette étude d'être menée à bien.

C.159

Efficacité et tolérance d'un traitement d'entretien par upadacitinib chez des patients atteints d'une maladie de Crohn active modérée à sévère : résultats de l'étude d'entretien de phase III randomisée U-ENDURE

L. Peyrin-Biroulet [1], J. Panes [2], E.J. Loftus [3], A. Lacerda [4], G. D'Haens [5], R. Panaccione [6], W. Reinisch [7], E. Louis [8], C. Minhu [9], H. Nakase [10], J. Begun [4], J. Liu [4], F.M. Mohamed-Eslam [4], J.F. Colombel [11], B. Boland [12], E. Dubcenco [4], T. Feng [4]

(1) Vandœuvre-lès-Nancy ; (2) Barcelone, ESPAGNE ; (3) Rochester, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (4) Chicago, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (5) Amsterdam, PAYS-BAS ; (6) Calgary, CANADA ; (7) Vienne, AUTRICHE ; (8) Liège, BELGIQUE ; (9) Canton, CHINE ; (10) Sapporo, JAPON ; (11) New York, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (12) San Diego, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE.

Introduction : L'efficacité et la tolérance d'upadacitinib 15mg (UPA15) et d'upadacitinib 30mg (UPA30) administrée une fois par jour ont été évaluées chez des patients atteints d'une maladie de Crohn (MC) lors de l'étude d'entretien U-ENDURE.

Patients et Méthodes : Les patients atteints d'une MC modérée à sévère ayant répondu au traitement (diminution ≥ 30 % de la fréquence quotidienne moyenne des selles très molles ou liquides (FS) et/ou du score quotidien moyen de douleurs abdominales (DA), sans augmentation de ces deux paramètres par rapport à l'inclusion) avec UPA 45mg/1xj dans les études d'induction étaient éligibles à l'étude d'entretien U-ENDURE.
A l'issue des études d'induction de 12 semaines, les patients étaient randomisés (1:1:1) dans les bras UPA30, UPA15 ou PBO dans l'étude d'entretien de 52 semaines. Les co critères principaux, la rémission clinique selon l'indice d'activité de la MC (CDAI, US) ou selon le critère FS/DA (EU) et la réponse endoscopique ont été évalués à la sem 52. La tolérance, ainsi que les critères d'évaluation cliniques et endoscopiques étaient évaluées jusqu'à la sem 52.

Résultats : Les caractéristiques à l'inclusion étaient similaires entre les différents bras : 75% de patients étaient en échec à un précédent traitement par biologique (bio-IR). A la sem 52, une plus grande proportion de patients recevant UPA15 (n=169) & UPA30 (n=168) étaient en rémission clinique selon le critère CDAI (UPA15 37.3% & UPA30 47.6% *vs* PBO 15.1%) et selon le critère FS/DA (UPA15 35.5% & UPA30 46.4% *vs* PBO 14.4%), P<0.0001 pour toutes les comparaisons. Les patients sous UPA15 et UPA30 ont atteint des taux plus élevés de réponse endoscopique (UPA15 27.6% & UPA30 40.1% *vs* PBO 7.3%, P<0.0001 pour les 2 comparaisons). UPA15 et UPA30 étaient supérieurs au PBO pour les critères secondaires principaux comprenant la réponse clinique, la rémission endoscopique, le maintien de la rémission clinique, la rémission clinique sans corticoides et la rémission clinique et endoscopique. Le taux de survenue des effets indésirables (EI) et des EI graves était similaire entre les groupes UPA ; les EI entraînant l'arrêt du traitement étaient similaires entre les groupes. L'EI le plus fréquent était l'aggravation de la MC (58.0 événement/100 pt/années [E/100PA] dans le groupe PBO, (29.7E/100PA) UPA15 et (12.0E/100PA) UPA30. Les infections graves étaient similaires entre les groupes (6.1-8.4 E/100PA) ; le taux de zona était plus élevé dans le groupe UPA30(7.2E/100PA) *vs* PBO (4.7E/100PA) et UPA15(4.0E/100PA). Des cancers excluant le cancer cutané non-mélanome ont été rapportés chez 1 patient UPA15 et 2 patients UPA30 ; tous les évènements ont été diagnostiqués 9 mois après la première exposition à l'UPA. Une perforation gastro-intestinale a été rapportée dans chaque groupe. Un événement de thrombose de la veine hépatique a été rapporté dans le groupe UPA30. Aucun décès, aucune tuberculose active, aucun évènement cardiovasculaire majeur confirmé par le comité d'adjudication, aucun cancer cutané non-mélanome n'ont été rapportés.

Table. Critères cliniques et endoscopique dans l'étude d'entretien U-ENDURE

Critère, sem 52	PBO % [IC à 95%] N=165	UPA 15 mg 1j % [IC à 95%] N=169	Différence ajustée entre traitements % [IC à 95%]	UPA 30 mg 1j % [IC à 95%] N=168	Différence ajustée entre traitements % [IC à 95%]
Rémission clinique					
Selon CDAI[a]	16.1 [9.6, 20.6]	37.3 [30.0, 44.8]	23.7 [15.2, 32.1]****	47.6 [40.1, 55.2]	32.8 [23.9, 41.6]****
Selon FSIDA[a]	14.4 [9.0, 19.8]	35.5 [28.3, 42.7]	21.9 [13.7, 30.0]****	46.4 [38.9, 54.0]	31.8 [23.2, 40.3]****
Réponse endoscopique [c]	7.3 [3.3, 11.2]	27.5 [20.8, 34.4]	21.0 [13.6, 28.4]****	40.1 [32.7, 47.6]	33.7 [26.0, 41.3]****
Réponse clinique 100[d]	15.2 [9.7, 20.6]	41.4 [34.0, 48.8]	27.1 [18.3, 35.8]****	51.2 [43.6, 58.7]	36.4 [27.5, 45.2]****
Rémission endoscopique[e]	5.5 [2.0, 9.0]	19.1 [13.1, 25.0]	14.4 [7.7, 21.0]****	28.6 [21.8, 35.5]	23.6 [16.1, 31.0]****
Maintien de la rémission clinique					
Selon CDAI[f]	21.2 (N=94) [12.9, 29.5]	49.5 (N=101) [39.8, 59.3]	31.6 [19.6, 43.6]****	65.2 (N=92) [55.5, 74.9]	43.4 [31.4, 55.5]****
Selon FSIDA[f]	19.6 (N=101) [11.8, 27.4]	50.5 (N=100) [40.9, 60.0]	31.9 [20.1, 43.8]****	60.0 (N=100) [50.6, 69.4]	39.7 [27.8, 51.7]****
Rémission clinique sans corticoïdes chez tous les patients					
Selon CDAI[g]	14.5 [9.1, 19.9]	36.7 [29.4, 44.0]	23.8 [15.5, 32.1]****	46.4 [38.9, 54.0]	32.2 [23.4, 40.9]****
Selon FSIDA[g]	14.4 [9.0, 19.8]	34.9 [27.7, 42.1]	21.3 [13.1, 29.5]****	44.8 [37.1, 52.2]	30.6 [21.4, 39.8]****
Rémission clinique sans corticoïdes chez les patients sous corticoïdes à l'inclusion dans l'étude d'entretien					
Selon CDAI[f]	4.9 (N=61) [0.0, 10.3]	39.7 (N=63) [27.6, 51.8]	35.4 [23.3, 47.6]****	39.7 (N=63) [27.6, 51.8]	32.3 [20.1, 44.5]****
Selon FSIDA[f]	4.9 (N=61) [0.0, 10.3]	36.1 (N=63) [25.1, 50.1]	33.0 [20.4, 45.6]****	36.1 (N=63) [25.1, 50.1]	33.6 [21.4, 45.8]****
Rémission clinique et rémission endoscopique					
Selon CDAI	3.7 [0.8, 6.5]	14.8 [9.5, 20.3]	12.2 [6.3, 18.1]****	23.2 [16.8, 29.6]	19.8 [13.0, 26.6]****
Selon FSIDA	4.3 [1.2, 7.4]	13.7 [8.5, 18.9]	10.6 [4.0, 16.0]**	22.6 [16.3, 28.9]	18.2 [11.3, 25.0]****

a. Rémission: dérogée selon le critère CDAI : CDAI < 150
b. Rémission: dérogée selon le critère FSIDA : Diagnostic qu'utilisera nouveau des autres les malades ou Equation 1 X 2,67 ; score de DA quotidien noyen X 1, sans aggravation de ces paramètres par rapport à l'inclusion
c. Réponse endoscopique : Réponse endoscopique définie par une diminution du score de Mayo endoscopique d'au moins 1 point par rapport à l'inclusion (score allant de 0 à 3)
d. Réponse clinique 100 : Réduction du score CDAI > 100 points par rapport à l'inclusion. Réponse clinique 100 = réduction d'au moins 100 points du CDAI par rapport à l'inclusion
e. Rémission endoscopique : MCS ≤ 1 et, diminution d'au moins 3 points par rapport à l'inclusion sans score = 1 pour les variables individuelles, le score valide par une infection endoscopique
f. Maintien de la rémission clinique : Parmi les patients en rémission clinique à la semaine 8 (définie par un score CDAI < 150 ou un score FSIDA ≤ 4,3), proportion de patients dans l'étude d'entretien
g. Rémission clinique sans corticoïdes selon le critère CDAI ou FSIDA : sans corticothérapie prendant au moins 90 jours avant la date de l'étude et l'évidence d'une rémission clinique (selon le critère CDAI ou FSIDA)
† L'utilisation possible et ICS à 90% pour la différence entre traitements sont basées sur le test Cochran Mantel Haenszel pour les critères catégoriels et sur les erreurs-types régulières à effet inclus pour les critères continus.

Tous les patients atteint inclus dans la population ITT ; Les patients ont été stratifiés à la randomisation en fonction de la population de l'étude d'induction (sans ou sans échec au traitement thérapeutique antérieur), rémission clinique selon le critère FSIDA (oui/non) et réponse endoscopique (oui/non) à la sem 12 au jrs des études U-ACCOMPLISH ou U-ACHIEVE.
Les données manquantes ont été imputées à l'aide de méthodes multiples définies des données manquantes en raison de la COVID-19 (MMI-C). Les résultats pour les critères continus sont basés sur les mesures répétées à effet inclus. La rémission/rémission de corticoïdes a reflété tous les décès d'inclusion. A la sem 0, tous les patients qui n'avaient des corticoïdes à l'inclusion aux études U-ACCOMPLISH et qui n'ont pas terminé la déclinaison, continuez la déclinaison de corticoïdes selon le protocole. La significativité statistique a été déterminée par la procédure de test multiple graphique afin de contrôler l'erreur de type I pour tous les critères primaires et les critères secondaires principaux au seuil à 5% (1%/1%) ; ** à 0.01 ; *** à 0.001 ; **** à 0.0001.
CDAI, Index d'activité de la MC ; ITT, Intrigence quotidienne nouveaux des autres tirs-indice ou liquides ; DA, diurnes abdominales ; MC, maladie de Crohn ; IC, intervalle de confiance ; CS, corticoïdes ; ITT, population en intention de traiter ; DL, évolutifs.

Conclusion :

Chez les patients atteints d'une MC active modérée à sévère qui ont répondu au traitement d'induction par UPA, le traitement d'entretien par UPA15 et UPA30 était supérieur au PBO pour tous les critères cliniques et endoscopiques à la sem 52. UPA15 et UPA30 ont été bien tolérés et le profil de tolérance était comparable à celui décrit lors des précédentes études avec l'UPA.

Remerciements, financements, autres :

AbbVie a financé cette étude et participé à l'élaboration du design de l'étude, à la recherche, à l'analyse, au recueil et à l'interprétation des données, à la révision et à la validation de la publication. Tous les auteurs ont eu accès aux données pertinentes et ont participé à la rédaction, la révision et la validation de cette publication. Les auteurs n'ont pas reçu d'honoraires ni de rétribution. AbbVie et les auteurs remercient tous les investigateurs de l'étude et les patients qui y ont participé. Paulette Krishack, PhD, d'AbbVie Inc., a contribué à la rédaction de cette publication.

C.160

Bépirovirsen chez les patients atteints d'infection chronique par le virus de l'hépatite B contrôlée grâce à un traitement par analogues nucléos(t)idiques : perte de l'AgHBs et ADN indétectable 6 mois après la fin du traitement par BPV (étude B-clear)

T. Asselah [(1)], M.F. Yuen [(2)], S.G. Lim [(3)], R. Plesniak [(4)], K. Tsuji [(5)], G. Diaconescu [(6)], A. Gadano [(7)], H.J. Yim [(8)], J. Heo [(9)], G. Rizzardini [(10)], H.L. Janssen [(11)], C. Popescu [(12)], D. Petrova [(13)], A. Wong [(14)], N. Idriz [(13)], C. Pojoga [(15)], Y. Tanaka [(16)], E. Janczewska [(17)], J. Cremer [(18)], R. Elston [(19)], T. Lukic [(20)], L. Maynard [(19)], S. Kendrick [(19)], P. Bharania [(21)], F. Campbell [(19)], M. Paff [(22)], T. Dickens [(18)]

(1) Clichy-la-Garenne ; (2) Hong-Kong, CHINE ; (3) Singapour, SINGAPOUR ; (4) Łańcut, POLOGNE ; (5) Hiroshima, JAPON ; (6) Craiova, ROUMANIE ; (7) Buenos Aires, ARGENTINE ; (8) Ansan, RÉPUBLIQUE DE CORÉE ; (9) Busan, RÉPUBLIQUE DE CORÉE ; (10) Milan, ITALIE ; (11) Toronto, CANADA ; (12) Bucarest, ROUMANIE ; (13) Sofia, BULGARIE ; (14) Regina, CANADA ; (15) Cluj-Napoca, ROUMANIE ; (16) Kumamoto, JAPON ; (17) Mysłowice, POLOGNE ; (18) Durham, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (19) Stevenage, ANGLETERRE ; (20) Dubaï, EMIRATS ARABES UNIS ; (21) Brentford, ANGLETERRE ; (22) Collegeville, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE.

Introduction :

Le Bépirovirsen (BPV ; GSK3228836) est un oligonucléotide antisens qui cible tous les ARNm du virus de l'hépatite B (VHB) et diminue les protéines virales. L'essai B-Clear a étudié l'efficacité et la tolérance du BPV chez les patients (pts) atteints d'hépatite B chronique (HBC) traités ou non par analogues nucléos(t)idiques (NUCs). Nous présentons les résultats de fin d'étude (24 semaines [sem] après la fin du traitement par BPV) chez les pts sous NUCs.

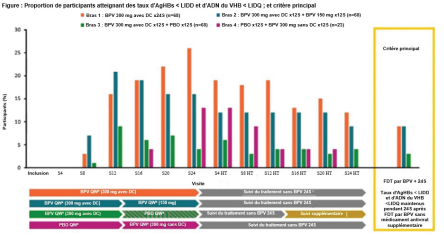
Patients et Méthodes :

Étude multicentrique, randomisée, partiellement en aveugle (l'investigateur n'est pas en aveugle), de cohorte parallèle chez des pts atteints d'HBC. Les pts présentant un taux d'alanine aminotransférase (ALT) ≤ 2 fois la limite normale supérieure, un ADN du VHB < 90 UI/mL et un antigène de surface (AgHBs) > 100 UI/mL ont été randomisés (3:3:3:1) dans les 4 bras de traitement pour recevoir jusqu'à 300 mg de BPV administrés sous forme de deux injections sous-cutanées chaque semaine pendant 12 ou 24 semaines avec ou sans doses de charge (voir la Figure). Les pts ont été stratifiés à l'inclusion selon leur statut AgHBe positif ou négatif et le taux d'AgHBs (≤ 3/> 3 log10 UI/mL). Critère d'évaluation principal : proportion de pts atteignant un taux d'AgHBs < à la limite inférieure de détection (LIDD) et un ADN du VHB < à la limite inférieure de quantification (LIQ) maintenus pendant 24 semaines sans antiviral supplémentaire après la fin prévue du traitement (FDT) par BPV. La tolérance a été évaluée par la surveillance des événements indésirables (EI).

Résultats :

La population en intention de traiter comprenait 227 pts (73 % d'hommes, 52 % d'Asiatiques, 69 % de pts AgHBe négatifs, 72 % de pts avec un taux d'AgHBs > 3 log10 UI/mL). Le critère principal a été atteint chez 6 (9 %), 6 (9 %), 2 (3 %) et 0 pts dans les bras 1 à 4, respectivement ; les données lors des visites d'étude spécifiques sont présentées dans la Figure. Une plus grande proportion de pts avec, à l'inclusion, des taux d'AgHBs faibles (≤ 3 log10 UI/mL) *versus* élevés (> 3 log10 UI/mL) ont atteint le critère principal (bras 1 : 16 % contre 6 %). Le critère principal a été atteint en même proportion chez les pts positifs ou négatifs pour l'AgHBe (bras 1 : 10 % contre 6 %). Des EI graves (EIG) ont été rapportés chez 6 (3 %) pts et des EIG liés au traitement chez 1 (< 1 %) pt. Le traitement a été arrêté chez 13 pts (6 %) ; 8 (4 %) pts présentaient un EI ayant entraîné l'arrêt du traitement. Les EI les plus fréquents étaient des réactions au site d'injection (64 %), de la pyrexie (14 %) ou une augmentation d'ALT (11 %). Il n'y avait pas de différence cliniquement significative d'EI entre les bras de traitement.

Figure : Proportion de participants atteignant des taux d'AgHBs < LIDD et d'ADN du VHB < LIDQ ; et critère principal



Les données de chaque visite de l'étude correspondent à la proportion de participants atteignant un taux d'AgHBs < LIDD et d'ADN du VHB < LIDQ lors de la visite de l'étude et ne tiennent pas compte de la durabilité de la réponse de la FDT par BPV jusqu'à cette visite de l'étude (résultat principal). †Traitement administré en deux injections sous-cutanées. Pour la dose de 150 mg, une injection de placebo a été ajoutée pour maintenir le participant en aveugle. BPV, Bépirovirsen ; ADN, acide désoxyribonucléique ; FDT, fin de traitement ; AgHBs, antigène de surface de l'hépatite B ; VHB, virus de l'hépatite B ; DC, dose de charge ; LIDD, limite inférieure de détection ; LIDQ, limite inférieure de quantification ; HT, hors traitement ; PBO, placebo ; QW, hebdomadaire ; S, semaine.

Conclusion : Les schémas posologiques de BPV les plus efficaces étaient une dose de 300 mg pendant 24 sem (bras 1) ou une dose de 300 mg pendant 12 sem + une dose de 150 mg pendant 12 sem (bras 2). Les pts présentant à l'inclusion des taux d'AgHBs faibles *versus* élevés étaient plus susceptibles d'obtenir une perte d'AgHBs et d'ADN viral pendant 24 semaines après la FDT par BPV (bras 1 : 16 % contre 6 %). Aucun signal de sécurité n'empêche de poursuivre le développement.

Remerciements, financements, autres :
Financement : GSK [209668/NCT04449029]
Le résumé original a été présenté à l'AASLD (The American Association for the Study of Liver Diseases) le 8 novembre 2022, résumé 38817.
[au nom du groupe d'étude B-Clear]

C.161

La maladie de Crohn iléale opérée d'emblée a-t-elle une évolution défavorable à long terme ?

N. Grellier [1], J. Kirchgesner [2], M. Uzzan [3], P. McLellan [2], C. Stefanescu [4], J. Lefèvre [2], Y. Panis [4], H. Sokol [2], L. Beaugerie [2], X. Treton [4], P. Seksik [2]

(1) Poitiers ; (2) Paris ; (3) Créteil ; (4) Neuilly-sur-Seine.

Introduction : Les patients atteints de maladie de Crohn (MC) ont un risque d'intervention chirurgicale proche de 80% à 20 ans mais le délai de la première intervention chirurgicale influence-t-il l'évolution de la maladie ? En effet, les patients présentant une MC d'emblée compliquée (sténose et/ou fistule) et opérés au diagnostic, pourraient constituer un groupe de malades plus sévères à long terme. Si tel était le cas, ce profil de patients devrait faire l'objet de stratégies thérapeutiques agressives après la première chirurgie. Pour tenter de répondre à ces questions, nous avons conduit une étude multicentrique centrée sur ce sous-groupe de malades opérés d'emblée après le diagnostic en comparant leur évolution par rapport à des patients opérés plus tardivement.

Matériels et Méthodes : Tous les patients atteints de MC ayant eu une résection iléo-cæcale (RIC) ou une résection iléale (RI) entre janvier 2001 et décembre 2015 et suivis dans deux centres tertiaires de maladies inflammatoires de l'intestin (MICI) en France ont été inclus. Les données ont été recueillies à partir de base de données dédiées et des dossiers médicaux. La résection d'emblée ou précoce était définie comme une chirurgie réalisée au diagnostic ou dans les 6 mois suivant le diagnostic (Groupe A). Deux groupes témoins composés de patients ayant subi une première chirurgie soit entre 6 mois et 2 ans (Groupe B) soit entre 2 et 5 ans après le diagnostic (Groupe C) ont été constitués. Le critère de jugement principal était le risque de deuxième résection intestinale. Les critères de jugement secondaires comprenaient la nécessité d'une biothérapie après la chirurgie intestinale initiale. Les patients étaient suivis de la date de la première chirurgie jusqu'à la survenue d'une deuxième résection intestinale, décès, perte de vue ou jusqu'au 30 septembre 2022. L'analyse de survie avec des courbes de Kaplan Meier et le test log-rank ont été utilisées pour estimer les risques de seconde résection intestinale et d'introduction d'une biothérapie.

Résultats : Parmi les 404 patients ayant eu une RIC ou une RI dans les 5 ans suivant le diagnostic, 130 (32,2%) patients ont été opérés dans les 6 mois suivant le diagnostic (Groupe A), 138 (34,2%) patients entre 6 mois et 2 ans (Groupe B) et 136 (33,7%) patients entre 2 et 5 ans (Groupe C) (Tableau 1). Les indications de chirurgie étaient principalement une fistule/abcès ou une sténose/occlusion chez 93% des patients dans le groupe A, 77,6% dans le groupe B et 75,8% dans le groupe C. Le suivi médian des patients était de 9,6 ans dans le groupe A, 8,8 ans dans le groupe B et 8,2 ans dans le groupe C. Dans le groupe A, 4,6% des patients avaient déjà été exposés à une biothérapie avant la première chirurgie, ils représentaient 10,9% des patients dans le groupe B et 20,6% dans le groupe C. Le risque de deuxième RIC ou RI à dix ans de la première intervention était de 25,2% (IC95% 12,5 - 40,2) dans le groupe A, 16,6% (5,1 - 33,9) dans le groupe B et 22,8% (9,8 - 39,1) dans le groupe C, sans différence statistiquement significative (p = 0,25) (Figure 1). La médiane de survie sans biothérapie après la première chirurgie était de 12,4 ans dans le groupe A, 9,1 ans dans le groupe B et de 7,7 ans dans le groupe C. Le risque de recours à une biothérapie après la première chirurgie n'était pas significativement différent entre le groupe A et B, avec un Hazard ratio (HR) de 0,76 (IC95% 0,53 – 1,08) (p = 0,13) (Figure 2). Cependant, le risque d'introduire une biothérapie après la première chirurgie était significativement plus faible dans le groupe A comparé au groupe C avec un HR de 0,55 (IC95% 0,39 – 0,77) (p < 0,05).

	Groupe A (n = 130)	Groupe B (n = 138)	Groupe C (n = 136)
Age médian au diagnostic (IQR)	29 ans (23 – 40)	29 ans (23 – 41)	26 ans (22 – 35)
Femme (%)	58 (44.6%)	72 (52.2%)	77 (56.6%)
Localisation au diagnostic			
L1	104 (80.0%)	105 (76.1%)	91 (66.9%)
L2	0	3 (2.2%)	4 (2.9%)
L3	28 (21.5%)	28 (20.3%)	41 (30.1%)
L4	8 (6.2%)	11 (8.0%)	14 (10.3%)
Comportement au moment de la première chirurgie			
B1	9 (6.9%)	30 (21.7%)	17 (12.5%)
B2	30 (23.1%)	46 (33.3%)	52 (38.2%)
B3	91 (70%)	62 (45.6%)	67 (49.3%)
Lésions ano-périnéales	13 (10%)	12 (8.7%)	20 (14.7%)
Tabagisme			
Actif	57 (43.8%)	43 (31.2%)	48 (35.2%)
Sevré	14 (10.8%)	33 (23.9%)	44 (32.4%)
Non	59 (45.4%)	62 (44.9%)	44 (32.4%)
Type de première chirurgie			
Résection iléo-caecale	109 (83.8%)	129 (93.5%)	126 (92.6%)
Résection iléale	19 (14.6%)	8 (5.8%)	10 (7.4%)
Les deux	2 (1.5%)	1 (0.7%)	0
Indication de la première chirurgie			
Echec d'un traitement médical	5 (3.8%)	16 (11.6%)	18 (13.2%)
Sténose/ occlusion	38 (29.2%)	52 (37.7%)	50 (36.8%)
Fistule/ abcès	83 (63.8%)	55 (39.9%)	53 (39.0%)
Autres	2 (1.5%)	0	0
NR	2 (1.5%)	15 (10.9%)	15 (11.0%)
Année médiane de première chirurgie (IQR)	2009 (2006 – 2012)	2007 (2004 – 2010)	2008 (2004 – 2011)
Intervalle médian entre le diagnostic et la première chirurgie (IQR)	50 jours (3 – 97)	12 mois (8.3 – 17.8)	3.3 ans (2.8 – 4.2)
Suivi médian après la première chirurgie (IQR)	9,6 ans (6,2 – 13,4)	8,8 ans (4,3 – 13,3)	8,2 ans (4,7 – 13,3)
Patients traités par biothérapie avant la première chirurgie	6 (4.6%)	15 (10.9%)	28 (20.6%)

Tableau 1. Caractéristiques de la population. Groupe A : première chirurgie < 6 mois après le diagnostic ; Groupe B : première chirurgie entre 6 mois et 2 ans après le diagnostic ; Groupe C : première chirurgie entre 2 et 5 ans après le diagnostic. IQR : 1er et 3ème quartile. NR : non renseigné

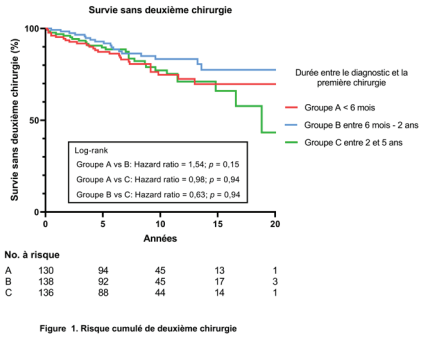


Figure 1. Risque cumulé de deuxième chirurgie

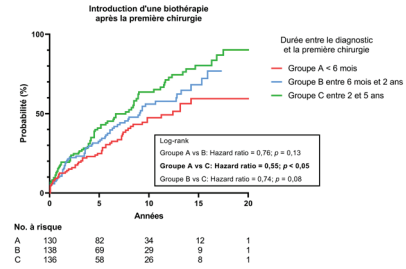


Figure 2. Risque cumulé d'introduction d'une biothérapie après la première chirurgie

Conclusion : Une résection intestinale dans les 6 mois suivant le diagnostic de la MC ne semble pas être associée à un risque accru de nouvelle chirurgie par rapport aux patients ayant une RIC/RI primaire plus tardive après le diagnostic. De plus, les patients ayant eu une résection intestinale précoce ont débuté une biothérapie plus tardivement après la première chirurgie. Notre étude suggère que la résection intestinale précoce dans la MC pour une forme compliquée n'est pas un facteur prédictif de mauvais pronostic à long terme.

C.162

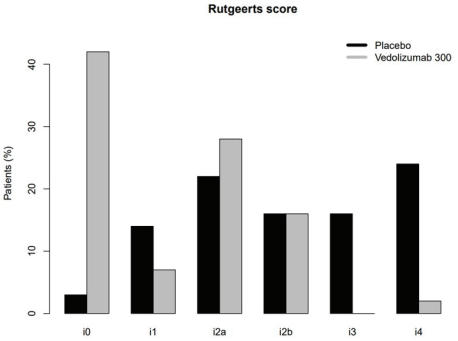
Védolizumab contre placebo en prévention de la récidive post-opératoire de la maladie de Crohn : résultats de l'essai REPREVIO

D. Laharie [1], C. Taxonero [2], A. Lopez-Sanroman [2], P. Nos Mateu [3], A. Armuzzi [4], X. Roblin [5], L. Peyrin-Biroulet [6], R. West [7], B. Witteman [8], M. Duijvestein [9], K. Gesce [9], G. Zou [10], Y. Bouhnik [11], B. Feagan [10], S. Danese [12], G. D'Haens [9]

(1) Bordeaux ; (2) Madrid, ESPAGNE ; (3) Valence, ESPAGNE ; (4) Rome, ITALIE ; (5) Saint-Etienne ; (6) Vandœuvre-lès-Nancy ; (7) Bemelen, PAYS-BAS ; (8) Ede, PAYS-BAS ; (9) Amsterdam, PAYS-BAS ; (10) London, CANADA ; (11) Neuilly-sur-Seine ; (12) Milan, ITALIE.

Introduction : La résection iléo-colique (RIC) est la chirurgie digestive la plus couramment réalisée chez les patients atteints de maladie de Crohn (MC). Toutefois, la plupart des malades récidivent de leur MC sur l'anastomose et/ou le néo-iléon terminal par la suite. Comme cela a été établi il y a plus de 30 ans, la survenue de lésions endoscopiques à 6-12 mois, dont l'intensité est cotée par le score de Rutgeerts, précède et prédit la récidive clinique de la maladie. A ce jour, aucun traitement n'a été approuvé en prévention de la récidive postopératoire (RPO) de MC. L'objectif de l'essai REPREVIO était d'évaluer le bénéfice du védolizumab qui est un anticorps monoclonal ciblant l'anti-intégrine a4b7 en prévention de la RPO de MC.

Patients et Méthodes : REPREVIO est un essai contrôlé incluant des patients opérés d'une RIC qui ont été randomisés 1/1 pour recevoir en double aveugle des perfusions intraveineuses de védolizumab à la dose de 300 mg ou de placebo aux semaines 0, 8, 16 et 24 dans l'un des 12 centres participants en France, Pays-Bas, Espagne et Italie. Le traitement était débuté dans les 4 semaines suivant la RIC. A la semaine 26, une iléo-coloscopie était réalisée. Le niveau de RPO endoscopique était alors mesuré selon le score de Rutgeerts modifié (échelle entre I0 - absence de récidive - et i4 - récidive sévère) par deux lecteurs centraux avec adjudication par un troisième lecteur en cas de désaccord. Le critère de jugement principal était le taux de RPO endoscopique définie par un score de Rutgeerts > i2a; les critères secondaires étaient les taux de rémission endoscopique (i0) et de RPO clinique (définie par une augmentation du score CDAI de plus de 70 points entre l'inclusion et la semaine 26) et la tolérance. L'analyse a été conduite en intention de traiter (un score de Rutgeerts i4 était attribué aux malades sortis d'étude ou perdus de vue).



Résultats : Parmi les 95 patients inclus, 80 ont été randomisés (37 femmes ; âge médian : 36 ans ; durée médiane de la MC : 8 ans), 43 dans le bras védolizumab et 37 dans le bras placebo, et 76 ont été évalués à la semaine 26 (2 retraits de consentement, 1 perforation, 1 cancer). Les caractéristiques des malades étaient comparables à l'inclusion dans les deux groupes. Les proportions de malades ayant une RPO > i2a à la semaine 26 étaient

de 23 % sous védolizumab et de 62 % sous placebo (p = 0,0004). En analyse non paramétrique, les malades traités par védolizumab avaient 77,8 % (IC95% 66,4 – 86,3 %) de chance d'avoir un meilleur score de Rutgeerts que ceux ayant reçu le placebo (p < 0,0001) (Figure 1). A la semaine 26, les taux de rémission endoscopique et de RPO clinique étaient de 42 % sous védolizumab et 3 % sous placebo (p < 0,001), et de 21 % et 22 % (p = NS), respectivement.

Conclusion : Le védolizumab est significativement plus efficace qu'un placebo pour prévenir la RPO endoscopique de MC à 6 mois.

C.163

Evaluation de la combinaison gemcitabine et paclitaxel *versus* gemcitabine seule après échec ou intolérance au FOLFIRINOX pour le traitement de l'adénocarcinome canalaire pancréatique métastatique : résultats de l'étude GEMPAX randomisée de phase III

C. de la Fouchardière [1], D. Malka [2], C. Cropet [1], J. Raimbourg [3], D. Botsen [4], S. Launay [5], L. Evesque [6], A. Vienot [7], H. Perrier [5], M. Jary [7], Y. Rinaldi [5], C. Coutzac [1], J.B. Bachet [2], C. Neuzillet [8], N. Williet [9], R. Desgrippes [10], G. Brard [2], E. Brument [2], O. Bouché [4], F. Ghiringhelli [11]

(1) Lyon ; (2) Paris ; (3) Nantes ; (4) Reims ; (5) Marseille ; (6) Nice ; (7) Besançon ; (8) Saint-Cloud ; (9) Saint-Etienne ; (10) Saint-Malo ; (11) Dijon.

Introduction : Aucun essai clinique n'a évalué le bénéfice de la chimiothérapie de 2nde ligne dans l'adénocarcinome canalaire pancréatique métastatique (mPDAC) après échec du FOLFIRINOX.

Matériels et Méthodes : Dans cet essai de phase 3 randomisé, les patients ont été randomisés selon un ratio 2:1 pour recevoir soit un traitement combiné GEMPAX (gemcitabine 1000mg/m² + paclitaxel 80mg/m² en perfusion IV à J1, 8 et 15 tous les 28 jours) (bras A/experimental) soit GEM (gemcitabine seule) (bras B/témoin) après échec ou intolerance à un traitement de 1ère ligne par FOLFIRINOX. 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 objectif (TRO) et la tolérance aux traitements.

Résultats : De juin 2019 à mars 2021, 211 patients ont été randomisés (140 dans le bras A/71 dans le bras B) dans 31 centres français. L'âge median était de 64 ans (30-86), 62% étaient des hommes, ECOG-PS 0-1 chez 88% des patients. La tumeur était localisée dans la tête du pancréas (43%), le corps (30%) ou la queue (25%). 76% des patients étaient métastatiques au moment du diagnostic. Après un suivi médian de 6.3 *versus* 5.9 mois dans le bras A *vs* B, la survie globale médiane (IC à 95%) était de 6,4 (5,2-7,4) contre 5,9 mois (4,6-6,9) dans le bras A *versus* bras B (HR=0,87 [0,63-1,20]; p=0,4095), La survie sans progression médiane était de 3,1 (2,2-4,3) contre 2,0 mois (1,9-2,3) (HR=0,64 [0,47-0,89]; p=0,0067), et le TRO était de 18% (12-25) contre 4% (1-12%) (p=0,007). Dans l'ensemble, 17% des patients du bras A et 3% du bras B ont arrêté traitement en raison d'effets indésirables liés au traitement (TRAEs). Les TRAEs de grade (G) 3/4 ont été rapportés chez 58% *vs* 27% des patients dans le bras A *vs* bras B dont anémie 15% *vs* 4%, neutropénie 16% *vs* 16%, thrombocytopénie 20% *vs* 4%, asthénie 10% *vs* 3% et neuropathie 12% *vs* 0%. Un seul TRAE de grade 5 a été rapporté dans le bras A (détresse respiratoire aiguë). A noter, 32% des patients du bras A contre 47% de ceux du bras B ont reçu un traitement de 3ème ligne comprenant des taxanes (2% *vs* 23%), des sels de platine (9% *vs* 10%) ou de l'irinotecan (9% *vs* 1%).

Conclusion : La combinaison du paclitaxel + gemcitabine en 2ème ligne n'a pas montré d'avantage en termes de survie globale par rapport à la gemcitabine seule pour les patients mPDAC, mais a permis d'améliorer significativement à la fois la SSP et le TRO. Le déséquilibre entre les 2 bras sur l'utilisation de traitements de 3ème ligne, et notamment l'utilisation de taxanes après gemcitabine seule, pourrait expliquer l'absence de benefice sur la SG. Pour conclure, ces résultats soulignent la nécessité de trouver de nouvelles options thérapeutiques pour les patients mPDAC prétraités.

C.164

Traitement endoscopique des cancers superficiels de l'œsophage en 2022 : résultats préliminaires d'une étude prospective multicentrique

V. Prouvost [1], E. Coron [2], M. Barret [3], P. Basile [4], J.B. Chevaux [5], J. Branche [6], A. Berger [7], U. Chaput [3], F. Cholet [8], S. Hakim [9], D. Karsenti [3], S. Koch [10], Y. Le Baleur [3], E. Cesbron-Métivier [11], M. Pioche [12], J. Privat [13], G. Rahmi [3], G. Vanbiervliet [14], T. Wallenhorst [15], M. Wangermez [16], B. Brieau [3], C. Bossard [1], J.F. Mosnier [1], M. Verdier [1], N. Chapelle [1]

(1) Nantes ; (2) Genève, SUISSE ; (3) Paris ; (4) Rouen ; (5) Nancy ; (6) Lille ; (7) Bordeaux ; (8) Brest ; (9) Amiens ; (10) Besançon ; (11) Angers ; (12) Lyon ; (13) Vichy ; (14) Nice ; (15) Rennes ; (16) Poitiers.

Introduction : Le cancer de l'œsophage est de mauvais pronostic avec un taux de survie globale à 5 ans estimé à 15%, car fréquemment diagnostiqué à un stade avancé. Pour les cancers superficiels traités endoscopiquement, la survie à 5 ans est proche de 90%, comparable à une résection chirurgicale pour une morbi-mortalité peropératoire moindre. L'objectif de cette étude était de décrire la prise en charge courante des patients ayant une résection endoscopique pour dysplasie de haut grade ou cancer superficiel de l'œsophage en France.

Patients et Méthodes : Les patients de 19 centres en France avec dysplasie de haut grade ou cancer superficiel de l'œsophage prouvé histologiquement et naïfs de traitement ont été inclus prospectivement. Les données démographiques, endoscopiques, histologiques, carcinologiques, de morbi-mortalité et de qualité de vie ont été recueillies. Pour la présente analyse de survie, seuls les patients avec un suivi 1 an ont été inclus.

Résultats : Entre Février 2019 et Février 2022, 171 lésions ont été réséquées chez 147 patients (sexe ratio H/F 4-1, âge moyen 67,2 ans). Pour les données de survie, 119 patients avec un suivi > 1 an ont été analysés. Les modes de découverte les plus fréquents étaient : surveillance d'une lésion précancéreuse (31%), bilan d'une autre pathologie (20%), reflux gastro-œsophagien (18%) et découverte fortuite (16%). Les lésions étaient développées sur EBO dans 60% des cas (dont 69% de cancers) et sur muqueuse épidermoïde dans 40% des cas (88% de cancers). La dissection sous muqueuse était la technique de résection la plus fréquente (81%) et significativement plus utilisée pour la résection des lésions épidermoïdes que pour celle des lésions développées sur EBO (94.2% et 72.5% respectivement, p=0.0007). Les taux de résection en-bloc et macroscopiquement complète étaient de 80% et 97%, respectivement. Le taux de résection piecemeal était significativement plus élevé pour les lésions sur EBO (28.4%) que sur muqueuse épidermoïdes (7.2%), p=0.0007.

Après analyse histologique, la résection était considérée comme curative dans 49% des cas, significativement plus souvent pour les lésions sur EBO qu'épidermoïde (57% contre 36.4% respectivement, p=0.0380). Les critères de résection non curative étaient : profondeur d'invasion sous muqueuse > 200µm pour les carcinomes épidermoïdes (82.5%) et >500µm pour les adénocarcinomes (45%), envahissement des marges latérales (lésions sur EBO, 55% lésions épidermoïdes, 27.5%, p=0.0178), l'envahissement des marges profondes (45% des lésions sur EBO, 42.5% des lésions épidermoïdes), la présence d'emboles vasculaires ou lymphatiques (22.5% et 14% respectivement). Un traitement complémentaire non endoscopique a été réalisé dans 22.6% des cas (chirurgie 10%, radiochimiothérapie 6%, radiothérapie seule 4%).

Les taux de complication immédiat et à 30 jours étaient de 9,2% et 34% (dysphagie et sténose, 14%). Les taux de mortalité per procédure et de chirurgie étaient nuls. La méthode de résection endoscopique n'avait pas d'influence sur les taux de complications immédiates et retardées (p=0.6242). L'atteinte circonférentielle >80% était le seul critère prédictif de sténose en analyse multivariée (OR=4,53, IC95% [1.65 ; 12.39], p=0.0033).

Parmi les 119 patients avec au moins un an de suivi, le taux de récidive était de 34%, (locale 17.6%, seconde localisation 11%, métastases 6.7%), dont 45% accessibles à une reprise endoscopique. Aucun facteur endoscopique ou histologique n'était prédictif de récidive en analyse multivariée. Après un suivi moyen de 18 mois, les taux de survie globale et spécifique étaient de 95.8% et 96.6%.Il n'existait pas de différence significative concernant la qualité de vie, le RGO et les régurgitations avant ou après traitement à 6 et 12 mois.

Conclusion : La dissection sous muqueuse est le traitement le plus courant pour la prise en charge des lésions œsophagiennes superficielles, avec de très bons résultats de morbi-mortalité, de qualité de vie et de survie à 1 an. Le taux de récidive semble élevé mais avec une reprise endoscopique possible dans la moitié des cas.

Remerciements, financements, autres : Remerciements à la SNFGE pour son soutien (bourse FARE).

C.165

Quel pourcentage de patients rétablis après colectomie subtotale et double stomie pour MICI ? Une étude nationale française de 1 860 patients

J. Deyrat [(1)], A. Challine [(1)], T. Voron [(1)], N. Chafai [(1)], C. Debove [(1)], S. Tzedakis [(1)], A. Lazzati [(2)], Y. Parc [(1)], J. Lefèvre [(1)]

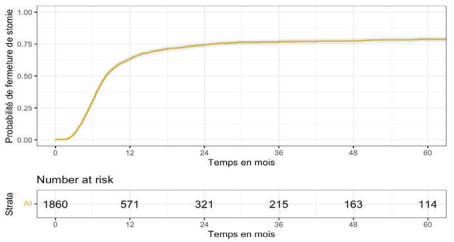
(1) Paris ; (2) Créteil.

Introduction : Une colectomie subtotale avec double stomie (CST), est parfois nécessaire dans le traitement des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI), réalisée en urgence ou de manière élective. La continuité digestive est rétablie dans un second temps soit par proctectomie secondaire avec anastomose iléo-anale (AIA) soit par une anastomose iléo-rectale (AIR). Néanmoins, certaines études européennes rapportent des taux de rétablissement de continuité après CST très bas : inférieure à 50%. (1,2) L'objective de cette étude était de rapporter le taux de rétablissement après CST et les facteurs de risque de non-rétablissement de continuité digestive.

Matériels et Méthodes : Une étude rétrospective (2013-2021) a été réalisée sur une cohorte nationale prospective (PMSI). Tous les patients ayant été opéré d'une CST avec double stomie en France pour une MICI ont été inclus. L'incidence cumulée du rétablissement de continuité digestive, soit avec proctectomie et AIA, soit avec AIR, a été calculée. Les risques de non remise en continuité digestive ont été analysés par modèle de Cox ajusté.

Résultats : Au total, 1860 patients ont été inclus (45±19 ans), avec un suivi médian de 30 [10-61] mois. 1442 patients (78%) présentaient une rectocolite hémorragique et 418 (22%) une maladie de Cohn. Les taux de décès et de morbidité postopératoire à 90 jours après CST étaient de 5% (n =100) et 47% (n=868). Un rétablissement de continuité a été réalisé chez 1255 patients (67%), soit par proctectomie secondaire et AIA (n=932, 50%) soit par AIR (n=323, 17%). 138 AIA ont été réalisées en 2 temps (7%). Parmi les patients non rétablis (n=605, 33%), 114 avait une amputation du rectum (6%). Les incidences cumulées étaient de 0,63 (IC95%: 0,61-0,65); 0,77 (IC95%: 0,74-0,79) et de 0,79 (IC95%: 0,77-0,81) à respectivement 1, 3 et 5 ans. Le délai médian de rétablissement était de 7 [5-15] mois. 74% (n=562) des patients opérés dans un centre à haut volume étaient rétablis contre 59% dans les centres à bas volume (n=375). Les facteurs de risque indépendants de non-rétablissement de la continuité digestive étaient : un âge avancé, des comorbidités importantes (score de Charlson > 4), une maladie de Crohn, la présence d'un cancer du côlon associé, une complication postopératoire (après la CST) et une intervention dans un centre à bas volume d'activité (< 2 CST par an).

Figure 1 : Probabilité de remise en continuité pour les patients opérés d'une colectomie subtotale pour MICI



Conclusion : Dans cette étude de cohorte de patients opérés d'une CST pour MICI, 27% n'ont pas de chirurgie ultérieure, et seulement 67% des patients ont un rétablissement de continuité. Ce taux est plus élevé que celui rapporté précédemment dans d'autres études de population. L'absence de chirurgie de rétablissement de continuité est associée aux caractéristiques des patients, mais aussi, à la présence associée d'un cancer du côlon ou d'une complication post opératoire, ou d'une prise en charge dans un centre à faible volume.

JFHOD 2023

POSTERS

P.001

Essai de phase II randomisé évaluant l'association du REGorafénib (REG) à l'IRInotecan (IRI) en deuxième ligne de traitement de patients atteints d'un adénocarcinome œsogastrique métastatique (AOGm) (PRODIGE 58 - UCGI 35 - REGIRI)

E. Samalin [1], H. Senellart [2], L. Evesque [3], O. Bouché [4], F. Khemissa Akouz [5], C. de la Fouchardière [6], A. Lopez [7], S. Dermeche [8], D. Botsen [4], D. Tougeron [9], A. Zaanan [10], M. Ben Abdelghani [11], E. Guardiola [1], O. Dubreuil [10], V. Le Brun Ly [12], A. Henneguin [13], N. De Sousa Carvalho [10], F. Castan [1], A. Turpin [14]

(1) Montpellier ; (2) Saint-Herblain ; (3) Nice ; (4) Reims ; (5) Perpignan ; (6) Lyon ; (7) Nancy ; (8) Marseille ; (9) Poitiers ; (10) Paris ; (11) Strasbourg ; (12) Limoges ; (13) Dijon ; (14) Lille.

Introduction : Plusieurs alternatives thérapeutiques ont été évaluées en 2ème ligne dans les AOGm après échec d'une 1ère ligne de chimiothérapie à base de platine avec une efficacité limitée, que ce soit les taxanes ou l'IRI en monothérapie et le paclitaxel associé au ramucirumab. Le REG en monothérapie a rapporté une efficacité prometteuse en 2ème ou 3ème ligne dans les AOGm (Pavlakis N et al, J Clin Oncol. 2016).

Patients et Méthodes : Cette étude comparative, multicentrique et randomisée de phase II a évalué la sécurité et l'efficacité du REG + IRI (REGIRI) par rapport à l'IRI seul en 2ème ligne de traitement chez des patients (pts) avec un AOGm. Les principaux critères d'éligibilité étaient les suivants : AOGm prouvé histologiquement (tumeur gastrique ou de la jonction gastro-œsophagienne (JGO) - Siewert II et III), chimiothérapie de première ligne à base de fluoropyrimidine et de platine et ECOG PS ≤1. Les pts ont reçu l'IRI à 180 mg/m² IV à J1 et J15. Dans le bras REGIRI, 160 mg/jour de REG ont été associés à l'IRI à J2-J8 et J16-J22 tous les 28 jours. Le critère de jugement principal était la survie globale (SG). Un total de 122 événements (154 patients) était requis pour une hypothèse de gain de 4 mois (mo) de la SG médiane (de 6 à 10 mo, HR = 0,60), avec une analyse intermédiaire de sécurité planifiée après 38 patients inclus dans le bras REGIRI et de l'efficacité après 40 événements de SG. Un génotypage de la cycline-D1 a également été analysé pour évaluer son impact sur l'efficacité du traitement.

Résultats : Au total, 89 patients (REGIRI, n = 44 ; IRI, n = 45) d'âge médian 62 [extrêmes : 28-82] ans avec un AOGm (67,4% avec JGO, 22,8% HER2+) ont été inclus sur les 154 initialement prévus, par 21 centres en France. L'étude a été arrêtée prématurément après l'analyse intermédiaire du fait d'un rapport efficacité/toxicité défavorable. Avec à présent un suivi médian de 19,4 mo, 79 événements de SG ont été observés et la médiane de SG était de 6,3 mo (95%CI [5,2-7,1]) avec REGIRI *vs* 8,2 mo (95%CI [5,2-9,7]) avec IRI (HR = 1,11 CI95% [0,70-1,74], p = 0,66). La SSP médiane était de 2,2 mo *vs* 1,9 mo (NS), respectivement. Le taux de réponse objective était de 15,9% *vs* 13,3% et le taux de contrôle de la maladie était de 45,5 % *vs* 33,3 %, respectivement. Des EI de grade ≥ 3 liés au traitement ont été rapportés chez 52,3% des pts dans le bras REGIRI contre 23,3% dans le bras IRI avec 4 décès toxiques (diarrhée, sepsis et événements thromboemboliques) contre 1 (perforation de la tumeur primaire), respectivement. Les principales toxicités sévères étaient la diarrhée : 18,2 % *vs* 7 % et la neutropénie fébrile : 8,2 % *vs* 0 %. Un génotypage de la cycline D1 a été réalisé chez 72 patients : 19 présentaient un génotype A/A, 38 A/G et 15 G/G. Il n'y a pas eu de différence objectivée en termes de SG selon le génotype.

Conclusion : L'essai PRODIGE58/REGIRI a été arrêté prématurément après l'analyse intermédiaire planifiée en raison de toxicités élevées rapportées dans le bras REGIRI avec des résultats négatifs sur le critère de jugement principal. D'autres analyses ancillaires devraient permettre d'identifier des facteurs de risque de toxicité de cette association ainsi que les sous-groupes de patients qui pourraient en bénéficier.

Remerciements, financements, autres :
Nous remercions les patients et leurs familles ; les investigateurs et leurs équipes pour leur participation à cette étude. Nous remercions également Bayer pour leur soutien financier.

P.002

Efficacité du RLY-4008, un inhibiteur hautement sélectif de FGFR2, chez les patients atteints de cholangiocarcinome avec fusion ou ré-arrangement de FGFR2 et naïf d'inhibiteur de FGFR : essai ReFocus

A. Hollebecque [1], M. Borad [2], L. Goyal [2], A. Schram [3], J.O. Park [4], P. Cassier [5], S. Kamath [6], D. Tai [7], E. Dotan [8], R. Kim [9], V. Sahai [10], D.Y. Oh [4], C.Y.A. Liao [11], M. Millward [12], D. Roda Perez [13], C. Ferté [2], R. Blakesley [14], B. Wolf [14], V. Subbiah [15], R.K. Kelley [16]

(1) Villejuif ; (2) Boston, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (3) New York, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (4) Séoul, RÉPUBLIQUE DE CORÉE ; (5) Lyon ; (6) Cleveland, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (7) Singapour, SINGAPOUR ; (8) Philadelphie, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (9) Tampa, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (10) Ann Arbor, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (11) Chicago, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (12) Nedlands, AUSTRALIE ; (13) Valence, ESPAGNE ; (14) Cambridge, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (15) Houston, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (16) San Francisco, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE.

Introduction : Les précédents inhibiteurs de FGFR (FGFRi), non sélectifs, ont validé les fusions ou réarrangements de FGFR2 (FGFR2 f/r) comme une cible dans le cholangiocarcinome (CCA) en démontrant des taux de réponse objectifs (TRO) d'environ 20 à 40% et une durée de réponse (DdR) d'environ 5 à 9 mois. Cependant les toxicités « off-target » et l'émergence de clones résistants limitent leur efficacité. Le RLY-4008 est le premier inhibiteur spécifique de FGFR2, conçu pour cibler à la fois les altérations de FGFR2 et les mutations de résistance. Nous présentons ici les résultats préliminaires d'efficacité du RLY-4008 dans le CCA avec fusion ou réarrangement de FGFR2 chez les patients n'ayant jamais été traités par FGFRi.

Patients et Méthodes : ReFocus (RLY-4008-101) est une étude de phase 1/2 (NCT04526106) qui a recruté des patients atteints de tumeurs solides à un stade avancé. RLY-4008 a été administré par voie orale à des doses allant de 20 à 200 mg, QD ou BID. Le statut FGFR2 f/r a été déterminé par un test local. Les principaux objectifs étaient le TRO évalué par l'investigateur selon RECIST v1.1, la DdR et la tolérance. La tolérance a été analysée chez tous les patients traités et l'efficacité chez les patients atteints d'un CCA avec FGR2 f/r, naïf de FGFRi, avec une maladie mesurable et la possibilité de réaliser au moins 2 évaluations tumorales pour confirmer la réponse.

Résultats : Au 01/08/2022, 38 patients atteints d'un CCA avec FGFR2 f/r et naïfs de FGFRi étaient évaluables en termes d'efficacité. La plupart des pts ont reçu le RLY-4008 à la dose recommandée en phase 2 (RP2D) ; la plupart (68%) sont toujours sous traitement après une durée médiane d'exposition au traitement de 6 mois (<0,1 - 18,5 mois). Une efficacité anti-tumorale a été observée à tous les niveaux de dose et en particulier à la RP2D avec un TRO de 88% (cf Tableau). Un patient traité à la RP2D a eu une réponse quasi-complète, suivie d'une résection tumorale à visée curative. La DdR n'est pas encore mature car la majorité des réponses sont toujours en cours. Sur l'ensemble des patients traités aux différents niveaux de dose (N=195), les effets indésirables les plus fréquent liés au traitement étaient la stomatite de bas grade (48 %), le syndrome main-pied (46 %) et la sécheresse buccale (31 %). Aucune toxicité de grade 4/5 liée au traitement n'a été observée.

	RP2D (70 mg) N=17	Tous niveaux de dose N=38
TRO, N (% [IC95%])	15 (88,2 [63,6 – 98,5])	24 (63,2 [46,0 – 78,2])
TRO confirmé, N (% [IC 95%])	14 (82,4 [56,6 – 96,2])	22 (57,9 [40,8 – 73,7])
Réponse en cours, N/N (%)	15/15 (100,0)	19/24 (79,2)
Taux de contrôle, N (%)	17 (100,0)	36 (94,7)
Restant sous traitement, N(%)	15 (88,2)	26 (68,4)

Conclusion : Le RLY-4008 est un inhibiteur spécifique de FGFR2, prometteur et susceptible de transformer le traitement des cholangiocarcinomes avec fusion ou réarrangement de FGFR2 et naïf d'inhibiteur de FGFR. L'essai pivot Refocus poursuit son recrutement.

P.003

La lenteur de marche est le seul facteur associé à la stratégie thérapeutique adaptée chez les plus de 75 ans atteints de cancer œsogastriques ou pancréato-biliaires : résultats définitifs de la cohorte PANESAGE

A. Aregui [1], F. Mary [2], N. Lourenço [1], J.M. Gornet [1], P. Cattan [1], P. Wind [2], T. Aparicio [1], F. Pamoukdjian [2]

(1) Paris ; (2) Bobigny.

Introduction : Peu d'études se sont intéressées aux stratégies thérapeutiques appliquées aux cancers digestifs non-colorectaux chez les plus de 75 ans. Le but de notre étude était d'évaluer les facteurs associés à une décision thérapeutique adaptée chez ces patients concernant les cancers du pancréas, estomac, œsophage et les voies biliaires.

Patients et Méthodes : Entre Mars 2015 et Novembre 2021, l'étude de cohorte prospective bi-centrique PANESAGE, a inclus tous les patients âgés ≥ 75 ans et atteints d'un des cancers digestifs suivants : œsophage, estomac, duodénum, pancréas, voies biliaires, quel que soit leur stade et avant décision thérapeutique. Une évaluation gériatrique (EG) était réalisée sur demande de l'oncologue de référence sans critères de sélection. L'EG incluait : les comorbidités (CIRSG), la polymédication (≥ 5 principes actifs/j), le niveau de dépendance (ADL et IADL), l'état nutritionnel (IMC, rapport CRP/albumine), la mobilité (vitesse de marche sur 4 m : VM mesurée en m/s), l'humeur dépressive (mini-GDS) et la cognition (MMSE). La stratégie thérapeutique réalisée était classée en : standard ou adaptée (si elle ne suivait pas les recommandations du thésaurus national de cancérologie digestive basées sur les caractéristiques tumorales : pTNM, statut HER2 pour l'estomac). La vulnérabilité était définie par un index G8 ≤ 14/17. Une régression logistique uni- et multivariée était réalisée afin d'évaluer les facteurs associés à la stratégie thérapeutique adaptée par référence au standard de traitement. Les variables univariées ayant une valeur P < 0,20 ont été considérées dans l'analyse multivariée avec une sélection descendante basée sur le critère d'Akaïke.

Résultats : 168 patients ont été consécutivement inclus, d'âge médian de 81 ans. 55% étaient des hommes, atteints majoritairement d'un cancer du pancréas (37%), de l'estomac (35%) ou de l'œsophage (14%), au stade métastatique (55%) et avec un index G8 ≤ 14/17 (76%). L'EG dépistait des anomalies dans 25% (dépendance ADL) à 69% (polymédication) des cas. 132 (78,5%) patients recevaient une stratégie thérapeutique adaptée dont 41 (31%) avaient des soins de confort exclusifs. La VM médiane de la population étudiée était de 0,76 m/s et elle différait significativement (P < 0,01) entre le groupe standard (0,92 m/s) et le groupe adapté (0,72 m/s). En analyse univariée, l'âge en variable continue par intervalle de 5 ans, le statut métastatique, l'ECOGPS > 2, l'index G8 ≤ 14, la dépendance ADL ≤ 5/6 et IADL ≤ 3/4, et la vitesse de marche lente < 0,8 m/s étaient significativement (P < 0,05) associés à la stratégie thérapeutique adaptée. En analyse multivariée, après ajustement à l'index G8 (ORajusté = 6,00 [0,60-62,7], P = 0,13), seule la VM < 0,8 m/s (ORajusté = 5,50 [1,82-16,6], P = 0,002) était significativement associée à la stratégie thérapeutique adaptée. Les médianes de survie globale étaient de 6,5 et 16,5 mois pour la stratégie thérapeutique adaptée et standard respectivement (Plog-rank = 0,01).

Conclusion : La grande majorité des patients avait une stratégie thérapeutique adaptée incluant un tiers de soins de confort exclusifs limitant significativement la survie globale. La lenteur de marche reste la variable gériatrique indépendante et fortement associée à l'adaptation thérapeutique. L'usage du score GRADE tenant compte de la perte de poids, de la vitesse de marche, du site et de l'extension cancéreuse pourrait aider à la prise de décision chez les patients âgés atteints de cancer digestif œsogastrique ou pancréato-biliaire afin de limiter les situations de sur- ou de sous-traitement.

P.004

Prise en charge du cancer anal localisé et facteurs pronostiques chez les patients âgés : résultats de la cohorte multicentrique française FFCD-ANABASE

C. Gouriou [1], C. Lemanski [2], P. Pommier [3], K. Le Malicot [4], A. Saint [5], E. Rivin del Campo [6], C. Evin [6], L. Quero [6], P. Regnault [7], N. Baba Hamed [6], P. Ronchin [8], G. Crehange [4], D. Tougeron [9], E. Menager-Tabourel [10], O. Diaz [11], M. Hummelsberger [12], A. de la Rochefordière [6], F. Drouet [13], V. Vendrely [7], A. Lièvre [1]

(1) Rennes ; (2) Montpellier ; (3) Lyon ; (4) Dijon ; (5) Nice ; (6) Paris ; (7) Bordeaux ; (8) Mougins ; (9) Poitiers ; (10) La Roche-sur-Yon ; (11) Grenoble ; (12) Béziers ; (13) Saint-Nazaire.

Introduction : Le carcinome épidermoïde (CE) du canal anal est rare et 2/3 des patients ont plus de 65 ans au moment du diagnostic. La chimioradiothérapie (CRT) représente le traitement standard pour les stades localisés mais la prise en charge spécifique des patients âgés est peu décrite et les données de la littérature sont pauvres. Les objectifs de cette étude étaient de décrire les caractéristiques tumorales, la prise en charge thérapeutique et son efficacité chez les patients âgés et de les comparer à celles des patients plus jeunes. Nous avons également déterminé les facteurs pronostiques chez les patients âgés atteints d'un CE du canal anal.

Patients et Méthodes : Tous les patients traités entre janvier 2015 et avril et 2020 pour un CE du canal anal localisé de la cohorte multicentrique française ANABASE ont été inclus. Deux groupes ont été définis en fonction de l'âge : les patients âgés (≥ 75 ans) et les patients non âgés (< 75 ans).

Résultats : Parmi 1378 patients inclus, 1015 ont été traités par radiothérapie ou CRT : 202 (19,9 %) et 813 (80,1 %) dans les groupes âgés et non âgés, respectivement. Dans le groupe de patients âgés, l'âge médian était de 79 ans [IQR 77-84], la proportion de femmes était plus importante (p = 0,015) tandis qu'il y avait moins de patients en bon état général (PS 0-1) (p < 0,001), fumeurs (p < 0,001) et infectés par le VIH (p < 0,001) que dans le groupe non âgé. Les autres caractéristiques initiales et tumorales étaient similaires.
Au plan thérapeutique, la dose de radiothérapie médiane reçue au niveau de la tumeur était de 60 grays (Gy) [50,4-64,8], la dose prophylactique pelvienne était de 45 Gy [45-46] en 50 jours [43-61], sans différence entre les groupes (p = 0,33, p = 0,71 et p = 0,99 respectivement). L'irradiation inguinale était moins fréquente chez les sujets âgés (p = 0,04). 32,2 % des patients âgés ont nécessité une pause thérapeutique d'une durée ≥ 15 jours dans 54,8 % des cas (*vs* 31,4 % chez les plus jeunes, d'une durée ≤ 15 jours chez 47,1 % d'entre eux). Les patients âgés recevaient moins de chimiothérapie concomitante, surtout en cas de tumeurs localement avancée (T3-T4 ou N+) en comparaison avec les patients non âgés (44,3 % *vs* 92,8 %, p < 0.0001). Le suivi médian était de 35,5 mois.
Dans le groupe des sujets âgés, la survie globale (SG), la survie sans récidive (SSR) et la survie sans colostomie (SSC), à 3 ans, étaient respectivement de 82,9 %, 72,4 % et 78,0 %. Le taux de réponse complète évaluée à 4-6 mois du traitement était de 70,3 %. L'efficacité thérapeutique en termes de réponse complète, SG, SSR et SSC entre les deux groupes étaient similaires. Les profils de tolérance étaient semblables avec ≥ 1 toxicité de grade ≥ 3 décrite chez 37,6 % et 32,7 % des patients dans les groupes âgés et non âgés respectivement (p = 0,19).
En analyse multivariée pour le groupe des patients âgés, un état général altéré (PS ≥ 2), les tumeurs localement avancées étaient associées à une moins bonne SG (HR = 3,4 [1,4;8,3] et HR = 2,80 [1,2;7,1]), SSR (HR = 2,4 [1,2;4,9] et HR = 3,1 [1,5;6,4]) et SSC (HR = 3,8 [1,8;8,1] et HR = 3,0 [1,4;6,7]), et l'interruption du traitement était associée à une moins bonne SSR (HR = 1,9 [1,1;3,5]).

Conclusion : Dans la cohorte ANABASE, l'âge en soi n'influence pas les résultats oncologiques et la tolérance des traitements des CE localisés. Le traitement curatif optimal doit donc être proposé aux patients âgés, sous réserve d'une évaluation oncogériatrique favorable.

P.005

Impact de l'insuffisance rénale et du bilan biologique hépatique perturbé sur le dépistage pré-thérapeutique du déficit en dihydropyrimidine déshydrogénase (DPD) par la mesure de l'uracilémie : une étude au sein d'une cohorte de 1 138 patients

S. Callon [1], M. Brugel [1], D. Botsen [1], B. Royer [2], F. Slimano [1], C. Feliu [1], C. Gozalo [1], C. Konecki [1], C. Carlier [1], M. Perrier [1], N. Laures [1], Z. Djerada [1], O. Bouché [1]

(1) Reims ; (2) Besançon.

Introduction : Le dépistage du déficit en dihydropyrimidine déshydrogénase (DPD) est un prérequis thérapeutique avant toute chimiothérapie par fluoropyrimidines afin d'en limiter la toxicité. La méthode optimale de dépistage par génotypage et/ou phénotypage reste discutée. Un faux diagnostic de déficit en DPD expose le patient à une sous-exposition à la chimiothérapie, et donc à un traitement potentiellement sous-optimal. En France, la mesure de l'uracilémie est la méthode de référence. L'objectif de cette étude était de décrire l'évolution de la fréquence de l'hyperuracilémie (> 16 ng/ml) depuis les recommandations de la Haute Autorité de Santé émises en septembre 2018, et d'étudier l'impact des perturbations des bilans biologiques rénaux et hépatiques sur l'interprétation de cette mesure.

Patients et Méthodes : A partir d'une cohorte de 1138 patients ayant effectué une mesure de l'uracilémie en routine dans le cadre du dépistage du déficit en DPD entre le 18 octobre 2018 et le 18 octobre 2021, nous avons recueilli rétrospectivement les données relatives aux patients et aux prélèvements, ainsi que les bilans biologiques hépatiques (ALAT, ASAT, GGT, phosphatases alcalines (PAI), bilirubinémie) et rénaux (clairance de créatinine). Les données relatives à un éventuel deuxième dosage de l'uracilémie ont également été analysées lorsque celui-ci était réalisé. Nous avons représenté graphiquement l'évolution mensuelle de la fréquence de l'hyperuracilémie au cours du temps, et stratifié les potentiels facteurs de confusions. Une analyse univariée, puis multivariée ont ensuite été effectuées.

Résultats : Parmi un total de 1177 prélèvements effectués chez 1138 patients inclus, une hyperuracilémie a été retrouvé dans 12,7% des prélèvements (n = 150), avec des valeurs entre 16 et 20 ng/ml (6,7%), 20 et 50 ng/ml (5,4%), 50 et 150 ng/ml (0,5%) et > 150 ng/ml (0,08%). La valeur médiane d'uracilémie était de 9,4 ng/ml (1,2-172,3 ng/ml). Nous avons observé une diminution progressive de la fréquence mensuelle de l'hyperuracilémie, passant de plus de 30% initialement à environ 9% entre 2018 et 2021. Un âge élevé, des valeurs élevées d'ASAT, de GGT, de PAI, de bilirubinémie, et une diminution de la clairance de la créatinine étaient corrélées à des valeurs d'uracilémie élevées, selon une relation linéaire (tous p < 0,001). En analyse multivariée, une élévation des ASAT, des PAI et une diminution de la clairance de la créatinine étaient aussi associées à l'hyperuracilémie, selon une relation linéaire (p < 0,05). Il n'y avait pas d'association significative avec l'âge, l'élévation des GGT et de la bilirubinémie. Le seul patient avec une uracilémie > 150 ng/ml présentait une défaillance multiviscérale d'organe avec insuffisance rénale, cytolyse et cholestase hépatique. Une hyperuracilémie à 75,3 ng/ml a été retrouvée sur un prélèvement fait pendant l'administration de 5 Fluorouracile. Concernant les patients ayant réalisé deux dosages d'uracilémie, il existait une différence de 43,9% en moyenne entre les deux dosages, modifiant le diagnostic de déficit en DPD chez 9 patients (23,1%).

Conclusion : Nous avons observé une diminution progressive des taux d'hyperuracilémie au cours de ces trois années, qui pourrait être expliquée par un meilleur respect des conditions pré-analytiques. Une insuffisance rénale et un syndrome de lyse biologique, avec élévation des ASAT et des PAI, pourraient induire des valeurs faussement élevées d'uracilémie, avec un faux diagnostic de déficit en DPD. Un second dosage d'uracilémie pourrait être proposé en cas d'amélioration des bilans hépatiques et rénaux. Des études prospectives restent nécessaires pour optimiser les seuils d'uracilémie et d'adaptation des doses de chimiothérapie par fluoropyrimidines.

P.006

Efficacité de l'immunothérapie en vie réelle et marqueurs de résistance primaire dans les cancers colorectaux avancés avec déficience du système MMR (dMMR) : cohorte AGEO

E. Alouani [1], C. Flecchia [2], D. Tougeron [3], V. Bongard [1], C. Gallois [2], A. Hollebecque [4], T. Mazard [5], A. Turpin [6], R. Cohen [2], S. Pernot [7], F. Di Fiore [8], S. Kim [9], M. Ben Abdelghani [10], C. Herve [11], V. Moulin [12], G. Perkins [2], V. Hautefeuille [13], J.B. Bachet [2], M. Mercier [3], T. Aparicio [2], C. de la Fouchardière [14], R. Guimbaud [1], J. Taïeb [2]

(1) Toulouse ; (2) Paris ; (3) Poitiers ; (4) Villejuif ; (5) Montpellier ; (6) Lille ; (7) Bordeaux ; (8) Rouen ; (9) Besançon ; (10) Strasbourg ; (11) Grenoble ; (12) La Rochelle ; (13) Amiens ; (14) Lyon.

Introduction : Les inhibiteurs de checkpoint immunitaire (ICIs) ont démontré leur efficacité dans les cancers colorectaux (CCRs) avancés avec déficience du système MMR (dMMR) et viennent d'obtenir en France, courant 2021, leur autorisation de mise sur le marché (AMM) en première ligne. Cependant, entre 10 et 40 % des CCR dMMR présentent une résistance primaire aux ICI, soulignant que bien que le statut dMMR en lui-même, ainsi que la charge mutationnelle tumorale (TMB), soient de puissants biomarqueurs, ils ne sont pas suffisants. Aucun marqueur concluant prédictif de résistance primaire à l'immunothérapie n'a été identifié, à notre connaissance, dans le cancer colorectal dMMR.
Cette étude s'inscrit dans ce contexte de transformation rapide de la prise en charge des CCR dMMR avec la nécessité d'une part, d'évaluer l'efficacité et la tolérance des ICIs dans la vraie vie et d'autre part, d'identifier les patients susceptibles de présenter une résistance intrinsèque afin de les orienter vers un traitement potentiellement plus efficace.

Patients et Méthodes : Nous avons réalisé une étude rétrospective multicentrique incluant les patients avec un CCR avancé dMMR traités par ICI (anti-PD1/PD-L1 et/ou CTLA4) de 2015 à 2021 dans le cadre d'un essai ou hors-essai thérapeutique. Les patients traités par un autre type d'immunothérapie et/ou par une association d'immunothérapie et une autre classe thérapeutique (chimiothérapie, thérapie ciblée, hormothérapie,…) ont été exclus. L'association des variables possibles avec la résistance primaire a été d'abord étudiée par une analyse univariée utilisant des tests de Student ou de Mann-Whitney pour les variables continues et des tests du $\chi 2$ ou des tests exacts de Fisher pour les variables catégorielles. Les variables présentant une valeur p< 0,2 ont ensuite introduits dans un modèle de régression logistique multiple après avoir pris en compte la colinéarité entre les variables avec une matrice de corrélation. In fine, nous avons retenu le modèle final ne comprenant que des prédicteurs avec une p-value < 0,05.

Résultats : Au total, 283 patients ont été étudiés dont 183 patients traités en vie réelle. Parmi ces derniers, 163 étaient métastatiques et traités par une monothérapie. Dans cette population, à la date de censure des données, le suivi médian était de 16,1 mois (IC 95 %, 12,1 à 19,4). La médiane de survie globale n'était pas atteinte et la survie sans progression médiane était de 38,2 mois (IC 95 % : 24,9 ; NA). Le taux de réponse objective était de 50,9 %, avec des réponses complètes chez 28 patients (17,6 %). Des événements indésirables sont survenus chez 81 des 183 patients traités en vie réelle (44,3 %), dont 33 présentant un grade 3 ou plus (11,7 %). Des événements indésirables dysimmunitaires sont survenus chez 71 patients (38,8 %) ; les événements les plus fréquents étaient les colites (13,7 %), les toxicités cutanées (12,1 %) et les dysthyroïdies (10,4 %). Au total, 15 patients (8,8 %) ont interrompu le traitement en raison d'événements indésirables. A partir de la cohorte totale de 283 patients, nous avons pu réaliser une analyse multivariée pour identifier les marqueurs qui étaient significativement associés à la résistance primaire. Parmi l'ensemble des variables étudiées, quatre marqueurs indépendants ont été retenus: la présence de carcinose péritonéale, le score OMS ≥ 2, le statut métastatique synchrone et une CRP ≥ 10 mg/l.

Conclusion : Notre étude confirme l'efficacité et la sécurité de l'immunothérapie chez les patients atteints de CCR dMMR avancé dans la vraie vie et identifie quatre marqueurs indépendants significativement associés à la résistance primaire aux ICIs. Ces marqueurs réunis méritent d'être validés dans une cohorte externe et pourraient constituer un outil simple pour orienter la prise en charge des patients avec un cancer colorectal dMMR. L'intégration de ces biomarqueurs liés à l'hôte identifiés avec les biomarqueurs basés sur la tumeur permettra d'améliorer le processus de prise de décision pour sélectionner la meilleure stratégie thérapeutique possible chez les patients atteints de cancer colorectal dMMR.

Remerciements, financements, autres :
AGEO

P.007

La pandémie de Covid-19 a-t-elle augmenté le risque de cancer colique plus avancé ?

A. Challine [(1)], J. Lefèvre [(1)], S. Tzedakis [(1)], T. Voron [(1)], R. Jaquet [(1)], Y. Parc [(1)], S. Katsahian [(1)], A. Lazzati [(2)]
(1) Paris ; (2) Créteil.

Introduction : Pendant la période de confinement, le dépistage systématique du cancer colorectal et les coloscopies diagnostiques ont été arrêtés (1). Le traitement chirurgical des patients a aussi été mis en pause.(2) Le but de cette étude est d'évaluer l'impact de la pandémie de COVID sur le cancer colorectal avec des données nationales.

Matériels et Méthodes : Tous les patients opérés en France d'une résection colique pour cancer ont été inclus via le PMSI.
Les patients opérés en 2020 et 2021 ont été comparés aux patients opérés en 2019 et 2018.
Le critère de jugement principal était un score composite défini par au moins un des marqueurs de gravité du cancer: statut métastatique positive, traitement néoadjuvant, résection hépatique associée, chimiothérapie adjuvante.
Des analyses statistiques descriptives et univariées ont été réalisées.
Une régression logistique a été réalisée pour évaluer les facteurs de risque.

Résultats : 93647 patients ont été sélectionnés dans l'étude, 53708 ont été inclus dans le groupe contrôle (01/2018-02/2020), 20642 dans le groupe 2020 (03/2020-12/2020) et 19297 dans le groupe 2021 (01/2021-09/2021).
Davantage de traitements néo-adjuvants ont été administré dans le groupe 2020 et 2021 (contrôle=6,3%, 2020=8,1%, 2021=7,3%; p<0,001).
Le taux de résection urgente a augmenté en 2020 (contrôle=14,5%, 2020=15,6%, 2021=14,5%; p<0,001) tout comme le taux de stomie avant résection (contrôle=3,9%, 2020=4,7%, 2021=4,1%; p<0,001).
Le taux de cancer avancé, a augmenté dans les groupes 2020 et 2021 (contrôle=40,3%, 2020=42,8%, 2021=40,9%; p<0,001).
Après ajustement, le groupe 2020 était un facteur de risque de cancer avancé (OR=1,10; IC95%=1,06-1,14; P<0,001).
Les autres facteurs de risque de cancer avancé étaient un score de comorbidité élevé, un score de risque de fragilité faible, une malnutrition, une résection urgente.

Conclusion : La pandémie et l'arrêt d'activité ont été responsables d'une aggravation des stades de cancers colorectaux en 2020.

P.008

La rémission clinico-radiologique complète améliore la qualité de vie des patients atteints de maladie de Crohn avec fistule ano-périnéale traitée par darvastrocel : un argument supplémentaire pour obtenir la rémission profonde chez ces patients !

M. Akaffou [1], V. de Parades [1], M.A. Haouari [1], A. Fels [1], N. Fathallah [1]
(1) Paris.

Introduction : Depuis la commercialisation du darvadstrocel (cellules souches mésenchymateuses allogéniques d'origine adipocytaire) en France en 2020, nous disposons de peu de données en vraie vie. Nous avons évalué nos premiers patients injectés avec cette thérapie et suivis au minimum durant 12 mois.

Patients et Méthodes : L'étude était prospective mono-centrique, incluant de manière consécutive tous les patients atteints de maladie de Crohn avec une fistule ano-périnéale complexe traitée par darvadstrocel entre juillet 2020 et juillet 2021. Ces patients ont été suivis durant les 12 mois après l'injection.
Les critères de jugement principal étaient la réponse clinique et radiologique. La réponse clinique était complète en cas de fermeture complète non cathétérisable de tous les orifices externes (OE), sinon partielle en cas de fermeture de ≥ 50 % des OE sans écoulement à la pression. La réponse radiologique était complète quand il n'y avait que des séquelles fibreuses sans aucun rehaussement inflammatoire, ni abcès, sinon partielle quand il y avait une amélioration de certains critères radiologiques (caractère inflammatoire, longueur, diamètre) sans nouvelle fistule ni abcès. La réponse combinée clinico-radiologique complète (« rémission profonde ») était définie par l'association d'une réponse clinique et radiologique complète. Les autres situations étaient considérées comme des échecs du traitement.
Les critères de jugement secondaires étaient l'efficacité symptomatique (score PDAI), le profil d'innocuité, l'impact sur la continence anale (score de Jorge et Wexner), l'impact sur la qualité de vie (CAF-QoL*) et les facteurs prédictifs de rémission profonde.

Résultats : Vingt-sept patients ont été inclus de manière consécutive sans aucun perdu de vue. A 12 mois, une réponse clinique a été observée chez 85,9% des patients (51,9% complète). Une réponse radiologique a été observée chez 69,2% des patients (50% complète). La réponse profonde a été observée chez 34,6% des patients.
Le score PDAI moyen a baissé significativement après injection, de 6,4 ± 2,1 à l'inclusion à 1,6 ± 2,2 à 12 mois (p<0,001). Aucun effet indésirable majeur et aucun impact sur la continence anale n'ont été signalés au cours de suivi.
Le score CAF-QoL moyen a baissé de manière significative après injection, passant de 54,0 ± 24,7 à l'inclusion à 25,5 ± 20,7 à 12 mois (p<0,001). A 12 mois, ce score ne différait pas chez les patients qui étaient en rémission clinique complète *vs* ceux qui ne l'étaient pas. En revanche, le CAF-QoL moyen à M12 était significativement plus bas chez les patients en rémission profonde *vs* qui ne l'étaient pas (p=0,01).
Une fistule à trajets multiples (p=0,01) et un traitement par infliximab (p=0,02) étaient significativement associés à cette rémission profonde. Le traitement par infliximab était par ailleurs davantage utilisé en cas de présence d'une fistule à trajets multiples (80% *versus* 58,3 %, p=0,01).

Conclusion : Sur des critères d'évaluation plus stricts que ceux de l'étude ADMIRE, l'injection de darvadstrocel a permis dans notre série une réponse clinique complète et une rémission profonde dans respectivement la moitié et le tiers des cas, avec un bon profil d'innocuité. Le PDAI a significativement diminué chez tous les patients en réponse clinique et/ou radiologique, y compris partielle. Il en a été de même pour le score CAF-QoL. Toutefois, à 12 mois, ce score ne différait significativement que chez les patients en rémission profonde.

P.009

Prise en charge de la suppuration anale aiguë de la maladie de Crohn : données préliminaires multicentriques françaises de la cohorte 3 TLAP

A. Landemaine [1], I. Etienney [2], L. Abramowitz [2], N. Fathallah [2], F. Pigot [3], L. Siproudhis [1]
(1) Rennes ; (2) Paris ; (3) Bordeaux.

Introduction : La prise en charge de la suppuration anale de la maladie de Crohn est multimodale. Elle comprend le drainage des suppurations, les biothérapies, et les antibiotiques. Cependant, il peut exister des variations importantes d'un centre à l'autre et on ne dispose pas de données « en vraie vie ». Seuls les essais scientifiques ou les expériences monocentriques sont aujourd'hui publiés. Les données en population restent très parcellaires et peu descriptives. L'objectif du travail était l'analyse de la prise en charge initiale des patients souffrant d'une suppuration anale non ou mal drainée.

Patients et Méthodes : 18 centres français (GETAID et GREP) ont recueilli prospectivement les données phénotypiques, d'examen clinique et de prise en charge thérapeutique des 156 premiers patients adultes d'une cohorte afin de déterminer les modalités de prise en charge initiale, les réponses thérapeutiques et les rechutes après un suivi de trois ans. Les critères d'inclusion sont représentés par une suppuration anale de maladie de Crohn qui impose un drainage chirurgical. La qualité du recueil et les critères de réponse thérapeutique sont exigeants (IRM). Seules les données de la prise en charge initiale sont analysées dans ce premier travail parce qu'on ne dispose pas encore de la totalité des inclusions et d'un recul suffisant.

Résultats : Les données de 156 malades (âge médian 33 [27-44], sex ratio : 1 ; Tabac 26%); ont fait l'objet d'une analyse. A l'inclusion, le score médian d'Harvey Bradshaw était de 4 [1,5-7] et il était d'au moins 8 chez 56 malades (36% des cas). Il existait des troubles de la continence fécale significatifs (score>4) dans 38% des cas. Les deux tiers des patients avaient déjà fait l'objet d'une prise en charge chirurgicale proctologique avant inclusion dont plus de deux gestes pour la moitié d'entre eux. Au moins un geste de fistulotomie avait été réalisé pour 15%, une chirurgie d'obturation pour 23% des cas. La prise en charge à l'inclusion concernait une suppuration complexe dans 67% des cas et la fistule était haute dans 70% des cas. Les fistules étaient multiples dans 21%, un abcès anal était présent dans 31% et une cellulite pelvienne dans 3% des cas. La diffusion était intramurale dans 11% et il existait une participation anovaginale ou vulvaire chez 16% des femmes. Il existait des ulcérations anales synchrones dans 33%, une sténose anale dans 10% et une atteinte rectale dans 70% des cas. Un traitement de drainage a été réalisé dans 99% des cas majoritairement sous anesthésie générale (74%), avec mise en place d'une anse de drainage dans le trajet principal pour 68% et dans le trajet secondaire pour 23% des cas. Il a fallu réaliser une dilatation anale dans 5% ; et une fistulotomie dans 19% des cas. Il existait un traitement par biothérapie en cours dans 76% des patients : Infliximab 37%, adalimumab 22%, ustekinumab 14% et vedolizumab 3% ; 31% des malades étaient sous thiopurines et 6% sous méthotrexate. Le métronidazole et la ciprofloxacine n'étaient prescrits que chez 6% et 3% des malades respectivement. Seuls 4 malades (3%) étaient sous corticoïdes au moment du geste.

Conclusion : L'activité des centres de recours illustre la gravité des lésions suppuratives anales en lien avec la maladie de Crohn (fistules complexes, maladie luminale active, incontinence fécale). Cependant, certaines prises en charge différentes des recommandations (fistulotomie, antibiothérapie, combothérapie) questionnent les pratiques (mais aussi les recommandations).

Remerciements, financements, autres :
Takeda Janssen AbbVie Celltrion MSD, centres GREP& GETAID SNFGE pour Bourse COMAD

P.010

Endoscopie digestive interventionnelle en ambulatoire : étude prospective, monocentrique

A. Laquière [1], D. Peyret [1]
(1) Marseille.

Introduction : L'endoscopie digestive interventionnelle est habituellement réalisée en hospitalisation conventionnelle. Peu d'études ont évalué la faisabilité de la cholangio-pancréatographie rétrograde endoscopique (CPRE), de la dissection sous muqueuse (ESD), de la mucosectomie œsophagienne, de la Per Oral Endoscopic Myotomy (POEM) et de la Gastric-Per Oral Endoscopic Myotomy (G-POEM) en hospitalisation ambulatoire. Le but de l'étude était d'évalué la sécurité de ces techniques endoscopiques avec une surveillance à domicile par des infirmières.

Patients et Méthodes : Les patients nécessitant une CPRE, une ESD, une POEM, une mucosectomie œsophagienne et une G-POEM ont été inclus dans l'étude. Ces patients devaient être accompagnés à domicile, habiter à moins de 20 km du centre d'endoscopie et ne pas présenter de comorbidités majeures (ASA 1,2,3). Les patients à risque de pancréatite aigüe post CPRE et les patients sous anticoagulants et sous antiagrégants (clopidogrel/prasugrel/ticagrelor) ont été exclus. Le critère d'évaluation principal était le taux de ré-hospitalisation dans les 30j, les critères de jugements secondaires étaient la gestion des complications à domicile (taux de douleurs abdominales nécessitant des antalgiques de classe 2, saignement digestif modéré). Un protocole post-opératoire à domicile, de surveillance et de traitement, a été instauré.

Résultats : Entre juillet 2021 et aout 2022, 85 patients ont participé à l'étude. 22 patients ont refusé une prise en charge ambulatoire. L'Age moyen était de 65,3 ans (+/- 7 ans), tous les patients étaient ASA 2 ou 3. 42 patients avaient une CPRE pour le traitement de calculs biliaires (n=20), de pancréatite chronique (n=16), et de cancer pancréatique (n=6). 11 patients avaient une mucosectomie haute, 8 pour EBO en DHG/DBG, et 3 pour carcinome épidermoïde in-situ. 8 patients avaient une dissection sous muqueuse pour EBO en DHG et 19 patients pour des cancers superficiels (CIS/DHG/sm1) du rectum et du colon. 3 patients avaient une POEM pour achalasie et 2 patients avaient une G-POEM pour gastroparésie. Le taux global de réhospitalisassions dans les 30 jours était de 8,2% : les patients présentaient une pancréatite post CPRE dans 5,7 % et une hémorragie digestive dans 2,5%. Les complications traitées à domicile après évaluation clinique téléphonique avec l'infirmière étaient : des douleurs abdominales transitoires nécessitant des antalgiques de classe 2 (18 %) et des rectorragies transitoires (4%).

Conclusion : L'endoscopie digestive interventionnelle semble possible en ambulatoire avec une prise en charge à domicile protocolisée.

P.011

La dissection sous-muqueuse des lésions appendiculaires est faisable et sûre : étude rétrospective multicentrique

M. Figueiredo Ferreira [1], C. Yzet [2], T. Wallenhorst [3], J. Rivory [4], F. Rostain [4], M. Schaefer [5], J.B. Chevaux [5], S. Leblanc [4], V. Lepilliez [4], F. Corre [6], G. Rahmi [6], J. Jacques [7], M. Pioche [4]
(1) Bruxelles, BELGIQUE ; (2) Amiens ; (3) Rennes ; (4) Lyon ; (5) Nancy ; (6) Paris ; (7) Limoges.

Introduction : La dissection sous-muqueuse endoscopique (DSM) permet la résection des néoplasies superficielles colorectales et est moins morbide qu'un traitement chirurgical. Jusqu'à peu, les lésions appendiculaires étaient jugées comme non ou difficilement résécables par endoscopie en raison du risque élevé de résection incomplète, de perforation ou d'appendicite aiguë. Récemment, plusieurs études de faibles effectifs ont rapporté la faisabilité et efficacité de la DSM pour le traitement de ces lésions. L'objectif de cette étude était d'évaluer les résultats en terme d'efficacité et de sécurité de DSM appendiculaire dans une cohorte multicentrique française.

Patients et Méthodes : De septembre 2019 à septembre 2020, nous avons rétrospectivement collecté les données de DSM appendiculaire à partir d'un registre prospectif multicentrique de DSM coliques réalisées dans sept centres. Les principaux paramètres évalués étaient les taux de résection en bloc et de résection R0 (défini comme marges libres d'adénome/adénocarcinome). La morbidité et la chirurgie de rattrapage ont aussi été rapportés.

Résultats : Cent douze patients ayant bénéficié d'une DSM pour le traitement d'une lésion épithéliale atteignant l'orifice appendiculaire ont été inclus dans cette analyse. L'âge moyen de la population analysée était 67,9 ± 10,6 [31-86] ans et 48/112 (42,9%) étaient du genre masculin. Quarante-sept (42%) patients avaient des antécédents d'appendicectomie, 15 (13,4%) avaient eu des biopsies préalables et 6 (5,3%) avaient déjà fait l'objet d'une tentative précédente de résection endoscopique sans succès. Le degré d'envahissement selon la classification de Toyonaga était comme suit : 26 (23,2%) lésions de type 1, 23 (20,5%) de type 2, 41 (36,6%) de type 3, et 15 (13,4%) de type 3a.
La taille médiane des lésions était de 35,5 mm (IQR 24) et la durée médiane de résection était de 51 minutes (IQR 45). La technique de traction « double clip and rubber band traction » a été employée pour la majorité des procédures (85,7%) et la plupart des patients ont bénéficié d'une antibiothérapie prophylactique (89%). Les taux de résection en bloc et R0 étaient respectivement de 86,6% et de 80,4%, sans différence significative entre les lésions avec différents grades d'envahissement (p=0,9) ou entre les patients avec ou sans antécédents d'appendicectomie (p=0,9). 78.6% des patients ont eu une résection curative, selon la définition retenue dans les recommandations de la Société Européenne d'Endoscopie Digestive (ESGE). Dans le suivi, 16 (14,3%) patients ont bénéficié d'une résection chirurgicale complémentaire, 10 patients (8,9%) pour une résection non-curative et 6 (5,4%) pour une complication secondaire à la DSM (5 (4,5%) cas de perforation retardée et 1 cas d'appendicite aigue). Deux (1,8%) patients ont développé une appendicite aigue, dont une résolue par traitement médical strict. Aucun décès n'a été constaté.

Conclusion : La résection endoscopique par DSM des lésions atteignant ou envahissant l'orifice appendiculaire est faisable et constitue une alternative moins invasive et morbide que la chirurgie pour une portion significative de patients.

P.012

Gastroentéro-anastomose guidée sous écho-endoscopie : la technique assistée par drain d'irrigation jéjunale peut-elle augmenter la sécurité et la diffusion des anastomoses gastrointestinales endoscopiques ?

J.M. Gonzalez [1], S. Ouazzani [2], M. Thobois [3], C. Gomercic [3], G. Vanbiervliet [3], L. Monino [2], M. Gasmi [1], M. Barthet [1]

(1) Marseille ; (2) Bruxelles, BELGIQUE ; (3) Nice.

Introduction : La gastro-entéroanastomose guidée par échoendoscopie est une technique en cours de diffusion. Les recommandations Européennes la limitent aux indications malignes et la sévérité de ses complications potentielles en limitent la généralisation. Nous présentons dans une étude comparative l'apport de la technique assistée par drain d'irrigation jéjunale à la technique pionnière d'abord directe.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective bicentrique de cas consécutifs, conduite chez des patients ayant bénéficié d'une gastro-entéroanastromose sous échoendoscopie, soit par abord direct (GEGE-AD), soit assistée par drain naso-jéjunal (GEGE-ADN). Les indications étaient des obstructions soit tumorales soit bénignes avec une indication validée de manière pluridisciplinaire. L'objectif principal était d'évaluer la faisabilité et le taux de d'évènements indésirables des deux approches de manière comparative. Les objectifs secondaires étaient d'évaluer l'efficacité de la procédure (reprise d'une alimentation normale et/ou levée du syndrome occlusif) et de documenter la gestion des complications.

Résultats : 57 patients consécutifs ont été traités en deux périodes par gastro-entéroanastomose guidée sous échoendoscopie par abord direct (n=33) jusqu'en Mai 2022 dans un centre puis par gastro-entéroanastomose guidée sous échoendoscopie assistée par drain naso-jéjunal (n=24) à partir de Mai 2021 ou 2022 dans deux centres. Les patients étaient âgés en moyenne de 66,8 ans (42,1% de femmes). Les indications étaient bénignes dans 18 cas (31.5%) (pancréatite chronique, maladie de Crohn, sténose duodénale peptique ou caustique, gastroparésie). Le suivi moyen était de 13.5 mois . Des prothèses d'apposition LAMS de 20 mm ont été utilisées chez 49 patients (85.9%). Des complications étaient observées dans 9 cas (15,7%) mais de manière significativement supérieure dans le groupe GEGE-AD (21.8%) par rapport au groupe GEGE-ADN (8%)(p=0.02). Les principales complications étaient le mauvais déploiement de la prothèse (8 cas) et une hémorragie (1 cas) ; un seul patient a été opéré, les autres ayant bénéficié de la "stent-in stent technique" avec la poe d'une 2eme prothèse d'apposition et des suites simples. Les taux de succès technique et cliniques étaient comparables, respectivement de 90.6% *vs* 96% et 87.5% *vs* 96%.

Conclusion : La nouvelle technique de gastro-entéroanastomose guidée sous échoendoscopie assistée par drain d'irrigation naso-jéjunal offre des résultats fonctionnels excellents (>90%) avec une morbidité significativement réduite à 8%, permettant une diffusion sécurisée.

P.013

Dissection sous-muqueuse colorectale : inclusion en totalité *vs* échantillonnage selon CONECCT

R. Gérome [1], A. Charissoux [1], R. Legros [1], H. Lepetit [1], J. Albouys [1], M. Dahan [1], F. Labrousse [1], M. Duchesne [1], A. Guyot [1], J. Jacques [1]

(1) Limoges.

Introduction : La dissection sous-muqueuse (DSM) rend possible l'exérèse monobloc des lésions colo-rectales à extension superficielle (LST) de grande taille. Elle permet également de réaliser une exérèse curative de certains cancers sous-muqueux (CSM) avec critères histologiques précis. L'analyse endoscopique permet d'identifier les zones suspectes en fonction de l'analyse morphologique et de classifications endoscopiques. Actuellement, il est recommandé d'inclure en totalité les DSM pour examen microscopique, ce qui nécessite des temps technique et médical importants, bien qu'il n'existe pas de cotation spécifique.
Nous avons voulu évaluer s'il était possible d'échantillonner les DSM en se basant sur les zones suspectes repérées en endoscopie, sans perte d'information comparativement à l'inclusion en totalité. Les objectifs secondaires étaient d'évaluer la prédiction de l'exérèse latérale et le temps nécessaire à la prise en charge des DSM incluses en totalité.

Matériels et Méthodes : Il s'agissait d'une étude monocentrique avec inclusion prospective de DSM colorectales. Les critères d'exclusion étaient : tumeur neuro-endocrine et non épithéliale. En cas de zone(s) suspecte(s) en endoscopie, un repérage par encre était effectué par le médecin réalisant le geste sur la pièce de DSM, après extraction de cette dernière et fixation sur un liège. Les critères d'encrage étaient ceux de la classification en lésion CONECCT IIc: ulcération, macronodule, zone pseudo-déprimée, Kudo VI ou VN, Sano IIIA ou IIIB. Après l'inclusion en totalité et la réalisation du compte rendu anatomopathologique, les lames correspondant à la zone suspecte encrée étaient relues par un pathologiste en aveugle du résultat final pour évaluer si leur analyse seule entrainait une perte d'information.
Nous avons également étudié les sections latérales et quantifié le temps nécessaire à la prise en charge macroscopique et microscopique des DSM. Le nombre de blocs réalisés pour l'inclusion en totalité et pour l'inclusion de la zone suspecte ont été évalués.

Résultats : Nous avons inclus 299 DSM colorectales entre mai 2020 et décembre 2021 dont 146 présentaient une zone suspecte en endoscopie. Seuls 2 cancers sous muqueux (CSM) n'étaient pas présents au sein d'une zone encrée, tous les 2 pT1a avec une invasion <1000 microns sans critère péjoratif. Pour la détection des CSM, la Se, la Spe, la VPP et la VPN du repérage étaient respectivement de 0,946, 0,58, 0,241 et 0,987.
Seules 18 lésions sur 153 non encrées (12%) présentaient au moins de la dysplasie de haut grade sur l'analyse finale. Le taux de R1 était de 4 %. 36 DSM ont été encrées au niveau des marges car suspectes d'être R1. 12 lésions étaient R1, dont 6 avaient été encrées. Pour la détection du R1, la Se, la Spe, la VPP et la VPN du repérage étaient respectivement de 0,5, 0,981, 0,16 et 0,981. L'inclusion en totalité nécessitait en moyenne 23,9 (± 15,8) blocs *vs.* 9 (± 7,3) pour les zones suspectes. En macroscopie la prise en charge durait en moyenne 16 (± 9,5) min et le temps de lecture au microscope était en moyenne de 11,5 (± 12,1) min.
L'analyse seule des zones encrées était concordante dans 100% des cas pour déterminer la résection curative ou non. Pour la surveillance endoscopique, l'analyse seule des zones encrées était concordante avec l'analyse totale dans 97% des cas. L'analyse uniquement des zones encrées permettait d'éviter la lecture de 5238 blocs au total soit un gain potentiel de 2783 minutes (46 heures).

Discussion : La présence dans notre série de 2 CSM non repérés ne nous permet pas de valider avec certitude un échantillonnage des DSM selon CONECCT à l'heure actuelle. Toutefois, l'impact sur la prise en charge recommandée du malade est minime.

Conclusion : La détection des CSM était excellente et l'impact sur la prise en charge du malade basée sur l'analyse uniquement de la zone encrée était quasiment nulle, pouvant faire discuter pour le futur une analyse anatomopathologique guidée par des outils d'imagerie endoscopique. La DSM est une technique nécessitant un temps de prise charge important justifiant la création d'une cotation spécifique en anatomopathologie.

P.014

Résultats de l'enquête écolo-endoscopie de la SFED

L. Héroin [1], M. Pioche [2], S. Koch , J.B. Chevaux [3], E. Theriaux [2], T. Deregnaucourt [4], B. Hamel [5], M. Kaassis [6], K. Tchirikhtchian [7], J. Lacroute [1], M. Mochet [2], O. Gronier [1], A. Vienne [8]

(1) Strasbourg ; (2) Lyon ; (3) Nancy ; (4) Besançon ; (5) Villefranche-sur-Saône ; (6) Cholet ; (7) Bezannes ; (8) Paris.

Introduction : L'écologie est un enjeu majeur de notre temps, qui s'invite désormais à l'hôpital et en salle d'endoscopie. Ainsi, la commission écolo-endoscopie de la SFED a été créée en 2021.

Matériels et Méthodes : Deux formulaires en ligne ont été créés et envoyés via la liste de diffusion de la SFED (médecins et infirmières). Le premier questionnaire comprenait 32 questions, concernant les participants, leur sensibilité à la cause écologique, l'existence de circuits de recyclage dans leur établissement, leur connaissance des déchets médicaux, les vêtements portés en salle d'endoscopie, le type d'eau utilisé, le stockage des endoscopes et l'utilisation du petit matériel. Le second questionnaire était composé de 31 questions, concernant les participants, leurs systèmes de stockage de données, les gestes écologiques quotidiens, les moyens de transport utilisés, et les axes de développement pour un congrès national plus écologique.

Résultats : La collecte des données a eu lieu de janvier à avril 2022. 707 participants ont répondu au questionnaire, 385 au deuxième, répartis sur tout le territoire français.
Premier questionnaire : 394 (55.7%) médecins, et 273 infirmières (38,6%) ont répondu au questionnaire. Le reste des participants était composé de cadres et d'ASH. 35.5% avaient moins de 40 ans, 54,3% entre 40 et 60 ans et 10.2% de plus de 60 ans. 32.3% travaillaient en CHG, 4.2% en Espic, 10.0% en clinique privée financièrement autonome, 29.3% en clinique privée au sein d'un grand groupe et 24.2% en CHU. 50.4% travaillaient dans une unité d'endoscopie indépendante d'un bloc opératoire. La moyenne de la sensibilité à la cause écologique était de 7.5/10.
73.1 % des participants savaient qu'il y avait un circuit de recyclage du verre dans leur établissement, 38.3 % un circuit de recyclage du carton et 59.3 % un circuit de recyclage du plastique. 96.5% savaient que les dchets DASRI doivent être incinérés. Cependant, 5.4% seulement savaient que l'incinération de chaque tonne de DASRI est pourvoyeuse d'émission de 1000 kg de CO_2. Seulement 17.3% des participants savaient que les emballages qui entrent dans une salle de bloc doivent être incinérés.
Concernant les tenues portées, 71.2% des participants portent des tenues en tissu, 87.6 des calots à usage unique, et 88.7% des sabots lavables. Lorsqu'il fait froid, 63.4% portent des surblouses à usage unique.
Pour les tests d'aspiration, 45% des participants utilisent des cupules en plastique à usage unique, 57.7% utilisent de l'eau stérile pour le test des endoscopes et 71.9% la même eau pour la pompe de lavage. 91% ne savent pas que le lavage d'un endoscope requiert 80-100 litres d'eau.
88.4% utilisent des pistons réutilisables. 82.5% pensent que les endoscopes à usage unique sont moins écologiques. 49.5% utilisent des cales-bouches réutilisables. 94.3% utilisent des clips à usage unique.
Deuxième questionnaire : 385 participants, 55.1% de médecins et 173 infirmières et ASH, on répondu. 37.9% avaient moins de 40 ans, 52.5% entre 40 et 60 ans, et 9.6% de plus de 60 ans, également de toute la France. 37.1% travaillaient en CHG, 5.2% en Espic, 6.7% en clinique privée financièrement autonome, 22.9% en clinique privée au sein d'un grand groupe et 20% en CHU. 49.6% travaillaient dans une unité d'endoscopie indépendante d'un bloc opératoire. La moyenne de la sensibilité à la cause écologique était de 7.7/10.
90% avaient personnellement entrepris des actions à visée écologique. 75.3% éteignent leur ordinateur en fin de journée, 23.4% ont plus de 10000 mails, 39% savent que chaque mail a un impact carbone de 100 g de CO_2. 21.6% se rendent au travail à vélo, 60.3% en voiture. Seulement 6.2% se rendront en congrès en avion, et 44% souhaitent un format mixte de congrès (présentiel et distanciel) à l'avenir.

Concernant l'impression des photos, 24.6% sont stockées sur un serveur, 35.1% sont stockées et imprimées, 30.1% uniquement imprimées. 50.7% disposent de recyclage du papier, 22% utilisent du papier recyclé, 29.6% utilisent le mode éco de l'imprimante, 7% seulement ont un système d'extinction électrique centralisé en fin de journée, 24.9% ont un système qui permette de couper la climatisation/chauffage durant la nuit ou le week-end. 39.4% ont la possibilité, quand le motif de la consultation pour programmer une endoscopie est connu à l'avance, d'organiser la consultation d'anesthésie le même jour, pour limiter les transports du patient. 92% n'ont pas de recours régulier à la téléconsultation, 18% en raison d'un frein par la cotation de la téléconsultation « TC » et non « APC ».

Conclusion : Cette étude de pratique est un reflet global des pratiques écoloendoscopiques en France et nous permet d'avoir des résultats concrets et des axes de travail sur lesquels nous baser afin de diminuer l'impact carbone de l'endoscopie digestive.

P.015

La coloscopie à l'aide de la réalité virtuelle en alternative à l'anesthésie : une étude d'équivalence

E. Neuville [(1)], J. Sitte [(1)], C. Baumann [(1)], M. François [(1)], S. Daude [(1)], B. Caron [(1)], M. Vinson [(1)], I. Quilici [(1)], M. Simonnot [(1)], M. Bensenane [(1)], A. Lopez [(1)], J.B. Chevaux [(1)], M. Schaefer [(1)]

(1) Nancy.

Introduction : La coloscopie, considérée comme le gold standard pour l'examen du colon, est une procédure invasive qui peut être responsable de douleur et d'inconfort pour le patient. La sédation est le plus souvent utilisée pour permettre la qualité du geste et le confort du patient mais celle-ci n'est pas dénuée de risques notamment sur le plan cardiovasculaire et pulmonaire. Elle représente également une logistique, un coût et un impact écologique non négligeables. La réalité virtuelle est une méthode non pharmacologique permettant de distraire l'attention et pouvant diminuer la douleur des patients, déjà utilisée dans d'autres domaines médicaux comme la radiologie interventionnelle, les soins des grands brûlés ou la pédiatrie. L'objectif principal de l'étude est de comparer le taux de succès de la coloscopie à l'aide de la réalité virtuelle à celui de la coloscopie sous anesthésie en ambulatoire dans un centre universitaire.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude d'équivalence observationnelle prospective monocentrique non randomisée,. La réalité virtuelle était réalisée à l'aide du masque et du casque audio Healthy Mind. Les patients majeurs bénéficiant d'une coloscopie en ambulatoire, capables de répondre à un questionnaire ont été inclus. Les patients sourds/malentendants, aveugles, déments, psychiatriques non équilibrés, connus pour des polyposes ou dolichocôlon ont été exclus. 70 patients ont été inclus dans le groupe réalité virtuelle, le même nombre est en cours d'inclusion sous sédation pour un total de 140 patients.
Le critère de jugement principal est le taux d'intubation caecale, c'est-à-dire la visualisation de l'ensemble des segments du colon jusqu'au caecum. Les critères de jugements secondaires sont : la douleur évaluée par échelle numérique, l'anxiété par l'inventaire d'anxiété de Spielberger (STAI), le confort par l'échelle de Gloucester et la satisfaction du patient et de l'opérateur par une échelle numérique. Ces informations ont été recueillies par des questionnaires remplis avant et après le geste par le patient et par l'opérateur.
Un score de propension sera construit à l'aide d'un modèle de régression logistique multivarié. Les comparaisons entre les groupes seront ajustées sur ce score. Le test de Farrington & Manning Likelihood Score sera utilisé pour vérifier l'hypothèse d'équivalence.

Résultats : Présentation des résultats de l'analyse descriptive du groupe réalité virtuelle en attendant la fin d'inclusion du groupe sous anesthésie générale.
Le groupe comprend 40 hommes (57.1%) et 30 femmes (42.9%). Les indications des coloscopies sont : anémie, extériorisation, antécédents familiaux ou personnels de polypes, douleurs abdominales, troubles du transit, anomalies à l'imagerie, MICI, tests FIT positifs.
Le temps total moyen de la coloscopie est de 34.67 min. Le score de Boston est en moyenne de 8.41/9.
Le taux d'intubation caecale est de 88.6% (62/70).
Sur l'échelle numérique de 0 (pas de douleur) à 10 (douleur maximal imaginable), la douleur pré-geste est en moyenne de 1.43/10 et pendant le geste de 3.27/10.
Concernant l'anxiété, le score validé STAI a été utilisé, composé de 20 items pour un score total allant de 20 (absence d'anxiété) à 80 (anxiété majeure). L'anxiété pré geste est en moyenne de 35.7/80 et post geste de 30/80, correspondant à un très faible degré d'anxiété selon STAI.
Le confort durant le geste évalué sur l'échelle de Gloucester de 1 (confortable) à 5 (inconfort important) est en moyenne de 1.74/5.
La satisfaction sur une échelle de 0 (non satisfait) à 10 (satisfaction totale) est en moyenne de 8.86/10 pour le patient et de 8.84/10 pour l'opérateur.
92.9% des patients se disent prêt à recommencer le geste à l'identique et 87.1% concernant l'opérateur.

Conclusion : La réalité virtuelle est encore peu

utilisée en France en endoscopie digestive. Elle représente une alternative non pharmacologique intéressante pour la réalisation de la coloscopie, en supprimant les risques liés à l'anesthésie tout en maintenant une qualité du geste satisfaisante et en assurant le confort pour la majorité des patients.

P.016

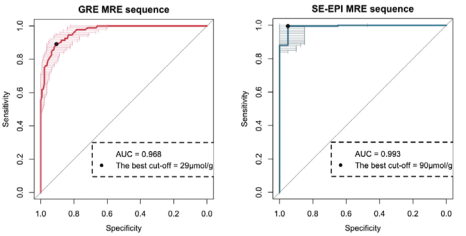
Prédiction de l'échec d'élasto-IRM à 3T chez les patients ayant une surcharge ferrique hépatique : séquences SE-EPI *vs* GRE

T.H.T. Chau [(1)], E. Bannier [(1)], E. Bardou-Jacquet [(1)], Y. Gandon [(1)]
(1) Rennes.

Introduction : L'imagerie résonance magnétique du foie est considérée comme la technique non invasive la plus précise pour la quantification du fer et de la graisse hépatique mais aussi grâce à l'élastométrie (élasto-IRM) pour l'évaluation de la fibrose hépatique. Chez les patients ayant une hépatopathie chronique, différents niveaux de surcharge hépatique en fer peuvent être associés : légère dans le syndrome dysmétabolique, plus importante en cas de cirrhose ou surtout d'hémochromatose. La séquence 2D gradient écho (2D GRE) est la séquence d'élasto-IRM la plus répandue mais sa susceptibilité magnétique élevée est responsable d'une chute de signal en cas de présence excessive de fer hépatique, aboutissant à un examen non interprétable. Plus récemment une séquence 2D spin echo echo plannar imaging (2D SE-EPI), à susceptibilité magnétique moindre, a été recommandée en cas de surcharge hépatique ferrique. L'objectif de cette étude a été d'identifier, pour ces deux types de séquence, le seuil de concentration hépatique en fer, déterminé par l'IRM (CHF-IRM), amenant à un échec d'élasto-IRM à 3T.

Patients et Méthodes : Cette étude rétrospective a inclus 276 patients ayant eu, lors d'une IRM hépatique à 3T, les deux séquences d'élasto-IRM, GRE et SE-EPI MRE, pour l'évaluation de la fibrose et une séquence multi écho GRE pour la quantification du fer et de la graisse selon une méthode précédemment validée [14]. Après avoir exclu 46 examens avec un échec purement technique, nous avons analysé les deux séquences d'élasto-IRM de 230 examens en les classant chacune comme réussie ou échouée, selon que la surface de fiabilité de mesure était suffisante ou insuffisante. Le seuil et la performance de la CHF-IRM pour prédire la survenue d'échecs d'élasto-IRM liés à la présence du fer dans le foie a été évaluée par le ROC et l'AUROC.

Résultats : 230 patients (âge moyen 56 ans, 77% de femmes) ont été retenus pour l'analyse. La CHF-IRM moyenne était de 51 µmol/g (12 à 508 µmol/g, N<36µmol/g). Le taux d'échec lié à la présence du fer pour la séquence GRE a été de 60% (138/230) et celui pour la séquence SE-EPI de 8,7% (20/230). La CHF-IRM moyenne dans le groupe des patients avec échec de la séquence SE-EPI MRE était de 226 ± 149 µmol/g, significativement supérieure à celle en cas d'échec de la séquence GRE MRE 70 ± 85 µmol/g (p < 0,001).



Le meilleur seuil de CHF pour prédire l'échec de l'examen dû au dépôt de fer dans le foie pour la séquence GRE était de de 29 µmol/g avec une sensibilité (Se) de 90,6 %, une spécificité (Sp) de 89,1 % et un AUROC de 0,968. Ce seuil de CHF-IRM pour la séquence SE-EPI MRE était de 90 µmol/g avec une Se de 95 %, une Sp de 99,5 % et un AUROC 0,993.

Conclusion : Cette étude démontre qu'une séquence GRE d'élasto-IRM risque d'échouer, à 3T, chez les patients ayant une CHF-IRM même peu élevée (29 µmol/g), dans les limites de la normale. En revanche, la séquence SE-EPI peut être utilisée avec succès chez les patients ayant une CHF-IRM plus élevée, mais uniquement jusqu'à 90 µmol/g. En cas d'échec, il faut proposer une technique alternative pour évaluer une éventuelle fibrose hépatique.

P.017

Evaluation du taux de séroconversion précoce anti-VHE après transplantation hépatique dans une cohorte des patients cirrhotiques

A. Mazzola [1], E. Todesco [1], S. Ali [1], M. Bastide [1], P. Flandre [1], F. Charlotte [1], S. Sayon [1], V. Calvez [1], D. Thabut [1], O. Scatton [1], A.G. Marcelin [1], F. Conti [1]

(1) Paris.

Introduction : Après transplantation hépatique (TH), l'infection par le VHE peut évoluer vers la fibrose hépatique avec un risque accru de cirrhose, de perte du greffon et de décès. De plus, la transmission du VHE lors de transfusions sanguines ou de transplantation d'organes solides ne peut être exclue. Dans ce contexte, nous avons évalué la séroprévalence du VHE chez les patients cirrhotiques avant la TH et étudié la séroconversion précoce vis-à-vis du VHE après TH

Matériels et Méthodes : Nous avons réalisé une étude non interventionnelle, monocentrique et rétrospective dans une cohorte de patients cirrhotiques transplantés entre 2017 et 2020. Tous les échantillons de sang (<2 ans avant et <1 an après la TH) ont été testés pour les IgG et IgM anti-HEV sur Liaison XL® (DiaSorin, Saluggia, Italie). Tous les échantillons de sang après la TH et les prélèvements de foie explanté ont été testés pour l'ARN viral par RT-PCR en temps réel (Realstar®2.0, Altona Diagnostics, Hambourg, Allemagne).

Résultats : Parmi les 436 TH, 95 avait des échantillons disponibles et ont été inclus. L'âge médian était de 57 ans (IQR:44-63) et 73% (n=70) étaient des hommes. L'étiologie la plus fréquente de la cirrhose était l'alcool (42%, n=40). Le CHC était la principale indication de la TH (40%, n=38). Le score MELD médian à l'inscription sur la liste d'attente était de 17(IQR:11-25). Les caractéristiques et les facteurs de risque des patients sont présentés dans le Tableau 1. Le délai médian entre la prise de sang et la TH était de 54 (IQR:16-216) et 80 (IQR:23-200) jours avant et après la TH, respectivement. La séroprévalence du VHE IgG et IgM était de 13% (n=12) et 2% (n=2) avant la TH, respectivement. Le taux de séroconversion précoce après la TH était de 6% chez les patients séronégatifs (n=5/83). Parmi eux, tous les échantillons sanguins (avant et après la TH) étaient négatifs pour l'ARN du VHE, à l'exception d'un patient qui a présenté une charge virale positive (4 log UI/mL) en même temps qu'une sérologie négative 28 jours après la TH. Il a développé une infection chronique et a été traité par Ribavirine pendant 6 mois et une baisse de l'immunosuppression, avec une évolution favorable. Chez 4 des 5 patients avec séroconversion, la RT-PCR était négative sur le foie explanté. En ce qui concerne les facteurs de risque de transmission du VHE, tous les patients ont reçu une transfusion sanguine lors de la TH.

Tableau 1. Caractéristiques cliniques et biologiques de la cohorte de 95 patients cirrhotiques transplantés hépatiques.

	N = 95
Sexe masculin, n (%)	70 (77)
Age, médiane (IQR)	57 (44-63)
BMI, médiane (IQR)	25 (21-28)
PRE TRANSPLANTATION HEPATIQUE (TH)	
Étiologie de la maladie hépatique, n (%):	
NASH	21 (22)
Alcool	40 (42)
Viral	33 (34)
Auto-immune/ Maladies cholestatiques	23 (24)
Complications de la cirrhose, n (%)	
Carcinome hépatocellulaire	38 (40)
Encéphalopathie hépatique	47 (49)
Syndrome hépatorénal	12 (13)
Ascite réfractaire	48 (51)
Hydrothorax	5 (5)
Thrombose de la veine porte	19 (20)
TIPS, n (%)	10 (11)
MELD-score à l'inscription, médiane (IQR)	17 (11-25)
CHILD-PUGH à l'inscription, n (%):	
A	21 (22)
B	23 (24)
C	29 (31)
POST TRANSPLANTATION HÉPATIQUE	
Traitement immunosuppresseur, n (%):	
Corticostéroïdes	77 (81)
Tacrolimus	83 (83)
Inhibiteur de mTOR	4 (4)
Azathioprine	1 (1)
Mycophenolate mofetil (MMF)	69 (73)
FACTEURS DE RISQUES D'INFECTION PAR LE VHE, n (%)	
Voyages	4 (6)
Transfusion	
Avant TH	16 (17)
Pendant TH	39 (41)
Post TH	19 (20)

Conclusion : Nous rapportons un taux élevé et inattendu de séroconversion anti-VHE parmi notre cohorte de patients cirrhotiques ayant bénéficié d'une TH. Le résultat de la recherche du VHE dans le foie des receveurs n'a pas permis d'expliquer la réponse immunitaire observée chez ces patients. Des études prospectives sont nécessaires pour explorer les facteurs de risque de transmission du VHE. En particulier, le rôle des transfusions sanguines et la pertinence de tester les donneurs d'organes solides pour le VHE devraient être évalués

Remerciements, financements, autres : Etude réalise avec la paricipation financière du laboratoire Chiesi

P.018

Présentation clinique, biologique et élastométrique (FibroScan®) d'une série de 38 patients atteints d'amylose hépatique, cardiaque et/ou hépatique, et cardiaque seule

P. Carrier [1], J.F.D. Cadranel [2], E. Nguyen-Khac [3], L. Alric [4], X. Causse [5], A. Pauwels [6], L. Bettan [7], A. Baron [8], H. Zougmoré [2], A. Cypierre [1], J. Abraham [1], M. Debette-Gratien [1], J.R. Ngele Efole [2], G. Fantognon [2], R. Smadhi [2], M. Medmoun [2], A. Jaccard [1], T. Le Magoarou [2], V. Loustaud-Ratti [1], .. ANGH [9]

(1) Limoges ; (2) Creil ; (3) Amiens ; (4) Toulouse ; (5) Orléans ; (6) Gonesse ; (7) Villeneuve-Saint-Georges ; (8) Corbeil-Essonnes ; (9) Montfermeil.

Introduction : L'atteinte hépatique au cours de l'amylose AL est fréquente (jusqu'à 70% dans les séries autopsiques) souvent peu symptomatique et de mauvais pronostic. Elle résulte de l'agrégation des chaînes légères d'une Ig monoclonale sous forme de fibrilles qui se déposent en extra-cellulaire. L'atteinte hépatique de l'amylose (AH) est peu étudiée par les hépatologues. Récemment, une série universitaire française a été rapportée mais ne comporte aucune donnée d'élastométrie (1) alors qu'un score élevé semble jouer un rôle clef pour évoquer son diagnostic (2).

Patients et Méthodes : Nous présentons ici une série de 38 patients avec soit une AH isolée, soit une amylose hépatique et cardiaque (AH et AC), soit une amylose cardiaque pure (AC), et ayant tous eu une mesure par FibroScan® (FS). Nous avons comparé leurs valeurs de FS.

Résultats : Parmi les 38 patients étudiés, 22 hommes d'âge moyen 68 ans, [PC1] 36 avaient une amylose AL, une amylose AA et une amylose à transthyrétine. 8 avaient une AH isolée, 14 une AC isolée, 16 une AH et une AC selon les critères du 10th International Symposium on Amyloid and Amyloidosis 2005. Les patients AC isolée étaient plus âgés que les patients AH isolée ou AH et AC (74,7 *versus* 68,1 et 61,9, p = 0,008). Les autres atteintes de l'amylose comprenaient le rein (24/38) et le nerf périphérique (4/38). Le poids, la taille, l'IMC étaient comparables dans les trois groupes. 80 % des patients ayant une AH isolée avaient une hépatomégalie *versus* 67 % des patients avec AC seule (p = 0,0014). 45 % avaient une altération de l'état général avec perte de poids chez 14 patients sans différence entre les 3 groupes. 28/38 avaient une cholestase anictérique définie par une PAlc > 1,5N. 87,5 % des patients avec AH et/ou AH et AC avaient une splénomégalie contre 64,3 % de ceux avec AC pure (p = 0,01). Le FS n'était interprétable que chez 24/38 (63%) patients La valeur médiane du FS dans la population globale était de 38,6 kPa. Les valeurs d'élastométrie en cas d'AH pure, d'AC pure et d'AH avec AC, étaient respectivement de 34,1 kPa (±28) avec un IQR/med à 2,5 (± 4,2), de 28,8 kPa (±25) avec un IQR/med à 13,5 (± 7,8) et de 58 kPa (± 24,5) avec un IQR à 6,4 (± 8,8) avec des différences n'atteignant pas le seuil de significativité. Une dilatation de la veine cave inférieure était présente chez 100 % des patients avec AC et chez aucun des patients avec AH seule. 9 patients ont eu une biopsie hépatique confirmant l'atteinte hépatique définie par les critères internationaux. Il est à noter que chez 5 patients (5/38), le diagnostic d'AH a été suspecté devant une cholestase avec une valeur élevée du FS sans cirrhose.

Discussion : Dans cette étude multicentrique rétrospective de patients atteints d'amylose avec AH et ou AC et ayant bénéficié d'un FS, nous mettons en évidence des valeurs d'élastométrie très élevées avec des chiffres supérieurs en cas d'AH pure ou d'AC+AH même si non significatif sur cette population. Nous notons que l'interprétabilité des valeurs d'élastométrie semble plus faible en cas d'amylose que pour l'évaluation de la fibrose dans les hépatopathies chroniques fréquentes.

Conclusion : La mesure de l'élastométrie hépatique par FibroScan® doit faire partie du bilan de tout patient atteint d'amylose et une valeur élevée peut aussi faire évoquer le diagnostic au cours d'une cholestase sans cirrhose. Les seuils pouvant définir une AH et/ou AC sont à définir ainsi que leur rôle pronostique.

Remerciements, financements, autres : ANGH.

P.019

Atézolizumab plus bévacizumab après échec d'une ou plusieurs lignes de TKI dans le CHC avancé

V. Haghnejad [1], M. Muller [1], L. Blaise [2], R. Gerolami [3], M. Bouattour [4], E. Assenat [5], S. Manfredi [6], J.M. Péron [7], A. Burcheri-Curatolo [1], A. Lopez [1], E. Ressiot Gerolami [3], P. Nahon [8], J.P. Bronowicki [9]

(1) Nancy ; (2) Bondy ; (3) Marseille ; (4) Clichy-la-Garenne ; (5) Montpellier ; (6) Dijon ; (7) Toulouse ; (8) Bobigny ; (9) Vandœuvre-lès-Nancy.

Introduction : La combinaison atezolizumab plus bevacizumab est devenue le traitement de référence en première ligne palliative dans le traitement du carcinome hépatocellulaire avancé. Les données d'efficacité et de sécurité de cette combinaison chez des patients déjà traités par une ou plusieurs lignes de TKI sont encore peu nombreuses.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective multicentrique menée dans 7 centres universitaires français sur 50 patients traités par atezolizumab plus bevacizumab après échec d'un traitement par une ou plusieurs de lignes de TKI. L'objectif principal était l'évaluation du taux de réponse objective (ORR) selon RECIST v1.1, évaluer la survie globale et la survie sans progression selon la méthode de Kaplan-Meier et collecter les effets indésirables.

Résultats : La combinaison de traitement par Atezolizumab plus bevacizumab a été débutée entre avril 2020 et novembre 2021 (médiane de suivi de 13,03 mois). L'étiologie de l'hépatopathie était virale pour 21 patients (42%) et non virale pour 29 patients (58%). 43 patients (86%) étaient Child-Pugh A. 12 patients avaient une AFP supérieure à 400ng/ml. Le nombre de lignes antérieures de traitement par TKI avant le début de l'immunothérapie étaient de 1 pour 24 patients (48%), 2 pour 14 patients, 3 pour 7 patients, 4 pour 5 patients. 98% avaient reçu du Sorafenib et 39% du cabozantinib avec une médiane de traitement par TKI de 11.4 mois. 41 patients ont progressés sous TKI et 9 patients ont arrêtés le traitement pour intolérance.
Avec atezolizumab plus bevacizumab, L'ORR était de 14% (95% CI 5.37 - 22.63 %) avec 7 patients ayant une réponse objetive et un taux de contrôle de la maladie (DCR) de 56% (95% CI 51.21 – 60.8 %). La médiane de survie était de 15.8 mois (95% CI 10.1 – 17.2 mois) et la médiane de survie sans progression de 7.5 mois (95% CI 3.84 – 10.78). 4 patients ont arrêté le traitement pour des effets secondaires de grade III/IV. L'utilisation antérieure de plusieurs lignes de TKI n'était pas un facteur prédictif de non réponse à l'immunothérapie.

Discussion : La combinaison atezolizumab plus bevacizumab toutes les 3 semaines permet d'obtenir une réponse objective et un contrôle de la maladie malgré l'utilisation d'une ou plusieurs lignes de TKI avec un profil de tolérance acceptable. Les données de la cohorte sont en cours d'actualisation avec une durée de suivi allongée et une comparaison à une cohorte rétrospective de patients traités par TKI.

Conclusion : Atezolizumab plus bevacizumab semble un traitement efficace et sûr chez des patients déjà traités par TKI pour un CHC avancé.

P.020

FIB4 et FibroScan® en psychiatrie : attention aux muscles !

A.J. Rémy [1], R. Bouquie [2], J. Hervet [1]
(1) Perpignan ; (2) Thuir.

Introduction : Les maladies du foie sont fréquentes chez les patients hospitalisés en psychiatrie qui cumulent les facteurs de risque : alcool, surpoids, syndrome métabolique, hépatite C et/ou B, médicaments hépatotoxiques. L'index FIB-4 est un biomarqueur simple et gratuit pour diagnostiquer la fibrose hépatique avancée. Le calcul de l'index FIB-4 nécessite l'âge, les transaminases ALAT ASAT et les plaquettes. Notre centre hospitalier psychiatrique (CHP) dessert un bassin de près de 500 000 habitants et est un lieu de vie mais aussi de dépistage. Après information des psychiatres et des médecins généralistes exerçant au CHP, il a été mis en place le 1er octobre 2020 le calcul automatisé du FIB-4 sur toutes les biologies comprenant transaminases et plaquettes afin de dépister les fibroses avancées du foie chez les patients hospitalisés. Les résultats sur les 1058 premiers patients avaient été présentés au congrès 2021 de l'AFEF.

Patients et Méthodes : Le bilan biologique d'entrée (quasi)systématique fait au CHP incluait les paramètres nécessaires au calcul du FIB-4. Il n'y avait pas eu besoin de changement dans les prescriptions ni d'examens supplémentaires. Les patients ayant un FIB-4 > 1.45 ont été orientés pour un FIBROSCAN en consultation infirmière, avec mesure de la stéatose par sonde CAP : si une fibrose équivalente F3F4 était détectée en FIBROSCAN, ils étaient orientés vers la consultation d'hépatologie. Les dosages des CPK étaient disponibles en parallèle.

Résultats : En 22 mois, 2251 mesures de FIB4 avec une valeur moyenne de 0,88 (extrêmes 0,09-10,23) et un âge moyen de 57.2 ans, 60% d'hommes, IMC moyen de 27,1; 268 patients avaient une valeur supérieure à 1,45 dont 129 (48%) ont eu un FIBROSCAN : 87 patients (67%) classés F0F1, dont 7 avec consommation excessive d'alcool (OH), 1 diabétique, 16 stéatoses, 1 hémochromatose, 3 VHC et 60 rhabdomyolyses (CPK moyennes 2081) ; 27 patients F2 (21%) dont 4 OH, 5 diabétiques, 4 stéatose, 1 hémochromatose et 13 rhabdomyolyse (CPK moyennes 1185) ; 6 patients F3 dont 4 OH, 4 diabétique et 1 stéatose ; 9 patients F4 dont 7 OH, 3 diabétiques, 5 stéatoses, 1 VHB et 5 VHC. Aucun des patients F3 ou F4 n'avait de rhabdomyolyse. Tous les patients ayant eu une rhabdomyolyse avaient eu une plusieurs injections intramusculaires dans les 3 jours précédents ; 105 patients avec stéatose hépatique ont eu une mesure par sonde CAP : 60 patients avec valeur < 240 dB/m, 19 entre 240 et 280 dB/m et 26 > 280 dB/m. tous les patients ayant une fibrose estimée supérieure ou égale à F3 ou une stéatose sévère ont été vus en consultation spécialisée.

Conclusion : La fibrose hépatique modérée ou sévère est fréquente parmi les malades hospitalisés en psychiatrie. Un dépistage biologique systématique par FIB4 est utile pour individualiser des patients sous réserve d'une orientation secondaire vers la réalisation d'un FIBROSCAN. La rhabdomyolyse est un facteur majeur d'augmentation non hépatique du FIB4, surtout chez les patients n'ayant pas de fibrose hépatique.

Remerciements, financements, autres : ensemble des équipes du labiratoire et des unité sde soins du CHT

P.021

Dépistage de la NAFLD et de la fibrose hépatique dans la pratique clinique des médecins généralistes

S. Nacer [1], F. Haddad [1], H. Mahtal [1], F.Z. Elrhaoussi [1], M. Tahiri [1], W. Hliwa [1], A. Bellabah [1], W. Badre [1]
(1) Casablanca, MAROC.

Introduction : La stéatose hépatique non alcoolique (NAFLD) est actuellement la principale cause de maladie chronique du foie dans le monde. Sa détection de façon anticipée, avant la survenue d'autres complications métaboliques et la progression vers une fibrose hépatique avancée constitue un enjeu majeur de santé publique. Les médecins généralistes, pivots du parcours de soins, sont directement confrontés à la suspicion de NAFLD chez leurs patients et donc à la prise en charge initial de cette pathologie. L'objectif principal de notre étude était d'évaluer l'implication du médecin généraliste dans la prévention et le dépistage de la NAFLD et la fibrose hépatique grâce à l'utilisation des test non invasifs

Matériels et Méthodes : Nous avons développé un questionnaire en ligne adressé aux médecins généralistes du Maroc pour évaluer leurs connaissances et leur attitude vis à vis de la NAFLD et l'utilisation des tests sanguins non invasifs d'évaluation de la fibrose hépatique. La collecte de données a commencé en mars 2022 et se poursuit. Tous les questionnaires étaient anonymes

Résultats : Un total de 119 médecins généralistes d'âge moyen de 41 ans répartis en 2 systèmes de santé, 49,6 % dans le secteur public et 50,4 % dans le secteur privé, ont répondu au questionnaire. 36,1% des participants pratiquaient dans le milieu rural. La majorité des médecins (62%) rapportaient connaitre la NAFLD, son association avec le syndrome métabolique (82%), le risque d'évolution vers la cirrhose (44%) et le carcinome hépato-cellulaire (38,1%), mais seulement 36,3% la considérait comme un problème de santé publique actuelle.
Un total de 59,7 % déclaraient ne pas dépister la NAFLD chez leurs patients, 32,8% déclaraient dépister les patients avec des facteurs de risques notamment le diabète type 2 (37%), l'obésité (45%), la dyslipidémie (26,9%) et la prise de certains médicaments (16%). Pour évaluer la NAFLD, 96,2% demandaient une numération formule sanguine, 62% une glycémie à jeun, 55,7% un bilan lipidique, 77,2% les transaminases et 48,1% une échographie abdominale. Une moyenne annuelle de 3 nouveaux cas de NAFLD est diagnostiquée par les généralistes et 58,5% des praticiens recherchaient une fibrose hépatique associée.
72,2% des participants connaissaient les tests sanguins non invasifs de dépistage de la NAFLD et de fibrose hépatique particulièrement le HSI (47,1%), le Fib4 (70%) et le NAFLD fibrosis score (67,1%). 30,8% des médecins généralistes déclaraient ne pas orienter les patients vers des spécialistes hépato-gastroentérologues pour obtenir un avis spécialisé et préconisaient des mesures hygiéno-diététiques (91,2%) et une réévaluation a 6 mois (82,4%)

Conclusion : Le diagnostic de NAFLD reste méconnu des médecins généralistes. Il est donc devenu impératif de renforcer la coopération généraliste hépatologue et d'améliorer la communication faite aux médecins généralistes en favorisant leur information sur le profil de patients à risque et l'enjeu de la temporalité dans le développement de cette pathologie silencieuse

P.022

La neurostimulation trans-auriculaire du nerf vague : une nouvelle option thérapeutique du syndrome de l'intestin irritable ?

F. Charpy [1], C. Faust [1], M. Serrero [1], F. Mion [2], V. Vitton [1]

(1) Marseille ; (2) Lyon.

Introduction : Le Syndrome de L'intestin Irritable (SII) est une pathologie fréquente et multifactorielle au cours de laquelle un faible tonus vagal a été décrit, laissant penser que sa stimulation pourrait restaurer l'homéostasie de l'axe microbiote-intestin-cerveau(1), et in fine, atténuer les symptômes douloureux. La stimulation électrique non-invasive trans-auriculaire du nerf vague (SNV) pourrait donc être efficace dans le traitement du SII(2).
L'objectif de notre étude rétrospective était d'évaluer l'efficacité de la SNV dans le traitement du SII.

Patients et Méthodes : Dans cette étude rétrospective monocentrique, tous les patients ayant bénéficié de la prescription d'une SNV à raison d'une séance de 30 minutes par jour en utilisant le système Urostim 2 (Schwa Medico, Rouffach, France) étaient éligibles. Les critères d'inclusion étaient: un diagnostic de SII selon les critères de Rome IV quelque soit le sous-type et l'utilisation du dispositif pour une durée > 1 mois. Les critères d'exclusion étaient: une Maladie Inflammatoire Chronique de l'Intestin (MICI) active définie selon l'absence de rémission endoscopique et une calprotectine fécale > 50 ng/mL, un antécédent de chirurgie colorectale et le port d'un pacemaker. Le recueil de données était rétrospectif de Juillet à Septembre 2022, via des consultations présentielles ou téléphoniques à l'aide de questionnaires standardisés. Le critère de jugement principal était la diminution de 30% de la douleur abdominale selon une échelle de 0 à 10. Les critères de jugement secondaires étaient: l'efficacité générale, l'amélioration de la qualité de vie, et l'amélioration des troubles du transit (échelles de 0 à 10). La sévérité de la maladie (score de Francis, IBS-SSS), les troubles anxio-dépressifs (échelle HAD) et les troubles du Sommeil (Index de Sévérité du Sommeil (ISI)) ont été relevés dans le même temps afin de déterminer des sous-groupes de sévérité à un instant donné.

Résultats : Au total, quarante patients sur cent-quarante-deux traités ont répondu au questionnaire. 6 sujets ont été exclus de l'analyse en raison de dysfontionnements du matériel ou d'une durée insuffisante du traitement. Ainsi, 34 patients dont 25 (73%) femmes, d'âge moyen 50 ±13,2 ans ont été inclus; La répartition en sous-groupes était ainsi: 11 SII-D, 15 SII-C et 8 SII-M. A l'inclusion, l'ancienneté moyenne des symptômes de SII était de 6,3 ± 6 ans; 5 patients (14%) avaient un antécédent de MICI, en rémission lors de la SNV. Celle-ci a été prescrite entre Décembre 2017 et Mai 2022 et utilisée pour une durée moyenne de 8,9 ± 10 mois.
Un tiers (12) des patients inclus utilisaient toujours la SNV lors du questionnaire, au terme d'un traitement d'une durée moyenne de 15 ± 12 mois. Quatorze patients (42%) ont rapporté une diminution de 30% de la douleur suite à l'instauration du traitement et ces mêmes patients ont jugé d'une efficacité générale sur leur maladie digestive, dont douze rapportaient une amélioration de la qualité de vie et dix (29%) déclaraient une amélioration significative du transit (échelle numérique ≥ 3), sans prédominance d'un sous-type de SII. Concernant la sévérité de la maladie lors du questionnaire, la majorité (16, 47%) des patients étaient sévères (IBS-SSS > 300) et 10 (29%) décrivaient des symptômes modérés (IBS-SSS 175 à 300). Concernant la composante anxiodépressive, la majorité (19, 55%) des 26 patients ayant répondu au questionnaire rapportaient des symptômes significatifs (HAD ≥ 11). Douze (44%) patients sur 27 présentaient une insomnie cliniquement significative (ISI ≥ 15).
Il n'y avait pas de facteur associé de manière significative à la diminution de la douleur.

Conclusion : Cette étude rétrospective monocentrique suggère la possibilité d'un effet bénéfique de la stimulation transcutanée du nerf vague sur la composante douloureuse du syndrome de l'intestin irritable. Une étude randomisée est indispensable pour conforter ces résultats préliminaires.

P.023

Première Structure d'URgences Vasculaires Intestinales (SURVI) française : résultats prospectifs à 7 ans

A. Nuzzo [1], L. Garzelli [1], I. Ben Abdallah [2], M. Ronot [1], M. Giacca [1], L. Ribeiro Parenti [2], B. Lortat-Jacob [2], E. Weiss [1], V. Vilgrain [1], Y. Castier [1], O. Corcos [1]

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

Introduction : L'ischémie mésentérique aiguë (IMA) est une urgence vitale, médico-chirurgicale, vasculaire et digestive. L'évolution vers l'infarctus intestinal et ses complications vitales est imprévisible et grevée d'une mortalité importante. Depuis 2009, nous avons développé au sein du Groupe Hospitalo-Universitaire Paris-Nord Val de Seine (APHP) une approche thérapeutique standardisée, multimodale et multidisciplinaire, ciblant la viabilité intestinale qui permettait d'envisager au sein d'une étude pilote un changement radical du pronostic avec une survie > 70% (Corcos et al. Clin Gastroenterol Hepatol 2013) et a motivé l'ouverture d'une première Structure d'URgences Vasculaires Intestinales (SURVI) dédiée en janvier 2016. L'objectif de cette étude était de rapporter nos résultats prospectifs à 7 ans.

Patients et Méthodes : Une étude de cohorte prospective (SURVIBASE) a été conduite au sein de notre unité SURVI et a inclus tous les patients de plus de 18 ans admis pour la prise en charge d'une IMA, une ischémie mésentérique chronique (IMC) ou une maladie vasculaire digestive sans ischémie (M*V*sI). Tous les patients étaient traités selon notre protocole multimodal et multidisciplinaire, associant 1) un protocole médical incluant une antibiothérapie par voie orale/entérale systématique, des antithrombotiques et un jeûne strict, 2) une revascularisation de l'intestin viable et 3) une résection de la nécrose intestinale. Disposant d'un plateau médicotechnique adapté, l'unité SURVI réunit radiologues interventionnels, chirurgiens vasculaires, chirurgiens digestifs et anesthésistes-réanimateurs autour d'un gastroentérologue qui coordonne en urgence les différentes modalités thérapeutiques. Les patients étaient ensuite suivis de façon prospective avec une visite clinique et un angioscanner à 1, 3, 6, 12 et 24 mois. Le groupe des IMA admis précocement était défini par une admission à SURVI dans les 7 premiers jours d'évolution, le groupe des IMA admis tardivement était défini par une admission après 7 jours d'évolution (suite d'une prise en charge débutée dans le centre initial).

Résultats : Entre le 1er janvier 2016 et le 1er octobre 2022, nous avons reçu 3910 appels concernant 2525 patients, provenant à 43,5% de l'APHP, 42% d'Ile de France (hors APHP), et 14,5% de région hors Ile de France. Ceci représente en moyenne 361 patients / an, avec une augmentation annuelle des appels de 35%, passant de 155 avis la première année à 684 avis pour la dernière année. Nous avons hospitalisé 719 patients (103 patients / an en moyenne), d'âge médian 65 ans (IQR 54-74), dont 42% de femmes, et incluant 493 IMA (69%), 106 IMC (15%) et 116 maladies vasculaires digestives sans ischémie (M*V*sI, 16%). Ce dernier groupe concernait essentiellement des dissections symptomatiques des artères coelio-mésentériques. Parmi les patients hospitalisés pour IMA (n=493), 373 (76%) étaient admis à SURVI précocement, 119 (24%) admis tardivement, 395 (80%) étaient secondaires à une occlusion artérielle et 87 (20%) à une thrombose veineuse porto-mésentérique. Dans le groupe des IMA, le taux de revascularisation était de 72% pour les IMA artérielles (0% des formes veineuses) et le taux de résection de 57%. La survie à 1 an était de 75% pour les IMA artérielles et 3% pour les formes veineuses. Dans le sous-groupe des IMA prises en charge précocement, le taux de résection intestinale était de 39% et la survie à 1 an de 79%. Dans le groupe des IMC (n=106), le taux de revascularisation était de 78%, le taux de résection intestinale de 1% et la survie à 1 an de 92%. Dans le groupe des M*V*sI (n=116), le traitement était essentiellement médical, avec un taux de revascularisation de 3%, sans résection intestinale ni décès survenu à 1 an.

Conclusion : Cette large étude prospective est la première rapportant l'activité et les résultats de la prise en charge en centre spécialisé SURVI des ischémies

mésentériques et maladies vasculaires intestinales. Nos résultats montrent que l'ouverture de SURVI a créé une filière de recrutement pour ces patients sévères avec des résultats confirmant une survie > 70% avec des taux de résection < 50% notamment chez les patients pris en charge précocement. Elle permet par ailleurs un recrutement des patients et une standardisation des soins indispensables à leur évaluation scientifique et leur amélioration. Ces résultats encouragent la création d'autres SURVI sur le territoire français afin d'offrir à tout patient une prise en charge d'urgence experte, standardisée, multidisciplinaire et coordonnée 24h/24h et 7j/7. La deuxième SURVI française à ouvert à Marseille (APHM) à l'été 2022.

P.024

Facteurs prédictifs des complications à long terme de la maladie cœliaque : large étude rétrospective du réseau français CELAC

S. Khater [(1)], A. Assaf [(1)], E. Perez-Cuadrado-Robles [(1)], O. Chatelanat [(1)], J. Bruneau [(1)], T. Molina [(1)], L. Lhermitte [(1)], C. Brouzes [(1)], V. Asnafi [(1)], A. Bensalah [(1)], D. Sibon [(1)], O. Hermine [(1)], C. Cellier [(1)]

(1) Paris.

Introduction : Les complications de la maladie cœliaque (MC) incluent la déminéralisation osseuse et les complications malignes telles que la sprue réfractaire de type II (SR II) et les lymphomes à cellules T associés aux entéropathies (EATL). Cette étude a pour objectif d'identifier dans une large cohorte de patients avec MC des facteurs prédictifs de ces complications.

Patients et Méthodes : Nous avons mené une étude rétrospective monocentrique à l'hôpital Européen Georges Pompidou. Les données démographiques, cliniques et histologiques ont été relevées puis des analyses de régression logistiques univariées et multivariées ont été effectuées.

Résultats : Un nombre de 898 patients avec MC ont été inclus. Soixante-cinq (7.2%) et 47 (5.2%) patients ont eu une SR II et un EATL respectivement. Parmi les EATL, 51% étaient associés à une SR II. Les facteurs associés à un risque de SR II étaient un diagnostic de MC après l'âge de 50 ans (OR=4.85; 95% IC [2.9–8.1)], un sexe masculin (OR=1.9; 95% IC [1.2–3.3]), une mauvaise adhérence au régime sans gluten (RSG) (OR=2.76; 95% IC [1.6–4.6]), et une hypoalbuminémie au diagnostic de MC (OR=16.9; 95% IC [5.7–50.1]). Les facteurs associés à un risque d'EATL étaient un diagnostic de MC après 50 ans, une mauvaise adhérence au RSG, et une hypoalbuminémie au diagnostic de MC. Parmi les patients avec un diagnostic de MC posé durant l'enfance, aucun ne développait d'EATL. Concernant la présence de maladie osseuse, 59% des patients avaient une ostéopénie ou une ostéoporose. Un diagnostic de MC après 50 ans et le sexe masculin étaient associés à une déminéralisation osseuse. Le tabagisme était significativement associé au risque d'ostéoporose.

Conclusion : Un diagnostic de MC après l'âge de 50 ans et une faible adhérence au RSG étaient des facteurs de risque au développement d'une SR II et d'un EATL. Ces résultats aident à identifier les patients à haut risque de complication et permettraient de sélectionner les patients qui pourraient nécessiter un suivi clinique, biologique ou histologique plus rapproché.

P.025

Impact de la prise alimentaire sur l'efficacité d'un traitement par teduglutide chez des patients atteints du syndrome de grêle court

B. de Dreuille [1], C. Hutinet [2], J. Bettolo [2], C. Mailhat [1], Y. Bouhnik [3], M. Le Gall [1], A. Bado [1], F. Joly [2]

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

Introduction : Le Teduglutide (TED), un analogue du GLP-2, est efficace pour réduire la dépendance à la Nutrition Parentérale (NP) de patients atteints de Syndrome de Grêle Court (SGC), avec une certaine hétérogénéité de réponse entre les patients. La réduction du volume de NP à 6 mois de traitement par TED est significativement corrélée à la prise alimentaire des patients à l'initiation du traitement (1). Nous avons cherché à déterminer l'impact de la prise alimentaire sur l'efficacité du traitement à plus long terme, ainsi que l'évolution de la prise alimentaire durant le traitement.

Patients et Méthodes : Ce travail est une étude rétrospective monocentrique observationnelle conduite dans un centre expert de NP à domicile. Nous avons inclus 49 patients avec SGC traités par TED pendant une durée minimale de 1 an. Les données cliniques de ces patients concernant la maladie sous-jacente, l'anatomie digestive, les ingesta et la prescription de NP ont été recueillies. Un Ratio de Prise Alimentaire (RPA) a été défini de la manière suivante : RPA = Apport calorique quotidien (kcal) / Dépense Energétique au Repos (DER) (kcal). La DER est calculée à l'aide de la formule de Harris et Benedict.

Résultats : La prise alimentaire à l'initiation du traitement a été recueillie pour les 49 patients, et au moins 2 données de prise alimentaire au cours du traitement étaient disponibles pour 44 patients. La durée moyenne de suivi de ces patients était de 27 mois (±2,8). Il existe une corrélation positive entre la prise alimentaire quotidienne à l'initiation de TED et la réduction de la NP atteinte pendant le traitement (r=0,38 ; p=0,007). Par ailleurs, les patients qui seront sevrés de la NP pendant le traitement (n=19) présentaient une prise alimentaire avant traitement beaucoup plus importante que ceux qui resteront dépendants à la NP (n=30) : RPA=2,3 *vs* 1,6, p<0,001. Ce facteur prédictif du sevrage est confirmé en modèle multivarié (p=0,02) en incluant les caractéristiques liées à la maladie, le montage anatomique et la dépendance initiale des patients à la NP.
D'autre part, les patients qui présentaient la prise alimentaire la plus basse au début du traitement (non hyperphages : RPA<1,5 ; n=13) ont vu leur prise alimentaire augmenter significativement au cours du traitement (RPA=1,1 *vs* 1,6 p=0,001). Ceux qui présentaient une hyperphagie avant TED ont maintenu leur apport oral sans l'augmenter.

Conclusion : Cette étude confirme l'impact positif de la prise alimentaire initiale sur l'efficacité du traitement par TED sur le long terme, ce qui soutient l'idée de promouvoir les apports oraux chez les patients avec SGC avant l'initiation de TED. De plus, le traitement par TED semble stimuler la prise alimentaire des patients lorsque celle-ci était faible avant le traitement, ce qui pourrait être lié à un effet propre du TED ou à une meilleure condition physique et/ou psychologique de ces patients.

Remerciements, financements, autres :
Soutien de Takeda pour la recherche

P.026

Sécurité et efficacité du traitement par radiofréquence sous guidage écho-endoscopique des tumeurs du pancréas

M. Gasmi [1], A. Mugnier [1], M. Barthet [1], J.M. Gonzalez [1]

(1) Marseille.

Introduction : Le traitement local des lésions pancréatiques repose sur la résection chirurgicale, qui n'est pas dénuée de complications. La radiofréquence pancréatique sous échoendoscopie (EUS-RFA) est une technique innovante mais son évaluation repose sur des séries de patients limitées. L'objectif de cette étude rétrospective est d'analyser ces données sur un large échantillon de patients traités dans un même centre.

Patients et Méthodes : Cette étude monocentrique rétrospective a été menée sur un échantillon de patients ayant reçu un traitement par EUS-RFA de 2015 à 2022.Le traitement consistait en une ou plusieurs séances d'EUS-RFA avec une aiguille de 19 G ou 18G (STARmed, Taewoong, Korea), après mesures prophylactiques (AINS, antibiothérapie, évacuation des lésions kystiques par ponction).L'objectif principal évaluait la sécurité du traitement en utilisant le score AGREE pour grader leur sévérité. Les objectifs secondaires étaient l'évaluation du contrôle local à 6 mois, 1an et au dernier suivi et l'identification de facteurs prédictifs de complications et de succès.

Résultats : 107 séances d'EUS-RFA ont été réalisées et 107 lésions ont été traitées chez 89 patients avec une médiane d'âge de 67ans : 38,2% pour une ou plusieurs lésions de TIPMP, 7,9% pour un cystadénome mucineux, 34,8% pour une ou des tumeurs neuroendrocrines de bas grade, 6,7% avaient des lésions pancréatiques secondaires ; 12,4% des patients avaient un adénocarcinome pancréatique traité à visée symptomatique. 11 patients ont présenté des évènements indésirables péri-opératoires soit 10,3% des procédures principalement de type pancréatite aiguë et de douleurs abdominales fébriles classées < ou = grade IIIa de la classification AGREE (4,7% de complications de grade IIIa). L'ensemble des patients ont évolué favorablement après traitement médical et/ou endoscopique adapté. En analyse multivariée, l'absence d'administration d'AINS et d'antibiothérapie prophylactique étaient des facteurs de risque de complication (OR = 22,6 IC [1,8-281], p < 0,01). A 6 mois, 1an et au dernier suivi, le taux de réponse significative était respectivement de 83,7%, 82,1% et 79,5% pour les TIPMP et cystadénomes mucineux (comprenant la disparition des nodules muraux et la disparition totale des lésions kystiques), de 75,7%, 79,3% et 81,6% pour les tumeurs neuroendocrines et de 44,4% pour les lésions secondaires pancréatiques. Les données d'efficacité concernant les adénocarcinomes pancréatiques étaient analysées à part car les patients étaient traités à visée antalgique, avec un taux de réponse significative à 90%, 83,4%, 90% à 1mois, 6mois et au dernier suivi. Concernant les facteurs prédictifs de réponse qui ont principalement été recherchés en analyse multivariée pour les lésions kystiques et les tumeurs neuroendocrines, la présence d'une réponse significative à 6mois pour les deux catégories de lésions et la prise de contraste rapide avant traitement pour les tumeurs neuroendocrines spécifiquement apparaissaient comme des facteurs prédictifs de réponse au dernier suivi.

Conclusion : Avec une sécurité très satisfaisante, le traitement par EUS-RFA des lésions pancréatiques bénignes à risque de dégénérescence ou des lésions malignes primitives ou secondaires à visée curative ou symptomatique paraît être une alternative de choix avec de bons résultats en termes d'efficacité à long terme.

P.027

Critères diagnostiques clinico-radiologiques de la transformation kystique des acini pancréatiques : étude monocentrique rétrospective de 64 patients

L. Aguilera Munoz [1], C. Boros [1], F. Bonvalet [1], L. de Mestier [1], F. Maire [1], P. Lévy [1], M. Ronot [1], V. Rebours [1]

(1) Clichy-la-Garenne.

Introduction : La transformation kystique des acini (TKA) pancréatiques est une entité histopathologique décrite en 2000. L'hypothèse initiale d'une lésion précurseur du cystadénocarcinome à cellules acinaires a été écartée, et la TKA reclassée comme lésion non néoplasique (OMS 2019). De rares diagnostics anatomopathologiques ont été obtenus depuis, expliquant les petites séries publiées (n£10). Devant la difficulté d'obtenir un diagnostic histologique certain, des critères radiologiques ont été proposés (Delavaud et al., 2014), qui comprennent (1) la présence de >5 kystes, 2) la présence de foyers périphériques kystiques, 3) la présence de calcifications kystiques et 4) l'absence de communication visible avec le conduit pancréatique principal (CPP).
Les objectifs de cette étude étaient i) de décrire les caractéristiques cliniques et radiologiques des patients ayant eu un diagnostic proposé de TKA sur l'imagerie et ii) d'étudier l'apport diagnostique des critères radiologiques cités ci-dessus en cas de diagnostic différentiel possible.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective monocentrique incluant les patients consécutifs ayant eu un diagnostic de TKA évoqué en centre expert de juillet 2003 à août 2021. Les patients inclus avaient au moins une imagerie disponible (scanner ou IRM) pour relecture radiologique. Un recueil de données cliniques a été réalisé à partir des dossiers médicaux. La relecture radiologique a été réalisée par un radiologue expert en imagerie pancréatique. Un diagnostic dit « typique » de TKA a été défini comme l'absence de diagnostic différentiel en imagerie. Un diagnostic dit « incertain » était posé en cas de diagnostic différentiel possible (e.g., avec une tumeur intra-canalaire papillaire mucineuse du pancréas des conduits secondaires [TIPMP-CS] ou une pancréatite chronique calcifiante [PCC]). Les critères de Delavaud et al. ont été évalués dans chaque groupe.

Résultats : Au total, 64 patients ont été inclus (35 hommes [55%]). L'âge médian au diagnostic était de 60 ans (EI 47-67) de 2003 à 2021. Vingt-huit patients (44%) présentaient un tabagisme actif et 12 (19%) étaient diabétiques. Trois patients (5%) avaient un antécédent familial certain au 1er degré de TKA. Le délai médian de suivi était de 47,5 mois (EI 23-90). Le diagnostic était « typique » pour 35 (55%) patients et « incertain » pour 29 (45%) patients. Il n'y avait pas de différence significative entre les deux groupes pour les variables suivantes : âge au diagnostic, sexe, mode de découverte, tabagisme ou diabète. Dans le groupe « typique », 49% et 43% des patients présentaient 3 ou 4 des critères radiologiques connus, comparé à 35% et 62% dans le groupe « incertain » (p = 0,74). Il existait plus de calcifications et <10 kystes dans le groupe « incertain » par rapport au groupe « typique » (86% *versus* 66%, p = 0,041 et 24% *versus* 6%, p = 0,06, respectivement). Dans le groupe « incertain », une TIPMP-CS, une PCC, ou un cystadénome séreux étaient évoqués pour 20 (69%), 10 (34%), et 2 (7%) patients, respectivement (pour trois patients, à la fois une TIPMP-CS et une PCC étaient évoquées). L'écho-endoscopie pancréatique était plus réalisée dans le groupe « incertain » par rapport au groupe « typique » (67% *versus* 32%, p= 0,011), sans pour autant pouvoir conclure à un diagnostic définitif de TKA, de TIPMP-CS ou de PCC.

Conclusion : La TKA est une entité de présentation hétérogène sur le plan morphologique et donc de diagnostic difficile notamment en cas d'un nombre de kystes <10 et/ou en cas de calcifications pancréatiques diffuses. Les quatre critères radiologiques diagnostiques connus ne sont pas suffisants pour porter un diagnostic certain de TKA.

P.028

L'évaluation de l'activité inflammatoire par l'IBUS-SAS au cours de la maladie de Crohn : définition d'un cut-off déterminant

A. Rechach [1], S.A. Arazki [1], M. Fissah [1], A. Karch [1], S. Taharboucht [1], A. Chibane [1]

(1) Alger, ALGÉRIE.

Introduction : L'échographie intestinale est une technique non invasive, accessible et très bien acceptée par les patients atteints de MICI. La revue de la littérature démontre que cet examen est retenu comme un bon outil pour déterminer l'activité inflammatoire transmurale dans la MC, et cela avec une bonne fiabilité et reproductibilité. IBUS-SAS (International Bowel Ultrasound Segmental Activity Score) est un score qui a été développé récemment par un panel d'expert. L'objectif de notre travail est de définir un cut-off score optimal permettant de prédire l'activité inflammatoire à l'iléo-coloscopie.

Matériels et Méthodes : Il s'agit d'une étude prospective réalisée entre novembre 2021 et juin 2022. Tous les patients inclus ont bénéficié d'une iléo-coloscopie et d'une échographie intestinale dans un intervalle maximal de 15 jours.
Les critères d'exclusion sont une résection chirurgicale colique, la femme enceinte, la maladie de Crohn avec localisation haute isolée, un malade présentant une gastro-entérite lors de l'évaluation endoscopique ou échographique, un délai entre les deux examens dépassant les 02 semaines et une coloscopie incomplète.
La rémission endoscopique est définie par un SES-CD < 3
La corrélation de Pearson (rho = ρ) a été réalisée entre IBUS-SAS et l'activité inflammatoire endoscopique. Des analyses ROC ont été effectuées pour déterminer une valeur seuil d'IBUS-SAS prédictive de l'activité inflammatoire à l'iléo-coloscopie.

Résultats : Cinquante-quatre patients ont été inclus. 270 segments ont été analysés. Le score moyen d'IBUS-SAS était de 10,95± 5,73 dans le groupe de patients avec rémission endoscopique. Lorsque le SES-CD était supérieur à 2, le score moyen d'IBUS-SAS était de 51,60 ± 31,15.
L'IBUS-SAS est directement corrélé avec l'activité inflammatoire endoscopique (ρ= 0,724, P<0,001).
L'analyse ROC de l'IBUS-SAS/activité inflammatoire endoscopique a révélé une aire sous la courbe de 0,948 (IC à 95 % 0,914-0,982), avec une spécificité de 91,8 % et une sensibilité de 91,8 % pour une valeur seuil de 13,8.

Conclusion : Notre travail a montré une bonne corrélation entre l'IBUS-SAS et l'activité inflammatoire endoscopique. Un cut-off score de 13,8 a démontré la plus haute spécificité et sensibilité à prédire un SES-CD > 2. Néanmoins, d'autres études sont nécessaires pour confirmer ces résultats.

P.029

Comparativement à la cicatrisation muqueuse endoscopique complète, la cicatrisation transmurale n'est pas associée à un bénéfice en termes de handicap au cours de la maladie de Crohn : résultats d'une étude transversale

C. Yzet [1], F. Brazier [1], V. Hautefeuille [1], L. Grados [1], C. Decrombecque [1], M. Diouf [1], M. Fumery [1]
(1) Amiens.

Introduction : La maladie de Crohn (MC) est responsable d'un handicap significatif en affectant le bien-être physique, émotionnel, et en altérant les interactions sociales. À l'ère du treat to target, la rémission endoscopique est devenue la cible thérapeutique pour prévenir la destruction pariétale et le handicap. Une rémission encore plus profonde telle la cicatrisation transmurale permettrait de réduire à long terme les complications liées à la MC. L'impact de la cicatrisation transmurale sur le handicap n'est aujourd'hui pas connu.

Patients et Méthodes : Nous avons mené une étude transversale monocentrique entre septembre 2019 et janvier 2022. Les patients suivis pour une MC en rémission clinique et endoscopique (CDEIS <4) ayant bénéficié dans un délai < 4 semaines d'une échographie intestinale et d'une évaluation du handicap par IBD-disk étaient inclus de manière consécutive. Quatre groupes était considérés : (A) cicatrisation transmurale définie par la combinaison d'une cicatrisation endoscopique complète (CDEIS=0) et cicatrisation échographique (épaisseur pariétale de moins de 3 mm), (B) cicatrisation endoscopique complète, (C) cicatrisation échographique et (D) absence de cicatrisation. Le handicap modéré à sévère était définie comme un score global ≥ 40.

Résultats : Au total, 85 patients ont été inclus. Quarante-quatre (51,7 %) étaient des femmes, l'âge médian et la durée de la maladie étaient respectivement de 38 ans (intervalle interquartile [IQR], 33-44) et 12,0 ans (IQR, 5-20). Il n'existait pas de différence entre les quatre groupes en termes d'âge, de sexe, d'IMC, de statut tabagique ou de localisation et de phénotype de la maladie ou encore du nombre d'exposition aux biothérapies. Le score IBD-Disk global médian était de 25 (IQR, 9-41) et 24 patients (28,2%) avaient un handicap modéré à sévère. Une cicatrisation transmurale (groupe a) était observée chez 40 patients (47,1%). Un handicap modéré à sévère était identifié chez 17,5% (7/40) des patients avec cicatrisation transmurale, 25% (4/16) avec cicatrisation endoscopique, 44,4% (8/18) avec cicatrisation échographique et 45,4% (5/11) sans cicatrisation. En analyse univariée, la cicatrisation transmurale diminuait le risque de handicap sévère (groupe C *vs* A OR = 3,77, IC à 95 % [1,10, 13,45], p = 0,035), groupe D *vs* A OR = 3,75, IC à 95 % [0,91, 17,12], p = 0,063). Il n'y avait pas de différence en terme de handicap sévère entre les patients avec cicatrisation transmurale et cicatrisation endoscopique complète (groupe B *versus* A OR = 1.57 IC à 95 % [0,36, 6,23], p = 0,525)

Conclusion : La cicatrisation transmurale n'apporte pas de bénéfice en termes de handicap par rapport à la cicatrisation endoscopique complète. La cicatrisation muqueuse reste donc l'objectif à atteindre pour diminuer le risque de handicap à court terme.

P.030

L'échographie est performante pour identifier les patients ayant atteint une cicatrisation muqueuse endoscopique au cours de la maladie de Crohn : résultats d'une étude transversale

C. Yzet [1], F. Brazier [1], V. Hautefeuille [1], C. Decrombecque [1], R. Sarba [1], P. Aygalenq [2], F. Venezia [3], A. Buisson [4], R. Pichois [1], A. Michaud [1], M. Fumery [1]
(1) Amiens ; (2) Grasse ; (3) Charenton-le-Pont ; (4) Clermont-Ferrand.

Introduction : La coloscopie est aujourd'hui l'examen de référence pour évaluer l'activité de la maladie de Crohn (MC). Son caractère invasif, son acceptabilité et son coût limite son utilisation à l'ère du « treat-to-target » et des évaluations répétitives de l'activité de la maladie. La calprotectine fécale et l'échographie intestinale sont des alternatives non-invasives à la coloscopie pour évaluer l'activité de la MC. L'objectif de cette étude était de déterminer les performances de l'échographie intestinale et de la calprotectine pour évaluer la cicatrisation muqueuse au cours de la MC.

Patients et Méthodes : Tous les patients consécutifs atteints de MC ayant bénéficié d'une coloscopie à la recherche d'une cicatrisation muqueuse et d'une échographie intestinale et/ou d'une calprotectine fécale dans un délai de 4 semaines entre septembre 2019 et avril 2022 étaient inclus dans une cohorte prospective. L'épaisseur pariétale et le signal doppler étaient évalués sur chacun des segments. La cicatrisation muqueuse endoscopique était définie par un score CDEIS < 3.

Résultats : Au total, 153 patients ont été inclus dont 122 étaient en cicatrisation endoscopique. Quatre-vingt-deux (53,6 %) étaient des femmes, l'âge médian et la durée de la maladie étaient respectivement de 36 ans (IQR, 28-46) et 10 ans (IQR, 4-19). Respectivement 56 (56/120, 46,7%) et 93 (93/120, 77,5%) patients présentaient une épaisseur pariétale < 3 mm et une absence de signal doppler. Les sensibilité (Se), spécificité (Sp), valeur prédictive positive (VPP) et valeur prédictive négative (VPN) de l'épaisseur pariétale < 3 mm pour prédire la cicatrisation muqueuse endoscopique étaient respectivement de 56%, 88%, 95% et 36% (patients classés à tort en cicatrisation muqueuse endoscopique 2,5%). L'association d'un doppler absent à l'épaisseur pariétale ne modifiait pas les performances. Les mêmes valeurs pour une calprotectine < 250 µg/g étaient respectivement de 91%, 63%, 90% et 67% pour (patients classés à tort 8%). L'association d'une calprotectine < 250 µg/g, à une épaisseur pariétale < 3mm et à l'absence de signal doppler augmentait la spécificité et la VPP (Se 58%, Sp 95%, VPP 97%, VPN 43%, patients classés à tort 1%).

Table 1 : Performances diagnostiques de l'échographie (épaisseur pariétale/doppler) en combinaison à la calprotectine fécale et à la CRP pour évaluer la rémission dans la maladie de Crohn

	Se	Sp	VPP	VPN	BC
Ep<3, dop 0, calp<250 (n=76)	58 [44,71]	95 [74,100]	97 [85,100]	43 [28,59]	67 [55,77]
Ep<3, dop 0 (n=120)	56 [46,67]	88 [70,98]	95 [85,99]	36 [24,49]	63 [54,72]
Ep<3 (n=120)	56 [46,67]	88 [70,98]	95 [85,99]	36 [24,49]	63 [54,72]
Dop 0 (n=120)	90 [83,96]	69 [48,86]	91 [84,96]	67 [46,83]	86 [78,92]
Calp<250 (n=89)	91 [82,97]	63 [38,84]	90 [81,96]	67 [41, 87]	85 [76,92]
Ep<3,dop0,calp<250,CRP<5 (n=75)	46 [33,60]	95 [74,100]	96 [81,100]	38 [24,53]	59 [47,70]

Les données sont exprimées en % [IC95%]. Se : sensibilité, Sp : spécificité, VPP : valeur prédictive positive, VPN : valeur prédictive négative, BC : bien classés. Ep : Épaisseur pariétale en mm, dop : doppler, calp : calprotectine fécale en µg/g, CRP en mg/L.

Conclusion : L'échographie est un outil non invasif performant pour identifier les patients atteints de maladie de Crohn ayant obtenu une cicatrisation muqueuse endoscopique.

P.031

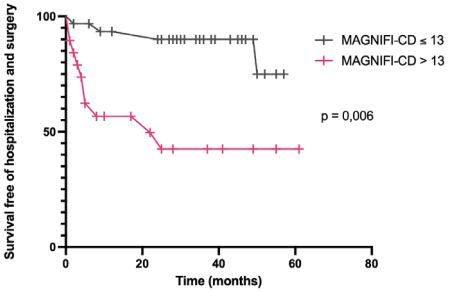
L'index MAGNIFI-CD est un facteur pronostique majeur de l'évolution thérapeutique de la maladie de Crohn ano-périnéale fistulisante

N. Richard [(1)], A. Derinck [(1)], V. Bridoux [(1)], C. Savoye-Collet [(1)], G. Savoye [(1)]
(1) Rouen.

Introduction : Dans la maladie de Crohn anopérinéale, les paramètres cliniques et radiologiques associés en imagerie à résonance magnétique (IRM) à la fermeture du trajet fistuleux sont controversés. Récemment, le degré de fibrose ainsi que l'activité de la maladie mesurée par l'index MAGNIFI-CD ont été décrits comme pronostiques de la fermeture clinique de la fistule à long terme.

Patients et Méthodes : Cette étude visait à analyser les caractéristiques cliniques et radiologiques en IRM associés à une évolution clinique favorable.
Une étude de cohorte rétrospective a été conduite regroupant l'ensemble des IRM anopérinéales réalisées chez l'adulte au CHU de Rouen entre 2016 et 2019 dans le cadre de la surveillance d'une maladie de Crohn anopérinéale traitée par biothérapie. Une relecture centralisée des IRM en aveugle du dossier clinique a été réalisée. Un radiologue sénior spécialisé en imagerie digestive a effectué la mesure du degré de fibrose au niveau des trajets fistuleux et la comparaison de l'examen à l'IRM précédente éventuelle. Un radiologue junior spécialisé en imagerie digestive a évalué l'activité de la maladie en utilisant les index de Van Assche et de MAGNIFI-CD. Les caractéristiques clinico-biologiques des patients étaient recueillies rétrospectivement sur la base du dossier médical. Au cours du suivi après IRM, l'évolution clinique était considérée comme favorable en l'absence de chirurgie ou d'hospitalisation en lien avec la maladie de Crohn anopérinéale.

Résultats : Cinquante-deux patients (dont 33 femmes) ont été retenus. L'âge moyen à l'IRM était de 36 ans et la durée moyenne de suivi de 38 mois. Une évolution clinique favorable été observée au cours du suivi chez 36 patients (69,23%).
Un index MAGNIFI-CD élevé en IRM était prédictif d'une évolution clinique défavorable en analyse multivariée (OR=1,14 [1,02 ; 1,29] ; p=0,02). En cas d'amélioration radiologique comparativement à l'IRM antérieure, l'évolution clinique était plus favorable (OR=0,16 [0,02; 0,84] ; p=0,045) et ce indépendamment de l'index MAGNIFI-CD.
En revanche, le degré de fibrose mesuré en IRM au niveau du trajet fistuleux n'était pas prédictif dans cette cohorte de l'évolution clinique au cours du suivi.



Conclusion : Dans cette étude, l'index MAGNIFI-CD et la dynamique d'évolution radiologique étaient des facteurs prédictifs indépendants de l'évolution clinique de la maladie de Crohn anopérinéale fistulisante au contraire du degré de fibrose.

Remerciements, financements, autres : Nos remerciements à Michaël Dolores et à l'ensemble des équipes de radiologie du CHU.

P.032

La sarcopénie, facteur prédictif indépendant de chirurgie et d'hospitalisation dans la maladie de Crohn sténosante

N. Richard [(1)], C. Savoye-Collet [(1)], V. Bridoux [(1)], P. Déchelotte [(1)], C. Charpentier [(1)], G. Savoye [(1)]
(1) Rouen.

Introduction : La sténose intestinale est une situation clinique fréquente touchant près d'un patient sur deux au cours de la maladie de Crohn. Malgré l'association de la maladie de Crohn sténosante à de nombreux facteurs de risque de sarcopénie (inflammation chronique, hospitalisations et chirurgies répétées, symptômes sub-occlusifs), la masse musculaire n'est pas un paramètre pris en compte à l'heure actuelle dans l'évaluation pronostique de ces patients.

Patients et Méthodes : Ce travail visait à étudier l'influence de la masse musculaire sur le pronostique des patients atteints d'une sténose de l'intestin grêle secondaire à la maladie de Crohn.
L'ensemble des entéro-IRMs réalisées sur la période de novembre 2016 à avril 2021 au CHU de Rouen dans le cadre d'une maladie de Crohn sténosante de l'adulte ont été retenues. Une relecture centralisée rétrospective a permis l'analyse des paramètres anatomiques de la sténose ainsi que le calcul du score MaRIA segmentaire. Une méthode semi-automatisée basée sur les coupes axiales en L3 permettant la segmentation du compartiment musculaire et la mesure de l'index SMI (Skeletal Muscle Index) a été employée. Une sarcopénie était retenue en cas de SMI inférieur à 38,9 pour les femmes et à 54,4 pour les hommes.
Les caractéristiques morphologiques des patients (poids et taille) étaient recueillies prospectivement lors de l'entéro-IRMs. Les caractéristiques cliniques et biologiques des patients ont été recueillies rétrospectivement sur la base de l'analyse du dossier médical.

Résultats : Un total de 107 patients a été retenu pour cette étude de cohorte. Lors de l'entéro-IRM, 75% des patients présentaient une sarcopénie. La durée moyenne de suivi après IRM était de 3 ans. Le taux de chirurgie ou d'hospitalisation en lien avec une complication de la sténose était de 47% à 3 ans.
En analyse multivariée, une masse musculaire élevée était protectrice vis-à-vis du recours à la chirurgie (OR=0,93 [0,88;0,99] ; p=0,02). Les valeurs seuils du SMI de 37,5 chez l'homme et de 35,7 chez la femme étaient pronostiques du risque de chirurgie (sensibilité respective de 56% et de 71% ; spécificité respective de 77% et 69%). De même, une masse musculaire élevée était protectrice vis-à-vis du risque d'hospitalisation en analyse multivariée (OR=0,95 [0,90;0,998] ; p=0,048).
Par ailleurs, un diamètre élevé de distension grêlique d'amont était un facteur indépendant prédictif du recours à la chirurgie (OR=1,46 [1,08;2,05] ; p=0,02).

	Chirurgie ou dilatation					Hospitalisation				
	Univariée			Multivariée		Univariée			Multivariée	
	Oui (n=33)	Non (n=74)	p value	OR et IC95%	p value	Oui (n=40)	Non (n=67)	p value	OR et IC95%	p value
Femmes	17 (52 %)	35 (47 %)	0,69			21 (53 %)	31 (46 %)	0,53		
Age (années)	40±16	40±15	0,85			41±17	39±14	0,39		
Tabagisme actif	17 (52 %)	26 (35 %)	0,11			20 (50 %)	23 (34 %)	0,11		
CRP > 5mg/L (n=96)	19 (66 %)	33 (49 %)	0,14			24 (67 %)	28 (54 %)	0,06		
IMC (kg/m²)	**21±5**	**24±4**	**0,01**			22±5	24±5	0,07		
Index d'adiposité sous-cutanée (SAI)	41±35	53±35	0,11			47±36	51±35	0,52		
Index d'adiposité viscéral (VAI)	**31±20**	**42±26**	**0,03**	0,98 [0,96;1,01]	0,21	36±23	40±27	0,43	1,00 [0,98;1,02]	0,80
Index d'adiposité totale (SAI + VAI)	**72±51**	**95±52**	**0,03**			83±51	91±54	0,42		
Proportion moyenne de l'adiposité viscérale (VAI/(SAI+VAI)*(%)	49±17	46±15	0,44			46±16	46±15	0,99		
Index musculaire squelettique (SMI)	**35±10**	**42±9**	**0,0004**	**0,93 [0,88;0,99]**	**0,02**	**37±8**	**42±10**	**0,01**	**0,95 [0,90;0,998]**	**0,048**
Sarcopénie en IRM	**30 (91 %)**	**50 (68 %)**	**0,01**			33 (83 %)	47 (70 %)	0,15		
Épaisseur maximale au niveau de la sténose (mm)	9±4	8±2	0,10			9±3	8±3	0,66		
Longueur de la sténose (mm)	91±69	88±102	0,92			99±71	85±104	0,43		
Diamètre de la dilatation d'amont (cm)	**4±2**	**3±1**	**0,001**	**1,46 [1,08;2,05]**	**0,02**	**4±2**	**3±2**	**0,02**	1,20 [0,90;1,61]	0,22
Fistule associée	8 (24 %)	8 (11 %)	0,07			7 (17,50)	9 (13,43)	0,57		
Abcès associé	**3 (10 %)**	**0 (0 %)**	**0,03**			**3 (8 %)**	**0 (0 %)**	**0,05**		
Sténose anastomotique	6 (18 %)	7 (9 %)	0,20			6 (15 %)	7 (10 %)	0,49		
Exposition à la corticothérapie systémique	10 (30 %)	12 (16 %)	0,10			10 (25 %)	12 (18 %)	0,38		
Exposition à des anti-TNF en combothérapie	8 (24 %)	22 (30 %)	0,56			10 (25 %)	20 (30 %)	0,59		

Conclusion : La sarcopénie est fréquente et un facteur pronostique indépendant d'hospitalisation et de chirurgie au même titre que la dilatation grêlique chez les patients atteints d'une maladie de Crohn sténosante de l'intestin grêle.

Remerciements, financements, autres : Nos remerciements à Michaël Dolores et à l'ensemble des équipes de radiologie du CHU

P.033

Efficacité de l'approche treat-to-target dans la modification de l'histoire naturelle de la maladie de Crohn modérée à sévère avec l'ustékinumab : résultats de l'étude STARDUST

L. Peyrin-Biroulet [1], S. Vermeire [2], G. D'Haens [3], J. Panes [4], A. Dignass [5], F. Magro [6], M. Lahaye [7], M. Nazar [8], I. Bravatà [9], M. Daperno [10], M. Lukáš [11], A. Armuzzi [12], M. Lowenberg [3], D. Gaya [13], S. Danese [9]

(1) Vandœuvre-lès-Nancy ; (2) Louvain, BELGIQUE ; (3) Amsterdam, PAYS-BAS ; (4) Barcelone, ESPAGNE ; (5) Francfort, ALLEMAGNE ; (6) Porto, PORTUGAL ; (7) Bréda, PAYS-BAS ; (8) Varsovie, POLOGNE ; (9) Milan, ITALIE ; (10) Turin, ITALIE ; (11) Prague, RÉPUBLIQUE TCHÈQUE ; (12) Rome, ITALIE ; (13) Glasgow, ANGLETERRE.

Introduction : STARDUST est une étude de phase 3b comparant deux stratégies thérapeutiques avec l'UST chez les pts ayant une maladie de Crohn (MC) : le treat-to-target (T2T) et la prise en charge standard (SoC). Les résultats à S48 et la phase d'extension (S48 à S104) ont été publiés.1,2 Nous explorons ici l'efficacité du T2T dans la modification de l'histoire naturelle de la maladie avec l'UST en analysant la durée avant occurrence d'un évènement modifiant le cours de la maladie (EDM) jusqu'à S104.

Patients et Méthodes : Les pts adultes avec une MC modérée à sévère ont reçu l'UST ~6mg/kg IV à S0; puis UST 90mg SC à S8. A S16, les pts avec une diminution du CDAI ≥70 points étaient randomisés en 1:1 dans les bras T2T ou SoC et recevaient l'UST SC UST 90mg, Q12/8W (Jusqu'à Q4 dans le bras T2T), selon le protocole. A partir de S48, les pts éligibles pouvaient poursuivre le traitement par UST SC jusqu'à S104 avec d'autres ajustements de dose prévus au protocole. Les EDM étaient rapportés jusqu'à S48 et S104 dès la randomisation, et l'analyse a été conduite dans les deux bras. Les EDM correspondent à la destruction intestinale (nouvelles sténoses/fistules ou l'apparition d'un abcès intra-abdominal) ou les hospitalisations liées à la MC, ou les chirurgies basées sur l'analyse des évènements indésirables. La durée avant l'apparition de destruction intestinale, de chirurgie liée à la MC, d'hospitalisation, d'hospitalisation ou chirurgie a été analysée séparément ; des courbes de Kaplan–Meier (K–M) avec les hazard ratios (HRs) correspondants et les intervalles de confiance à 95% (IC95%) sont présentés ici.

Résultats : Sur les 440 pts randomisés à S16, 74 ont arrêté l'étude avant S48. Sur les 366 restants jusqu'à S48, 43 ont arrêté l'étude et ne sont pas entrés dans la LTE. A S48, 323 pts sont entrés dans le LTE; dont 20.1% d'arrêt avant S104. Les HRs (IC95%) pour la durée avant le premier EDM entre la randomisation et S48 et S104 sont montrés dans le Tableau 1, suggérant un bénéfice numérique en faveur du T2T. La séparation des courbes de K–M pour la durée avant le premier EDM entre les deux bras était visible à S48 et se poursuivait jusqu'à S104, sans différence significative.

Table 1. Durée avant EDM entre randomisation, S48 et S104

	S48			S104		
	Pts avec EDM[a,b] RAS (n=440)		HR (IC95%) pour durée avant EDM[b,c]	Pts avec EDM[a,b] mRAS (n=323)		HR (IC95%) pour durée avant EDM[b,c]
	T2T (n=219), n (%)	SoC (n=221), n (%)		T2T (n=147), n (%)	SoC (n=176), n (%)	
Chirurgies liées à la MC	4 (1,8%)	8 (3,6%)	0,444 (0,129; 1,528)	4 (2,7%)	7 (4,0%)	0,655 (0,192; 2,240)
Hospitalisations liées à la MC	8 (3,7%)	16 (7,2%)	0,516 (0,221; 1,207)	3 (2,0%)	10 (5,7%)	0,341 (0,094; 1,240)
Hospitalisations et chirurgies combinées	10 (4,6%)	19 (8,6%)	0,507 (0,234; 1,102)	6 (4,1%)	14 (8,0%)	0,475 (0,182; 1,238)
Destruction intestinale (nouvelles sténoses/fistules ou l'apparition d'un abcès intra-abdominal)	9 (4,1%)	16 (7,2%)	0,507 (0,221; 1,165)	6 (4,1%)	13 (7,4%)	0,534 (0,203; 1,406)
EDM (destruction intestinale ou hospitalisation ou chirurgie liée à la MC)[d]	16 (7,3%)	25 (11,3%)	0,599 (0,317; 1,134)	9 (6,1%)	20 (11,4%)	0,502 (0,228; 1,103)

RAS= tous les patients randomisés en T2T ou SoC à S16. mRAS= tous les patients entrés dans la LTE (de S48 à S104)

[a]Le reste des patients n'ont pas rapport de destruction intestinale. [b]Les EDM arrivés avant la randomisation à S16 n'ont pas été considérés. [c]Le HR vient d'un modèle de hasards proportionnel stratifié avec un seul facteur groupe de traitement et stratifié à l'inclusion par SES-CD à baseline (≤16, >16) et ATCD d'exposition aux biologiques (aucun ou 1). **HR <1 est en faveur du T2T.** [d]Les EDM représentent la combinaison de la destruction intestinale (nouvelles sténoses/fistules ou l'apparition d'un abcès intra-abdominal) et des hospitalisations ou chirurgies liées à la MC basées sur l'analyse d'événements indésirables.

Conclusion : Dans STARDUST, dès S48, numériquement moins d'EDM ont été observés dans le bras T2T, dû au nombre plus faible d'hospitalisations liées à la MC et de destruction intestinale, potentiellement liées à la proportion élevée de répondeurs endoscopiques à S48.1 Ces résultats sont en faveur d'une approche T2T optimisée avec des cibles stringentes comme la réponse endoscopique, en plus de la clinique et des biomarqueurs, pour faciliter la prise de décision en pratique clinique.

P.034

Efficacité et sécurité des thérapies ciblées combinées dans les maladies inflammatoires à médiation immunitaire : l'étude COMBIO

L. Guillo [1], B. Flachaire [1], J. Avouac [2], C. Dong [2], M. Nachury [3], G. Bouguen [4], A. Buisson [5], L. Caillo [6], M. Fumery [7], C. Gilletta de Saint-Joseph [8], X. Hébuterne [9], P. Lafforgue [1], D. Laharie [10], E. Mahé [11], H. Marotte [12], S. Nancey [13], S. Ottaviani [2], J.H. Salmon [15], G. Savoye [16], M. Serrero [1], M. Uzzan [17], M. Viguier [15], C. Richez [10], L. Peyrin-Biroulet [18], P. Seksik [2], T. Pham [1]

(1) Marseille ; (2) Paris ; (3) Lille ; (4) Rennes ;
(5) Clermont-Ferrand ; (6) Nîmes ; (7) Amiens ;
(8) Toulouse ; (9) Nice ; (10) Bordeaux ; (11) Argenteuil ;
(12) Saint-Étienne ; (13) Lyon ; (15) Reims ; (16) Rouen ;
(17) Clichy-la-Garenne ; (18) Vandœuvre-lès-Nancy.

Introduction : Récemment, le recours à une association de thérapies biologiques ou synthétiques ciblées (COMBIO) a émergé chez les patients atteints de maladies inflammatoires à médiation immunitaire (IMIDs) réfractaires et/ou associées chez un même individu. Néanmoins, les données rapportées restent encore rares. Nous avons cherché à évaluer l'efficacité et la sécurité de la COMBIO chez les patients souffrant d'IMIDs.

Patients et Méthodes : Nous avons mené une étude de cohorte multicentrique ambispective de Septembre 2020 à Mai 2021 en collaboration avec des gastro-entérologues, rhumatologues et dermatologues français appartenant aux groupes d'experts nationaux du GETAID (Groupe d'Étude Thérapeutique des Affections Inflammatoires du Tube Digestif), du CRI (Club Rhumatismes et Inflammation) et du GRPso (Groupe de Recherche sur le Psoriasis de la Société Française de Dermatologie). Les patients inclus étaient âgés de ≥18 ans, diagnostiqués avec une ou deux IMIDs, et avaient reçu une COMBIO pendant au moins 3 mois pour une IMID unique en échec ou plusieurs IMID. L'efficacité était estimée au sein de chaque IMID par un score global (Patient Global Impression of Change) renseigné par le médecin référent.

Résultats : Au total, 150 COMBIOs chez 143 patients atteints d'IMIDs ont été inclus dans l'étude. L'âge moyen était de 42,1 ans (±15,2) et 60,8% des participants étaient des femmes. Les IMIDs les plus fréquentes étaient la maladie de Crohn (63,6%), la spondylarthropathie axiale (37,7%), la recto-colite hémorragique (14%), la polyarthrite rhumatoïde (9,1%), le rhumatisme psoriasique (6,3%) et le psoriasis (5,6%). La moitié des patients n'avaient qu'une seule IMID, dont 60% étaient porteurs d'une maladie de Crohn. La durée moyenne de la COMBIO était de 274,5 semaines (±59,3), et la poursuite moyenne de la COMBIO à 104 semaines était de 64,1%. Les COMBIOs les plus fréquents associaient des agents anti-TNF au vedolizumab (30%) ou à l'ustekinumab (28,7%). Dans l'ensemble, 50% des patients ont obtenu une amélioration clinique importante et 27% une amélioration légère à modérée. Une durée prolongée de la COMBIO (odds ratio ajusté (aOR) = 1,09; IC 95% : 1,03-1,14; p=0,002) et la présence de deux IMIDs concomitantes (aOR = 3,46; IC 95% : 1,29-9,26; p=0,013) étaient associés à une amélioration clinique importante. Une réduction significative (p<0,0001) de la CRP médiane a été reporté entre la CRP avant la COMBIO [23,3 mg/L (8,1; 56)] et la CRP à la dernière observation [5,8 mg/L (2,2; 14,3)]. Le taux d'incidence des infections graves pendant la COMBIO était de 4,5 pour 100 personnes-années (IC 95 % : 2,20-8,27). Cinq COMBIOs ont été interrompus pour des événements indésirables : une pour prise de 12 kg après introduction de golimumab, une pour douleur abdominale après perfusion de vedolizumab, et trois pour des infections sévères : colite à *Clostridium difficile*, pneumopathie à Pseudomonas aeruginosa, syndrome d'activation macrophagique sur zoonose.

Conclusion : La COMBIO est efficace pour obtenir une amélioration clinique chez trois quarts des patients atteints d'IMIDs. Le profil de sécurité global est acceptable et comparable à celui d'une monothérapie à court et moyen terme. La COMBIO peut être une option thérapeutique pour les patients atteints d'IMIDs réfractaires ou associées. Des études prospectives et des études de sécurité à long terme sont nécessaires pour valider cette approche.

MEILLEURS POSTERS

P.035

Efficacité du traitement d'induction et d'entretien par risankizumab en fonction de la localisation initiale de la maladie de Crohn : analyse post-hoc des études de phase III ADVANCE, MOTIVATE et FORTIFY

X. Treton [1], P. Bossuyt [2], F. Bresso [3], M. Dubinsky [4], C. Ha [5], C. Siegel [6], J. Zambrano [7], K. Kligys [7], J. Kalabic [8], Y. Zhang [7], R. Panaccione [9]

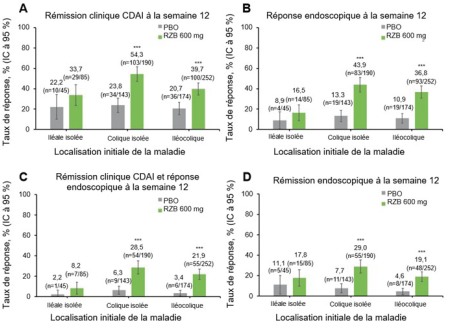
(1) Neuilly-sur-Seine ; (2) Bonheiden, BELGIQUE ; (3) Stockholm, SUÈDE ; (4) New York, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (5) Los Angeles, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (6) New Hampshire, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (7) Chicago, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (8) Ludwigshafen, ALLEMAGNE ; (9) Calgary, CANADA.

Introduction : Dans la maladie de Crohn (MC), la localisation influe sur la réussite de son traitement. Cette analyse post hoc évaluait l'efficacité du risankizumab (RZB), un inhibiteur de l'interleukine 23p19, en fonction de la localisation de la maladie.

Patients et Méthodes : Lors des études ADVANCE (NCT03105128) et MOTIVATE (NCT03104413), des patients atteints d'une MC modérée à sévère active et présentant une intolérance ou une réponse inadéquate au traitement conventionnel et/ou biologique (ADVANCE) ou au traitement biologique (MOTIVATE) ont reçu par voie intraveineuse (IV) un traitement d'induction par RZB ou placebo (PBO) pendant 12 semaines. Les patients obtenant une réponse clinique au traitement d'induction par RZB IV étaient à nouveau randomisés dans l'étude d'entretien (FORTIFY, NCT03105102) pour recevoir le RZB par voie sous-cutanée (SC) ou un PBO SC (c-à-d. arrêt de traitement) pendant 52 semaines. Cette analyse post hoc incluait les patients traités par RZB 600 mg IV dans ADVANCE ou MOTIVATE et les patients traités par RZB 360 mg SC dans FORTIFY. Les critères cliniques et endoscopiques étaient évalués dans des sous-groupes de patients, stratifiés selon la localisation de la MC à l'inclusion (iléale isolée, colique isolée, iléo-colique), avec imputation des données manquantes en tant que non-réponse intégrant l'imputation multiple des données manquantes en raison de la COVID-19.

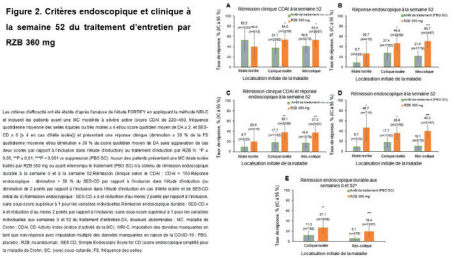
Résultats : A la semaine 12, une proportion significativement plus importante de patients traités par RZB 600 mg IV ont atteint les co-critères principaux de rémission clinique selon l'indice d'activité de la MC (CDAI) et de réponse endoscopique par rapport à ceux ayant reçu le PBO dans les sous-groupes colite isolée (n = 190) et iléocolique (n = 252) (P < 0,001 ; Figure 1A–1B). À la semaine 12, une proportion statistiquement plus importante de patients traités par RZB ont atteint le critère composite de rémission clinique CDAI et réponse endoscopique, ainsi qu'une rémission endoscopique dans les sous-groupes colite isolée et iléocolique par rapport au PBO (P < 0,001 ; Figure 1C–1D). À la semaine 52, une proportion significativement plus importante de patients traités par RZB 360 mg SC ont atteint les co-critères principaux de rémission clinique CDAI et réponse endoscopique, le critère composite de rémission clinique CDAI et réponse endoscopique, et la rémission endoscopique par rapport au groupe arrêt de traitement (PBO, SC) dans les sous-groupes colite isolée (n = 59) et iléocolique (n = 67) (P ≤ 0,05 ; Figure 2A–2D). Parmi les patients en rémission endoscopique après 12 semaines de RZB par voie IV (semaine 0 de la phase d'entretien), un nombre significativement plus élevé de patients traités par RZB ont obtenu une rémission endoscopique durable à la semaine 52 par rapport à ceux ayant arrêté le traitement (PBO, SC) dans les sous-groupes colite isolée et iléo-colite (P ≤ 0,01 ; Figure 2E). Aux semaines 12 et 52, le taux d'efficacité était numériquement inférieur pour la MC iléale isolée par rapport aux formes colique et iléocolique. Les résultats obtenus pour la MC iléale isolée sont limités par le faible effectif de ce sous-groupe (induction, n = 85 ; entretien, n = 15).

Figure 1. Critères endoscopique et clinique à la semaine 12 du traitement d'induction par RZB 600 mg



Les critères d'efficacité ont été évalués après l'induction chez des patients atteints d'une MC modérée à sévère active (score CDAI de 220–450, fréquence quotidienne moyenne des selles liquides ou très molles ≥ 4 et/ou score quotidien moyen de DA ≥ 2, et SES-CD ≥ 6 [≥ 4 en cas d'iléite isolée]) des études ADVANCE et MOTIVATE en appliquant la méthode NRI-C. ***P < 0,001 vs PBO. Rémission clinique selon le CDAI : CDAI < 150.Réponse endoscopique : diminution > 50 % du SES-CD par rapport à l'inclusion ou réduction de 2 points par rapport à l'inclusion en cas d'iléite isolée et de SES-CD initial de 4.Rémission endoscopique : SES-CD ≤ 4 et réduction d'au moins 2 points par rapport à l'inclusion, sans sous-score supérieur à 1 pour les variables individuelles DA, douleurs abdominales ; MC, maladie de Crohn ; CDAI, CD Activity Index (indice d'activité de la MC) ; NRI-C, imputation des données manquantes en tant que non-réponse avec imputation multiple des données manquantes en raison de la COVID-19 ; PBO, placebo ; RZB, risankizumab ; SES-CD, Simple Endoscopic Score for CD (score endoscopique simplifié pour la MC) ; PS, fréquence des selles.

Figure 2. Critères endoscopique et clinique à la semaine 52 du traitement d'entretien par RZB 360 mg



Les critères d'efficacité ont été évalués d'après l'analyse combinée chez des patients atteints d'une MC modérée à sévère active (score CDAI de 220–450). Fréquence quotidienne moyenne des selles liquides ou très molles ≥ 4 et/ou score quotidien moyen de DA ≥ 2, et SES-CD ≥ 6 [≥ 4 en cas d'iléite isolée]) ayant répondu à l'induction par RZB IV. *P = 0,05, **P = 0,01, ***P < 0,001 vs suppression (PBO SC). Aucun des patients présentant une MC iléale isolée traités par RZB 360 mg ou ayant interrompu le traitement (PBO SC) n'a atteint de rémission endoscopique durable à la semaine 3 et à la semaine 52.Rémission clinique selon le CDAI : CDAI < 150.Réponse endoscopique : diminution > 50 % du SES-CD par rapport à l'inclusion dans l'étude d'induction (ou diminution de 2 points par rapport à l'inclusion dans l'étude d'induction en cas d'iléite isolée et de SES-CD initial de 4).Rémission endoscopique : SES-CD ≤ 4 et réduction d'au moins 2 points par rapport à l'inclusion, sans sous-score supérieur à 1 pour les variables individuelles.Rémission endoscopique durable : SES-CD ≤ 4 et réduction d'au moins 2 points par rapport à l'inclusion, sans sous-score supérieur à 1 pour les variables individuelles aux semaines 0 et 52 du traitement d'entretien.DA, douleurs abdominales ; MC, maladie de Crohn ; CDAI, CD Activity Index (indice d'activité de la MC) ; NRI-C, imputation des données manquantes en tant que non-réponse avec imputation multiple des données manquantes en raison de la COVID-19 ; PBO, placebo ; RZB, risankizumab ; SES-CD, Simple Endoscopic Score for CD (score endoscopique simplifié pour la maladie de Crohn) ; SC, (voie) sous-cutanée ; PS, fréquence des selles.

Conclusion : Le traitement d'induction et d'entretien par RZB s'est montré efficace dans la MC modérée à sévère active, les bénéfices étant plus importants chez les patients présentant une atteinte colique isolée ou non.

Remerciements, financements, autres : AbbVie, Inc. a participé à la conception de l'étude, aux travaux de recherche correspondants, au recueil, à l'analyse et à l'interprétation des données obtenues ainsi qu'à la rédaction, la révision et la validation de ce résumé en vue de sa soumission. Tous les auteurs ont eu accès aux données et ont participé à la rédaction, à la révision et à la validation du résumé. AbbVie et les auteurs remercient les patients qui ont participé à l'étude et tous les investigateurs de l'étude pour leurs contributions. AbbVie a financé les travaux de recherche liés à cette étude et a contribué à la rédaction de ce résumé. L'accompagnement de la rédaction médicale, financé par AbbVie, a été assuré par Jay Parekh, PharmD, de JB Ashtin. Les auteurs n'ont pas reçu d'honoraires ni de rétribution.

P.036

L'étude de la musculeuse œsophagienne dans l'achalasie, à partir de biopsies réalisées au cours d'une myotomie per-orale endoscopique (POEM) : étude de faisabilité et de sécurité

S. Andrault [1], R. Olivier [2], L. Quénéhervé [1], M. Neunlist [1], S. Roman [3], J.F. Mosnier [1], C. Brochard [4], E. Coron [5]

(1) Nantes ; (2) Poitiers ; (3) Lyon ; (4) Rennes ; (5) Genève, SUISSE.

Introduction : La physiopathologie de l'achalasie de l'œsophage reste mal connue. Jusqu'à récemment, dans cette pathologie, l'étude histologique était réalisée à partir des pièces d'œsophagectomie et limitait donc les explorations de cette pathologie. Depuis l'avènement de la myotomie per-orale endoscopique (POEM), la musculeuse est devenue accessible à la biopsie et donc à de nouvelles possibilités de recherche. Le but de cette étude était d'évaluer la faisabilité et la sécurité des biopsies de la musculeuse et de la muqueuse œsophagienne réalisées au cours d'une POEM chez des patients atteints d'achalasie. Les objectifs secondaires étaient d'évaluer l'efficacité et la sécurité du traitement, la qualité de vie des patients après la procédure et de réaliser une première analyse histologique.

Patients et Méthodes : Les patients ont été inclus dans un centre hospitalier universitaire référent de Novembre 2019 à Novembre 2021. Les critères d'inclusion étaient les patients majeurs atteints d'achalasie prouvée par manométrie haute résolution, naïfs de tout traitement chirurgical ou endoscopique. Au cours de la procédure, 6 biopsies muqueuses et 8 biopsies musculeuses ont été réalisées. Toutes les données techniques de la procédure ont été relevées prospectivement. Les effets indésirables éventuels ont été relevés. Les patients ont eu un suivi à un an. Le succès clinique était défini par un score d'Eckardt ≤ 3. Des scores de qualité de vie SF36 ont été réalisés entre 9 et 12 mois après l'intervention.

Résultats : Au total, 28 patients ont été inclus. L'analyse des biopsies a été possible dans 97% des cas (109/112 biopsies). Le succès technique de la POEM était de 100%. Un seul patient (4%) a présenté un événement sévère, une réouverture du tunnel sous muqueux, nécessitant une nouvelle intervention pour pose de prothèse œsophagienne. Quatre patients (14%) ont présenté des événements indésirables per ou post-procédure peu sévères : une brèche muqueuse cardiale, un patient avec des douleurs post intervention, une fièvre post procédure et une inhalation de liquide gastrique. Ces événements ne semblaient donc pas liés à la réalisation des biopsies. Le taux de succès clinique à plus d'un an de l'intervention était de 83.3% (20/24). Nous avons constaté une amélioration significative de la majorité des items du questionnaire SF36 dans les 9 à 12 mois après la POEM. Concernant l'étude histologique, de la fibrose a été mise en évidence dans 15 % des localisations muqueuses et 33 % des biopsies musculaires, de plus un infiltrat lymphocytaire, neutrophilique ou mastocytaire a été observé dans un faible pourcentage des biopsies musculaires (respectivement 11, 4 et 7 %). Plusieurs vacuoles cytoplasmiques et cellules de Cajal ont également été mises en évidences ainsi qu'une atrophie des cellules musculaires lisses dans 15% des cas. Les biopsies réalisées vont faire l'objet d'une analyse complémentaire de type RNAseq.

Conclusion : Cette étude pilote montre qu'il est possible de de réaliser des biopsies musculaires au cours d'une POEM chez des patients naïfs de traitement atteints d'achalasie, sans augmenter le risque de la procédure pour le patient, et sans impact sur son efficacité. Elle ouvre la voie à une meilleure compréhension des processus physiopathologiques à l'œuvre dans l'achalasie.

P.037

Le pepsinogène est un meilleur marqueur que les anticorps anti-cellules pariétales ou facteur intrinsèque pour le diagnostic de gastrite auto-immune : analyse d'une série prospective

N. Chapelle [1], C. Hemont [1], M. Osmola [1], M.A. Vibet [1], J. Blin [1], D. Masson [1], M. Leroy [1], D. Moussata [2], D. Tougeron [3], D. Lamarque [4], J.F. Mosnier [1], R. Josien [1], T. Matysiak-Budnik [1], J. Martin [1]

(1) Nantes ; (2) Tours ; (3) Poitiers ; (4) Boulogne-Billancourt.

Introduction : Les données de la littérature sur la prévalence et l'incidence de la gastrite auto-immune (GAI) sont contradictoires, mettant en évidence les difficultés relatives à son diagnostic formel. La méthode de référence est invasive, et repose sur l'analyse histologique de biopsies endoscopiques (présence d'une gastrite atrophique fundique associée à une hyperplasie des cellules enterochromaffin-like). La présence d'auto-anticorps anti-cellules pariétales gastriques (ACP) et anti-facteur intrinsèque (AFI) est fréquemment détectée dans le sérum des patients atteints de GAI. Bien que recherchés en alternative à la biopsie, leurs performances diagnostiques sont variables, possiblement influencées par les méthodes utilisées pour leur détection. Par ailleurs, en reflétant la destruction des cellules principales de la muqueuse fundique, la quantification serique du pepsinogène (PG) I (et rapport PGI/PGII) comme biomarqueur diagnostic de GAI semble prometteuse. Les objectifs de cette étude ont été de tester dans une cohorte de patients atteints de GAI objectivée histologiquement, les performances diagnostiques des différentes méthodes de dépistage des ACP et AFI, ainsi que de la quantification des PGI et rapport PGI/PGII.

Patients et Méthodes : Les prélèvements sériques ont été obtenus prospectivement lors de la constitution de la biocollection de l'étude Gastro-Pra, pour laquelle les patients étaient adressés pour une gastroscopie avec biopsies selon protocole de Sydney1,2. Au total, 130 patients ont été analysés, dont 93 présentaient une muqueuse gastrique normale ou une gastrite superficielle non atrophique, et 37 une GAI confirmée histologiquement. La recherche des ACP et AFI a été effectuée par des analyses immuno-enzymatiques qualitatives par technique d'immunodot (Biermer atrophic gastritis dot, Alphadia, Mont Saint Guibert, Belgique) et quantitatives par EliATM (fluoroenzyme Immunoassay (FEIA) ; Phadia/Thermo Fisher Scientific,Waltham, Massachusetts, États-Unis). Pour cette dernière, le seuil de positivité a été fixé pour des valeurs ≥ 7 U/mL, selon les recommandations du fournisseur. Les ACP ont également été recherchés par analyses d'immunofluorescence indirecte (IFI) sur coupes rein/foie/estomac de rat (BioRad Hercules, Californie, Etats-unis). Un titre de positivité de 1/40 a été retenu. Les PGI et PGII ont été dosés par technique immunoenzymatique avec détection en chimiluminescence (Chemiluminescent immunoassay (CLIA), LUMIPULSE G, Fujirebio® France SARL, Courtaboeuf, France)). Pour chaque méthode, les performances diagnostiques ont été évaluées par les calculs de sensibilité (Se), spécificité (Sp), valeur prédictive positive (VPP) et négative (VPN). Des courbes ROC (receiver operating characteristic) ont été réalisées et les aires sous la courbe calculées.

Résultats : Le tableau 1 synthétise les performances diagnostiques des anticorps analysés par les différentes techniques ainsi que celles du PG. Le dosage des ACP en IFI était ininterprétable dans 7 cas sur 130 (5,4%) du fait de la présence d'anticorps hétérophiles. La concordance entre les différentes techniques était bonne avec pour les ACP, des coefficients kappa entre Immunoblot/IFI, EliATM/IFI et EliATM /Immunoblot respectivement de 0,857 (IC95% 0,754-0,959), 0,957 (IC95% 0,897-1,000) et 0,887 (IC95% 0,799-0,975). De même pour les AFI, le coefficient kappa était de 0,8940 (IC95% 0.687-0.993) entre EliATM et Immunoblot. La recherche des AFI présentait une moins bonne sensibilité pour une meilleure spécificité par rapport aux ACP pour les méthodes d'immunoblot et EliATM. Les aires sous la courbe étaient de 0.955, 0,873 et 0.896 pour les ACP recherchés en EliATM, Immunoblot et IFI respectivement. Elles étaient de 0,771 et 0,658 pour les AFI recherchés en EliATM et

immunoblot. La combinaison du dosage des ACP et des AFI permettait d'améliorer la sensibilité en maintenant une spécificité élevée (Sp 90,9%, Se 95,7%). Les concentrations moyennes de PGI et le ratio moyen PGI/PGII étaient significativement diminués dans le sérum de patients avec GAI comparativement aux témoins : 9,95 *vs* 76,7ng/mL (test de Mann Whitney ; p<0.001) et ratio 0,63 *vs* 5 (p<0.001) respectivement. Les aires sous la courbe correspondantes étaient de 0,974 et 0,977 (Figure 1). Avec des Se et Sp de 97,3% et 98,9% retrouvées après sélection du meilleur seuil pour le PGI (<16,05 ng/mL) ou le ratio PGI/PG2 (<1,96), les performances diagnostiques des dosages de PGs étaient donc supérieures à celles obtenues pour les anticorps analysés séparément ou en combinaison.

Tableau 1. Synthèse des performances diagnostiques des auto-anticorps, du PG1 et du ratio PG1/PG2

	Sensibilité	Spécificité	VPP	VPN
ACP IFI*	81,5%	98,8%	97,8%	89,5%
ACP EliA	81,8%	95,7%	91,8%	89,9%
ACP Immunoblot	81,8%	89,2%	81,8%	89,2%
AFI EliA	43,6%	100%	100%	75%
AFI Immunoblot	38,2%	98,9%	95,5%	73%
ACP + AFI EliA	34,5%	100%	100%	72,1%
ACP + AFI Immunoblot	30,9%	100%	100%	71%
ACP et/ou AFI EliA	90,9%	95,7%	92,6%	94,7%
ACP et/ou AFI Immunoblot	89%	88,2%	81,7%	93,2%
PG1	97,3%	98,9%	97,3%	98,9%
Ratio PG1/PG2	97,3%	98,9%	97,3%	98,9%

*Dosage ininterprétable chez 7/130 patients

ACP : Anti cellules pariétales, AFI : Anti facteur intrinsèque, IFI : ImmunoFluorescence Indirecte, FLEA : FluoroEnzymoImmunoassay, VPP : Valeur prédictive positive, VPN : Valeur prédictive négative

Conclusion : Les dosages isolés du PGI et/ou du ratio PGI/PGII dans le sérum présentent des performances diagnostiques excellentes, indiquant la valeur certaine de leur recherche pour le dépistage de GAI chez les patients à risque. Ces recherches ne permettent cependant pas d'affirmer formellement le caractère auto-immun de la gastrite atrophique et doivent être complétées par la recherche des ACP et AFI en combinaison. Le recours à la technique EliATM offre une alternative intéressante à la recherche des ACP par IFI.

Remerciements, financements, autres : Remerciements : La ligue contre le Cancer, Fondation SantéDige, Biohit, Fujirebio

P.038

Volumétrie gastrique scanographique pour l'évaluation de l'accommodation gastrique et de l'hypersensibilité viscérale chez les patients gastroparétiques. Etude pilote rétrospective comparative

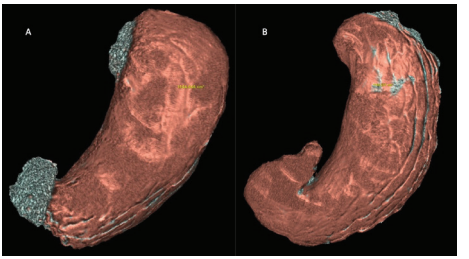
A. Debourdeau [1], J.M. Gonzalez [2], F. Mathias [2], C. Prost [2], M. Barthet [2], V. Vitton [2]

(1) Montpellier ; (2) Marseille.

Introduction : L'évaluation de l'hypersensibilité viscérale et de l'accomodation gastrique est difficile chez les patients souffrant de gastroparésie (GP). La volumétrie gastrique est un examen non-invasif qui permet d'évaluer la distension de différentes régions de l'estomac. L'objectif de notre étude a été d'évaluer et comparer les volumes et la sensibilité à la distension gastriques entre patients souffrant de gastroparésie et patients avec Reflux Gastro-Œsophagien (RGO).

Matériels et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective monocentrique comparative. Tous les patients ayant eu une volumétrie gastrique pour GP ou dans le cadre d'un bilan pré-chirurgical de RGO ont été inclus. Deux séries de scanner étaient réalisées après ingestion de poudre effervescente pour dilatation gastrique : décubitus latéral gauche 30° (DLG) pour dilatation de l'antre et décubitus latéral droit (DLD) pour dilatation du corps gastrique. La douleur, l'inconfort et les nausées ressenties pendant l'examen étaient évalués à l'aide d'une échelle visuelle analogique (EVA). Les volumes gastriques étaient reconstruits en 3D et mesurés en DLG et DLD.

Résultats : 13 patients ont été inclus (7 GP, 6 RGO) entre le 01/11/2020 et le 01/06/2021. L'âge moyen était de 35.6+/-7.3 ans. Dans le groupe GP, le GCSI médian était de 3.17 [2.5-4.2], 2 avaient été traité par GPOEM et 2 par injection de Botox intra pylorique. Le volume médian en DLD était inférieur dans le groupe GP *vs* RGO (927+/-208 ml *vs* 1115+/-163 ml; p=0.046) alors qu'il était similaire en DLG (1053+/-228 ml *vs* 1054+/-193 ml; p=0.603). Le volume en DLD avait tendance à être plus haut qu'en DLG dans le groupe RGO (1054 ml *vs* 1115ml; p=0.44) tandis qu'à l'inverse, le volume en DLD était significativement plus bas qu'en DLG dans le groupe GP (927ml *vs* 1053ml; p=0.034).
Dans le groupe GP l'EVA douleur médiane était plus élevée que le groupe RGO (6 [0-9] *vs* 0 [0-2], p=0,004). L'EVA médiane d'inconfort était plus élevée dans le groupe GP que RGO (7[4-10] *versus* 4[0-5], p=0.007). L'EVA médiane des nausées pendant l'examen avaient tendance à être supérieure dans le groupe GP que RGO (7 [4-10] *vs* 2.5 [0-8], p=0.097). 67% des patients RGO n'avaient pas ressenti de douleur pendant le geste contre 14,3% dans le groupe GP, p=0,053.



Discussion : Cette étude pilote rétrospective suggère que la GP pourrait être associé à une moins bonne distension gastrique en DLD que des patients sans GP après dilatation gazeuse de l'estomac. Il semble exister des phénomènes d'hypersensibilité viscérale chez les patients GP que la volumétrie permettrait de mettre en évidence puisque la douleur et l'inconfort ressenti pendant la volumétrie étaient plus importants pour des volumes inférieur ou égal.

Conclusion : Ces constatations vont dans le sens d'observation précédentes réalisées avec barostat gastrique où étaient décrit un défaut de compliance du corps gastrique

associé à un abaissement du seuil de douleur chez les patients souffrant de GP (1). La volumétrie gastrique pourrait être utilisée comme examen non invasif d'évaluation de la compliance gastrique et de l'hypersensibilité viscérale des patient GP afin de sélectionner les patients selon leurs phénotypes et proposer des cibles thérapeutiques adaptées.

P.039

Développement d'un modèle cellulaire de rectocolite hémorragique à partir d'organoïdes humains pour étudier la réparation épithéliale

S. Rochdi [(1)], G. Bouguen [(1)], A. Merdrignac [(1)], M. Bordet [(1)], E. Lucas [(1)], V. Desfourneaux-Denis [(1)], A. Lan [(2)]

(1) Rennes ; (2) Palaiseau.

Introduction : L'obtention d'une cicatrisation muqueuse au cours de la rectocolite hémorragique (RCH) s'est imposée comme un objectif thérapeutique essentiel pour la prévention des complications de la maladie. Comprendre les mécanismes cellulaires et moléculaires impliqués dans la réparation épithéliale pourrait permettre d'identifier de nouvelles cibles thérapeutiques. L'objectif de ce travail était de développer un modèle d'organoïdes coliques humains pour étudier la fonction mitochondriale au cours de la réparation épithéliale suite à un épisode inflammatoire.

Matériels et Méthodes : Des organoïdes coliques différenciés ont été développés et soumis à un stress mimant la RCH (cocktail de cytokines pro-inflammatoires et hypoxie à 1%) pendant 24h (stress RCH). La réparation épithéliale a ensuite été induite pendant 48h. L'expression génique de marqueurs cellulaires inflammatoire et hypoxique par RT-qPCR et la fonction mitochondriale par mesure de bioénergétique cellulaire par Seahorse© ont été évaluées. L'inversion de polarité des organoïdes en réponse au stress a été évaluée par marquage immunocytochimique (β-caténine, phalloïdine et Hoechst). Les données ont été analysées par un test non paramétrique de Mann et Whitney et sont exprimées en médiane ± IC 95.

Résultats : Le phénotype des organoïdes coliques humains différenciés a été caractérisé en mesurant l'expression de gènes : LGR5 (marqueur de cellules souches), KI67 (marqueur de prolifération), et MUC2 (marqueur de cellules muco-sécrétantes) par rapport à des cryptes coliques natives. Les expressions géniques du marqueur souche LGR5 et de prolifération KI67 sont respectivement 100 et 7,5 fois plus élevées pour les organoïdes cultivés dans un milieu de prolifération que pour ceux placés dans un milieu de différenciation ($p<0,005$). En revanche, les organoïdes cultivés dans un milieu de différenciation sont caractérisés par l'expression du gène MUC2 indiquant la différenciation d'une partie de la population cellulaire en cellules muco-sécrétantes, alors que ce marqueur est peu exprimé dans les organoïdes en milieu de prolifération ($p=0,0002$). L'induction du stress hypoxique a été validée par une augmentation d'un facteur 4 de l'expression génique du marqueur VEGFα ($p=0,0003$) et l'expression du marqueur d'inflammation IL-8 a été multipliée par 1,5 ($p=0,0067$) par rapport aux organoïdes différenciés contrôles. Le stress RCH a induit une diminution significative de l'expression génique des marqueurs cellulaires LGR5, KI67 et des cellules absorbantes ATP1A1, traduisant respectivement une diminution des populations souches, prolifératives et absorbantes sans toutefois affecter l'expression de MUC2, ni n'être la conséquence d'un effet cytotoxique. Une inversion de polarité a été observée chez un quart des organoïdes en réponse au stress RCH suggérant un remodelage épithélial des organoïdes. Concernant la fonction mitochondriale, l'expression génique de PGC1α est diminuée de moitié après 24h de stress RCH, indiquant une diminution significative de la biogénèse mitochondriale. Une réduction significative à la fois de l'expression génique des complexes de la chaine respiratoire (NDUFS1, SDHD, UQCRB et COX1), et de la respiration maximale (Ctrl : 389 *vs* stress RCH : 294 pmol/min/ADN, $p<0,05$) a été observée démontrant une dysfonction mitochondriale. Après 48h en milieu de réparation, les populations cellulaires semblent restaurées en raison de l'augmentation de l'expression génique de LGR5 et KI67 par rapport aux organoïdes soumis au stress RCH, tout comme la fonction mitochondriale (stress RCH *vs* réparation : SDHD : 1,27±0,34 *vs* 3,63±1,43 ; UQCRB : 0,64±0,07 *vs* 1,72±0,47 ; COX1 : 0,66±0,09 *vs* 2,35±1,12).

Conclusion : Le développement des organoïdes coliques nous permet de disposer d'un modèle cellulaire de RCH mimant les événements physiopathologiques impliqués à l'échelle épithéliale, notamment la dysfonction

mitochondriale observée dans la muqueuse enflammée des patients. L'utilisation de ce modèle cellulaire va nous permettre de mieux comprendre l'implication de l'activité mitochondriale dans la réparation épithéliale et à terme, identifier de nouvelles stratégies thérapeutiques et/ou adjuvantes favorisant la cicatrisation muqueuse des patients RCH.

P.040

Les bactéries propioniques laitières renforcent la barrière épithéliale intestinale et préviennent de la colite

M. Mantel [(1)], T. Durand [(1)], L. Aymeric [(1)], J. Marchix [(1)], S. Pernet [(1)], J. Beaudeau [(1)], N. Illikoud [(2)], N. Cenac [(3)], M. Neunlist [(1)], G. Jan [(2)], M. Rolli-Derkinderen [(1)]

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

Introduction : L'altération de la barrière épithéliale intestinale (BEI) joue un rôle central dans la pathogenèse des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI). Parmi les stratégies de réparation et de renforcement de la BEI, les lipides dérivés des oméga -3 ou -6 (acides gras polyinsaturés, AGPI) suscitent particulièrement l'intérêt. En effet, certaines oxylipines n-6 diminuent la perméabilité et augmentent la réparation de la BEI. Comme leur biodisponibilité peut être régulée par des bactéries, ce travail étudie si, et comment, la bactérie propionique laitière anti-inflammatoire, Propionibacterium freudenreichii (Pf), peut renforcer la BEI.

Matériels et Méthodes : Un criblage de trente-trois souches de Pf a été réalisé pour sélectionner la plus immunomodulatrice d'entre elles. Les produits fermentés sélectionnés ont ensuite été testés (1) pour prévenir l'altération de la BEI induite par l'inflammation dans un modèle de cellules Caco-2, et (2) pour leur capacité à métaboliser les lipides. Les mécanismes d'action des souches de Pf ont été analysés en utilisant des techniques d'imagerie, de knock-out (KO) et des approches pharmacologiques. Enfin, les souches de Pf ont été testées *in vivo* pour leur capacité à prévenir le développement de colite induite au dextran Sodium Sulfate (DSS) chez la souris.

Résultats : Nous avons identifié des souches de Pf non seulement anti-inflammatoires mais qui protègent également la BEI de la baisse de résistance et de l'augmentation de perméabilité induites par l'inflammation. La souche KO pour une protéine de surface de type S-layer protéine (Slp) perd ces effets protecteurs suggérant une implication de ces protéines dans le processus de renforcement de la BEI, ainsi que la nécessité d'adhésion des bactéries aux cellules pour médier leurs effets. Ces produits fermentés étaient également efficaces *in vivo* pour réduire la colite chez la souris, notamment en diminuant le score de sévérité de la colite, la perméabilité de la BEI ainsi que des marqueurs de l'inflammation tels que la lipocaline fécale. L'implication des oxylipines n-6 dans ces processus est en cours d'investigation.

Conclusion : Notre étude a identifié des souches non seulement anti-inflammatoires mais aussi pro-réparatrices de la BEI. Nous avons démontré que les effets renforçateurs nécessitaient un contact et une interaction entre Pf et les cellules épithéliales via les Slp.

Remerciements, financements, autres : Ces travaux sont financés par le projet inter-régional PROLIFIC, l'Inserm, le CNRS et Nantes Université.

P.041

Profilage moléculaire et médecine de précision dans les néoplasmes neuroendocriniens

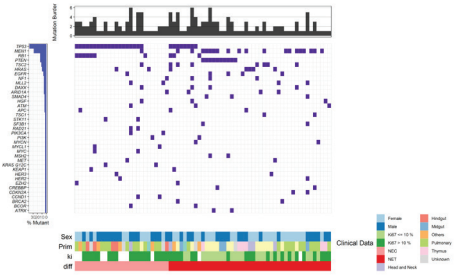
A. Boileve [1], M. Faron [1], S. Fodil-Cherif [2], A. Bayle [1], L. Lamartina [1], D. Planchard [1], L. Tselikas [1], J.Y. Scoazec [1], M. Ducreux [1], A. Italiano [3], E. Baudin [1], J. Hadoux [1]

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

Introduction : Les principales altérations moléculaires des néoplasmes neuroendocriniens (NEN) de différents grades/primitifs ont été décrites mais l'applicabilité du profilage moléculaire pour la médecine personnalisée dans les NEN reste à démontrer.

Patients et Méthodes : Nous avons mené une étude rétrospective des patients avec NEN métastatique et profil moléculaire sur tissu tumoral à Gustave Roussy. L'objectif principal était d'évaluer l'applicabilité clinique du profilage moléculaire des NEN avec le «growth modulator index» (GMI) comme critère principal (rapport des survies sans progression (SSP) entre la ligne orientée et la ligne n-1, considéré comme cliniquement pertinent quand >1,3, i.e. rapport de PFS >30%).

Résultats : Le profil moléculaire a été obtenu chez 114 des 156 patients éligibles, dont 12% de TNE-G1, 42% de TNE-G2, 13% de TNE-G3 et 35% de CNE. Les primitifs étaient: poumon/thymus (40%), pancréas (19%), gastro-intestinal (16%), tête et cou (10%), inconnu (10%) et autres (10%) avec des métastases synchrones chez 73% des patients.
Les altérations moléculaires les plus fréquentes étaient : MEN1 (25%), PTEN (13%), TP53 (11%) et TSC2 (9%), dans les TNE, et TP53 (50%) et RB1 (18%) dans les CNE. Aucune altération moléculaire n'a été identifiée chez 26% des patients. La classification ESCAT (ESMO Scale for Clinical Actionability of molecular Targets) de ces altérations était : I (5%), III (20%), IV (23%), X (27%). Une altération putative actionnable a été identifiée chez 48% des patients. La charge mutationnelle médiane était de 5,7 Mut/Mb, et 3 tumeurs étaient MSI (microsatellites instables).
Un traitement personnalisé à orientation moléculaire a été administré à 19 patients (35 %) : immunothérapie (n=3), tipifarnib (n=1), NOTCHi (n=1), EGFRi (n=2), HER2i (n=1) et everolimus (n=11). Au total, 67% des patients traités avec traitement orienté avaient un GMI supérieur à 1,3 et un bénéfice clinique a été observé chez 78% des patients (réponse complète, partielle ou stabilité).



Conclusion : Nous rapportons 48% de NEN avec une potentielle altération actionnable, dont 35% ont reçu un traitement personnalisé, avec 78% de bénéfice clinique. Nos résultats mettent en perspective clinique l'impact du profilage moléculaire et suggèrent que la médecine de précision dans les NEN pourrait à la fois bénéficier aux patients et améliorer la compréhension des mécanismes des NEN.

P.042

Nivolumab (NIVO) + chimiothérapie (chimio) ou ipilimumab (IPI) *vs* chimio en traitement de première ligne du carcinome épidermoïde de l'œsophage (CEO) avancé : analyses complémentaires des données d'efficacité et de tolérance de l'étude CheckMate 648

A. Adenis [1], I. Chau [2], J. Ajani [3], Y. Doki [4], J. Xu [5], L. Wyrwicz [6], S. Motoyama [7], T. Ogata [8], H. Kawakami [9], C.H. Hsu [10], F. El Hajbi [11], M. Di Bartolomeo [12], M.I. Braghiroli [13], E. Holtved [14], M. Blum Murphy [3], S. Abdullaev [15], S. Soleymani [15], M. Lei [15], K. Kato [16], Y. Kitagawa [16]

(1) Montpellier ; (2) Londres, ANGLETERRE ; (3) Houston, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (4) Osaka, JAPON ; (5) Pékin, CHINE ; (6) Varsovie, POLOGNE ; (7) Akita, JAPON ; (8) Kanagawa, JAPON ; (9) Ōsakasayama, JAPON ; (10) Taipei, TAÏWAN ; (11) Lille ; (12) Milan, ITALIE ; (13) São Paulo, BRÉSIL ; (14) Odense, DANEMARK ; (15) Princeton, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (16) Tokyo, JAPON.

Introduction : L'étude de phase 3 CheckMate 648 a démontré que les associations NIVO + chimio et NIVO + IPI apportent un bénéfice significatif en termes de survie globale (SG) par rapport à la chimio seule chez des patients atteints de CEO avancé non préalablement traités. Nous rapportons ici des résultats complémentaires de l'analyse principale avec un suivi minimum de 13 mois.

Patients et Méthodes : Les patients présentant un CEO non préalablement traité, avancé non résécable, en rechute ou d'emblée métastatique, ont été randomisés pour recevoir NIVO (240 mg Q2W) + chimio (fluorouracile + cisplatine /4 semaines), NIVO (3 mg/kg/2 semaines) + IPI (1 mg/kg/6 semaines), ou chimio seule. Les critères d'évaluation principaux étaient la SG et la survie sans progression (SSP) étudiée après revue centralisée indépendante en aveugle du bras de traitement, (blinded independent central review, BICR), chez les patients dont l'expression tumorale de PD-L1 était ≥ 1%. Les critères d'évaluation secondaires testés hiérarchiquement comprenaient la SG, la SSP et le taux de réponse objective (TRO) via BICR chez tous les patients randomisés. La durée de la réponse (DR) évaluée par BICR et la survie sans progression 2 (SSP2) évaluée par les investigateurs (correspondant au délai entre la randomisation et la progression après un traitement systémique ultérieur, l'initiation d'un deuxième traitement systémique ultérieur ou le décès) étaient des critères d'évaluation exploratoires.

Résultats : Parmi tous les patients randomisés pour recevoir NIVO + chimio (n = 321), NIVO + IPI (n = 325) ou chimio (n = 324), la SSP2 était supérieure pour NIVO + chimio (HR 0,64, IC à 95% 0,54-0,77) et NIVO + IPI (HR 0,74, IC à 95% 0,62-0,88) par rapport à la chimio seule. Le TRO (IC 95 %) était de 47 % (42-53), 28 % (23-33) et 27 % (22-32), respectivement. Davantage de patients répondeurs ont obtenu une DR prolongée avec NIVO + chimio ou NIVO + IPI *versus* chimio (≥12 mo ; 39 %, 48 % et 23 % respectivement). Les données d'efficacité évaluées en fonction de l'expression tumorale de PD-L1 et du score positif combiné PD-L1 seront présentées. Des événements indésirables liés au traitement de grade 3/4 potentiellement d'origine immunologique (EILT sélectionnés) sont survenus chez ≤ 6 % des patients avec NIVO + chimio et NIVO + IPI (Tableau) ; Les EILT sélectionnés non endocriniens se sont résolus chez 57 % à 95 % des patients dans les différentes catégories d'organe.

Tableau

EILT sélectionnés	NIVO + chimio (n = 310)			NIVO + IPI (n = 322)		
	Tout grade n (%)	Délai médian d'apparition (min - max), sem	Délai médian de résolution (min - max), sem	Tout grade n (%)	Délai médian d'apparition (min - max), sem	Délai médian de résolution (min - max), sem
Endocriniens	36 (12)	13,0 (5,0–100)	NA (4,1–125,6+)	88 (27)	8,2 (1,9–72,9)	NA (0,4+ à 154,0+)
Gastrointestinaux	64 (21)	5,1 (0,3–53,1)	1,5 (0,1–65,9+)	38 (12)	9,1 (0,6–50,3)	2,9 (0,3–79,1+)
Hépatiques	32 (10)	7,9 (0,3–84,1)	2,4 (0,4–24,0+)	42 (13)	5,0 (1,0–50,1)	5,1 (1,1–30,9+)
Pulmonaires	18 (6)	31,2 (5,0–85,1)	12,1 (1,0–39,9+)	26 (8)	11,9 (1,9–72,3)	12,1 (0,1+ à 119,3+)
Rénaux	74 (24)	10,1 (0,7–60,7)	17,1 (0,4–128,1+)	9 (2)	7,1 (1,1–47,1)	9,6 (0,7–142,3+)
Cutanés	54 (17)	5,9 (0,1–61,1)	7,1 (0,1–157,0+)	110 (34)	3,9 (0,1–54,3)	11,4 (0,3–146,6+)

+ indique une valeur censurée ; NA, non atteint ; sem, semaines.

Conclusion : Les associations NIVO + chimio et NIVO + IPI ont démontré une SSP2 et une DR prolongées pour une proportion de patients plus importante par rapport à la chimio seule, ainsi que des profils de tolérance acceptables. Ces résultats soutiennent l'intérêt de chaque association comme nouveaux traitements de référence potentiels en première ligne pour le CEO avancé.

Remerciements, financements, autres : Abstract précédemment accepté et présenté au Congrès annuel de l'ASCO (American Society of Clinical Oncologie), du 3 au 7 juin 2022, Chicago, États Unis. #4035. Reproduit avec autorisation. Tous droits réservés © 2022 American Society of Clinical Oncology, Inc.

P.043

Nivolumab (NIVO) plus chimiothérapie (chimio) *vs* chimio seule en traitement de première ligne des adénocarcinomes gastriques de la jonction œso-gastrique et de l'œsophage avancés : données du suivi à 3 ans de l'etude CheckMate 649

L. Evesque [1], Y. Janjigian [2], K. Shitara [3], M. Moehler [4], M. Garrido [5], C. Gallardo [5], L. Shen [6], K. Yamaguchi [7], L. Wyrwicz [8], T. Skoczylas [9], A. Bragagnoli [10], T. Liu [11], M. Tehfe [12], E. Elimova [13], R. Bruges [14], J.M. Cleary [15], M. Karamouzis [16], S. Soleymani [17], M. Lei [17], C.A. Chanaga [17], J. Ajani [18]

(1) Nice ; (2) New York, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (3) Chiba, JAPON ; (4) Mayence, ALLEMAGNE ; (5) Santiago, CHILI ; (6) Pékin, CHINE ; (7) Tokyo, JAPON ; (8) Varsovie, POLOGNE ; (9) Lublin, POLOGNE ; (10) Barretos, BRÉSIL ; (11) Shanghai, CHINE ; (12) Montréal, CANADA ; (13) Toronto, CANADA ; (14) Bogota, COLOMBIE ; (15) Boston, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (16) Athènes, GRÈCE ; (17) Princeton, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (18) Texas City, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE.

Introduction : L'association NIVO + chimio a démontré une survie globale (SG) plus longue et une amélioration de survie sans progression (SSP) cliniquement significative *versus* chimio, ainsi qu'un profil de sécurité acceptable chez les patients atteints d'adénocarcinome gastriques (AG), de la jonction œso-gastrique (AJOG) ou de l'œsophage (ACO) avancé non traité, aboutissant à des autorisations de mise sur le marché en Europe et aux États-Unis. NIVO + chimio continue à démontrer une amélioration cliniquement significative de l'efficacité après 2 ans de suivi. Nous présentons ici les analyses d'efficacité et de sécurité de NIVO + chimio *versus* chimio dans le cadre du suivi de 3 ans de l'étude CheckMate 649.

Matériels et Méthodes : Les patients atteints d'AG/AJOG/ACO avancé ou métastatique, non résécable et non traité, ont été inclus quelle que soit l'expression du statut PD-L1. Les patients avec un statut HER2 positif ont été exclus. Les patients ont été randomisés pour recevoir NIVO (360 mg Q3W ou 240 mg Q2W) + chimio (XELOX Q3W ou FOLFOX Q2W), ou NIVO + ipilimumab, ou chimio seule. Les co-critères principaux pour NIVO + chimio *versus* chimio étaient la SG et la SSP évaluée en aveugle par un comité d'experts indépendants (BICR) chez les patients avec un score positif combiné PD-L1 (CPS) ≥ 5.

Tableau

Efficacité	PD-L1 CPS ≥ 5		Tous les patients randomisés	
	NIVO + chimio (n = 473)	chimio (n = 482)	NIVO + chimio (n = 789)	chimio (n = 792)
SG médiane (IC 95%), mo	14,4 (13,1–16,2)	11,1 (10,0–12,1)	13,7 (12,4–14,5)	11,6 (10,9–12,5)
HR (IC 95%)	0,70 (0,61–0,81)		0,79 (0,71–0,88)	
SSP mediane[a] (IC 95%), mo	8,3 (7,0–9,3)	6,1 (5,6–6,9)	7,7 (7,1–8,6)	6,9 (6,7–7,2)
HR (IC 95%)	0,70 (0,60–0,81)		0,79 (0,71–0,89)	
Sécurité, tous les patients traités, n (%)	NIVO + chimio (n = 782)		chimio (n = 767)	
EILT tout grade	739 (95)		682 (89)	
Grade 3/4	473 (60)		346 (45)	
Entrainant l'arrêt du traitement	331 (42)		198 (26)	

[a]évaluée par BICR.

Résultats : 1 581 patients ont été randomisés entre les bras NIVO + chimio ou chimio seule. Avec un suivi minimum de 36 mois (mo), NIVO + chimio continue à démontrer un bénéfice en termes de SG et SSP *versus* chimio chez les patients avec un CPS PD-L1 ≥ 5 et chez tous les patients randomisés (Tableau). Le taux de réponse objective (ORR) évalué par BICR chez les patients avec PD-L1 CPS ≥ 5 qui présentaient des lésions mesurables au départ était de 60 % [IC 95 %, 55-65] avec NIVO + chimio contre 45 % [IC 95 %, 40-50] avec chimio seule ; chez tous les patients randomisés, l'ORR (BICR) était de 58 % [IC 95 %, 54-62] avec NIVO + chimio contre 46 % [IC 95 %, 42-50] avec chimio seule. La durée des réponses était plus longue avec NIVO + chimio *vs* chimio chez les patients avec PD-L1 CPS ≥ 5 (durée médiane de la réponse [mDOR] : 9,6 mo [IC 95 % ; 8,2-12,4] *vs* 7,0 mo [IC 95 % ; 5,6-7,9], respectivement) et chez tous les patients

randomisés (mDOR 8,5 mo [IC 95 % ; 7,7-9,9] *vs* 6,9 mo [IC 95 % ; 5,8-7,2], respectivement). Le bénéfice en termes de SG avec NIVO + chimio a été observé dans la plupart des sous-groupes préspécifiés. Aucun nouveau signal de sécurité n'a été identifié. Un résumé des événements indésirables liés au traitement (EILT) est présenté dans le tableau.

Conclusion : Après 3 ans de suivi, l'association NIVO + chimio a continué à démontrer un bénéfice cliniquement significatif en termes de survie à long terme avec un profil de sécurité acceptable, soutenant davantage son utilisation comme traitement standard en premiere ligne chez les patients d'un atteints d'AG/AJOG/ACO avancé non traité.

Remerciements, financements, autres : Abstract soumis au congrès ASCO-GI 2023. Reproduit avec autorisation.

P.044

Phénotypage moléculaire de 3 cohortes d'adénocarcinome d'intestin grêle

T. Aparicio [1], J. Henriques [2], M. Svrcek [1], S. Manfredi [3], A. Casadei Gardini [4], D. Tougeron [5], A. Zaanan [1], J.M. Gornet [1], M. Jary [2], E. Terrebonne [6], G. Piessen [7], P. Afchain [1], C. Lecaille [8], M. Pocard [1], T. Lecomte [9], V. Burgio [4], F. Di Fiore [10], S. Lavau-Denes [11], S. Cascinu [4], D. Vernerey [2], P. Laurent-Puig [1]

(1) Paris ; (2) Besançon ; (3) Dijon ; (4) Milan, ITALIE ; (5) Poitiers ; (6) Pessac ; (7) Lille ; (8) Bordeaux ; (9) Tours ; (10) Rouen ; (11) Limoges.

Introduction : Plusieurs altérations génomiques ont été décrites dans l'adénocarcinome de l'intestin grêle (AIG), mais la valeur pronostique de ces altérations demeure incertaine. Le but de cette étude multicentrique était de déterminer le phénotype des AIG et son impact sur le pronostic.

Patients et Méthodes : Les données biologiques et cliniques de trois cohortes en France et en Italie qui ont inclus 433 patients ont été regroupées. Un ensemble commun de données d'analyse génomique a été réalisé sur 35 gènes d'intérêt. Le statut MSI (MicroSatellite Instable) a été évalué à l'aide de 5 microsatellites. Le statut MMR (MisMatch Repair) a été évalué par immunochimie (4 anticorps). Les hazards ratio et leurs intervalles de confiance à 95 % ont été estimés à l'aide du modèle de risque proportionnel de Cox.

Résultats : Au total, 188 échantillons de tumeurs étaient analysables. Les patients étaient principalement des hommes (55,3%) atteints d'une tumeur du duodénum (58,5%). Une maladie prédisposante a été signalée dans 21% des cas, principalement le syndrome de Lynch (SL) (n=19) et la maladie de Crohn (MC) (n=11). Les tumeurs étaient de stade I-II dans 39,6%, III dans 40,6% et IV dans 18,8% des cas.
Les mutations les plus fréquentes concernaient les gènes KRAS (42,0%) dont 7/79 mutations G12C, TP53 (40,4%), APC (19,1%), PIK3CA (18,6%), SMAD4 (12,8%) et ERBB2 (9,6%).
Le profil moléculaire différait selon la maladie prédisposante : la mutation TP53 était plus fréquente en cas de MC (81,8%) mais moins fréquente en cas de SL (15,8%) qu'en absence de maladie prédisposante (39%). La mutation ERBB2 était plus fréquente en cas de SL (26,3%) qu'en l'absence de maladie prédisposante (7,5%). La mutation IDH1 a été observée chez 2 patients atteints de MC. Aucune mutation APC n'a été observée en cas de MC. Les mutations KRAS et SMAD4 étaient plus fréquentes dans les tumeurs métastatiques que dans les tumeurs localisées (59,4% contre 37,7%, p=0,0164) et (24,3% *vs* 9,9%, p=0,0187). Inversement, la mutation ERBB2 était moins fréquente dans les tumeurs métastatiques que dans les tumeurs localisées (0% *vs* 11,9%, p=0,0272).
Le nombre de mutation observé était comparable entre les tumeurs du duodénum, du jéjunum et de l'iléon et entre les tumeurs localisées ou métastatiques.
Pour les tumeurs localisées l'analyse univariée a révélé que l'âge >65 (p=0,0327), le stade T4 (p=0,570), le stade III (p=0,0390), le haut grade (p=0,0028) et l'absence de mutation APC (0.0395) étaient associés à une faible survie globale (SG). En analyse multivariée, le haut grade (p=0,023), l'âge >65 ans (p=0,0123) et l'absence de mutation APC (p=0,0254) étaient associés à une plus mauvaise SG. Pour les tumeurs métastatiques, il été observé une tendance à une meilleure SG chez les patients atteints d'une tumeur avec mutation KRAS (HR=0,6 (0,34-1,06), p=0,0797) en analyse univariée.
Le statut dMMR/MSI était disponible chez 238 patients. Un profil dMMR/MSI a été signalé dans 29,8% des cas, 31,8% dans les tumeurs localisées et 11,3% dans les tumeurs métastatiques. Un statut dMMR/MSI a été associé à un meilleur pronostic pour la SG (HR=0,61 [0,39-0,96], p=0,0333).

Conclusion : Les AIG ont un profil moléculaire différent selon la maladie prédisposant. Le statut dMMR/MSI est associé à un meilleur pronostic. La mutation APC dans une tumeur localisée et la mutation KRAS dans une tumeur métastatique sont associées à un meilleur pronostic. La base biologique de ces valeurs pronostiques reste à élucider.

Remerciements, financements, autres : L'étude de l'AGEO et BIONADEGE ont été financées par l'INCa (PHRC 2009 et PRTK 2014) et promues par l'APHP. La cohorte ARCAD-NADEGE a été financée par la fondation ARCAD et promue par le GERCOR.

P.045

Méta-analyse en réseau et sur données individuelles des traitements néoadjuvants des cancers de l'œsophage et de la jonction œso-gastrique

M. Faron [1], .. Collaborative Group Manatec-02 [1]
(1) Villejuif.

Introduction : Dans les cancers de l'œsophage thoracique (OT) ou de la jonction œso-gastrique (JOG) de nombreux essais randomisés ont comparé des stratégies néoadjuvantes à la chirurgie d'emblée, mais peu d'essais les stratégies néoadjuvantes entre-elles. De plus, ces essais n'étaient pas dimensionnés pour étudier les variations d'effets du traitement dans les sous-types histologiques (carcinome épidermoïde (CE) / adénocarcinome (ADK)) ou les localisations anatomiques et les méta-analyses disponible reposaient uniquement sur des données agrégées. Le but de cette méta-analyse en réseau sur données individuelles (IPD-NMA) était d'identifier la meilleure stratégie thérapeutique globale et au sein des sous-groupes.

Matériels et Méthodes : Tous les essais randomisés, publiés ou non, fermés aux inclusions avant 2015 et qui avaient comparés au moins 2 des 3 stratégies suivantes étaient éligibles : chirurgie d'emblée (S), chimiothérapie suivie de chirurgie (CS) ou chimioradiothérapie suivie de chirurgie (CRS). Les essais ont été identifiés par des bases de données électroniques, des registres d'essais et des résumés de congrès. Toutes les analyses ont été réalisés sur les données individuelles des participants fournis par les investigateurs. Le critère principal de jugement était la survie globale (SG). Les critères secondaires incluaient : la survie sans récidive (SSR) et le mode de récidive (locale, à distance, décès sans récidive) en risques compétitifs et les complications postopératoires. L'analyse statistique du réseau reposait sur un modèle de Cox hiérarchique en une étape. L'étude avait été déclaré sur le registre PROSPERO (CRD42018107158).

Résultats : Sur les 33 essais identifiés (5807 patients) les données individuelles étaient disponibles pour 26 (4985 patients, 3723 évènements de SG) : 12 dans comparaisons CS-S (2478 patients, 2010 évènements), 12 pour CRS-S (2222, 1545) et 4 pour CRS-CS (497, 363).
Les modèles statistiques étaient ajustés pour l'âge, le sexe, le type histologique et la localisation tumorale. Les stratégies CS et CRS amélioraient la SG par rapport à S : Hazard Ratio (HR)=0,86[0,75-0,99], p=0,03 et HR=0,77[0,68-0,87], p<0,001 respectivement. La comparaison CRS-CS estimée par le réseau était non significative HR=0.90[0.74-1.09], p=0.27 sans différence entre les estimations directes et indirectes (pincohérence=0,19) mais avec de l'hétérogénéité (phétérogénéité=0,0045).
Dans la comparaison CS-S l'effet était plus important pour les tumeurs localisées à la JOG que celle de l'OT (HR=0,68[0,54-0,86] contre HR=0,89[0,77-1,03]) (pinteraction=0,029). Il n'y avait pas d'interaction significative avec le type histologique (pinteraction =0,21) ou le sexe (pinteraction=0,62). Pour la comparaison CRS-S l'effet était plus important chez les femmes que chez les hommes (HR=0,62[0,44-0,88] contre HR=0,99[0,81-1,20], pinteraction=0,011), mais sans variation avec l'histologie (pinteraction=0,67) ou la localisation (pinteraction=0,7).
Les stratégies CS et CRS amélioraient également la SSR par rapport à S (HR=0,79[0,69-0,91] ; p=0,001 et HR=0,78[0,68-0,88] ; p<0,001). La comparaison CRS-CS estimé par le réseau était non significative HR=0,98[0,80-1,21] ; p=0,85. Dans l'analyse des risques compétitifs les stratégies CS et CRS diminuaient les risques de récidiver localement et à distance par rapport à S. En revanche, par rapport à CS, la CRS ne diminuait pas le risque de récidive locale (subHR=0,88 [0,66-1,18], p=0,41) ou à distance (subHR=0,90 [0,73-1,11] ; p=0,33). Les morbidité, mortalité et complications postopératoires ne variaient pas avec les stratégies.

Conclusion : Dans cette méta-analyse en réseau sur données individuelles la chimiothérapie et la chimioradiothérapie néoadjuvante étaient meilleures que la chirurgie d'emblée sans variation d'efficacité en fonction du type histologique mais avec des variations selon le sexe et la localisation tumorale. L'estimation par le réseau de la différence d'efficacité entre chimioradiothérapie et chimiothérapie n'était pas en faveur de l'existence d'une différence cliniquement importante.

Remerciements, financements, autres :
Cette étude a été financé par le Programme Hospitalier de Recherche Clinique en Cancérologie (PHRC-K18-187).

P.046

Valeur pronostique de l'évaluation par TEP-TDM au 18F-FDG après radiothérapie des carcinomes épidermoïdes de l'anus : étude ancillaire de la cohorte nationale multicentrique FFCD-ANABASE

V. Combet-Curt [1], C. Buchalet [2], E. Barbier [3], C. Lemanski [2], E. Deshayes [2], N. Bonichon-Lamichhane [1], N. Baba Hamed [4], E. Menager-Tabourel [5], P. Ronchin [6], P. Pommier [7], G. Crehange [3], A. Lièvre [8], E. Rivin del Campo [4], D. Tougeron [9], A. Saint [10], M. Hummelsberger [11], M. Minsat [4], L. Quero [4], G. Tlili [1], V. Vendrely [1]

(1) Bordeaux ; (2) Montpellier ; (3) Dijon ; (4) Paris ; (5) La Roche-sur-Yon ; (6) Mougins ; (7) Lyon ; (8) Rennes ; (9) Poitiers ; (10) Nice ; (11) Béziers.

Introduction : Cette étude a eu pour but d'étudier l'impact pronostique de la TEP-TDM au 18F-FDG dans la prise en charge des carcinomes épidermoïdes du canal anal (CECA) non métastatiques.
L'objectif principal était d'évaluer la valeur pronostique de la réponse qualitative au traitement évaluée par TEP-TDM.
Les objectifs secondaires étaient d'évaluer la valeur pronostique de paramètres quantitatifs mesurés sur les TEP-TDM de baseline et post-thérapeutiques.

Matériels et Méthodes : Parmi les patients traités pour un CECA entre janvier 2015 et avril 2020 inclus dans la cohorte prospective multicentrique française FFCD-ANABASE, nous avons étudié les patients ayant eu une TEP-TDM au diagnostic et 4-6 mois après (chimio)radiothérapie. L'évaluation qualitative de la TEP-TDM post-thérapeutique a classé les patients en réponse métabolique complète (RMC) ou en non-RMC. Les paramètres quantitatifs ont été mesurés sur les TEP-TDM de baseline et post-thérapeutiques. La survie globale (SG), survie sans récidive (SSR) et survie sans colostomie (SSC) ont été analysées par la méthode de Kaplan-Meier. L'association entre l'évaluation qualitative de la réponse au traitement et la SG, SSR et SSC ont été analysées par régression de Cox univariée et multivariée (sexe, statut OMS, stade tumoral). L'association entre les paramètres quantitatifs et la SG, SSR et SSC ont été analysées par régression de Cox univariée.

Résultats : Parmi 1015 patients traités par (chimio) radiothérapie entre janvier 2015 et avril 2020, 388 patients (300 femmes et 88 hommes) de 36 centres ont bénéficié d'une TEP-TDM au diagnostic et 4-6 mois après le traitement. L'âge médian était de 65 ans (32-90). 147 patients (37,9%) présentaient une tumeur de stade précoce (T1-2, N0) et 241 patients (62,1%) une tumeur localement évoluée (T3-4 ou N+). 59 patients (15,2%) ont eu une radiothérapie et 329 (84,8%) une chimioradiothérapie, à base de Mitomycine et 5FU pour 284 patients (86,3%) et de Cisplatine et 5FU pour 14 patients (4,3%). La dose médiane de radiothérapie était de 60 Gy sur le volume tumoral et 45 Gy sur le pelvis. Le suivi médian était de 35,52 mois [IC95%:32,76-36,63].
Les patients en RMC présentaient une meilleure SSR, SSC et SG à 3 ans à 84,19% [IC95%:77,83-88,86], 84,66% [IC95%:77,22-89,33] et 88,64% [IC95%:82,48-92,73] comparativement aux patients en non-RMC à 42,12% [IC95%:33,36-50,58], 47,88% [IC95%:38,1-56,8] et 63,45 [IC95%:53,17-72,06] respectivement (p < 0,0001).
Parmi les 242 patients en RMC, 213 (88%) étaient exempts de récidive à 3 ans et 29 (12%) ont présenté une récidive.
Comparativement à une RMC, la réponse métabolique partielle (HR 2,42 [IC95%:1,41-4,15] - p 0,001), la stabilité (HR 5,71 [IC95%:2,48-13,17] - p < 0,001) et la progression (HR 55,54 [IC95%:30,13-102,38] - p < 0,001) étaient statistiquement significativement associées à une moins bonne SSR à 3 ans en analyse multivariée.
Les paramètres quantitatifs étaient disponibles pour 154 patients de 3 centres. En considérant T pour tumeur primitive et N pour adénopathies, les paramètres suivants étaient statistiquement significativement associés à la SSR à 3 ans : SUV max (T) (HR 1,05 [IC95%:1,01-1,1] - p 0,018), SUV peak (T) (HR 1,09 [IC95%:1,02-1,15] - p 0,007), MTV41% (T) (HR 1,02 [IC95%:1-1,03] - p 0,023), MTV41% (N) (HR 1,06 [IC95%:1,03-1,1] - p < 0,001), MTV41% (T+N) (HR 1,02 [IC95%:1-1,03] - p 0,005) et SUV max post-traitement (HR 1,21 [IC95%:1,09-1,34] - p < 0,001).

Conclusion : La réponse au traitement évaluée par TEP-TDM au 18F-FDG après (chimio)radiothérapie des CECA non métastatiques est pronostique de la SSR, SSC et SG. La TEP-TDM pourrait être utile pour évaluer la réponse au traitement et adapter les modalités de surveillance, en particulier chez les patients présentant des tumeurs à un stade localement avancé.
Les paramètres quantitatifs de la TEP-TDM pourraient permettre d'identifier les patients ayant un moins bon pronostic, mais doivent encore être évalués dans des études prospectives.

P.047

Prédiction précoce de l'efficacité de la radiothérapie interne vectorisée (RIV) au 177Lu-Dotatate chez les patients traités pour une tumeur neuroendocrine (TNE) métastatique

A. Bando-Delaunay [1], O. De Rycke [1], O. Hentic [1], P. Leclerc [1], A. Allouch [1], J. Cros [1], V. Rebours [1], P. Ruszniewski [1], R. Lebtahi [1], L. de Mestier [1]

(1) Clichy-la-Garenne.

Introduction : La RIV au 177Lu-DOTATATE est devenue un traitement majeur chez les patients atteints de TNE métastatiques avec expression forte des récepteurs de la somatostatine. L'efficacité de la RIV est habituellement évaluée après 4 cycles (chacun espacés de 8 semaines). Aucun biomarqueur précoce prédictif de son efficacité n'a été identifié à ce jour. Lors de chaque cycle de RIV, les rayonnements gamma émis par le 177Lu peuvent être mesurés par une scintigraphie réalisée à 4h ou 21h post-injection, permettant ainsi de confirmer le ciblage tumoral.
L'objectif de cette étude était d'évaluer le rôle de l'évolution de la fixation des métastases hépatiques entre les scintigraphies réalisées lors de la première cure (C1) et de la deuxième cure (C2) de RIV, comme outil prédictif précoce de l'efficacité de la RIV chez des patients traités pour une TNE métastatique.

Patients et Méthodes : Nous avons réalisé une étude rétrospective incluant tous les patients consécutifs traités par au moins 2 cycles de RIV au 177Lu-DOTATATE pour une TNE métastatique à l'hôpital Beaujon (Clichy) de 2013 à 2019. Les patients sans cible métastatique hépatique mesurable et/ou n'ayant pas eu de scintigraphie post-C1 ou post-C2 étaient exclus. Nous avons mesuré la fixation de l'ensemble des métastases hépatiques sur les balayages corps-entier des scintigraphies réalisées à 4h et 21h post-C1 et post-C2. Après vérification de la corrélation entre les fixations en scintigraphie à 4h et 21h, nous avons calculé pour chaque patient le ratio C2/C1 de la moyenne géométrique des fixations antérieure et postérieure. Nous avons exploré l'association entre le rapport C2/C1 et la réponse radiologique selon RECIST mesurée après C4, par courbes ROC et modèles de régression logistique multivariée. L'association entre le rapport C2/C1 et la survie sans progression (SSP) a été explorée par des modèles de Cox multivariés.

Résultats : Parmi 104 patients ayant reçu au moins 2 cycles de RIV, 80 patients (85 traitements distincts) ont été inclus. Les TNE étaient principalement d'origine grêlique (57%) ou pancréatique (26%) et étaient classées G1, G2 ou G3 dans respectivement 31%, 65% et 4% des cas. Des métastases extra-hépatiques existaient dans 93% des cas. En moyenne, la RIV était utilisée en troisième ligne de traitement et des analogues de la somatostatine étaient administrés de manière concomitante dans 59% des cas.
Il existait une très bonne corrélation entre les rapports C2/C1 calculés sur les scintigraphies faites à 21h et à 4h post-RIV (rho = 0,79, p < 0,001). En fin de traitement, les taux de réponse objective, de stabilité et de progression étaient respectivement de 19,2%, 68,7% et 12,1%. Le ratio C2/C1 était significativement plus bas en cas de réponse objective après C4 (médiane 0,67 *vs.* 0,94, p <0,0001). Un ratio C2/C1 < 0,85 (diminution d'au moins 15%) était le meilleur seuil pour prédire la réponse tumorale (AUC=0,813 ± 0,062, p < 0,001). Le taux de réponse objective était de 46,2% et de 6,8% en cas de ratio C2/C1 respectivement < 0,85 ou ≥ 0,85 (p<0,001). Ce ratio C2/C1 restait prédictif de l'obtention d'une réponse objective (OR=6,92, IC95% [1,64-29,1], p=0,008), en analyse multivariée ajustée sur l'organe d'origine et le grade tumoral.
La médiane de la SSP était de 21,4 mois (IC95% [17,9-24,9]) dans la cohorte totale, 25,9 mois (IC95% [18,6-33,2]) en cas de ratio C2/C1 < 0,85 et 20,4 mois (IC95% [16,7-24,1]) en cas de ratio C2/C1 ≥ 0,85 (p=0.84). En analyse multivariée, une diminution de la fixation entre C2 et C1 (ratio<1) était associée à une diminution significative du risque de progression tumorale (HR=0,52, IC95% [0,30-0,93], p=0,026).

Conclusion : Cette étude confirme l'efficacité de la RIV dans la plus large cohorte française de patients de « vraie vie » à ce jour à notre connaissance. L'évolution de la fixation du 177Lu par les métastases hépatiques sur la scintigraphie à 4h post-RIV entre C1 et C2 (diminution ≥ 15%) est un outil simple et ambulatoire pouvant permettre de prédire de manière précoce l'efficacité antitumorale de la RIV chez des patients traités pour une TNE métastatique. Ce biomarqueur prédictif, sous réserve de sa validation prospective, pourrait permettre d'identifier rapidement les patients pouvant bénéficier d'une optimisation ou d'une modification de leur traitement.

P.048

Impact de la chirurgie carcinologique sur la fonction pancréatique : analyse nationale des médicaments dispensés en ville

U. Marchese [(1)], B. Fuchs [(1)], S. Tzedakis [(1)], M. Gaillard [(1)], A. Pellat [(1)], P. Soyer [(1)], M. Barrat [(1)], A. Nassar [(1)], E. Abou Ali [(1)], A. Belle [(1)], R. Coriat [(1)], M. El Amrani [(2)], D. Fuks [(1)]

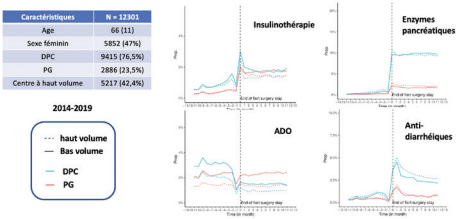
(1) Paris ; (2) Lille.

Introduction : La chirurgie radicale représente le principal traitement curatif des adénocarcinomes pancréatiques (PDAC). L'objectif de cette étude était d'évaluer l'impact de la chirurgie carcinologique sur la fonction pancréatique postopératoire en vie réelle.

Patients et Méthodes : L'ensemble des patients opérés d'un PDAC en France entre 2014 et 2018 ont été inclus. Pour chaque patient, les dispensations en ville de traitements antidiabétique (ADO, insuline et analogues) et de l'insuffisance pancréatique exocrine (enzymes et antidiarrhéiques) ont été analysées sur une période de 2 ans (1 an avant et 1 an après l'intervention) à partir du Système National des Données de Santé. Les centres chirurgicaux étaient considérés à haut volume à partir de 20 pancréatectomies par an.

Résultats : Un total de 12301 patients ayant un âge moyen de 66.1 ans ont été inclus. Le délai médian de suivi postopératoire était de 11.98 mois. L'intervention la plus fréquemment réalisée était une DPC (N=9415, 76,5%) au sein d'un centre à haut volume dans 42,4% des cas (N=5217). 1307 (10,6%) patients ont été traités pour un diabète postopératoire (insulinothérapie: 77,9% ; ADO: 36,2%) et 7090 (57,6%) patients ont été traités pour une insuffisance exocrine postopératoire. Les patients traités pour un diabète postopératoire avaient plus fréquemment été opérés d'une pancréatectomie gauche (43,1% *vs.* 22,3%; p<0,001). Pour les 3032 patients diabétiques, le recours aux ADO diminuait de 35,4% (85,3% *vs*. 49,9%) alors que le recours à l'insuline augmentait de 17.8% (50,9% *vs*. 68,7%). Le recours aux enzymes pancréatiques était 2 fois plus fréquent après DPC (46,0% *vs*. 19,4% ; p<0,001). Le recours à l'insuline et aux enzymes pancréatiques était significativement plus fréquent dans les centres à haut volume (insuline : 20.1% *vs*. 18.3%; enzymes pancréatiques : 46.0% *vs*. 35.0% ; p<0.001).

Caractéristiques	N = 12301
Age	66 (11)
Sexe féminin	5852 (47%)
DPC	9415 (76,5%)
PG	2886 (23,5%)
Centre à haut volume	5217 (42,4%)



Conclusion : Le risque d'insuffisance pancréatique endocrine et exocrine après chirurgie radicale d'un PDAC est important mais reste relativement limité par rapport à l'agressivité que représente ce geste chirurgical. Les diagnostics, les traitements substitutifs ou l'observance des traitements du diabète et de l'insuffisance exocrine post-pancréatectomie pour PDAC semblent insuffisants à l'échelle nationale.

P.049

Profilage moléculaire tumoral des cancers biliaires : une étude rétrospective unicentrique

L. Antoun [(1)], I. Deneche [(1)], A. Boileve [(1)], A. Tarabay [(1)], R. Eid [(1)], M. Valéry [(1)], B. Cervantes [(1)], V. Boige [(1)], C. Smolenschi [(1)], M. Ducreux [(1)], A. Hollebecque [(1)], D. Malka [(2)]

(1) Villejuif ; (2) Paris.

Introduction : Les cancers biliaires (CB) sont un groupe de cancers rares (cholangiocarcinomes intrahépatiques [CCIH] et extra-hépatiques [CCEH] et carcinomes de la vésicule biliaire [CVB]) hétérogènes au plan épidémiologique, étiologique, clinique et pathologique. Diagnostiqués à un stade souvent avancé, leur pronostic reste sombre et les options thérapeutiques d'efficacité limitée. Le développement du profilage moléculaire par séquençage haute résolution a montré que les CB, notamment les CCIH, sont particulièrement riches en altérations moléculaires (AM) accessibles à un ciblage thérapeutique, avec là encore une grande hétérogénéité en fonction de la localisation de la tumeur primitive. Le but de ce travail était de déterminer si recevoir un traitement moléculaire ciblé (TMC) selon les AM identifiées était associé à une meilleure survie globale (SG), comparativement aux traitements conventionnels, chez les patients atteints de CB avancé.

Patients et Méthodes : Nous avons mené une étude rétrospective de tous les patients atteints de CB ayant eu un profil moléculaire tumoral dans notre centre de cancérologie entre janvier 2015 et décembre 2021. Les AM identifiées ont été catégorisées pour leur « actionnabilité » thérapeutique selon l'échelle ESCAT de l'European Society for Medical Oncology (ESMO) [1]. Les patients avec CB localement avancé (non résécable) ou métastatique ont été classés en trois groupes : 1) patients avec AM actionnable(s) (AMA) (ESCAT I à IV) et ayant reçu un TMC ; 2) patients avec AMA mais n'ayant pas reçu de TMC ; 3) patients sans AMA. Nous avons comparé la SG, critère de jugement principal de notre étude, et la survie sans progression (SSP) entre les 3 groupes par la méthode de Kaplan Meier. Un modèle de Cox a été réalisé pour analyser l'influence de certains facteurs de confusion sur les résultats. L'indice de modulation de la croissance (GMI : Growth Modulation Index), ratio entre le temps à progression (TTP) sous TMC et le TTP de la ligne de traitement précédente, a été calculé dans le groupe 1, un GMI ≥ 1,33 indiquant un bénéfice cliniquement pertinent [2].

Résultats : Sur 546 patients atteints de CB enregistrés dans notre centre entre 2015 et 2021, 313 patients (57,3% ; âge médian : 61,6 ans ; CCIH 60,7%, CCEH 24,6%, CVB 14,7%) ont eu au moins un profil moléculaire. Au moins une AMA a été identifiée chez 146 patients (46,6%) ; 77 (52,7%) de ces 146 patients, soit 24,6% des 313 patients profilés et 14,1% de l'ensemble des 546 patients, ont reçu un ou des TMC (groupe 1). La médiane de SG était de 28,0 mois (IC 95 24,8-36,7) dans le groupe 1, de 18,0 mois (IC95 15,4-26,3) dans le groupe 2 (69 patients ; HR 1,94 ; IC95 1,32-2,85 ; p < 0,001), et de 21,0 mois (IC95 19-24,8) dans le groupe 3 (167 patients ; HR 1,62 ; IC95 1,18-2,23 ; p=0,003). Les résultats sur les critères de jugement secondaires (SSP et GMI) et l'analyse multivariée des facteurs pronostiques de survie seront disponibles lors du congrès.

Conclusion : L'identification des AMA, leur catégorisation selon la classification ESCAT et l'administration des TMC correspondants sont associées à une SG plus longue chez les patients atteints de CB avancé.

P.050

L'utilité de la biopsie liquide chez les malades avec carcinose péritonéale exclusive secondaire à un cancer digestif ou à une maladie primitive du péritoine

C. Smolenschi [(1)], A. Boileve [(1)], M. Valéry [(1)], V. Boige [(1)], B. Cervantes [(1)], A. Tarabay [(1)], I. Ben-Ammar [(1)], A. Fuerea [(1)], C. Prieux-Klotz [(1)], M. Gelli [(1)], E. Fernandez De Sevilla [(1)], I. Sourrouille [(2)], L. Benhaim [(1)], A. Xu-Vuillard [(2)], M. Ducreux [(1)], A. Hollebecque [(1)]

(1) Villejuif ; (2) Paris.

Introduction : La carcinose péritonéale est un site métastatique fréquent dans les cancers digestifs. Une proportion de 10-20% des malades vont présenter une atteinte péritonéale exclusive, non résécable dans la majorité des cas, associée à un pronostic péjoratif. Au cours des dernières années, l'ADN tumoral circulant est devenu un outil moderne et moins invasif à la fois de diagnostic moléculaire mais également de suivi, permettant d'identifier des cibles actionnables et une orientation thérapeutique. La présence des métastases viscérales est associée à une fraction importante d'ADN tumoral circulant et une bonne concordance avec les anomalies moléculaires identifiée sur tissu archivé. Les métastases péritonéales exclusives semblent être associées à une fraction d'ADN tumorale plus faible avec peu de données dans la littérature.
L'objectif de ce travail est d'évaluer l'apport de la biopsie liquide dans la carcinose péritonéale exclusive et la capacité d'identifier des potentiels cibles thérapeutiques.

Matériels et Méthodes : Nous avons évalué de manière rétrospective les résultats des biopsies liquides réalisées au diagnostic initial ou à la progression. Nous avons inclus des malades porteurs d'un cancer digestif avec atteinte péritonéale exclusive mais également ceux avec des maladies péritonéales primitives : le pseudomyxome péritonéal et le mesotheliome péritonéal malin. L'analyse moléculaire a été réalisé à partir du plasma prélevé utilisant le panel de FMI (Foundation One liquide CDx) incluant les 324 gènes.

Résultats : Parmi les 400 malades avec un cancer digestif testés (maladies du peritoine inclus),85 malades ont pu être identifiés et inclus dans l'analyse finale. Les caractéristiques principales des malades étaient les suivantes : 45(53%) femmes, âge médiane 57 ans,la majorité des malades avaient reçu au moins une ligne de chimiothérapie systémique (interquartile(IQR): 0-3), tous en progression (n=63, 74%).Les localisations tumorales principales étaient : l'estomac (n=24, 28%), colorectal (n=22, 26%) et maladie primitive du péritoine (n=20, 24%).L'index médian de carcinose péritonéale était 23 (IQR: 6-39). La fraction tumorale circulante était très faible ou indétectable dans une proportion de 81% de malades (n=69). La charge mutationnelle tumorale médiane était de 5 mutations per megabase(n=48), sans corrélation au PCI. Des altérations moléculaires ont été retrouvées chez 48 malades(n=56%) mais la majorité était tp53 (n=22, 26%) et kras (n=14,16%). Des anomalies moléculaires ciblables ont été retrouvées seulement chez 11 malades (13%) : ATM, ARID1A, BRAFV600E, ERBB2, krasG12C. 3 malades ont été inclus dans un essai clinique. Des anomalies germinales ont été identifiées chez 5 malades: ATM, CDH1, BRCA2, MSH6, BAP1. Pour les malades avec un cancer colorectal, les mutations kras et braf connus ont été confirmées dans le plasma seulement dans une proportion 32% (7malades/22), pour le cancer du pancréas le KRAS dans 17% (3 malades/18) et pour le cancer de l'estomac l'amplification ERBB2 dans 5% (1malade /22). Pour les maladies primitives du péritoine seulement une mutation kras G12C et un une mutation BAP1 germinale connue a été retrouvée. La survie des malades avec une anomalie ciblable était meilleure mais sans différence statistique,comparé au groupe sans anomalie ciblable (p=0.37).

Conclusion : Les résultats de cette étude montrent que la carcinose péritonéale, primitive ou associée à un cancer digestif, est associée à une faible fraction d'ADN tumoral circulant et en conséquence le taux d'identification des anomalies moléculaires est moindre comparé au tissu(une analyse sur tissu est en cours). La carcinose péritonéale isolée présente une biologie différente des métastases viscérales, toutefois il n'est pas très claire si la faible fraction tumorale circulante est liée à la localisation tumorale,au seuil de détection ou à la capacité du péritoine de "libérer"" une maladie tumorale circulante.

P.051

Evaluation de la réponse après radiothérapie interne vectorisée par 177Lu-Dotatate des masses mésentériques des tumeurs neuroendocrines intestinales : MESENLUTH, une étude GTE-ENDOCAN

L. Al Mansour [1], L. de Mestier [2], M. Haissaguerre [3], P. Afchain [4], J. Hadoux [5], T. Lecomte [6], D. Morland [7], A.S. Cottereau [4], O. De Rycke [2], G. Tlili [3], J. Tordo [1], M. Janier [1], E. Paquet [1], A. Deville [1], T. Walter [1]

(1) Lyon ; (2) Clichy-la-Garenne ; (3) Bordeaux ; (4) Paris ; (5) Villejuif ; (6) Tours ; (7) Reims.

Introduction : Les tumeurs neuroendocrines de l'intestin grêle (TNE-I) sont les plus fréquentes des TNE métastatiques, avec une atteinte secondaire préférentielle dans les ganglions mésentériques et en intra-hépatique. Les masses mésentériques (MM) sont fréquemment le siège de réactions de fibrose et sont moins cellulaires. La radiothérapie interne vectorisée (RIV) au 177Lu-DOTATATE a montré son efficacité dans le traitement des TNE-I métastatiques en progression sous analogues de la somatostatine. Cependant, de par les caractéristiques tissulaires spécifiques des lésions secondaires mésentériques desmoplastiques, l'hypothèse était que ces lésions pourraient être plus réfractaires au traitement par RIV. L'objectif de notre étude était donc d'évaluer la réponse objective (RO) à la RIV sur la MM.

Matériels et Méthodes : Dans cette étude rétrospective multicentrique du Groupe d'étude des tumeurs endocrines (GTE), nous avons analysé les dossiers médicaux de patients présentant une TNE-I associée à une MM>2cm et ayant reçu au moins une cure de RIV avec évaluation morphologique pré et post-RIV. Le critère de jugement principal était la réponse objective (RO) sous RIV selon les critères radiologiques RECIST 1.1 de la MM de TNE-I. L'étude était considérée positive si la RO sur la MM était <5%, avec une puissance de 80% et un risque α de 5% : 42 patients évaluables étaient nécessaires. Nous avons également évalué la tolérance de la RIV sur la MM et l'efficacité clinique chez les patients présentant des symptômes liés à la MM.

Résultats : Un total de 52 patients a été inclus : 46% de femmes, âge médian de 70 ans (range, 47-89). Les TNE-I étaient d'origine iléales (73%), jéjunales (12%) ou indéterminées (15%). Le Ki67 médian était de 2,5% (range, 1-16). Les lésions secondaires synchrones étaient principalement hépatiques (87%), ganglionnaires (37%), péritonéales (33%) ou osseuses (27%). 39 patients (75%) présentaient un syndrome carcinoïde associé et 26 patients avaient des symptômes en lien avec la MM : douleurs abdominales (n=20), diarrhées (n=14), syndrome occlusif (n=8). Le niveau de fixation sur la MM était principalement de grade Kreening (ou équivalent) 3 (8%) ou 4 (90%). 24 (46%) patients avaient bénéficié d'une chirurgie de la tumeur primitive et 47 (90%) avaient eu un traitement préalable par analogues de la somatostatine. Quatre patients avaient interrompu la RIV prématurément en raison de toxicités biologiques. Seuls 2 patients (4%) ont présenté une RO sur la MM et aucune réponse sur le plan métabolique n'a été observée. Parmi les 26 patients présentant des symptômes liés à la MM à l'inclusion, 12 (46%) ont présenté une réponse clinique. La survie sans progression (SSP) de la MM n'a pas été atteinte avec une progression de la maladie sur la MM chez 5 patients au cours d'un suivi médian de 30,2 mois. En miroir, chez les patients avec une maladie extra-MM, la RO, la réponse métabolique et la SSP médiane en dehors de la MM étaient respectivement de 8%, 12% et 50,3 mois (95%IC [38,2-61,7]).

Conclusion : Nos résultats confirment la faible efficacité de la RIV sur la réponse morphologique des MM, avec une RO < 5%. Cependant, la SSP chez les patients porteurs de MM est longue (dû à l'histoire naturelle de la maladie et/ou en lien avec la RIV) et également associée à une amélioration clinique significative avec peu d'effets indésirables observés.

P.052

Glucagonomes : caractéristiques et options thérapeutiques d'après l'étude de cohorte multicentrique française du GTE

M. Perrier [1], M. Brugel [1], T. Walter [2], B. Goichot [3], A. Lièvre [4], P. Thuillier [5], D. Smith [6], C. Lepage [7], C. Docao [8], V. Hautefeuille [9], G. Cadiot [1], L. de Mestier [10]

(1) Reims ; (2) Lyon ; (3) Strasbourg ; (4) Rennes ; (5) Brest ; (6) Bordeaux ; (7) Dijon ; (8) Lille ; (9) Amiens ; (10) Clichy-la-Garenne.

Introduction : Le glucagonome est une tumeur neuroendocrine (TNE) pancréatique fonctionnelle rare. La plupart des données sont actuellement issues de cohortes de TNE pancréatiques fonctionnelles diverses. Les séries de cas de glucagonomes restent limitées et anciennes. L'objectif de cette étude était de décrire spécifiquement les caractéristiques clinico-biologiques et histopathologiques des patients présentant un glucagonome, et l'efficacité des traitements sur le syndrome sécrétoire, la maladie tumorale et la survie.

Patients et Méthodes : Dans cette cohorte nationale rétrospective, les patients étaient inclus s'ils présentaient un syndrome clinique de glucagonome associé à une TNE pancréatique histologiquement prouvée, entre le 1er janvier 1990 et le 31 mai 2022. Le diagnostic de glucagonome était considéré comme certain chez les patients présentant au moins un critère majeur (érythème nécrolytique migrateur (ENM) et/ou diabète récent et/ou amaigrissement significatif) associé soit à une glucagonémie >2N, soit à une immunohistochimie positive pour le glucagon. L'efficacité antisécrétoire des traitements était définie par l'amélioration partielle ou la résolution complète des symptômes cardinaux. L'efficacité antitumorale était évaluée par la réponse selon RECIST et le temps avant initiation du traitement suivant (TTS). La survie globale était estimée par la méthode de Kaplan-Meier et les facteurs pronostiques étaient explorés par modèle uni- et multivarié de Cox.

Résultats : Parmi 52 patients identifiés, 38 ont été inclus (âge médian 58,7 ans, 47,4% hommes). La TNE primitive était toujours pancréatique, caudale dans 68,4% (n=26) des cas, et associée à des métastases synchrones dans 60,5% (n=23) des cas, majoritairement hépatiques isolées (73,9%, n=17). Les glucagonomes étaient majoritairement G1 ou G2 (84,2%, n=32) avec un indice Ki-67 médian de 2,5% (IQR: 2,0-5,0). Au diagnostic de glucagonome, les principaux signes cliniques étaient un ENM (84,2%, n=32), un amaigrissement >5 kg (65,8%, n=25), un diabète (47,4%, n=18) et une maladie thromboembolique veineuse (28,9%, n=11). La glucagonémie médiane était initialement de 3,4 fois la normale (IQR: 2,5-12,5).
Une résection chirurgicale de la TNE primitive a été réalisée chez 28 patients (73,7%), principalement à visée curative (66,7%, n=14), et a permis d'obtenir une résolution complète de l'ENM chez 93,3% (n=14) des patients.
Les patients avec glucagonome métastatique recevaient en médiane 3,5 (IQR: 1,5-6,0) lignes thérapeutiques. Toutes lignes confondues, un TTS plus long était observé avec la chimiothérapie (20,2 mois), les analogues de la somatostatine (16,6 mois), la radiothérapie interne vectorisée (16 mois) et les thérapies ciblées orales (16 mois). Le taux de réponse sécrétoire était de 85,7% après chirurgie des métastases (n=6/7), 83,3% avec la chimiothérapie (n=5/6), 75% avec la radiologie interventionnelle hépatique (n=6/8) et 60% avec les analogues de la somatostatine (n=6/10). Une résolution complète de l'ENM était également rapportée chez les deux patients traités par RIV (n=2/2) et un patient traité par thérapie ciblée (n=1/1).
La survie globale médiane était de 17,28 ans (IQR: 6,1-23,5). Un index Ki-67 > 3% était un facteur pronostique indépendant de survie (HR 5,27, IC95% [1,11-24,96], p=0,036) en analyse multivariée de Cox. Le statut métastatique de la maladie au diagnostic était proche de la significativité sans l'atteindre (HR 2,70, IC95% [0,93-7,86], p=0,069).

Conclusion : Les glucagonomes sont des TNE fréquemment métastatiques au diagnostic et découvertes à l'occasion d'un tableau clinique initial bruyant. La chirurgie à visée curative doit toujours être envisagée, même en

présence de métastases hépatiques, elle permet des survies très prolongées. La chimiothérapie, la radiothérapie interne vectorisée et la radiologie interventionnelle hépatique semblent combiner les plus fortes efficacités antitumorale et antisécrétoire chez ces patients.

P.053

Importance de centraliser la chirurgie des tumeurs neuroendocrines intestinales: CentralChirNET, une étude GTE-ENDOCAN

M. Kalifi [1], T. Walter [1], S. Deguelte-Lardière [2], M. Faron [3], P. Afchain [4], L. de Mestier [5], L. Thierry [6], A. Pasquer [1], G. Poncet [1]

(1) Lyon ; (2) Reims ; (3) Villejuif ; (4) Paris ; (5) Clichy ; (6) Tours.

Introduction : Le concept de centralisation et de seuils de résection est de plus en plus généralisé pour des actes chirurgicaux spécifiques. L'objectif de cette étude est d'évaluer l'impact du volume opératoire sur la qualité de la résection chirurgicale d'une tumeur neuroendocrine (TNE) de l'intestin grêle (IG).

Patients et Méthodes : Nous avons mené une étude nationale rétrospective incluant des patients ayant subi une résection d'une TNE-IG entre 2019 et 2021. Les centres à haut volume (Chv) ont été définis par plus de 5 résections chirurgicales par an. La survie des patients est associée à la qualité du curage ganglionnaire et un minimum de 8 ganglions réséqués (LN) est aujourd'hui recommandé. Nous avons jugé de la qualité de la résection chirurgicale entre les centres à haut et bas volume (Cbv) en se basant sur le nombre de LN comme critère d'évaluation principal: 64 patients dans chaque bras étaient nécessaires pour montrer une différence estimée à 70% de LN≥8 dans les Cbv et de 90% dans les Chv.

Résultats : 157 patients ont été opérés dans 33 centres: 90 patients dans 4 Chv et 67 dans 29 Cbv. La laparotomie a été la voie d'abord la plus souvent pratiquée dans les Chv (85,6% *vs* 59,7%, p<0,001), de même que pour l'hémicolectomie droite (64,4% *vs* 38,8%, p<0,001), tandis que la résection iléo-colique a été réalisée dans 18% des cas en Cbv *versus* jamais en Chv. Pour ce qui est du critère d'évaluation principale, le nombre de curage ganglionnaire avec des LN≥8 étaient significativement plus élevés (96,3% *vs* 64,1%, p<0,001) dans les Chv. On retrouve également une différence significative sur les critères de jugement secondaires, à savoir un curage comprenant des LN≥12 (87,8% *vs* 51,6%, p<0,001), le nombre de patients présentant des TNE multiples (43,3% *vs* 25,4%, p<0,001) et le nombre de tumeurs trouvées chez ces patients (médiane de 7 *vs* 2 p<0,001). Enfin, une palpation bidigitale de toute la longueur de l'intestin grêle (95,6% *vs* 34,3%, p<0,001), une cholécystectomie (93,3% *vs* 14,9% ; p<0,001) et une résection de la masse mésentérique (70% *vs* 38,7%, p<0,001) étaient, de manière significative, plus souvent réalisée dans les Chv.

Conclusion : Une résection chirurgicale optimale d'une TNE-IG est, de manière significative, plus souvent réalisée dans les Chv. La centralisation de la prise en charge chirurgicale des TNE-IG est recommandée.

P.054

Efficacité de la chimiothérapie d'induction par FOLFIRINOX dans les adénocarcinomes du pancréas localement avancés : étude rétrospective, multicentrique et observationnelle au sein de sept centres universitaires français

S. Borges [1], A. Turpin [1], P. Rochefort [2], V. Hautefeuille [3], F. El Hajbi [1], M. Dos Santos [4], F. Di Fiore [5], L. de Mestier [6], A. Ploquin [1]

(1) Lille ; (2) Lyon ; (3) Amiens ; (4) Caen ; (5) Rouen ; (6) Clichy-la-Garenne.

Introduction : Les adénocarcinomes du pancréas localement avancés (LAPA) représentent 30% des adénocarcinomes du pancréas (AP) au diagnostic. Aucun standard thérapeutique n'est clairement défini à ce jour. Notre objectif était d'étudier l'efficacité d'une chimiothérapie d'induction par FOLFIRINOX et les stratégies thérapeutiques au décours dans le cadre de la prise en charge des patients ayant un LAPA.

Patients et Méthodes : Nous avons mené une étude de cohorte multicentrique au sein de sept centres universitaires français disposant d'une expertise médicale, chirurgicale et radiologique dans la prise en charge des AP. Les patients ayant reçu du FOLFIRINOX ont été identifiés à partir des logiciels de prescription de chimiothérapie. Le diagnostic de LAPA était retenu sur la base des critères NCCN 2016 après relecture systématique des examens d'imagerie dans le cadre d'une réunion de concertation pluridisciplinaire. L'efficacité de la chimiothérapie d'induction par FOLFIRINOX en termes de survie globale (SG), de survie sans progression / récidive (SSP / SSR) et de taux de résection secondaire, les stratégies thérapeutiques qui en découlent et les particularités des patients opérés ont été étudiées. Les variables pronostiques (SG, SSP) ont été explorées par modèles de Cox multivariés.

Résultats : 152 patients ont été inclus. Au diagnostic, la médiane d'âge était de 63 ans, l'état général était conservé (OMS 0 ou 1) dans 96,7% des cas, le taux initial médian de CA 19-9 était de 218 UI/mL. Le nombre médian de cycles de FOLFIRINOX d'induction était de 10.
Après traitement d'induction par FOLFIRINOX, parmi les 106 patients non-progresseurs, 34 (32,1%) ont été opérés, 53 (50,0%) ont reçu une radio-chimiothérapie de consolidation et 19 (17,9%) ont reçu une chimiothérapie seule (induction suivie d'une surveillance ou désescalade ou 2ème ligne)
Après un suivi médian de 22,0 mois, les médianes de SG et de SSP au sein de la cohorte ayant reçu une chimiothérapie induction étaient respectivement de 22,0 mois (IC 95% 20,0 – 25,0) et de 13,0 mois (IC 95% 11,0 – 14,0). En analyse multivariée, la réalisation d'une radiothérapie de consolidation et d'une chirurgie étaient associées à un meilleur pronostic tandis que l'envahissement vasculaire veineux et mixte (artériel et veineux) étaient associés à un moins bon pronostic, avec des médianes de SG respectives de 50,0 mois (IC 95% 39,0 – NA), 25,0 mois (IC 95% 23,0 – 30,0) et 20,0 mois (IC 95% 16,0 – 28,0) ($p < 0,0001$) et de SSP / SSR de 29,0 mois (IC 95% 23,0 – NA), 16,0 mois (IC 95% 14,0 – 19,0) et 13,0 mois (IC 95% 9,0 – 14,0) ($p < 0,0001$).
Parmi les 34 patients opérés, 50% avaient reçu le FOLFIRINOX en néoadjuvant (NAT) et 50% ont eu un TNT comprenant le FOLFIRINOX plus radio-chimiothérapie. Les taux de réponses histologiques ganglionnaires ypN0 étaient significativement plus élevés dans le groupe TNT par rapport au groupe NAT (82,3 % contre 23,5%, $p = 0,008$). Entre les groupes TNT et NAT, il n'y avait pas de différence en termes de taux de résection R0 (82,3% contre 76,5%, $p = 1$), de taux de réponse pathologique complète (29,4% contre 11,8%, $p = 0,39$) et de taux de réalisation d'une chimiothérapie adjuvante (70,6% contre 52,9%, $p = 0,46$).

Discussion : Ces résultats rétrospectifs positifs en termes de SSP et SG concordent avec ceux de l'essai prospectif randomisé NEOPAN présentés à l'ESMO 2022 ayant placé le FOLFIRINOX comme option dans les LAPA (1). Dans notre série, le taux de résection secondaire (32.1%) est cependant bien plus important que celui de NEOPAN (3%). Une des hypothèses est que l'essai NEOPAN incluait des patients avec des maladies probablement plus évoluées, sans projet chirurgical à cause de la randomisation entre FOLFIRINOX et le standard international de l'époque, gemcitabine, moins plébiscité par les cliniciens sur la base de résultats rétrospectifs montrant des taux de réponses plus faibles, dans des populations mixtes associant tumeurs borderline et localement avancées.

Conclusion : La chimiothérapie d'induction selon le protocole FOLFIRINOX est faisable et semble efficace dans une cohorte homogène de patients suivis pour des LAPA en centre de référence.

P.055

Activité physique adaptée en oncologie digestive : pour quels patients en pratique clinique ?

C. Trihan [1], C. Richard [1], E. Boisteau [1], T. Grainville [1], G. Perkins [2], Ç. Gouriou [1], E. Rigault [3], A.S. Moussaddaq [1], E. Le Brelot [1], A. Rebillard [1], A. Lièvre [1]

(1) Rennes ; (2) Paris ; (3) Villejuif.

Introduction : Les cancers digestifs impactent lourdement l'état général des patients qui sont souvent dénutris. L'activité physique améliore la qualité de vie des patients atteints de cancers digestifs tels que le cancer colorectal et du pancréas. A ce jour, le recours à une activité physique adaptée (APA) reste cependant limité chez ces patients. L'objectif de cette étude était d'évaluer l'éligibilité à une APA chez des patients suivis pour un cancer digestif, la faisabilité de sa mise en place en pratique et d'analyser les raisons de non éligibilité et de non réalisation de l'APA. Les objectifs secondaires étaient l'étude de son impact sur la qualité de vie, la fatigue, les performances physiques et les paramètres nutritionnels.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude pilote prospective ayant inclus tous les patients vus en consultation pour un cancer digestif en cours de traitement entre le 18/01 et le 15/02/2021. Un programme d'APA réalisé dans notre centre était proposé aux patients considérés comme éligibles. Ce programme était supervisé par un professionnel, et consistait en 18 séances d'aérobie et de renforcement musculaire, sur une durée totale de 2 mois. Les raisons de non éligibilité, de refus du patient et d'arrêt prématuré du programme ont été recensées. La qualité de vie et la fatigue ont été évalué respectivement par les questionnaires EORTC-QLQ-C30 et MFI-20. Les performances physiques ont été évaluées par le test de marche de 6 minutes et les paramètres nutritionnels par balance impédancemétrie, albuminémie et évaluation scanographique de la sarcopénie. Les évaluations ont eu lieu la semaine précédant le programme (T0) et la semaine suivant sa clôture (T1).

Résultats : Au total, 65 patients ont été inclus dans l'étude (homme 74 %, âge médian 70 ans, actif 66 %, avec principalement un cancer pancréatique 30 % ou colorectal 28 %, métastatique 68 %). Parmi eux, 47 ont été considérés comme éligibles au programme d'APA. Les raisons de non éligibilité étaient principalement la distance domicile-hôpital (n = 8), une contre-indication médicale telle que la douleur (n = 2) et l'altération de l'état général (n = 3). Finalement, 22 patients ont accepté de suivre le programme d'APA. Les raisons de refus étaient majoritairement les trajets itératifs vers l'hôpital (n = 10), l'absence de remboursement du transport (n = 6) et le manque d'intérêt du patient pour l'APA (n=2). Les patients les plus enclins à accepter le programme étaient principalement des femmes (63,6 % *vs* 16 % parmi les patients ayant refusé), actives avant et pendant la maladie, vivant en zone urbaine (59,1 % *vs* 44 %) et appartenant à une classe sociale favorisée (68,3 % *vs* 44 %). Parmi ces 22 patients, 11 ont finalement débuté le programme. La raison de non réalisation était la survenue dans l'intervalle d'une altération de l'état général. Ceux ayant débuté l'APA étaient majoritairement des patients actifs (100 % *vs* 63,6 % parmi les patients n'ayant pas pu commencer), atteints d'une maladie non métastatique (45,5 % *vs* 37,4 %) et qui appartenaient à une classe sociale favorisée (81,8 % *vs* 54,6 %). Concernant les critères de jugement secondaire, le test de marche de 6 minutes était amélioré significativement de 24 % au cours du programme (p = 0.04), tandis qu'il n'y avait pas de modification significative des scores de qualité de vie et de fatigue, ni des paramètres anthropométriques et nutritionnels qui restaient stables entre T0 et T1. Ces paramètres n'étaient pas altérés par l'APA.

Conclusion : Cette étude montre que malgré la proposition systématique et la mise à disposition d'un programme d'APA dans le centre de prise en charge, la réalisation de l'APA en oncologie digestive reste limitée en pratique en raison de paramètres socio-économiques et géographiques d'une part, et d'une altération de l'état général d'autre part. Notre étude apporte des éléments pour mieux cibler les patients à sensibiliser à l'APA en consultation. Elle met également en avant l'importance d'introduire l'APA dès le début de la pris en charge pour devancer l'altération rapide de l'état général, tout en permettant d'améliorer les performances physiques. Enfin, elle appelle à des solutions de santé publique pour faciliter l'accès à la fois économique et géographique de l'APA.

P.056

Ajout de trastuzumab à la chimiothérapie péri-opératoire en cas d'adénocarcinome gastro-œsophagien HER2 positif opérable : une étude observationnelle, rétrospective et multicentrique

A.E. Frydman [1], S. Doat [1], A. Drouillard [2], E. Soularue [3], O. Dubreuil [1], A. Zaanan [1], A. Turpin [4], D. Tougeron [5], J.B. Bachet [1]

(1) Paris ; (2) Dijon ; (3) Le Kremlin-Bicêtre ; (4) Lille ; (5) Poitiers.

Introduction : L'adénocarcinome gastro-œsophagien est actuellement le 5ème cancer le plus fréquent et le 3ème cancer le plus mortel dans le monde. Au stade localisé, sa prise en charge par chimiothérapie péri-opératoire améliore la survie globale (SG) et la survie sans récidive (SSR) par rapport à une prise en charge chirurgicale exclusive. Le protocole de chimiothérapie standard utilisé est le FLOT (5-FU, Leuvocorin, Oxaliplatine et Docétaxel) permettant d'aboutir à une survie globale médiane de 50 mois. Dans 10 à 20% des cas, le récepteur HER2 est exprimé à la surface des cellules tumorales. Au stade métastatique, l'ajout du Trastuzumab à la chimiothérapie améliore la survie globale et la survie sans progression. Le but de cette étude est d'évaluer les résultats obtenus chez des patients avec un cancer gastro-œsophagien HER2 positif et traités en néoadjuvant par une combinaison de chimiothérapies plus Trastuzumab.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une cohorte observationnelle, multicentrique (7 centres) et rétrospective de Janvier 2015 à Décembre 2020. Les patients inclus devaient tous avoir été opérés d'un adénocarcinome gastro-œsophagien HER2 positif après avoir reçu une combinaison de chimiothérapies plus Trastuzumab en néoadjuvant. Le critère de jugement principal est la SSR à 18 mois et les critères de jugement secondaires comprennent le taux de réponse complète pathologique (pCR), le taux de résection R0, la SG et la toxicité.

Résultats : 48 patients ont été inclus avec pour principales caractéristiques un âge moyen de 65 ans, une localisation tumorale au niveau du bas œsophage dans 63% des cas (n=30) et au niveau du corps gastrique dans 37% des cas (n=18). Au diagnostic, 60% des tumeurs étaient résécables et 40% étaient localement avancées avec la présence de ganglions péri-tumoraux à l'imagerie. La détection du récepteur HER2 est prouvée par immunohistochimie (IHC) dans 96% des cas (n=46) ou par IHC confirmée par hybridation fluorescente *in situ* (FISH) dans 4% des cas (n=2). Le protocole de chimiothérapie consistait en du FOLFOX (n=41, 82%) ou du TFOX (n=7, 14%) avec une médiane de 6 cycles de traitement néoadjuvant reçus. Le taux d'effets secondaires de grade 3-4 (NCICTC) était de 23%. A l'examen anatomopathologique de la pièce opératoire, 43 résections étaient R0 (90%). D'après la Classification de Mandard, on observe 6 cas de réponse pathologique complète (13%) et 14 cas TRG 2 (29%), soit un total de 20 patients en bonne réponse histologique (n=20/48, 42%). Le taux de complications post-opératoires (Clavien Dindo ≥3) était de 37,5% avec 2 décès post-opératoires. 44 patients (92%) ont reçu une chimiothérapie adjuvante dont 16 patients (35%) en combinaison avec le Trastuzumab. Après une médiane de suivi de 29 mois, la SSR et la SG à 18 mois étaient de 80,4% [IC 95% : 68,9-93,8] (11 récidives, 24%) et 96% [IC 95% : 90-100], respectivement.
En analyses exploratoires, les tumeurs du corps gastrique étaient associées à une meilleure réponse pathologique que les tumeurs de la jonction gastro-œsophagienne : TRG1-2 56% *vs.* 33%. Les tumeurs du corps gastrique étaient également associées à de meilleurs taux de SSR (81,8 % [IC 95% : 61,9-100] *vs.* 64,5% [IC 95% : 47,9-86,8]) et SG (100% [IC 95% : 100-100] *vs.* 82,9% [IC 95% : 68,6-100]) à 2 ans. La perte de l'expression de HER2 est constatée sur 18 pièces d'exérèse au sein des 42 évaluables (n=18/42, 43%). Cette négativation d'HER2 semble également associée à de meilleurs taux de SSR (75,2 % [IC 95% : 54,2-100] *vs.* 58,1% [IC 95% : 38,1-86,4]) et SG (90,9 % [IC 95% : 75,4-100] *vs.* 84 ,6 % [IC 95% : 69,4-100]) à 2 ans.

Conclusion : L'ajout du Trastuzumab à la chimiothérapie néoadjuvante est associée à des résultats prometteurs et une toxicité acceptable chez les patients atteints d'un adénocarcinome gastro-œsophagien HER2 positif. Ces résultats sont à confirmer dans des études prospectives randomisées en cours. Les analyses selon la localisation tumorale et la persistance ou non de l'expression d'HER2 sur la pièce opératoire suggèrent que des études devraient être menées sur les facteurs pronostiques liés à l'environnement tumoral et la réponse de la tumeur au Trastuzumab.

P.057

Prise en charge des patients âgés ayant une tumeur neuroendocrine digestive métastatique au sein d'un réseau ENDOCAN-RENATEN

A. Dujardin [(1)], L. Guittet [(1)], T.T.N. Nguyen [(1)], K. Bouhier-Leporrier [(1)], F. Di Fiore [(2)], B. Dupont [(1)], A.L. Bignon [(1)]

(1) Caen ; (2) Rouen.

Introduction : Les tumeurs neuroendocrines (TNE) sont des tumeurs rares et hétérogènes, leur prise en charge est complexe, le panel thérapeutique est très large, nécessitant une prise en charge au sein d'un réseau spécialisé. L'incidence des TNE est en constante augmentation, notamment chez les sujets âgés avec peu de données disponibles dans la littérature. L'objectif de ce travail était de décrire et d'évaluer la prise en charge des patients âgés ayant une TNE digestive, métastatique, au sein d'un réseau ENDOCAN-RENATEN régional.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective multicentrique régionale menée au sein du réseau ENDOCAN-RENATEN. Tous les patients âgés de 70 ans ou plus, pris en charge entre 2012 et 2021 pour une tumeur neuroendocrine digestive, de grade I ou II, métastatique, ont été inclus. Les données sur les caractéristiques des patients, la tumeur et les traitements reçus, ont été receuillies, ainsi que les causes des décès, permettant une analyse descriptive et de survie.

Résultats : 128 patients ont été inclus, l'âge médian était de 74,5 ans (max: 92 ans). 74,2% des patients présentaient une tumeur primitive du tube digestif non pancréatique, de grade I (60,2%) avec des métastases synchrones (73,4%), principalement hépatiques (82,8%). L'état général était conservé, le score de performance clinique (échelle de l'Organisation Mondiale de la Santé) était de 0-1 dans 92,1% des cas. Des comorbidités cardiovasculaires étaient retrouvées dans 66,4% des cas, 23,2% des patients avaient un diabète et 12,8 % une pathologie rénale. Au diagnostic, les patients présentaient majoritairement des douleurs abdominales (37,9%) et un syndrome occlusif (18,1%), plus fréquent chez les plus de 75 ans (32,7% *versus* 7,5% chez les 70-75 ans, p=0,01). 56,8% des patients ont été opérés de la lésion primitive. Peu d'évaluations onco-gériatriques ont été effectuées (17,2%).
Si 91,4% des patients ont reçu un traitement, les plus de 75 ans étaient significativement moins traités que les patients de 70-75 ans (p=0,01). Ils avaient une médiane de 2 lignes de traitement. Les analogues de la somatostatine (ASST) représentaient le principal traitement reçu (82% des patients), quelle que soit la ligne de traitement. Seulement 26,5% des patients avaient de la chimiothérapie, 9,3% des thérapies ciblées et 6,2% de la radiothérapie interne vectorisée. Concernant les traitements locaux, 17,2% d'entre eux ont eu de la chimioembolisation, significativement plus fréquente chez les patients de 70-75 ans que chez les plus de 75 ans (p=0,02).
Le suivi médian était de 34 mois. Au total, 52 patients sont décédés au cours du suivi, dont 55,7% en lien avec la maladie néoplasique. La médiane de survie globale dans notre population était de 7,1 ans (IQR {3.0-9.1}).
En analyse univariée, les facteurs prédictifs de survie globale étaient l'âge (p=0,03), la localisation de la tumeur primitive (p=0,02) ainsi que le Ki 67 (p=0,007). La présence de comorbidités (p=0,28) n'était pas un facteur prédictif de survie. L'analyse multivariée a montré que seul l'index de prolifération le Ki67, était un facteur prédictif indépendant de survie globale (OR 1,99, IC95% {1,04-3,81}, p=0,04).

Conclusion : Les patients âgés ayant une TNE digestive métastatique sont traités principalement par ASST, avec un accès moindre aux nouvelles thérapeutiques et à un traitement optimal alors qu'ils décèdent majoritairement de leur pathologie. Une meilleure évaluation du profil de chaque patient au diagnostic et une prise en charge pluridisciplinaire semblent essentielles à l'optimisation de leur prise en charge.

P.058

Evaluation des facteurs prédictifs de toxicité de la chimiothérapie par FOLFIRINOX chez les patients traités pour un adénocarcinome pancréatique

R. Eid [1], A. Tarabay [1], P. Decazes [1], C. David [1], F. Kerbage [1], J. Zeghondy [1], L. Antoun [1], C. Smolenschi [1], A. Fuerea [1], M. Valéry [1], B. Cervantes [1], V. Boige [1], M. Gelli [1], L. Tselikas [1], J. Durand-Labrunie [2], Y. Belkouchi [1], M. Ducreux [1], N. Lassau [1], A. Hollebecque [1]

(1) Villejuif ; (2) Paris.

Introduction : Le cancer du pancréas est la 7ème cause de décès par cancer dans le monde et son incidence est en nette augmentation. La chimiothérapie par FOLFIRINOX est l'un des traitements de référence en 1ère ligne métastatique. Ce traitement est source de toxicité parfois sévère pouvant nécessiter hospitalisation et ultérieurement des réductions de dose. L'objectif de ce travail était d'évaluer les facteurs biologiques, cliniques et anthropométriques pouvant prédire la survenue de toxicité sévère au Folfirinox.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective, menée chez tous les patients atteints d'adénocarcinome du pancréas traités par FOLFIRINOX. Les caractéristiques biologiques, cliniques, anthropométriques ont été recueillies avant le début du Folfirinox et les hospitalisations/tolérance (gradée selon la classification CTCAE v5.0) recueillis au cours du 1er mois de chimiothérapie. Les données anthropométriques ont toutes été évaluées à partir des scanners pré-thérapeutiques et via l'aide du logiciel Anthropometer3DNet. Notre étude s'est volontairement focalisée sur la toxicité de survenue précoce.

Résultats : Dans notre étude, 152 patients d'âge médian 62 ans, atteints de cancer du pancréas et traités par du Folfirinox ont été inclus. Le Folfirinox était administré en situation métastatique, localement avancé ou en situation adjuvante/néo-adjuvante chez respectivement 123 pts (81%), 22 pts (14%) et 7 pts (5%). Les patients avaient un état général évalué Performance Status (PS) 0, 1, ≥2 chez 74 pts (49%), 62 pts (41%), 15 pts (10%) et non précisé chez 1 patient. Dans notre série, le suivi médian était de 62,5 mois, la survie globale (SG) médiane de 13,7 mois et la survie sans progression (SSP) médiane de 8,9 mois. Une réduction de dose avant le 1er cycle a été effectuée chez 21 patients (14%). Au cours du 1er mois de traitement (soit après un maximum de 2 cycles), 73 pts (48%) ont présenté une toxicité ayant eu pour conséquence une hospitalisation et/ou une réduction de dose aux cures suivantes et 43 patients (28%) ont nécessité une hospitalisation d'une durée médiane de 8 jours. Parmi les variables anthropométriques étudiées, la présence d'une faible masse musculaire (MBM) était significativement corrélée à la nécessité de réduire les doses de chimiothérapie (AUC 0.63 [IC95%: 0,55 - 0,75] ; p<0,001). Les autres variables comme le Tissu Adipeux Sous-cutané (SAT), le Tissu Adipeux Viscéral (VAT), la Masse Corporelle Mince (LBM), l'Indice de Masse Grasse (FMB) n'étaient pas prédictif de toxicité. Parmi les variables biologiques, seul le rapport neutrophiles/lymphocytes (NLR) supérieur à 4 était significativement corrélé à la nécessité de réduire les doses de chimiothérapie et à l'hospitalisation. Parmi toutes les variables étudiées, seul un rapport NLR inférieur à 4 était significativement corrélé à une SG plus longue (p=0,003).

Conclusion : Dans notre cohorte rétrospective de cancers du pancréas traités par Folfirinox, les toxicités nécessitant réduction de dose et/ou hospitalisation étaient fréquentes (48%) et leurs survenues corrélés à la présence d'une faible masse musculaire et/ou d'un NLR élevé. Cette étude nécessite une confirmation sur une série plus large mais suggère que l'évaluation de la masse musculaire et du rapport NLR pourrait limiter les toxicités de la chimiothérapie par Folfirinox.

P.059

Faisabilité d'une chimiothérapie bidirectionnelle pour maladie péritonéale étendue : expérience monocentrique après pose de plus de 100 cathéters intra-péritonéaux

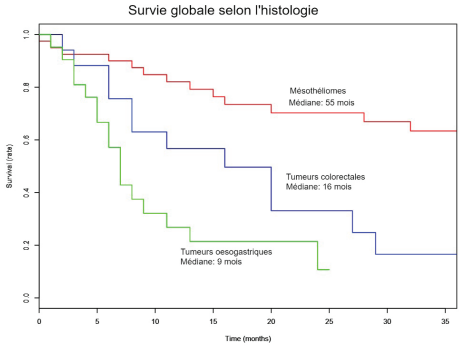
M.J. Lardinois [1], M. Gelli [1], C. Smolenschi [1], E. Fernandez De Sevilla [1], L. Benhaim [1], V. Boige [1], M. Ducreux [1], I. Sourrouille [2]

(1) Villejuif ; (2) Paris.

Introduction : Le traitement des maladies péritonéales primitives (notamment le mésothéliome péritonéal malin, MPM) ou secondaires (MPS) repose sur la chirurgie de cytoréduction complète+/-CHIP. En cas de maladie non résécable, les traitements locorégionaux sont en cours d'évaluation, dont la chimiothérapie bidirectionnelle (CBD) associant chimiothérapie systémique et intrapéritonéale utilisant un cathéter intrapéritonéal (KTIP).

Patients et Méthodes : Etude rétrospective monocentrique incluant tous les patients ayant eu une pose de KTIP pour CBD (2012-2022) ayant comme objectif l'évaluation de la faisabilité et de la toxicité du traitement.

Résultats : Cent-quatre patients avec MPP (44%, n=46) et MPS principalement colique (20%, n=21) ou gastrique (27%, n=28) ont été inclus (ratio H/F= 55/49, âge médian 55 ans [46;66], BMI médian 23 [21;26], PCI médian 24 [16;32] et PS médian 0). Parmi les MPS, 84% (n=50) avaient reçu un traitement systémique antérieur alors que la CBD était le premier traitement pour 61% (n=28) des MPM (p<0.001). Au moins une cure de traitement par CBD a été administrée à 83% des patients (n=86), mais l'échec du traitement n'était du à une cause technique que dans 6 cas (6%), contre 12 changements dans le plan de soin du patient après la pose du cathéter (11%). Le nombre médian de cures était de 6[3;8], 74% (n=64) des patients ayant reçu au moins 4 cures. Dix-neuf patients (18%) ont reçu plus d'une ligne de CBD. L'Oxaliplatine a été utilisé pour 40 patients (46% des patiente traités) dont 17 MPS de tumeurs coliques (en première ligne dans 100% des cas), 7 tumeurs gastriques (en première ligne pour 61% des patients) et 11 mésothéliomes péritonéaux (deuxième ligne de traitement pour 9 patients sur 11). L'Alimta a été utilisé pour 38 patients (44%) (100% de mésothéliomes péritonéaux, en première ligne de traitement). Le Taxol a été utilisé pour 18 patients (39%), dont 15 tumeurs œsogastriques (1ère ligne de traitement).
Au cours du traitement, l'EVA médiane était à 2.5 [0-5.25] pour l'Oxaliplatine, contre 0 [0-0] pour l'Alimta et 0 [0-1] pour le Taxol (p<0.001), avec 60%(n=24) d'EVA>4 lors d'au moins une cure pour l'Oxaliplatine contre 13% (n=5) pour l'Alimta et 38% (n=7) pour le Taxol (p<0.001). 62% des patients traités par Oxaliplatine (n=25) ont nécessité un traitement par antalgiques de palier 3 durant au moins une cure permettant une tolérance suffisante (EVA <4) chez 16 patients.
Le taux de toxicité sévère liée au traitement (grades 3 et 4 de la CTCAEv5.0) était de 30% pour la population globale (25% pour l'Oxaliplatine, 37% pour l'Alimta et 38% pour le Taxol) (p=0.906) et le taux de complications liées au KTIP était de 7% (n=6) (3 infections, 3 défauts de diffusion). Un arrêt prématuré du traitement a été nécessaire chez 25% des patients traités par Oxaliplatine (n=10), contre 2.5% pour l'Alimta (n=1) et 5.5% pour le Taxol (n=1), (p<0.001).
Une réévaluation chirurgicale a eu lieu chez 36% de la population globale (n=38) après 5 cures en moyenne, avec un PCI médian à 20 [16;30].
Le taux de résection secondaire était de 32% (22MPP et 5MPS).
La survie globale (SG) médiane était de 20 mois pour la population globale (55 mois pour les mésothéliomes, 16 mois pour les tumeurs colorectales, 7 mois pour les tumeurs gastriques). Pour les mésothéliomes, la survie globale était de 83% à 1 an et 63% à 3 ans. Elle était de 57% à 1 an et 17% à 3 ans pour les tumeurs coliques et de 27% à 1 an pour les tumeurs gastriques. Pour les mésothéliomes opérés, la survie globale était de 75% à 3 ans et la survie sans récidive de 55% à 3 ans.



Conclusion : L'intensification locorégionale intrapéritonéale est une alternative intéressante au traitement systémique chez des patients présentant une maladie péritonéale étendue. Plusieurs drogues sont envisageables selon l'histologie, avec une bonne tolérance et une toxicité faible. Les difficultés techniques et complications liées au KT sont négligeables. Le taux de résection secondaire de 32% pour la population globale est encourageant.

P.060

Iléites sous chimiothérapies en oncologie digestive : une étude multicentrique de l'Association des Gastro-Entérologues Oncologues (AGEO)

A. Jenvrin [(1)], A. Perret [(2)], L.J. Palmieri [(1)], E. Soularue [(1)], J. Taïeb [(1)], C. Gallois [(1)]

(1) Paris ; (2) Villejuif.

Introduction : Les traitements anti-cancéreux induisent fréquemment des effets indésirables digestifs. En raison de l'élargissement des indications de l'immunothérapie, la toxicité intestinale de ce traitement est bien étudiée et la prise en charge codifiée (1,2). Au contraire, l'atteinte inflammatoire de l'iléon ou iléite sous chimiothérapie est peu étudiée, bien que connue des praticiens. Il n'existe que quelques cas cliniques publiés dans la littérature d'iléites sous fluopyrimidine (3–10). La prise en charge des iléites développées sous chimiothérapie n'est pas codifiée, notamment sur les explorations complémentaires à réaliser et la possibilité de reprise du traitement causal. L'objectif de cette étude est de décrire les caractéristiques clinico-biologiques de patients avec une iléite apparue lors d'un traitement par chimiothérapie pour un cancer digestif, les caractéristiques scanographiques, endoscopiques et l'évolution de ces iléites, ainsi que la prise en charge de ces patients en vraie vie.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude observationnelle rétrospective multicentrique incluant des patients avec une iléite symptomatique apparue sous chimiothérapie pour un cancer digestif, dans 4 centres Français membres de l'Association des Gastro-entérologues Oncologues (AGEO). Etaient exclus les patients asymptomatiques avec une découverte fortuite d'iléite sur un scanner de réévaluation, ayant reçu une immunothérapie dans l'année précédant l'apparition de l'iléite et ayant un antécédent de radiothérapie abdominale/pelvienne ou une radiothérapie concomitante.

Résultats : Cinquante-deux patients ont été inclus entre 2006 et 2021. Ils étaient traités par des chimiothérapies à base de fluoropyrimidine et/ou irinotecan dans 92% des cas. Les symptômes les plus fréquents étaient la diarrhée (77%), les douleurs abdominales et vomissements (58% respectivement) et la fièvre (56%). Les recherches microbiologiques étaient peu contributives avec le diagnostic d'une infection à bactérie entéropathogène, trois infections à *Clostridium difficile* et une infection à Cytomégalovirus. Une endoscopie digestive a été réalisée chez 35% des patients, et n'apportait aucune donnée spécifique ou critère de gravité. L'iléite était compliquée d'une perforation et/ou d'une occlusion chez 3 patients. L'évolution était favorable en 1 à 2 semaines chez la majorité des patients, permettant une reprise de la chimiothérapie causale dans 71% des cas. Aucun décès directement lié à l'iléite n'a été repporté.

Conclusion : L'apparition d'une iléite symptomatique sous chimiothérapie est une complication rare qui survient majoritairement avec des protocoles à base de fluoropyrimidine et/ou irinotecan, et induit des symptômes non spécifiques qui évoluent favorablement sous traitement symptomatique, permettant une reprise de la chimiothérapie causale.

P.061

Faisabilité et efficacité de la radiothérapie intra-artérielle sélective hépatique dans le cholangiocarcinome avancé : à propos d'une cohorte monocentrique

R. Mari [1], A. Tauty [1], D. Ouk [1], J. Izaaryene [1], M. Dassa [1], N. Daidj [1], S. Launay [1], E. Loir [1], Y. Belhadj [1], C. Delaunay [1], J. Martin [1], A. Palen [1], J. Ewald [1], J. Garnier [1], O. Turrini [1], I. Brenot-Rossi [1], G. Piana [1], E. Mitry [1], B. Chanez [1]

(1) Marseille.

Introduction : Le cholangiocarcinome intra-hépatique (CIH) présente un pronostic sombre et la résection chirurgicale reste le seul traitement potentiellement curatif. En cas de maladie non résécable, le traitement de référence de première ligne repose sur une association de chimiothérapie (CT) par sels de platine et gemcitabine. Une radiothérapie intra-artérielle sélective hépatique (RH) en association à la CT a fait preuve de son efficacité et est remboursée en France dans cette indication, bien qu'il n'existe que peu de données d'études prospectives, dont aucune n'est randomisée. Ce travail propose une évaluation de l'expérience en vie réelle au sein de notre centre concernant le traitement du CIH non résécable associant la RH de manière concomitante ou non à la CT de première ligne.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude monocentrique menée auprès de patients consécutifs, inclus rétrospectivement et atteints d'un CIH non résécable non métastatique traité par RH associée de façon concomitante ou non à la CT de première ligne par platine et gemcitabine. Les données cliniques étaient recueillies à partir du dossier médical et les survies médianes globales (SGm) et sans progression (SSPm) étaient calculées. La SGm correspondait au délai entre la date du premier cycle de CT et le décès. La SSPm correspondait au délai entre la date du premier cycle de CT et la rechute objectivée par imagerie.

Résultats : Entre 2012 et 2022, une indication de RH a été posée après validation en réunion de concertation pluridisciplinaire chez 30 patients atteints d'un CIH non résécable, parmi lesquels 28 en ont finalement bénéficié, le traitement n'ayant pu être réalisé en raison d'un échec technique chez 2 patients. Après exclusion des patients ayant bénéficié d'une RH à visée compassionnelle après échec de lignes thérapeutiques précédentes (n=4), notre cohorte comportait 24 patients. L'âge médian était de 69,5 ans (36 – 79) et il existait une prédominance féminine (70,8%). La taille médiane du CIH était de 62 mm (25 – 160) et l'atteinte tumorale concernait le foie gauche et droit pour 45,8% des patients. Quinze patients (62,5%) avaient bénéficié de la RH de façon concomitante à la CT de première ligne, parmi lesquels la RH avait été réalisé de façon concomitante au premier cycle de CT pour 60%. Neuf patients (37,5%) avaient reçu la RH en traitement de clôture devant une maladie contrôlée à l'issue de ≥8 cycles de platine + gemcitabine. Une séance unique de RH a été effectuée chez 75% patients, alors que 2 séances ont été nécessaires pour les 25% restants. La SGm était de 20,8 mois dans le groupe RH concomitante et de 20,2 mois dans le groupe RH de clôture. La SSPm était respectivement de 10,8 mois et 17,4 mois dans ces deux groupes. Trois patients (12,5%) ont présenté une toxicité de grade ≥3, parmi lesquels une prise en charge chirurgicale urgente a été nécessaire pour 2 patients, respectivement pour cholécystite ischémique et ulcère gastrique radique. Le taux de réponse 3 mois après RH, évalué par TEP scanner et/ou scanner thoraco-abdomino-pelvien, était de de 58,3%. Quatre patients (16,7%), appartenant tous au groupe RH concomitante à la CT, ont pu être opérés à l'issue de la RH.

Conclusion : La RH est efficace avec un profil de toxicité acceptable, même lorsqu'elle était associée à la CT, pour des patients en vie réelle. La réponse thérapeutique permet potentiellement d'orienter certains patients atteints d'une maladie avancée vers une résection chirurgicale. Des donnés prospectives sont nécessaires afin de confirmer l'efficacité de la RH dans cette indication.

P.062

Analyse des relations entre la composition corporelle et la pharmacocinétique du panitumumab dans le traitement du carcinome épidermoïde localisé de l'anus. Etude ancillaire de l'essai FFCD0904

S. Lobet [1], L. Lagogue [1], F. Nguyen [1], K. Le Malicot [2], R. Chautard [1], G. Paintaud [1], D. Ternant [1], P. Ronchin [3], L. Bazire [4], C. Lemanski [5], P.L. Etienne [6], A. Lièvre [7], C. de la Fouchardière [8], M. Ben Abdelghani [9], C. Lepage [2], T. Aparicio [4], V. Vendrely [10], T. Lecomte [1]

(1) Tours ; (2) Dijon ; (3) Mougins ; (4) Paris ;
(5) Montpellier ; (6) Plérin ; (7) Rennes ; (8) Lyon ;
(9) Strasbourg ; (10) Bordeaux.

Introduction : L'évaluation de la composition corporelle (CP) est possible en routine au moyen de paramètres biométriques radiologiques de détermination simple. Une grande variabilité dans la répartition des 2 principaux tissus de l'organisme que sont la masse musculaire et le tissu adipeux pour des patients (pts) ayant des poids similaires a été rapportée (1). Les modifications de la CP peuvent être associées à la variabilité pharmacocinétique (PK) des chimiothérapies ainsi qu'à leurs effets (2). Les relations entre la CP et la PK des anticorps monoclonaux ainsi qu'avec leurs effets ont été peu évaluées. Les objectifs de cette étude ancillaire de l'essai FFCD 0904 (NCT01581840)(3,4) évaluant une radio-chimiothérapie à base de panitimumab (PANI) dans le carcinome épidermoïde localisé de l'anus étaient d'étudier l'association d'une part entre la PK du panitumumab et ses effets (tolérance cutanée et efficacité du traitement) et d'autre part entre les paramètres de CP et la PK du panitumumab.

Patients et Méthodes : Le PANI a été administré à une dose de 3 mg/kg aux semaines 1, 3, 5, 8 et 10 et la concentration sérique de PANI a été mesurée avant la 3ème perfusion de PANI (S5). Les paramètres PK du panitumumab pour chaque pt ont été estimés à l'aide d'une approche PK de population en se basant sur un modèle pharmacocinétique déjà publié (5). Les paramètres biométriques (surface de muscle (MS), tissu adipeux visceral (VAT), tissu adipeux intramusculaire (IMAT) et tissu adipeux sous cutanée (SAT)) décrivant la CP ont été mesurés sur des coupes scanographiques disponibles avant traitement au niveau de la 3ème vertèbre lombaire (L3) au moyen du logiciel Slice-O-Matic software (v.5.0; Tomovision, Magog, Canada). Les surfaces du muscle et des différents tissus adipeux ont été converties en masses grasses (FM) et masses maigres (FFM) (1). Les données de tolérance cutanée et d'efficacité (réponse tumorale, survie sans récidive (SSR) et survie globale (SG) à 3 ans) de l'essai FFCD 0904 ont été analysées en fonction des paramètres de CP et de PK du PANI. Les associations entre les différents paramètres ont été évaluées séparément soit par analyse de corrélation ou par un modèle de Cox pour les données de survie. Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel R (6).

Résultats : Parmi les 45 pts inclus dans l'étude (36 femmes, 60.1 d'âge médian), les données PK du PANI étaient disponibles chez 26 patients. Les scanners avant traitement étaient disponibles pour 37 pts. Les valeurs médianes des paramètres de CP étaient : MS = 115 cm², VAT = 76cm², IMAT = 11cm², SAT = 134cm², FM = 21kg, FFM = 41kg. L'impact de la CP sur la PK du PANI a été évalué chez 21 pts pour lesquelles l'ensemble des données étaient disponibles. L'exposition au PANI après la 1ère administration (AUC14J) est significativement associée aux paramètres de CP : MS (R^2 = 0,76 ; p = 6,9.10-5), VAT (0,71 ; p = 2,7.10-4), SAT (R^2 = 0,77 ; p = 3,8.10-5), FFM (R^2 = 0,76 ; p = 6,7.10-5), FM (R^2 = 0,82 ; p = 6,3.10-6). La PK du PANI de même que la CP ne sont pas significativement associées aux effets du traitement à base PANI en termes de tolérance (toxicité cutanée) et d'efficacité (réponse tumorale, SSR, SG).

Conclusion : La variabilité de la composition corporelle (masse musculaire et masse grasse) est associée à la pharmacocinétique du panitumumab. Le faible effectif des pts inclus n'a pas permis de mettre en évidence de relation entre la pharmacocinétique du panitumumab et la composition corporelle avec l'efficacité du traitement. La perspective est

l'élaboration d'une stratégie personnalisée d'adaptation de la dose de panitumumab à la composition corporelle.

Remerciements, financements, autres :
Fourniture du panitumumab et financement AMGEN

P.063

Intérêt de la chimiothérapie post-opératoire dans les adénocarcinomes gastriques après chirurgie ypT0-3N0, une étude comparative rétrospective multicentrique de l'AGEO

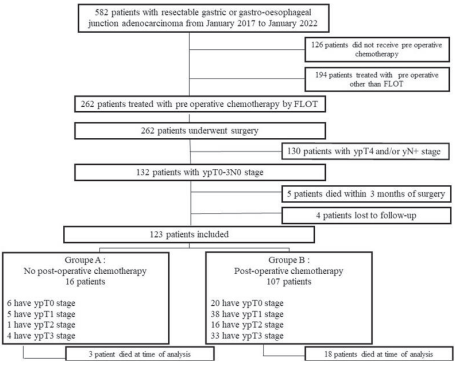
C. Juin [(1)], C. Gallois [(1)], S. Philonenko [(1)], E. Rigault [(2)], P. Artru [(3)], I. Trouilloud [(1)], P. McLellan [(1)], A. de Malet [(2)], C. Coutzac [(1)], C. Smolenschi [(2)], O. Dubreuil [(1)], D. Deutsch [(4)], I. Baumgaertner [(5)], P. Danion [(3)], L.J. Palmieri [(1)], R. Coriat [(1)]

(1) Paris ; (2) Villejuif ; (3) Lyon ; (4) Bobigny ; (5) Créteil.

Introduction : La chimiothérapie péri-opératoire par docetaxel (50 mg/m2) + oxaliplatine (85 mg/m2) + 5-fluorouracile sur 24h (2600 mg/m2) (FLOT) est devenue depuis 2017 le nouveau standard thérapeutique des adénocarcinomes gastriques ou de la jonction œso-gastrique localement avancés et résécables (Al Batran Lancet 2019). Les taux de réponses histologiques sont élevés avec le protocole FLOT (83% ≤ ypT3). Dans ce contexte se pose l'intérêt de la chimiothérapie post-opératoire dans ce schéma péri opératoire. L'objectif de cette étude était d'évaluer l'intérêt de la chimiothérapie post-opératoire sur la survie sans récidive des cancers gastriques ypT0-3N0.

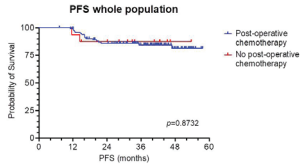
Patients et Méthodes : Une étude rétrospective et multicentrique (14 centres français) coordonnée par l'AGEO a été réalisée entre le 01/01/2017 et le 04/01/2022 et a inclus les patients atteints d'un adénocarcinome gastrique ou de la jonction-œsogastrique résécables, traités par FLOT en néo-adjuvant, opérés et présentant sur la piéce opératoire une lésion ypT0-3N0. Deux groupes ont été constitués celui des patients traités par chimiothérapie adjuvante (groupe chimiothérapie) ou n'ayant pas reçu de chimiothérapie adjuvante ou seulement une seule cure (groupe surveillance). Les critères d'exclusion étaient les patients métastatiques d'emblés, les patients ayant bénéficié d'une résection endoscopique sans chirurgie, d'un traitement par radio-chimiothérapie néo adjuvante ou d'une chirurgie exclusive, et les patients décédés des suites de complications chirurgicales dans les 3 mois post opératoire ou perdus de vue dans les suites opératoires. Le critère principal de jugement de l'étude était la survie sans récidive.

Figure 1. Flow Chart



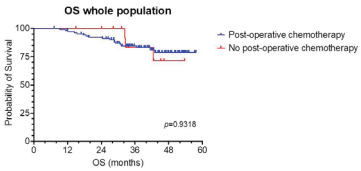
Résultats : Au total 123 patients ont été inclus et répartis dans le groupe chimiothérapie (n = 107) et surveillance (n = 16). Les patients du groupe surveillance étaient plus âgés (70 *vs* 59 ans) et avaient eu plus de diminution des doses de la chimiothérapie en pré opératoire (43,7 *vs* 29%). Il n'y avait pas de différence significative entre les 2 groupes concernant la survie sans récidive (p = 0,8732) et la survie globale (p = 0,9318) avec des médianes de survie non atteintes. Par ailleurs, il n'a pas été retrouvé de variations de survie sans récidive et globale en fonction de la chimiosensibilité du cancer.

Figure 2. Analysis of recurrence-free survival between the two groups, according to Kaplan-Meier and with log-rank test



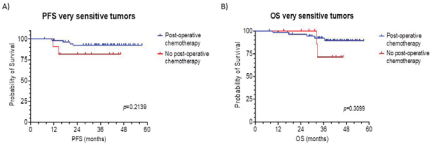
Post-operative chemotherapy	105	102	82	56	22	1
No post-operative chemotherapy	16	16	14	9	2	1

Figure 3. Analysis of overall survival between the two groups, according to Kaplan-Meier and with log-rank test



Post-operative chemotherapy	107	104	92	60	24	1
No post-operative chemotherapy	16	16	16	9	2	1

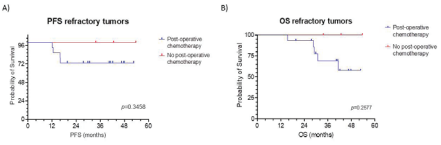
Figure 5. Analysis of recurrence-free (A) and overall (B) survival between the two groups in patients very sensitive to preoperative chemotherapy, according to Kaplan-Meier and with log-rank test



Post-operative chemotherapy	57	55	47	31	11	1
No post-operative chemotherapy	11	11	9	6	1	1

Post-operative chemotherapy	58	56	50	33	12	1
No post-operative chemotherapy	11	11	11	6	1	1

Figure 6. Analysis of recurrence-free (A) and overall (B) survival between the two groups in patients refractory to preoperative chemotherapy, according to Kaplan-Meier and with log-rank test



Post-operative chemotherapy	15	15	11	8	2	1
No post-operative chemotherapy	3	3	3	3	2	1

Post-operative chemotherapy	15	15	14	9	2	1
No post-operative chemotherapy	3	3	3	3	2	1

Conclusion : Cette étude suggère que la chimiothérapie post-opératoire ne semble pas apporter d'amélioration de la survie après traitement d'induction par FLOT et chirurgie carcinologique ypT0-3N0.

P.064

PRODIGE 69-FOLFIRINEC : mFOLFIRINOX *versus* platine-étoposide en première ligne de traitement des carcinomes neuroendocrines peu différenciés de grade 3 métastatiques gastroentéro-pancréatiques ou de primitif inconnu associé à l'établissement d'un pro

R. Desgrippes [1], P. Afchain [2], T. Walter [3], D. Tougeron [4], V. Hautefeuille [5], M. Guarssifi [6], K. Le Malicot [6], J.Y. Scoazec [7], C. Lepage [6], J. Hadoux [7], E. Baudin [7]

(1) Saint-Malo ; (2) Paris ; (3) Lyon ; (4) Poitiers ; (5) Amiens ; (6) Dijon ; (7) Villejuif.

Introduction : Les carcinomes neuroendocrines peu différenciés de grade 3 (CNE G3) sont des maladies rares de mauvais pronostic. FOLFIRINEC est une étude multicentrique de phase II comparant mFOLFIRINOX *vs* platine-étoposide (PE) en première ligne des CNE G3 métastatiques d'origine gastroentéropancréatique (GEP) ou inconnue.

Patients et Méthodes : L'objectif principal est de comparer la survie sans progression avec mFOLFIRINOX *versus* PE. Les objectifs secondaires sont d'évaluer le taux de réponse objective selon RECIST 1.1, la survie globale médiane, la sécurité et la qualité de vie. L'étude translationnelle permet d'évaluer la fréquence de la perte d'expression de Rb, et de fournir au médecin investigateur un portrait moléculaire et un compte rendu de RCP moléculaire dans les 2 mois suivants l'envoi de l'échantillon tumoral.
Les principaux critères d'inclusion sont : CNE G3 peu différencié ou MiNEN G3 d'origine GEP ou inconnue, métastatique et évaluable selon RECIST 1.1, disponibilité du bloc tumoral et absence de contre-indication à la chimiothérapie. Les patients sont randomisés 1:1 entre PE tous les 21 jours pendant 6 à 8 cycles et mFOLFIRINOX tous les 14 jours pendant 12 cycles maximum et stratifiés selon le centre, le statut OMS, le Ki67 et le sous-type pathologique (petites *vs* grandes cellules).

Résultats : Avec un alpha bilatéral de 5% cet essai aura une puissance de 80% pour détecter un HR de 0,67 en faveur du mFOLFIRINOX (7,5 mois *vs* 5 mois pour PE) ce qui nécessitera de randomiser 218 pts pour obtenir 203 événements avec 24 mois de suivi, un taux de recrutement de 5 patients/mois et un taux d'abandon de 10 %. Une analyse intermédiaire est prévue à 50% des événements soit 102 événements. En septembre 2022, 44 centres sont ouverts à l'inclusion, 39 patients ont été inclus en 24 mois, soit un rythme d'inclusion d'environ 1.6 patient par mois, en dessous de l'objectif. Sur les 20 prélèvements tumoraux reçus pour profil moléculaire (51 % des patients inclus), 7 (35%) sont non contributifs en raison de la petite taille de l'échantillon. Un profil moléculaire a été transmis au médecin investigateur pour 11 patients dans un délai médian de 2,5 mois à compter de l'envoi de l'échantillon.

Conclusion : L'essai FOLFIRINEC vise à challenger le standard de première ligne platine-étoposide et à mieux comprendre la biologie tumorale des patients atteints de CNE G3. Le taux de d'inclusion est plus lent que prévu en raison de la rareté et de l'agressivité de la maladie, nécessitant souvent un traitement urgent. Une sensibilisation accrue à l'essai est nécessaire au sein de la communauté oncologique en France pour accélérer le rythme des inclusions.

Remerciements, financements, autres :
FFCD
CHU Dijon
Institut Gustave Roussy

P.065

Evolution de la prise en charge du cancer de l'œsophage dans un centre de haut volume entre 2010 et 2021 : effet sur la complétion du textbook outcome

L. M'harzi [(1)], C. Julio [(1)], A. Challine [(1)], F. Paye [(1)], Y. Parc [(1)], J. Lefèvre [(1)], T. Voron [(1)]

(1) Paris.

Introduction : La prise en charge des cancers de l'œsophage (CO) a évolué au cours des dernières années. Le Textbook Outcome(TBO) est une mesure composite définie par 10 paramètres reflétant la qualité des soins pré- et peropératoire.
L'objectif de cette étude était d'étudier l'évolution de la prise en charge du CO dans un centre à haut volume et ses effets sur la complétion du TBO.

Patients et Méthodes : Cette étude rétrospective monocentrique a inclus tous les patients opéré d'un Lewis-Santy(LS) pour cancer entre 2010 et 2021. Les paramètres du TBO sont internationalement définis.

Résultats : Parmi les 162 patients inclus, 37 (23%) étaient opéré entre 2010 et 2013(période1), 64 (39%) entre 2014 et 2017 (Période2) et 61 (38%) entre 2018 et 2021 (Période3). Au cours du temps, les patients présentaient des tumeurs plus avancées (cN+ : 42% *vs*.70% *vs*.70%;p=0,015) et recevaient plus fréquemment un traitement néoadjuvant (64% *vs*.81% *vs*.90%;p=0,007). L'approche chirurgicale passait d'ouvert(période1) à hybride(période2) à totalement mini-invasif (TMIE)(période3), et était associée à une extubation sur table plus fréquente et moins d'intubation prolongée(>48h).
La complétion du TBO passait de 23%(Période1) à 33%(Période2) puis 46%(Période3). La complétion du TBO était associé à une augmentation de la survie globale(SG) (p=0,013) et sans récidive(SSR) (p=0,024). Les facteurs prédictifs de complétion du TBO étaient, en analyse multivariée: l'absence de diabète, l'absence de radiothérapie néoadjuvante et l'approche mini-invasive (hybride ou TMIE).

Conclusion : L'évolution de prise en charge des CO, et principalement l'approche chirurgicale mini-invasive, s'accompagne d'une augmentation de complétion du TBO, associée elle-même à une augmentation de la SG et SSR.

P.066

Formes cliniques et histologiques et pronostic de l'adénocarcinome de l'anus

E. Lemoine [(1)], V. de Parades [(1)], J. Adam [(1)], A. Challine [(1)], J. Chanal [(1)]

(1) Paris.

Introduction : L'adénocarcinome de l'anus est une pathologie rare. De surcroît, cette entité regroupe des formes cliniques et histologiques diverses. Cela explique que cette tumeur reste mal connue. L'objectif de cette étude était d'en évaluer le pronostic, notamment en fonction de ses divers phénotypes.

Matériels et Méthodes : Les patients diagnostiqués d'un adénocarcinome de l'anus entre le 01/01/2006 et le 02/05/2022 ont été rétrospectivement inclus. Le critère de jugement principal était la mortalité globale à 12 et 60 mois après le diagnostic. Les critères de jugement secondaires étaient la caractérisation clinique, tumorale et thérapeutique des tumeurs ainsi que leur pronostic en fonction de leurs phénotypes clinique (marge, canal anal, fistule) et histologique (intestinal mucineux, intestinal non mucineux, glande anale, maladie de Paget) ainsi que leur stade tumoral (I à IV). Le protocole de l'étude a été approuvé par le Comité de Protection des Personnes du Groupe Hospitalier.

Résultats : Parmi les 46 patients inclus (58,7% d'hommes), d'âge médian de 65,5 ans (âge minimal de 37 ans et maximal de 91 ans), 33 avaient un adénocarcinome infiltrant et 13 un adénocarcinome non infiltrant. Il y avait 21 maladies de Paget dont 8 infiltrantes. Les tumeurs siégeaient au niveau de la marge anale (n=15, 32,6%), du canal anal (n=22, 47,8%) ou au sein d'une fistule (n=9, 19,6%). Leurs phénotypes histologiques étaient intestinal mucineux (n=13, 39 %), intestinal non mucineux (n=13, 39 %) et issus des glandes anales (n=7, 21%). Le suivi moyen de tous les patients était de 51,5 (68,1) mois.
Le taux de survie des patients, toutes formes confondues, était de 91% [0,83-0,99] à 12 mois et 64% [0,49-0,84] à 60 mois. Il était de 87,3% [0,76-0,99] à 12 mois et 51,7 % [0,35-0,77] à 60 mois pour les adénocarcinomes infiltrant tandis qu'il était de 100% à 60 mois pour les maladies de Paget. L'analyse des courbes de survie selon les phénotypes clinique et histologique a montré un pronostic défavorable des adénocarcinomes du canal anal (survie de 41,3% à 60 mois, p=0,029) et de phénotype intestinal mucineux (survie de 40,4% à 60 mois, p=0,05).

Conclusion : L'étude de cette cohorte d'adénocarcinomes de l'anus a montré des pronostics différents selon le phénotype clinique et histologique. Pourtant, la description usuelle des adénocarcinomes de l'anus dans la littérature ne prend pas en compte les diverses formes cliniques et histologiques. Il pourrait donc être intéressant de réfléchir à une nouvelle classification identifiant plus strictement les différents phénotypes.

P.067

Faisabilité et résultats de la chirurgie de cytoréduction/CHIP après chimiothérapie bidirectionnelle pour mésothéliome péritonéal

P. Combari [1], M. Gelli [2], C. Smolenschi [2], L. Benhaim [2], E. Fernandez De Sevilla [2], V. Boige [2], M. Ducreux [2], I. Sourrouille [1]
(1) Paris ; (2) Villejuif.

Introduction : Le mésothéliome péritonéal est une maladie rare dont le traitement curatif standard reposesur la chirurgie de cytoréduction complète (CCRC) suivie de chimiothérapie hyperthermiqueintrapéritonéale (CHIP). En cas de maladie étendue, notre équipe a précédemment décrit unestratégie de conversion à la résécabilité par la chimiothérapie bidirectionnelle (CBD)associant chimiothérapie intrapéritonéale (IP) et systémique.
Le but était de comparer la CCRC/CHIP réalisée d'emblée ou après CBD en terme de morbi-mortalité et de résultats à long terme.

Patients et Méthodes : De 2012 à 2021, 62 patients ont eu une CCRC/CHIP à visée curative, parmi 76 patients consécutifs avec un diagnostic histologique de mésothéliome péritonéal. Quarante ont été opérés d'emblée (groupe CHIP) et 22 après CBD (groupe CBD/CHIP).

Résultats : Le PCI médian au diagnostic était de 25[22;33] dans le groupe CBD, et de 15[10-23] *vs*17[13 ;22] lors de la CCRC/CHIP (p=0.293). Un seul patient a eu une résection CC2(groupe CBD, p=1). Les taux de morbidité majeure (36%,n=13 *vs* 33%,n=8 ; p=0.978) et demortalité (0% *vs* 2.5%,n=1 ; p=1) étaient similaires. Après un suivi médian de 21 mois, lesSG à 3 ans étaient de 85% *vs* 79% (p=0.4) et la survie sans récidive était de 68 *vs* 30 mois(p=0.2).

Conclusion : Dans un contexte de mésothéliome péritonéal, la CCRC/CHIP est faisable après CBD sansaugmentation de la morbimortalité et avec des résultats à long terme prometteurs.

P.068

L'hypogammaglobulinémie : un facteur prédictif d'une évolution défavorable au cours des lymphomes gastriques B à grandes cellules

G. Gharbi [1], A. Khsiba [1], M. Mahmoudi [1], A. Ben Mohamed [1], M. Yakoubi [1], M. Medhioub [1], L. Hamzaoui [1], M. Azouz [1]
(1) Nabeul, TUNISIE.

Introduction : Le lymphome gastrique B à grandes cellules (LGBGC) appartient aux types histologiques les plus agressifs dont le pronostic est réservé. La réponse à la chimiothérapie en cas de diagnostic précoce est souvent bonne. Cette réponse peut être affectée par plusieurs facteurs. Des études récentes ont suggéré l'hypogammaglobulinémie comme étant associée à une évolution défavorable au cours des LGBGC.
Le but de notre étude était de déterminer les facteurs prédictifs d'une évolution défavorable au cours des LGBGC.

Patients et Méthodes : Une étude rétrospective multicentrique menée dans des services de gastro-entérologie dans quatre centres hospitalo-universitaires s'étalant de 2005 à 2020 et incluant 45 patients ayant un LGBGC confirmé par l'étude immuno-histochimique.

Résultats : Cette étude a inclus 45 patients d'âge moyen de 59 ans et de sexe ratio H/F de 1,9. En se basant sur la classification d'Ann Arbor, le lymphome était de stade IE chez sept patients (15,6%), IIE1 chez dix (22,2%), IIE2 chez quinze (33,3%), III chez huit malades (17,8%) et IV chez cinq (11,1%).
L'électrophorèse des protéines sériques relevait une hypogammaglobulinémie chez quatre patients avec un taux moyen de 10,3 ± 4,5 g/l.
Quarante-trois patients ont reçu une chimiothérapie. La réponse thérapeutique était précisée chez 21 patients (48,8%). Une rémission complète était observée chez 15 malades (71,4%). Quatre patients avaient une rémission partielle (19%) et une progression tumorale était notée chez deux patients (9,5%). En analyse univarié, les facteurs associés d'une façon statistiquement significative à une évolution défavorable étaient la thrombopénie (p=0.001) et la tendance à l'hypogammaglobulinélie (p= 0.024).
En analyse multivariée, seule la tendance à l'hypogammaglobulinémie était retenu comme facteur prédictif d'une évolution défavorable au cours des LGBGC (p= 0.034).

Conclusion : Notre étude a confirmé le rôle de l'hypogammaglubulinémie dans la prédiction d'une évolution défavorable au cours des LGBGC.

P.069

Connaissances des résidents en hépato-gastro-entérologie concernant le certificat de décès

M. Boudabbous [1], H. Gdoura [1], M. Mhadhebi [1], M. Moalla [1], L. Mnif [1], A. Amouri [1], L. Chtourou [1], N. Tahri [1]

(1) Sfax, TUNISIE.

Introduction : Bien que les certificats de décès (DC) fournissent des informations précieuses sur la santé qui peuvent aider à orienter les politiques et les priorités locales en matière de santé, il existe peu d'informations concernant les connaissances des médecins et en particulier ceux qui sont encore en cours de formation, comme les résidents, concernant ce sujet.
Nous avons mené cette étude afin d'évaluer les connaissances du résident en hépato-gastroentérologie concernant le certificat de décès et indiquer, éventuellement, en cas de lacunes, une formation adaptée à ses besoins

Matériels et Méthodes : Il s'agissait d'une étude transversale menée sous forme d'enquête du 1er mai 2022 au 15/06/22 à l'aide d'un questionnaire éléctronique envoyé par mail.

Résultats : Parmi 104 résidents (dont 80 femmes (76,9%) et 24 hommes)) consernés, 56 ont répondu au questionnaire (53,84%) dont 76,8% étaient de sexe féminin. Près de 80% des participants ont déjà participé ou assisté à la rédaction d'un certificat de décès.
Tout certificat médical rédigé sur un papier libre, ou sur un formulaire élaboré par le médecin, n'a aucune valeur et ne peut pas être accepté par l'officier de l'état civil. Cette notion cruciale doit être transmise à nos 8 résidents qui se sont trompés en remplissant cette rubrique.
Les participants ont rencontré des difficultés pour rédiger le certificat médical de décès dans un tiers des cas, en particulier concernant les causes du décès. Contrairement à la réponse de la plupart des participants, la mention « arrêt cardiaque » est à éviter dans la rédaction de la cause initiale du décès.
Dans notre étude, 60,7% parmi les participants pensaient que l'heure du décès à noter sur le certificat était l'heure de constatation du décès et non la date présumée de sa survenue. Or ce qui est demandé est plutôt le moment du décès, étant donné que cette donnée pourrait avoir des répercussions médico-légales. La réponse de nos résidents concernant l'apport de la mesure du refroidissement du cadavre et de l'aspect des lividités dans la datation de la mort était correcte respectivement dans la moitié des cas et dans près du tiers des cas. Seuls 26,8% des participants de notre étude avaient une réponse correcte concernant le délai de 12H au bout duquel la rigidité est maximale. Selon nos résidents, l'obstacle médicolégal à l'inhumation doit être coché en cas de signes ou indices de mort violente (89,3%) ou de circonstances qui donneront lieu de soupçonner une mort violente (87,5%). La mort violente correspond à la violation des droits de l'homme ou la torture pour la plupart des participants (94,6%) suivie par l'homicide ou la suspicion d'homicide (89,3%). Ces réponses sont correctes.
La majorité de nos participants (98,2% parmi eux) avait raison en précisant que l'obligation de mise en bière immédiate (OMI) implique l'obligation d'une inhumation dans un cercueil étanche et qu'elle s'impose en cas de contamination du défunt par une maladie infectieuse imposant la mise en bière (87,5% parmi eux). Toute fois, 14% parmi eux se sont trompés en précisant que la case « OMI » doit être cochée en cas d'atteinte du défunt par une maladie à déclaration obligatoire.
La majorité de nos résidents avait répondu correctement concernant le choléra et le COVID-19, tandis que la fièvre hémorragique et la rage n'ont été cités respectivement que par 57% et 50% parmi eux.

Conclusion : A la lumière de nos résultats, il semble nécessaire de prévoir une formation centrée sur le certificat de décès, au cours de la première année du résidanat, avec discussion de cas cliniques.

P.070

Prévalence et facteurs pronostiques des cancers du tube digestif chez les patients de moins de 45 ans : cas de deux hôpitaux de référence au Cameroun

W. Bekolo [1], A.W. Ndjitoyap Ndam [2], S.A. Eloumou Bagnaka [1], D.G.R. Nsenga [3], M.P. Kowo [2], F. Ankouane [2], O. Njoya [2], H.N. Luma [1]

(1) Douala, CAMEROUN ; (2) Yaoundé, CAMEROUN ; (3) Dschang, CAMEROUN.

Introduction : Les cancers du tube digestif représentent l'une des tumeurs malignes les plus fréquentes chez les personnes âgées et sont généralement rares chez les jeunes adultes. On note toutefois une augmentation des cas chez les sujets jeunes, notamment dans les pays en voie de développement. Le but était d'évaluer la place des cancers du tube digestif chez les patients de moins de 45 ans dans deux hôpitaux de référence au Cameroun.

Patients et Méthodes : Il s'agissait d'une étude rétrospective transversale et analytique. Elle se déroulait dans les hôpitaux généraux de Douala et de Yaoundé, menée sur une période de 10 ans, allant de 1er janvier 2012 au 31 décembre 2021. Étaient inclus tout patients âgés de moins de 45 ans porteurs d'un cancer du tube digestif histologiquement prouvé. Nous avons exclus les patients avec un dossier incomplet. Les données recueillies était cliniques paracliniques et évolutives. Elles ont été analysées grâce au logiciel SPSS version 23. Une régression logistique par analyse multivariée était faite pour déterminer les facteurs pronostiques pour un seuil de significativité p<0,005.

Résultats : Nous avons colligé 792 dossiers de patients porteurs de cancers digestifs dont 151 étaient âgés de moins de 45 ans, soit une prévalence de 19,1%. L' âge moyen était de 34,07 ± 6,8 ans. le sexe masculin était le plus représenté avec 51% soit 77 patients contre 49% de femmes soit 69 patients, soit un sex ration de 1,1. Le cancer du côlon était le plus fréquent 37,1 % soit 56 patients et l'adénocarcinome le type histologique prédominant. Le délai moyen de consultation était de 10,6 ± 15,1mois. Le délai moyen de diagnostic est de 3,7±9,8 mois. La tumeur était métastatique chez 33,8% soit 51 patients au moment du diagnostic. Quatre-vingt-dix-neuf patients ont pu bénéficier d'une chirurgie d'exérèse soit 65,6%. Le taux de mortalité était de 47% soit 71 patients. La médiane de survie était de 36 mois et le taux de survie global sur une période de 5 ans était de 53 %. Les facteurs associés au mauvais pronostic étaient le une tumeur classée stade 4(p = 0.004; aHR = 0.044; CI95% [0.005 – 0.362]), le sexe masculin (p=0,02 ; aHR 0,56 : IC95% [0.341 – 0.925]). et le délai diagnostique (p=0,016 ; aHR 1,04 : IC95% [1.007 – 1.064]).

Conclusion : La prévalence des cancers du tube digestifs chez les patients de moins de 45 ans est de 19,2%. C'est affection masculine et la principale localisation est colique. Un tiers des patients ont une lésion métastatique au moment du diagnostic. Le survie globale est de 36mois. Les facteurs associés sont le stade tumorale, le sexe et le délai diagnostique.

Mots clés : Cancers digestifs, sujet jeune, cancer gastro - intestinal, Cameroun.

P.071

Aspects endoscopiques et profil histo-pronostique du cancer gastrique chez le sujet jeune

H. Cherkaoui [(1)], I. Ouchicha [(1)], A. Lamine [(1)], M. Lahlali [(1)], H. Abid [(1)], A. El Mekkaoui [(2)], M. El Yousfi [(1)], D.A. Benajah [(1)], S.A. Ibrahimi [(1)], M. El Abkari [(1)], N. Lahmidani [(1)]

(1) Fès, MAROC ; (2) Oujda, MAROC.

Introduction : Bien que le cancer gastrique soit considéré comme une maladie de l'âge moyen et des personnes âgées, 2% à 15% des patients atteints de cancer gastrique sont des jeunes, moins de 45 ans. On connaît peu les particularités de l'adénocarcinome (ADK) gastrique du sujet jeune et il existe peu d'études sur la survie de ce cancer dans le monde. Notre objectif est d'étudier les caractéristiques épidémiologiques, clinique et endoscopique du cancer gastrique chez le sujet jeune et évaluer la survie et les facteurs pronostiques du cancer gastrique chez cette population

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective incluant les patients suivis dans notre formation pour adénocarcinome gastrique entre Janvier 2007 et Septembre 2022. Notre étude a porté sur un volet descriptif des caractéristiques épidémiologiques et cliniques, endoscopique du cancer gastrique chez les sujets jeunes (moins de 45 ans) et un volet analytique uni varié des différences cliniques avec les sujets plus âgés avec l'analyse de survie (Kaplan Meier) et des facteurs pronostiques en multivarié (modèle de Cox).

Résultats : Deux cent quatre-vingt-onze patients ont été inclus durant cette période. Les patients âgés de moins de 45 ans représentaient 32% avec une moyenne d'âge de 36±6.10. Le sex-ratio H/F était de 1.25, les formes familiales restent peu fréquentes (1.2%). Concernant les aspects endoscopique : La tumeur était étendue (31% des cas), cardiale (24.7%), antro-pylorique (27.2%) et fundique (14%). Il s'agit d'un processus ulcéro-bourgeonnant dans 48% et infiltrant dans 24% des cas. Sur le plan histologique la forme linitique et l'adénocarcinome peu différencié étaient significativement plus fréquents (24.9%, p=0.009). Par ailleurs, 94.1% des patients avaient significativement une maladie localement avancée ou métastatique (p=0.0001). La survie à 5 ans chez les sujets jeunes était de 7%, en analyse multivariée seul le stade avancé et les formes linitiques (OR =1,02, IC à 95% [1.01-1.04]) ou peu différenciées (OR =2,66, IC à 95% [2.44-4,89])étaient des facteurs pronostiques.

Conclusion : Dans notre étude, le cancer gastrique reste fréquent et agressif chez le sujet jeune. Le stade avancé et les formes linitiques sont les facteurs pronostiques principaux dans notre série.

P.072

La dénutrition au cours des néoplasies gastro-œsophagiennes : apport de la jéjunostomie d'alimentation

A. Nciri [(1)], O.K. Sallem [(1)], I. Jemni [(1)], R. Baklouti [(1)], N. Ben Chaaben [(1)], L. Safer [(1)]

(1) Monastir, TUNISIE.

Introduction : La prise en charge nutritionnelle représente un pilier principal de la prise en charge des néoplasies digestives. L'objectif de notre travail est d'observer l'apport de la jéjunostomie d'alimentation dans la prise en charge nutritionnelle de ce type de néoplasies.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective regroupant les patients chez qui une sonde de jéjunostomie a été mise en place entre 2010 et le mois de Juin 2022 dans le service de gastroentérologie du CHU Fattouma Bourguiba.

Résultats : On a inclus 83 patients répartis en 59 hommes et 24 femmes avec un sex-ratio :2,45. L'âge moyen de diagnostic est de 59 ans [39-83]. La jéjunostomie d'alimentation a été mise en place dans un délai moyen de 17 jours après la confirmation diagnostique [09-21]. Les apports nutritionnels ont été optimisés chez 77 patients dans un délai moyen de 09 jours [06-14].
On observe une corrélation significative entre la rapidité d'atteinte des objectifs nutritionnels avec l'âge <60 ans (p=0.047), Un IMC initial supérieur à 22Kg/m2 (p=0.033) et un taux d'albumine sérique supérieur à 30g/l (p=0.029)

Conclusion : La jéjunostomie d'alimentation est un moyen efficace de la prise en charge nutritionnelle des néoplasies du tractus digestif haut. Cette efficacité est conditionnée par l'âge et l'état nutritionnel conservé au départ.

P.073

Cancers des voies biliaires : données rétrospectives d'un service d'oncologie médicale

D. Belabdi [(1)], S. Chouki [(1)], L. Bouferroum [(1)], M.A. Noubli [(1)], M. Oukkal [(1)]
(1) Alger, ALGÉRIE.

Introduction : Les cancers des voies biliaires regroupent les cancers de la vésicule biliaire, des voies biliaires extra hépatiques et intra-hépatiques. Ce sont des tumeurs rares mais dont l'incidence augmente sensiblement. Le diagnostic se fait le plus souvent à un stade tardif avec un pronostic sombre et une survie à 5 ans pratiquement nulle dans les formes avancées. Ce travail a pour but de déterminer les caractéristiques épidémiologiques, la prise en charge et le devenir de patients suivis pour cancers des voies biliaires au niveau de notre service.

Matériels et Méthodes : Étude rétrospective mono centrique portant sur 307 sur dossiers de patients (pts) diagnostiqués et traités pour néoplasie des voies biliaires au niveau d'un service d'oncologie médicale, sur une période de dix ans.

Résultats : De janvier 2011 à décembre 2020, nous avons colligé 307 pts, avec une moyenne d'âge de 61.5 ans (37-88), et une prédominance féminine (Sexe ratio de 1,3). Le siège de la tumeurs était : la vésicule biliaire chez 201 pts (65,5%), les voies biliaires intra-hépatiques chez 71 pts (23%) et extra-hépatiques chez 35 patients (11,5%). le type histologique le plus fréquent était l'adénocarcinome chez 296 pts (96.4%), 8 cas de néoplasies neuroendocrines (2.6%) et 3 cas de carcinome épidermoïde (1%). Le diagnostic a été fait à un stade métastatique chez 79% des pts, au stade localisé chez 18% des pts et localement évolué chez 3% des pts. Les sites métastatiques les plus fréquents étaient le foie chez 196 pts (63%), le péritoine chez 92 pts (30%), les ganglions chez 37 pts (12%) et les poumons chez 21 pts (7%). La chirurgie a été réalisée chez 59 pts (19%) et le traitement médicamenteux a été administré chez 207 pts (67%) reparti comme suit : Traitement néo-adjuvant chez 9 pts (3%), traitement adjuvant chez 34 pts (11%) et traitement de 1ere ligne chez 164 pts (53%). Seulement 80 pts (26%) ont pu recevoir une deuxième ligne de traitement et 30 pts (9.7%) ont reçu une troisième ligne de traitement. Les protocoles de chimiothérapie de 1ere ligne étaient : Gemcitabine + Cisplatine chez 68 patients (22%) suivi du GemOx chez 56 patients (18%) et la Gemcitabine en monothérapie chez 40 patients (13%). Le protocole de traitement de 2ème ligne était : Capox/Folfox chez 37 pts (12%), Capiri/Folfiri chez 25 pts (8%) et Capecitabine monothérapie/Lv5Fu2 chez 18 patients (6%). La troisième ligne de traitement était à base de Docetaxel. Pratiquement 85% des patients sont décédés ou perdus de vue, 10 % en rémission et 5% en cours de traitement.

Conclusion : Cette analyse nous permets d'avoir un aperçu sur les caractéristiques épidémiologique, la prise en charge et le devenir de nos patients. Les données obtenues sont cohérentes avec celles retrouvées dans la littérature.La prise en charge thérapeutique des cancers des voies biliaires est multidisciplinaire. La chirurgie constitue le seul traitement curateur mais qui s'adresse qu'a une minorité de formes localisées. La chimiothérapie des formes avancées a permis d'apporter un modeste bénéfice.A ce jour, Les cancers des voies biliaires restent en marge des progrès thérapeutiques réalisés dans les autres cancers (thérapies ciblées et immunothérapie) avec un pronostic très péjoratif dans la majorité des cas.

P.074

Adénocarcinome gastrique à cellules indépendantes : un profil évolutif différent ?

S. Ben jemia [(1)], I. Jemni [(1)], S. Hamouda [(1)], M. Ben Abdelwahed [(2)], A. Sabbek [(3)], R. Baklouti [(1)], M. Zakhama [(1)], W. Bouhlel [(1)], A. Guediche [(1)], N. Ben Chaaben [(1)], M.H. Loghmari [(1)], L. Safer [(1)]
(1) Monastir, TUNISIE ; (2) Tunis, TUNISIE ; (3) Sousse, TUNISIE.

Introduction : Le cancer gastrique constitue le 6ème cancer le plus fréquent et la 4ème cause de décès par cancer dans le monde. Il comporte plusieurs types histologiques dont l'adénocarcinome gastrique à cellules indépendantes (ADCI) qui représente une entité particulière. En effet, plusieurs études ont rapporté que l'ADCI présentait un profil épidémiologique et évolutif différents de l'adénocarcinome intestinal non à petites cellules.
Le but de notre travail est de comparer les profils épidémiologique, clinique, et morphologique au moment du diagnostic entre l'adénocarcinome gastrique à cellule indépendantes (ADCI) et l'adénocarcinome intestinal non à cellules indépendantes (NON – ADCI).

Matériels et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective colligeant les patients pris en charge pour un cancer gastrique au sein du service de gastro-entérologie du CHU Fattouma Bourguiba de Monastir sur une période de 10 ans s'étalant de 2012 à 2022 comparant deux groupes :
- Le premier (G1): les patients porteurs d'adénocarcinome à cellules indépendantes (ADCI)
- Le deuxième (G2) : les patients porteurs d'adénocarcinome intestinal non à cellules indépendantes (NON-ADCI).

Résultats : Notre étude a inclus au total 80 patients dont 28(35%) appartenaient au groupe G1 et 52(65%) au groupe G2.
On a noté une prédominance féminine statistiquement significative au sein du groupe G1 (p=0.019)
L'adénocarcinome à cellules indépendantes est retrouvé chez des patients plus jeunes avec une moyenne d'âge de 48.9 comparée à une moyenne d'âge de 68.4 chez les patients du groupe G2 avec une p = 0.001
Il n'y avait pas de différence en termes d'habitude de vie notamment en ce qui concerne le tabac et l'alcool.
Les modes de révélation étaient des épigastralgies, une altération de l'état général, un syndrome de sténose digestive haute et une hémorragie digestive qui était significativement plus fréquente dans le groupe non-ADCI (32.7%) comparé au groupe ADCI (10.7%) avec une (p=0.03).
L'atteinte pangastrique était la plus fréquente dans le groupe G1 observée chez 12 patients (44.4%) tandis que l'atteinte antrale était la plus fréquente dans le groupe G2 trouvée chez 28 patients (53.8%).
L'aspect endoscopique le plus fréquent dans les deux groupes était un processus ulcéro-bourgeonnant. L'aspect linitique n'a été observé que chez 6 patients (7.5%) tous appartenant au groupe ADCI (p = 0.001).
Le statut HP n'a été précisé que chez 38 patients : présent chez 12 patients du groupe G1 (85.7%) et 19 du groupe G2 (79.2%).
Aucun patient n'a été diagnostiqué au stade T1 parmi le groupe G1 comparativement à 5 patients (16.1%) au sein du groupe G2. En effet, 50% des patients porteurs d'ADCI ont été diagnostiqués à un stade T4.
L'envahissement ganglionnaire était plus fréquent chez le groupe G1 trouvé chez 20 patients (90.9%) avec une p non significative.
Il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre les deux groupes concernant les métastases.

Conclusion : Cette étude a permis de conclure que l'adénocarcinome à cellules indépendantes survenait plus fréquemment chez la femme jeune, qu'il était souvent diagnostiqué à un stade tardif et qu'il se révélait moins fréquemment que le NON-ADCI par une hémorragie digestive.

P.075

Intérêt sur la survie globale à 5 ans de l'ajout dans le suivi d'une mesure du taux d'ACE et/ou d'une imagerie par scanner pour la surveillance des cancers du rectum opérés à visée curative

J.M. Phelip [1], O. Bouché [2], L. Cany [3], E. Barbier [4], S. Manfredi [4], P. Deguiral [5], R. Faroux [6], M. Baconnier [7], D. Pezet [8], V. Sebbagh [9], A. Adenis [10], M. Ben Abdelghani [11], J.F. Ain [12], G. Breysacher [13], I. Boillot-Benedetto [14], A. Pelaquier [15], P. Prost [16], E. Terrebonne [17], A. Lièvre [18], C. Lepage [4]

(1) Saint-Etienne ; (2) Reims ; (3) Périgueux ; (4) Dijon ; (5) Nantes ; (6) La Roche-sur-Yon ; (7) Annecy ; (8) Clermont-Ferrand ; (9) Compiègne ; (10) Montpellier ; (11) Strasbourg ; (12) Mâcon ; (13) Colmar ; (14) Lyon ; (15) Montélimar ; (16) Bourg-en-Bresse ; (17) Pessac ; (18) Rennes.

Introduction : Le suivi intensif des patients (pts) après une chirurgie curative pour un cancer du rectum est recommandé par diverses sociétés scientifiques. Ces recommandations controversées sont principalement basées sur des avis d'experts et les résultats d'analyse exploratoires d'essais cliniques. Aucun bénéfice en termes de survie n'a été démontré jusqu'à présent. Les résultats de l'analyse intermédiaire n°2 de l'essai PRODIGE 13 n'ont pas montré d'impact des différentes modalités de surveillance sur la survie globale à 5 ans des cancers colorectaux (CCR) opérés à visée curative (ACE *vs* pas ACE p=0,54 /imagerie standard *vs* renforcée p=0,39 ; Analyse conclusive)

Patients et Méthodes : PRODIGE 13 est un essai prospectif multicentrique international (France + Belgique) contrôlé1 (double randomisations) évaluant l'impact i) de la surveillance radiologique intensive (TDM/6m) *versus* une surveillance standard (échographie abdominale/3m et radiographie thoracique/6m) et ii) du dosage de l'ACE *versus* l'absence de surveillance de l'ACE, dans le suivi des CCR de stades II ou III réséqué R0. Le critère principal d'évaluation était la survie globale (SG) à 5 ans. Ce travail rapporte les résultats définitifs de la survie sans récidive (SSR) concernant spécifiquement le sous-groupe des cancers rectaux.

Résultats : Au total, 317 des 2009 pts inclus concernaient des cancers du rectum (≤ 75 ans : 79,5%). Parmi eux 55% étaient de stade II (anatomopathologie), 59% ont bénéficié d'un traitement néoadjuvant par radiothérapie +/- chimiothérapie et 28% ont reçu une chimiothérapie adjuvante. Avec un suivi médian de 7,8 ans, une récidive du cancer a été observée dans 25,9% des cas (métastatique 64,6%, locale 18,3%, les deux 17,1%). Les récidives métastatiques étaient majoritairement hépatiques 34,3%, ganglionnaires 10,4% et pulmonaire 44,8%. La résection chirurgicale à visée curative des récidives était réalisée dans 47,8% des cas dans le groupe sans ACE et TDM (bras A), et dans 60% des cas dans le groupe TDM sans ACE (bras B), dans 61,1% des cas dans le groupe ACE et imagerie standard (bras C), et dans 42,9% des cas dans le groupe de suivi minimum (bras D) (p=0,58).
Le temps médian jusqu'à récidive n'a été atteint dans aucun des bras. Les patients récidivaient en moyenne 18,6 mois après la prise en charge initiale sans différence significative entre les bras. Les médianes de survie sans récidive (SSR) n'étaient non plus atteintes. La SSR à 5 ans était respectivement de 65,1% [IC95% : 54,1 ;74,2], 68,4% [IC95% : 56,9 ;77,4], 71,0% [IC95% : 59,4 ;79,9], et 64,0% [IC95% : 52,1 ;73,7] dans les bras A, B, C, D (p=0,759). Par rapport au suivi minimum (D), les patients du bras B n'avaient pas de différence significative de SSR, HR : 0,97 ([IC95% : 0,58 ;1,63] ; p= 0,899). Les taux de SSR à 5 ans étaient respectivement de 66,7% [IC95% : 58,9 ;73,3] et 67,5% [IC95% : 59,4 ;74,4] dans le groupe de surveillance par TDM par rapport au groupe sans surveillance (HR 1,14 [IC95% : 0,79 ;1,63] ; p=0,49). Les taux de SSR à 5 ans étaient respectivement de 67,9% [IC95% : 60,1 ;74,5] et 66,3% [IC95% : 58,2 ;73,1] dans le groupe de surveillance par CEA par rapport au groupe sans surveillance (HR 1,02 [IC95% : 0,71 ;1,46] ; p=0,92).
Aucune des modalités de suivi n'a donné lieu à une différence de SG des cancers du rectum réséqués (SG à 5 ans : TDM + ACE 78%, TDM seul 81%, Std + ACE 88%, Std seul 75% ; p=0,20).

Conclusion : Après une chirurgie curative d'un cancer du rectum, l'ajout dans le suivi d'une surveillance de l'ACE et/ou d'une TDM ne présentait aucun avantage en termes de délai de détection de la récidive, de SSR ou de SG. Les recommandations de surveillance doivent rester basées sur l'examen clinique, l'échographie abdominale et la radiographie pulmonaire

Remerciements, financements, autres :
L'essai est enregistré sur le site web clinicaltrials.gov sous le numéro NCT00995202.

P.076

FOLFIRINOX en induction chez les patients avec un adénocarcinome du rectum et métastases synchrones : évaluation de l'efficacité et des stratégies thérapeutiques. Une étude AGEO-FFCD

V. Dabout [1], L. Mineur [2], D. Tougeron [3], K. Le Malicot [4], C. Gallois [1], J.M. Phelip [5], A. Turpin [6], R. Cohen [1], B. Demoustier [7], V. Hautefeuille [8], C. Locher [9], C.B. Levaché [10], E. Mitry [11], T. Lecomte [12], F. Brocard [13], D. Hassid [12], M. Porte [14], G. Breysacher [15], J.P. Lagasse [16], C. Lepage [4], M. Valéry [17], J.B. Bachet [1]

(1) Paris ; (2) Avignon ; (3) Poitiers ; (4) Dijon ; (5) Saint-Etienne ; (6) Lille ; (7) Grenoble ; (8) Amiens ; (9) Meaux ; (10) Périgueux ; (11) Marseille ; (12) Tours ; (13) Nancy ; (14) Nantes ; (15) Colmar ; (16) Orléans ; (17) Villejuif.

Introduction : La prise en charge des patients avec un cancer du rectum et des métastases synchrones est complexe et multimodale. Il n'existe pas d'attitude standard en France. Le but de cette étude est d'étudier l'efficacité d'une trichimiothérapie d'induction par FOLFIRINOX et de décrire les différentes stratégies de prise en charge ultérieures.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude française, multicentrique, combinant les données d'un essai prospectif de la FFCD 1102 et d'une cohorte rétro/prospective avec pour principaux critères d'inclusion : un adénocarcinome du rectum avec métastases synchrones et une chimiothérapie d'induction par FOLFIRINOX +/- thérapie ciblée. Selon la résécabilité des métastases au diagnostic, les patients ont été divisés en un groupe résécables (MR) et un groupe non résécables (MNR). Dans le groupe MNR, 3 sous-groupes ont été définis : les patients ayant eu uniquement de la chimiothérapie, ceux ayant été opérés uniquement de la tumeur rectale et ceux ayant eu une ou des résection(s) secondaire(s) de métastase(s) +/- du primitif. Ont été analysés : les survies sans récidive (SSR), sans progression (SSP) et globale (SG) ; les complications liées à la tumeur primitive et le temps sans échec local (intervalle entre le début du FOLFIRINOX et la date de complications/symptômes liés à la tumeur primitive).

Résultats : Au total 211 patients ont été inclus, 146 patients dans la cohorte et 65 patients de l'essai FFCD 1102. La médiane d'âge était de 59 ans et 96% avaient un PS 0 ou 1. 74% ont eu une chimiothérapie d'induction par FOLFIRINOX seul et 26% avec une thérapie ciblée avec une médiane de 6 cycles. Les taux de réponse objective et de contrôle tumoral étaient respectivement de 83% et 93% dans le groupe MR (n=29) et 76% et 92% dans le groupe MNR (n=182). Les médianes de suivi étaient respectivement de 40 et 35 mois.
Une rémission complète sur les deux sites a été obtenue chez 21 (72%) des 29 patients du groupe MR (opérés R0 et/ou en réponse complète sur un site) avec une médiane de SSR de 12,3 mois. Les médianes de SSP et SG du groupe MR étaient respectivement de 23,2 mois et 56,3 mois.
Parmi les 182 patients du groupe MNR, 71 (39%) ont été opérés de leur(s) métastase(s), 29 (16%) ont eu une résection uniquement de la tumeur rectale (un seul pour complication locale) et 82 (45%) n'ont eu que de la chimiothérapie. Pour les 3 sous-groupes, les médianes de SSP étaient de 14,4 mois, 13,4 mois et 8,1 mois et les médianes de SG de 45,0 mois, 40,2 mois et 18,6 mois, respectivement. Les patients ayant été opérés de leur métastases avaient une SSP (HR=2,16 ; IC 95% : 1,52-3,09 ; p<0,001) et une SG (HR=5,78 ; IC 95% : 3,48-9,6 ; p<0,001) significativement plus longues que ceux n'ayant reçu que de la chimiothérapie. Les patients opérés uniquement de la tumeur rectale avaient une SSP (HR=0,92 ; IC 95% : 0,54-1,55 ; p=0,741) comparable à celle des patients opérés de leurs métastases mais une SG significativement plus courte (HR=2,13 ; IC 95% : 1,07-4,22 ; p=0,03). La SG des patients du groupe MNR opérés de leurs métastases était comparable à celles des patients du groupe MR (HR=0,80 ; IC95% : 0,38-1,68 ; p=0,559). Au cours du suivi, le taux de complications locorégionales était de 4/26 (15,4%) chez ceux ayant eu une RT systématique de la tumeur primitive sans chirurgie, de 19/78 (24,4%) chez ceux n'ayant eu que la chimiothérapie et de 4/107 (3,7%) chez ceux ayant été opérés de la tumeur rectale. Les taux de temps sans échec local à 18 mois étaient de 86,1%, 71,3% et 98,9% respectivement.

Conclusion : Notre étude semble confirmer l'efficacité du FOLFIRINOX en traitement d'induction chez les patients avec un cancer du rectum et des métastases synchrones. En cas de métastases initialement non résécables, cette stratégie de chimiothérapie première permet d'adapter la stratégie thérapeutique à la réponse tumorale des différents sites. La meilleure SSP et SG des patients opérés de la tumeur rectale par rapport à ceux n'ayant reçu qu'une chimiothérapie constatée dans cette étude est vraisemblablement liée à des biais de sélection et d'analyse. La radiothérapie systématique pourrait avoir un intérêt dans la prévention des complications locorégionales.

P.077

Suivi à long terme des patients ayant eu une résection endoscopique pour cancer colorectal T1

E. Capelle [1], F. Corre [1], M. Barret [1], T. Lambin [2], J.P. Ratone [3], V. Lepilliez [4], E. Coron [5], J. Albouys [6], G. Rahmi [1], D. Karsenti [1], J.M. Canard [1], E. Chabrun [7], M. Camus-Duboc [1], T. Wallenhorst [8], R. Gérard [2], M. François [9], A. Rouquette [1], B. Terris [1], R. Coriat [1], M. Pioche [4], J. Jacques [6], S. Chaussade [1]

(1) Paris ; (2) Lille ; (3) Marseille ; (4) Lyon ; (5) Genève, SUISSE ; (6) Limoges ; (7) Angers ; (8) Rennes ; (9) Nancy.

Introduction : Les progrès réalisés ces dix dernières années en endoscopie thérapeutique permettent aujourd'hui de traiter les cancers colorectaux superficiels avec une faible morbidité et une mortalité quasi-nulle. Cependant, pour les cancers infiltrant la sous-muqueuse (T1), il existe un envahissement ganglionnaire dans 10% des cas, indiquant alors une résection chirurgicale curative complémentaire. Selon les recommandations japonaises (JSCCR) et européennes (ESGE), en cas de résection histologiquement complète, une chirurgie complémentaire est nécessaire pour les tumeurs à haut risque, c'est-à-dire avec au moins un des quatre facteurs de risque histologiques suivant : infiltration sous-muqueuse profonde (>1000µm), tumeur peu différenciée, emboles veino-lymphatiques ou budding tumoral de haut grade. Avec ces modalités de traitement, le pronostic oncologique de ces tumeurs est excellent, avec un taux de récidive proche de 0% pour les tumeurs à bas risque (aucun facteur de risque histologique) et de 5% pour les tumeurs à haut risque (au moins 1 facteur de risque histologique). Ces données sont essentiellement issues de séries asiatiques et l'objectif de cette étude était de les réaffirmer sur une cohorte occidentale

Patients et Méthodes : Nous avons mené une étude rétrospective incluant les patients ayant eu une résection endoscopique par mucosectomie ou dissection sous-muqueuse pour cancer colorectal T1 dans quatorze centres experts français entre 2012 et 2019. Nous avons recueilli les données démographiques, cliniques, endoscopiques, histologiques et de suivi afin d'étudier la survie sans récidive et la survie globale.

Résultats : La durée médiane de suivi des 516 patients en termes de survie globale était de 52,2 [39,7-66,9] mois et la durée médiane de suivi en termes de survie sans récidive était de 31 [12,8-44,95] mois. Sur la totalité de la cohorte, 15 (2,9%) patients avaient eu une récidive ganglionnaire et/ou métastatique et 59 (11,4%) étaient décédés dont 5 (0,1%) à cause du cancer. Parmi les 15 patients ayant récidivé, 14 avaient des tumeurs à haut risque et 11 avaient eu une chirurgie complémentaire dont 2 avec envahissement ganglionnaire. La quasi-totalité de ces récidives survenaient entre 1 an et 3 ans de suivi, sauf une qui survenait peu avant 1 an et une qui survenait peu après 4 ans de suivi. Parmi les 153 tumeurs à bas risque, il existait 1/153 (0,6%) récidive ganglionnaire et 21/153 (13,7%) décès, dont un lié au cancer ; dans ce groupe, la survie sans récidive à 5 ans était donc de 99,4% et la survie globale à 5 ans de 86,3%. Parmi les 363 tumeurs à haut risque, il y avait 4/126 (3,2%) récidives dans le groupe des patients non opérés et 10/237 (4,2%) dans le groupe des patients opérés ; les survies sans récidive à 5 ans dans ces groupes étaient donc respectivement de 96,8% et de 95,8% (p=0.69) ; il y avait 23/126 (18,3%) décès dans le groupe des patients non opérés, dont un était lié au cancer, et 15/237 (6,3%) décès dans le groupe des patients opérés, dont trois étaient liés au cancer; les survies globales à 5 ans dans ces groupes étaient donc respectivement de 81,7% et de 93,7% (p=0,02).

Conclusion : Cette étude multicentrique s'intéressant aux patients ayant eu une résection endoscopique pour cancer colorectal T1 confirme l'excellent pronostic oncologique avec cette modalité de traitement, notamment pour les tumeurs à bas risque. Dans cette étude, la chirurgie complémentaire ne semblait pas apporter de bénéfice en termes de survie sans récidive chez les patients ayant une tumeur à haut risque. Il semble donc aujourd'hui nécessaire de trouver de nouveaux biomarqueurs immunologiques, génétiques ou moléculaires afin de proposer des stratégies de conservation d'organe plus larges.

P.078

Mécanismes génomiques de la résistance acquise chez des patients atteints d'un cancer colorectal métastatique (CCRm) à mutation BRAF V600E traités dans le cadre de l'étude BEACON

R. Guimbaud [1], S. Kopetz [2], R. Yaeger [3], F. Ciardiello [4], J. Desai [5], E. Van Cutsem [6], H. Wasan [7], T. Yoshino [8], B. Alkuzweny [9], X. Zhang [3], J. Tabernero [10]

(1) Toulouse ; (2) Houston, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (3) New York, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (4) Naples, ITALIE ; (5) Parkville, AUSTRALIE ; (6) Louvain, BELGIQUE ; (7) Londres, ANGLETERRE ; (8) Kashiwa, JAPON ; (9) San Diego, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (10) Barcelone, ESPAGNE.

Introduction : Au cours de l'étude randomisée de phase III BEACON (NCT02928224), l'association encorafenib + Cetuximab avec ou sans binimetinib a amélioré la survie globale et le taux de réponse objective par rapport au bras contrôle chez des patients préalablement traités pour un cancer colorectal métastatique avec mutation BRAF V600E(1). Afin d'évaluer le paysage génomique de résistance, nous avons établi le profil de l'ADN tumoral circulant (ADNct) au sein de la population de patients de l'essai BEACON.

Patients et Méthodes : Des échantillons de plasma ont été prélevés à l'inclusion et en fin de traitement (FDT) et analysés par GuardantOMNI pour évaluer les altérations somatiques, y compris les mutations faux sens, l'amplification (focale/amplifiée) et les réarrangements. Les changements génomiques ont été évalués pour chaque patient afin de caractériser les altérations acquises

Résultats : Pour explorer les mécanismes de résistance, des échantillons appariés prélevés à l'inclusion et en FDT ont été évalués à partir de 320/665 patients (48,1 %) dans le cadre de cette analyse. Les mutations V600E du gène BRAF étaient détectables dans l'ADNct à l'inclusion et pendant le traitement (89,0 % et 88,7 % des patients respectivement). Les altérations acquises de la résistance les plus courantes étaient des mutations de KRAS et NRAS et une amplification de MET à la fois dans le bras encorafenib + cetuximab (44,6 %, 36,6 % et 17,0 % respectivement ; n=112) et dans le bras triplet (40,2 %, 25,0 % et 19,6 % respectivement ; n=112), par rapport au bras contrôle (0 %, 3,2 % et 0 % respectivement ; n=94). Au moins une de ces altérations de la résistance a été identifiée dans 59,8 % des patients recevant une double association, 56,3 % de ceux sous triplet et 3,2 % du groupe contrôle et a souvent été observée simultanément dans les bras doublet et triplet. Des mutations de MAP2K1 ont été acquises dans 16,1 % des patients sous double association contre seulement 3,6 % des patients recevant une triple association (P<0,01). Des amplifications de KRAS, BRAF et IGF1R ont été acquises chez 4,5 %, 1,8% et 0,9 % des patients du bras doublet contre 8,9 %, 5,4 % et 4,5 % des patients du bras à triple association.

Conclusion : Les analyses de l'ADNct ont mis en évidence que la réactivation de la voie des MAPK constitue un mécanisme de résistance courant pour les CCRm avec mutation BRAF V600E après inhibition de BRAF et de l'EGFR avec ou sans inhibition de MEK. Les mutations acquises de la signalisation des gènes RAS et MEK étaient plus fréquentes avec la double association, tandis qu'une augmentation de la signalisation des récepteurs était plus courante dans le bras à triple association. Une meilleure connaissance des mécanismes de résistance secondaire et le monitoring de ces mutations devrait permettre, à termes, de mieux anticiper l'échappement thérapeutique et de proposer une optimisation du ciblage thérapeutique

P.079

La chimioembolisation intra-arterielle hépatique par DEBIRI en France : indications, efficacité, tolérance : cohorte prospective nationale FFCD

L. Mercier [1], C. Gallois [2], D. Tougeron [3], M. Kadi [4], P. Artru [5], J. Netter [2], J.N. Vaillant [2], C. Lepere [2], O. Bouché [6], A. Durand [7], C. Herve [7], V. Granger [7], S. Cremades [8], F. Audemar [9], D. Pezet [10], C. Mastier [5], J. Taïeb [2], S. Pernot [1]

(1) Bordeaux ; (2) Paris ; (3) Poitiers ; (4) Dijon ; (5) Lyon ; (6) Reims ; (7) Grenoble ; (8) Saint-Mandé ; (9) Bayonne ; (10) Clermont-Ferrand.

Introduction : La moitié des patients atteints de cancer colorectal (CCR) développeront des métastases hépatiques (MH). Moins de 20% d'entre eux pourront bénéficier d'un traitement à visée curative. Des traitements artériels intra-hépatiques ont été développés, dans le but de ralentir la progression hépatique et d'améliorer le pronostic des patients inopérables. La chimioembolisation intra-artérielle hépatique par microbilles (DC-Beads®) chargées à l'irinotecan (DEBIRI) constitue une alternative de « sauvetage » à la chimiothérapie systémique validée[1], chez des patients chimio-réfractaires atteints d'un CCR avec MH exclusives ou prédominantes. Il a été suggéré l'intérêt d'utiliser le DEBIRI plus précocement dans une stratégie d'intensification2. Le but de cette cohorte multicentrique était d'analyser les pratiques du DEBIRI en France et d'en décrire l'efficacité et la tolérance.

Patients et Méthodes : De 2015 à 2017, les patients atteints d'un CCRMH non résécables, ayant reçus un traitement par DEBIRI ont été inclus. Le critère principal était l'indication du traitement (rattrapage (RAT), traitement de clôture ou, d'intensification (INT)). Les critères secondaires portaient sur les données d'efficacité et de tolérance, évalués sur l'ensemble de la population mais également pour chaque indication.

Résultats : Au total, 65 patients évaluables ont été inclus, avec un statut OMS à 1 dans 73% des cas, une atteinte bi-lobaire dans 80% des cas, et des métastases extra-hépatiques, majoritairement pulmonaires chez 7 patients (10%). L'indication du traitement était RAT pour 17 patients (26,2%), INT pour 47 (72,3%) et clôture pour 1 (1,5%). Ce dernier a été analysé dans le groupe INT. Le délai médian depuis le diagnostic de la maladie métastatique hépatique était de 31,7 mois (RAT) et 19,5 mois (IN). Les patients du groupe RAT avaient reçu 1, 2 ou 3 lignes de chimiothérapies préalables dans 18,7%, 56,2% et 25% des cas, respectivement. Les patients du groupe INT n'avaient pas reçu de traitement systémique préalable dans 57% des cas, 1 ligne dans 10,4% des cas, et 2 lignes ou plus dans 27% des cas. Dans les 2 indications, des patients avaient antérieurement bénéficié de résection chirurgicale (4 pour rattrapage et 8 pour intensification) et radiofréquence (2 pour rattrapage et 7 pour intensification).
La médiane de survie globale était de 5 mois [IC95% 3,9;7,5] pour RAT, et de 20 mois [IC95% 13,5;32,9] pour INT.
La médiane de survie sans progression (SSP) était de 2,6 mois [IC95% 1,6;3,8] dans le groupe RAT, et de 8,3 mois [IC 95% 4,5;12,5] dans le groupe INT. Enfin, la médiane de SSP hépatique était de 3,2 mois [1,6;4 ,5] pour RAT et de 7,7 mois [4.5 ;12.5] pour INT. Trois (17,6%) et 8 (16,7%) patients respectivement dans l'indication RAT et INT, ont présenté au moins une toxicité relative au traitement par DEBIRI ; la douleur, de grade III, étant l'effet indésirable le plus fréquent (9%). Un décès lié à une péritonite imputable au DEBIRI a été observé dans l'indication d'intensification.

Conclusion : DEBIRI permet un contrôle des CCRMH d'autant plus prolongé qu'il est réalisé précocement, en intensification d'un traitement systémique.
Ces résultats suggèrent l'intérêt de l'utilisation précoce du DEBIRI chez les patients avec métastases hépatiques non résécables, dans un objectif d'intensification chez des patients contrôlés par la chimiothérapie. En revanche, les survies chez les patients chimio-réfractaires sont nettement moins élevées que dans l'étude initiale1, et ne dépassant pas celles observées avec les alternatives systémiques ou intra-arterielles dans cette situation.

Remerciements, financements, autres :
BTG, London UK

P.080

Comportements alimentaires des personnes atteintes du syndrome de Lynch : résultats de l'étude AAS-Lynch

N. Demaré [1], M. Deschausaux [1], C. Julia [1], A. Bellicha [1], M. Benallaoua [1], A. Ait Omar [1], N. Arnault [1], R. Benamouzig [1], Groupe Aas-Lynch [2]

(1) Bobigny ; (2) France.

Introduction : Les individus atteints du syndrome de Lynch (LS) ont un risque élevé de développer un cancer colorectal (CCR) au cours de leur vie (risque cumulé de 11 à 79% à l'âge de 70 ans selon le gène muté contre 3,5% en population générale). Les facteurs nutritionnels ont un rôle sur la carcinogenèse colique suggérant que la prévention nutritionnelle modulerait le risque de développer un CCR. Alors que la qualité globale de l'alimentation en France est améliorable, il n'existe pas à notre connaissance de données sur le comportement alimentaire d'individus atteints du LS en France. L'objectif de notre étude était donc d'évaluer les apports alimentaires chez des personnes atteintes de LS en France et de préciser le niveau de risque nutritionnel.

Patients et Méthodes : L'étude a porté sur les patients atteints du LS inclus dans l'essai clinique prospectif randomisé AAS-Lynch entre novembre 2017 et juin 2022 pour lesquels les données nutritionnelles sont disponibles. Les données alimentaires des patients LS ont été obtenues au moment de l'inclusion à l'aide d'un questionnaire de fréquence alimentaire (FFQ) (SU.VI.MAX2, 240 aliments et boissons). Les apports nutritionnels, les consommations alimentaires ainsi que la qualité globale du régime évaluée au travers des patterns alimentaires « Healthy » et « Western », du régime méditerranéen, des recommandations du dernier Plan National Nutrition Santé (PNNS-4) ont été décrits selon les caractéristiques sociodémographiques, anthropométriques et cliniques et comparées à celles d'une population sans LS, issue de l'étude NutriNet-Santé (appariement de chaque patient à 2 participants de l'étude NutriNet-Santé pour le sexe, l'âge, l'IMC, la zone géographique d'habitation et l'année de complétion du FFQ). Les différences de consommations alimentaires ont été étudiées à l'aide de tests de χ^2, de Student, de modèles ANCOVA et de modèles de régression logistique en fonction du type de variable.

Résultats : 280 patients LS ont été inclus dans cette analyse (âge moyen : 48,0 ± 11,6 ans ; 51,4 % femmes ; IMC moyen : 25,6 ± 4,6 kg/m²). Les fumeurs actifs étaient 14,6%. Une situation de précarité était notée chez 13,9% des individus. Des antécédents d'adénome colorectal et/ou de CRC étaient présents chez respectivement 52,1% et 39,6%. En comparaison avec les témoins, les patients LS consommaient moins de fibres (20,8 *vs* 24,5 g/jour, p<0,0001), moins de fruits et de légumes, de légumineuses et d'oléagineux (p<0,01). Leurs consommations de viande rouge et viande transformée étaient plus élevées (p<0,0001) et ils suivaient plus les recommandations de consommation de produits laitiers (p=0,04). Les patients LS suivaient moins le régime Méditerranéen (score d'adéquation au régime plus faible:9,3 *vs* 9,9 /18, p=0,002). Chez les patients LS, les hommes, les patients plus jeunes ou en situation de précarité avaient une alimentation de plus mauvaise qualité nutritionnelle avec une adhésion plus faible au régime « Healthy » (respectivement p=0,001, p=0,01 et p=0,02). De plus, les hommes consommaient plus d'alcool (p<0,001). Les fumeurs respectaient moins la recommandation du PNNS-4 concernant les boissons alcoolisées (p=0,04). Les patients avec des antécédents de CCR avaient une consommation de produits laitiers plus adéquate aux recommandations (p=0,0001), et ceux avec des antécédents d'adénomes consommaient plus de légumes et moins de sucre et sucrerie (p=0,01).

Conclusion : Dans cette population informée de son risque très élevé de CCR, cette première étude française montre que les patients LS avaient une qualité nutritionnelle plus faible que les témoins et s'exposaient en plus grande proportion à des facteurs de risque nutritionnels du CCR. En particulier, les hommes, les patients jeunes, les patients en situation de précarité ou les fumeurs présentaient des comportements alimentaires plus à risque de CCR. Ces éléments suggèrent l'intérêt de réaliser une éducation nutritionnelle adaptée chez ces patients à haut risque.

P.081

La signature d'expression CINSARC est prédictive de la survie globale et sans récidive pour les carcinomes colorectaux de stade II-III et surpasse le stade TNM et la classification CMS

A.C. Brunac [1], J. Fourquet [1], G. Perot [1], M. Jaffrelot [1], J. Meilleroux [1], M. Danjoux [1], T. Filleron [1], V. Nicolaï [1], R. Guimbaud [1], S. Icher [1], N. Fares [1], J. Selves [1], F. Chibon [1]

(1) Toulouse.

Introduction : Le cancer colorectal (CCR) est un des plus fréquents et des plus mortels. Ces patients présentent une importante variabilité de pronostic et de réponse aux traitements, notamment aux stades II-III et les biomarqueurs utilisés à l'heure actuelle ne permettent pas de refléter leur évolution avec suffisamment de précision. L'instauration d'un traitement adjuvant après la chirurgie dépend principalement de la classification TNM et de facteurs histopronostiques additionnels. Cependant, le manque de biomarqueurs suffisamment précis et robustes entraine un sur- ou sous-traitement pour certains patients. La classification moléculaire consensus (CMS) semblait prometteuse pour une meilleure estimation du pronostic mais n'est actuellement pas réalisée ou recommandée en pratique de routine. La signature transcriptomique CINSARC, développée dans les sarcomes, comprend 67 gènes qui sont reliés à la mitose et à l'intégrité chromosomique et dont l'expression est corrélée à l'évolution des patients dans de multiples types tumoraux. Elle sépare les patients en deux groupes, C1 de bon pronostic et C2 de mauvais pronostic. De plus, elle est applicable à partir de blocs fixés en formol et inclus en paraffine (FFPE) grâce à la technologie NanoString® avec le code set NanoCind®.
L'objectif principal de cette étude était d'évaluer la valeur pronostique de CINSARC dans les CCR de stades II-III et de la comparer aux autres facteurs pronostiques utilisés en routine et récemment proposés dans la littérature. L'objectif secondaire était de mieux comprendre les mécanismes biologiques sous-tendant le pronostic de ces patients.

Patients et Méthodes : Nous avons appliqué la signature CINSARC sur deux cohortes rétrospectives indépendantes : la cohorte du TCGA, comprenant 297 patients atteints de CCR de stade II-III, à partir des données obtenues par RNA-sequencing et une deuxième cohorte indépendante, comprenant 169 patients opérés dans notre centre entre 2008 et 2013, à partir des blocs FFPE avec le code set NanoCind®. Nous avons comparé ses performances pronostiques pour la survie globale et la survie sans récidive des patients à celles d'autres biomarqueurs dont le stade TNM et la classification CMS. Nous avons réalisé une analyse d'expression différentielle de gènes et une analyse GSEA à partir des données obtenues dans la cohorte du TCGA.

Résultats : Dans la cohorte du TCGA, nous avons montré en analyse univariée que la signature CINSARC est significativement prédictive de la survie globale (P = 3,73 x 10-3 ; HR = 2,45 [1,31 – 4,59]) et de la survie sans récidive (P = 1,68 x 10-2 ; HR = 1,87 [1,11 – 3,16]) avec un meilleur pronostic pour le groupe C1 que pour le groupe C2. En analyse multivariée, elle est un facteur pronostique indépendant et surpasse les performances du stade TNM et de la classification CMS. Nous avons validé ces résultats sur la deuxième cohorte, avec une meilleure survie globale (P = 4,07 x 10-4 ; HR = 3,54 [1,68 – 7,49]) et sans récidive (P = 2,96 x 10-4 ; HR = 3,05 [1,62 – 5,77]) pour le groupe C1. Dans la cohorte du TCGA, nous avons montré qu'il existe une surexpression des gènes de la signature CINSARC dans le groupe de bon pronostic C1 ainsi qu'un enrichissement significatif en voies impliquées dans le cycle cellulaire et la mitose. Nous avons confirmé la surexpression des gènes de la signature dans le groupe C1 dans la deuxième cohorte.

Discussion : Nous avons montré dans deux cohortes indépendantes comprenant 477 patients atteints de CCR de stade II-III que la signature CINSARC est un facteur pronostique indépendant, robuste, surpassant le stade TNM et la classification CMS. Elle permet d'identifier un groupe de mauvais pronostic, sans « zone grise » et est immédiatement applicable sur blocs FFPE grâce au code set NanoCind® avec la technologie NanoString®. Notre étude présente des limites et notamment son caractère rétrospectif. Ces résultats devront être validés dans des essais cliniques prospectifs.

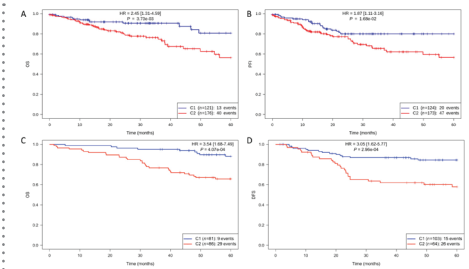


Figure : Survie globale (A) et survie sans récidive (B) selon la signature CINSARC dans la cohorte du TCGA et survie globale (C) et survie sans récidive (D) selon la signature CINSARC dans la deuxième cohorte indépendante.

Conclusion : En conclusion, l'application de la signature CINSARC en pratique clinique pourrait permettre une meilleure estimation du pronostic pour ces patients.

Remerciements, financements, autres : ITMO Cancer Aviesan et "Fonds d'Aide à la Recherche et à l'Évaluation" 2019 (Société Nationale Française de Gastro-Entérologie).

P.082

Double lecture anatomopathologie couplée à la présentation en RCP tumeurs superficielles : un combo indispensable après dissection sous-muqueuse des LST colorectales

Y. Le Baleur [1], J.B. Danset [1], G. Minzala [1], E. Chanteloup [1], D. Levoir [1], F. Maille [1], C. Nyeheck [1], K. Marcin [1], C. Medlij [1], O. Marty [1], M. Barret [1], R. Hallit [1], G. Bonyhay [1], B. Terris [1]
(1) Paris.

Introduction : le traitement des cancers superficiels du colo-rectum repose sur l'exerese endoscopique exclusive si celle si est monobloc et remplie tous les critères carcinologiques suivants : Adenocarcinome bien ou moyennement différentié, exerese R0 avec marge de securité, profondeur d'infiltration < 1000 microns (ce critere était actuellement discuté) absence d'embol vasculo lymphatique ,Pas de budding (bd) ou bd 1 maximum. La variabilité interobservateurs est parfaitement connue dans l'interpretation des dysplasies sur endobrachyœsophage et maladies inflammatoires de l'intestin mais a moins été étudiée concernant les tumeurs superficielles du colo rectum ou l'analyse histo pronostic est fondamentale pour pouvoir valider en RCP tumeurs superficielles du tractus digestif une stratégie de surveillance si un traitement endoscopique est considéré comme curatif ou à contrario poser une indication de resection chirurgicale complémentaire avec curage ganglionnaire.

Patients et Méthodes : De Septembre 2019 à Septembre 2022 : 101 dissections sous muqueuses du colon et 7O dissections sous muqueuse du rectum ont été réalisées dans l'unité d'endoscopie digestive de l'hopital Saint joseph par un seul opérateur le Dr Le Baleur avec premiere lecture par deux anatomopathologistes spécialisés en pathologie digestive
En cas de présence sur la piece d'un adenocarcinome sous muqueux une relecture était systématiquement réalisée à l'hopital Cochin par un anatomopathologiste expert dans le domaine des tumeurs superficielles le Pr Terris puis le dossier était discuté a la RCP tumeurs Superficielles d'Ile de France réalisée a l'hopital cochin de facon mensuelle pour définir la stratégie après résection endoscopique du carcinome superficiel : surveillance *versus* resection chirurgicale carcinologique compémentaire
l'objet de cette étude retrospective monocentrique était de colliger les différences interobservateurs concernant les 5 critères suivants essentiels à la validation d'un traitement endoscopique curatif : Differentiation de l'adenocarcinome, profondeur d'infiltration de la sous muqueuse, absence d'embols vasculo lymphatique, gradation du budding de 1 à 3, exerese RO latéralement et en profondeur concernant l'adenocarcinome ainsi que l'impact de la présentation en RCP tumeurs superficielles *versus* la RCP d'oncologie digestive conventionnelle sur la décision thérapeutique àprès exérese endoscopique (surveillance *versus* chirurgie complémentaire)

Résultats : Sur les 171 dissections colrectales réalisées pendant cette période, un adénocarcinome infiltrant la sous muqueuse était mentionné chez 16 patients sur le premier compte rendu d'anatomopathologique .La morphologie des lésions réséquées était une Latéral Spreading Tumor (LST) de morphologie Non Granulaire (NG) dans 50 % des lésions, Granulaire (G) Macronodulaire (M) dans 44 % des lésions et pédiculé dans 6 % des lésions.
La taille mediane de la piece était de 52 mm de grand axe (21-130) sur 40,5 mm de petit axe (13-62).
Le taux de concordance entre les deux lectures anatomopathologiques étaient :
- Différentiation de l'adenocarcinome : 70 %
- Profondeur de l'infiltration à 100 microns pret : 44 %
- Embols vasculo lymphatique (Présence / Absence) : 87,5 %
- Grade du budding : 68,7 %
- Taux de resection RO en profondeur et latéralement : 100 %
La présentation en RCP tumeurs superficielles a entrainé un changement dans la conclusion du caractère curateur ou non de la résection endoscopique dans 47,3 % des dossiers présentés par rapport à la RCP d'oncologie digestive conventionnelle evitant une protectomie chez 5 patients et une colectomie chez 2 patients.

Conclusion : Il existe une variabilité interobservateur dans l'interpretation des critères histo pronostic d'une tumeur superficielle du colo rectum réséquée par dissection sous muqueuse.
La double lecture anatomopathologique et la discussion des dossiers en RCP dédiée aux tumeurs superficielles du tube digestif apparait comme indispensable avant de statuer sur le caractère curateur ou non de la resection endoscopique et de poser l'indication d'une chirurgie complémentaire.

P.083

Étude de l'AGEO B-REAL CRC : prise en charge en vie réelle des patients avec un cancer du côlon métastatique BRAF V600E muté depuis l'autorisation de prescription de l'association encorafénib et cétuximab

C. Gallois [1], S. Pernot [2], E. Auclin [1], I. Trouilloud [1], Y. Touchefeu [3], A. Turpin [4], T. Mazard [5], L. Pilla [1], S. Cuissy [6], A. Perret [7], J.R. Paccard [8], P. Artru [8], O. Dubreuil [1], A. Drouillard [9], S. Doat [1], J. Lavolé [10], G. Perkins [11], M. Jary [12], O. Bouché [13], T. Masson [14], G. Roth [15], D. Tougeron [14], J. Taïeb [1]

(1) Paris ; (2) Bordeaux ; (3) Nantes ; (4) Lille ;
(5) Montpellier ; (6) Rouen ; (7) Villejuif ; (8) Lyon ;
(9) Dijon ; (10) Clichy-la-Garenne ; (11) Rennes ;
(12) Besançon ; (13) Reims ; (14) Poitiers ;
(15) Grenoble.

Introduction : Depuis les résultats de l'essai BEACON CRC(1) publiés en octobre 2019, l'association encorafenib et cetuximab a obtenu son remboursement en France depuis décembre 2020 chez les patients atteints d'un cancer colorectal métastatique (CCRm) BRAF V600E muté, ayant reçu un traitement systémique antérieur.
Cette étude rétrospective multicentrique internationale vise à décrire la prise en charge en vie réelle des patients avec un CCRm BRAF V600E muté depuis la publication des résultats de l'étude BEACON CRC.

Patients et Méthodes : Tous les patients consécutifs atteints d'un CCRm BRAF V600E muté ayant reçu l'association encorafenib + cetuximab +/- binimetinib (e/c+/-b) à partir de janvier 2020 et issus de 24 centres d'oncologie digestive français appartenant à l'AGEO et 8 centres étrangers (Italie, Espagne, Autriche, USA, Belgique, Allemagne) ont été inclus.
Les toxicités liées au traitement ont été recueillies selon le NCI-CTC AE v4.0. Les facteurs associés à la survie globale (SG) et la survie sans progression (SSP) étaient évalués par des modèles de Cox multivariés en sélectionnant les variables significatives en analyses univariées.

Résultats : 201 patients ont été inclus, dont 134 (67%) issus de centres français, 55% de femmes, d'un âge médian de 62 ans avec un suivi médian de 29,9 mois (IC95% 27,1-39,9). La tumeur primitive était localisée dans le côlon droit dans 60% des cas, présentait un phénotype MSI/dMMR dans 11% des cas (N=23). Le traitement de première ligne était une bichimiothérapie +/- bevacizumab ou une trichimiothérapie +/-bevacizumab dans respectivement 50% et 37% des cas. La médiane de SG de la population globale au diagnostic était de 24,4mois (IC95% 21,2-29,1). En analyse multivariée, le PS ≥2 et l'absence de chirurgie de la tumeur primitive étaient significativement associés à une SG plus courte (HR : 2,9, p=0,01 et HR : 2,0, p=0,02, respectivement), indépendamment de l'âge, du sexe, du site métastatique hépatique, du taux d'ACE et du type de chimiothérapie.
L'association e/c+/-b était prescrite en 1ère ligne (L1) pour 8 patients (4%), en 2ème ligne (L2) pour 113 patients (56%), en 3ème ligne (L3) pour 58 patients (29%), au-delà de la L3 pour 22 patients (11,3%), avec un ajout du binimetinib pour 21 patients (10%). Sous e/c, 161 patients (80%) ont présenté une toxicité, dont 38 (21%) un effet secondaire de grade ≥3. Aucune toxicité de grade ≥3 n'était présente dans >5% des cas. Parmi les toxicités observées chez plus de 5% des patients, celles de grade 1 ou 2 les plus fréquentes étaient la fatigue (63%), une dermatite acnéiforme/rash (43%), une diminution de l'appétit (34%), une sécheresse cutanée (29%), des arthralgies (21%), et une anémie (22%). Le taux de réponse objective (TRO) sous e/c+/-b était de 32,4% et le taux de contrôle de la maladie (TCM) de 71,5%, toute ligne confondue. La SSP médiane sous e/c+/-b était de 4,4 mois (IC95% 3,9-5,6) et la SG médiane de 9,1 mois (IC95% 7,8-10,8). Selon la ligne de l'e/c+/-b, la SSP médiane était de 4,5 mois (IC95% 3,9-5,8) et la SG médiane de 9,6 mois (IC95% 8,6-13,2) en L2, et de 4,1 mois (IC95% 3,6-5,9) et de 8,5 mois (IC95% 5,9-10,1) respectivement au-delà de la L2. En analyse multivariée, les facteurs associés à une SSP plus courte sous e/c+/-b étaient la présence de métastases hépatiques (HR :1,6, p=0,02) et un PS≥2 (HR : 1,9, p=0,002) et les facteurs associés à une SG plus courte sous e/c+/-b étaient le caractère synchrone des métastases (HR :2,0, p=0,01), la ligne au-delà de L2 (HR : 1,7, p=0,01), l'ACE et le PS ≥2 (HR :2,1, p=0,004).

Conclusion : Cette étude en vie réelle a montré que chez les patients avec un CCRm BRAF V600E mutés traités par encorafenib + cetuximab +/- binimetinib, les données d'efficacité sont similaires à celles de l'étude d'enregistrement BEACON CRC(1) avec une SSP médiane de 4,4 mois, une SG médiane de 9,1 mois et un TRO particulièrement élevé de 32,4%. Dans cette série, les principaux facteurs pronostiques sous ce traitement sont le PS, les métastases hépatiques, le caractère synchrone des métastases et l'ACE. Le profil de tolérance est excellent avec seulement 20% des patients avec au moins un effet secondaire de grade ≥3.

P.084

Résultats des résections chirurgicales pour cancer colorectal MSI localement avancé ou métastatique après un traitement par immunothérapie

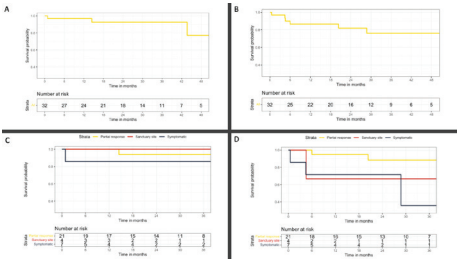
A. Challine [1], M. Karoui [1], C. de la Fouchardière [2], T. André [1], M. Svrcek [1], P. Meeus [2], A. Dupré [3], F. Paye [1], S. Benoist [4], C. Denet [1], C. Eveno [1], J. Lefèvre [1], Y. Parc [1]

(1) Paris ; (2) Lyon ; (3) Bordeaux ; (4) Le Kremlin-Bicêtre.

Introduction : L'instabilité microsatellite (MSI/dMMR) est un biomarqueur majeur de l'efficacité de l'immunothérapie. Celle-ci est désormais le traitement de choix des cancers colorectaux MSI/dMMR (CCR-MSI). L'objectif de cette étude est de partager notre expérience des patients opérés pour un CCR-MSI localement avancé et/ou métastatique (CCR-MSI-LA-M) qui ont reçu un traitement par immunothérapie.

Matériels et Méthodes : Une étude rétrospective observationnelle multicentrique a été réalisée sur une base de données prospectives de patients ayant été opérés après immunothérapie, pour Un CCR-MSI-LA-M entre 2015 et 2021. La morbidité à 90 jours postopératoires a été définie selon le score de Clavien-Dindo. La réponse pathologique, la survie sans récidive (DFS) et la survie globale (OS) ont été rapportées. Une analyse de survie a été réalisée en utilisant les méthodes de Kaplan-Meir.

Résultats : Trente-deux patients (13 femmes, 41%) ont été inclus. L'âge médian était de 50 ans [43-61]. Dix-neuf (59%) ont reçu une chimiothérapie ± thérapie tardive avant l'immunothérapie. Dix-sept (53%) ont eu une résection du CCR-MSI primitif (dont 13 M+, 40%), et 15 (47%) pour une maladie métastatique résiduelle métachrone.
Vingt et un (66%) ont été opérés après réponse radiologique partielle, 4 (13%) avec site sanctuaire en progression et 7 (23%) pour complication sur le site tumoral.
Douze cytoréductions, 21 colectomies, 9 résections hépatiques, 2 surrénalectomies et une splénectomie ont été réalisées.
A 90 jours, dix (31%) patients avaient développé au moins une complication dont 7 avaient une septicémie digestive.
Une réponse histologique complète a été observée chez 18 patients (56%) et sans différence que ce soit au niveau du primitif(n=8/17, 47%) ou d'un site métastatique (n=10/15, 66%) (p=0,8). Lorsque la chirurgie a été réalisée pour une réponse radiologique partielle, le taux de réponse histologique complète était de 80 % (n=17/21).
Le suivi médian était de 27 mois [12-40]. Trois patients sont décédés en raison d'une maladie évolutive, deux de carcinomatose péritonéale et un de méningite néoplasique.
De plus, 3 autres patients, qui n'étaient pas en réponse pathologique complète, sont en vie avec une récidive dans les ganglions lymphatiques (n=1) et dans le péritoine (n=1) après 4 mois et dans la glande surrénale (n=1) après 24 mois de suivi.



Conclusion : Dans cette petite étude rétrospective, avec différentes indications chirurgicales pour des CCR-MSI avancés, le taux de réponse histologique complète est très important en cas de lesions radiographiques stables ou en reponse partielle selon RECIST.
Avec de tels résultats et un taux élevé de morbidité chirurgicale, les indications de la chirurgie après immunothérapie doivent être clarifiées.

Remerciements, financements, autres :

Légendes de la figure:
Courbes de survie selon Kaplan Meir
A Survie globale de la population
B Survie sans récidive de la population
C Survie globale de la population en fonction de l'indication de la chirurgie
D Survie sans récidive de la population en fonction de l'indication chirurgicale

P.085

Cancer colorectal chez les patients de 40 ans et moins : retour d'expérience

A. Dardenne [(1)], Y. Parc [(1)], N. Basset [(1)], P. Benusiglio [(1)], F. Coulet [(1)], P. Cervera [(1)], J. Métras [(1)]

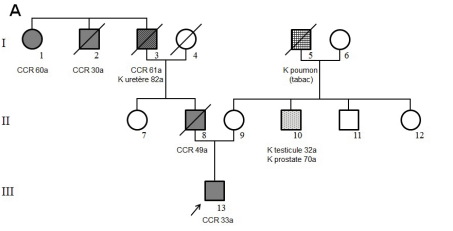
(1) Paris.

Introduction : 5% des cancers colorectaux sont dus à une cause génétique [1]. Les recommandations françaises actuelles mentionnent qu'un test génétique peut être indiqué pour tout patient atteint d'un CCR avant 41 ans avec tumeur pMMR en l'absence d'agrégation familiale de cancer ou de polypose associée [2]. L'objectif de cette étude rétrospective est d'évaluer l'intérêt de cette indication basée sur le critère d'âge et d'identifier des critères cliniques simples permettant de cibler efficacement les patients pour qui l'analyse génétique reste pertinente.

Patients et Méthodes : Tous les patients ayant présenté un cancer colorectal avant 41 ans, adressés à notre consultation d'Oncogénétique entre 2012 et 2022, ont été inclus dans cette analyse rétrospective, pour un total de 272 patients inclus.
Ont été exclus de l'étude ceux pour lesquels aucune analyse génétique constitutionnelle n'a été réalisée (N=29), ou n'ayant pas eu une analyse génétique constitutionnelle par panel « Génétique du tube digestif » (N=62), pour un total final de 179 patients testés. A noter que l'histoire familiale des patients n'a pas été prise en compte dans notre étude, afin de limiter les biais.
Panel « Génétique du tube digestif » défini par le Groupe Génétique et Cancer (Unicancer), inclut les gènes APC, BMPR1A, CDH1, EPCAM, MLH1, MSH2, MSH6, MUTYH, POLE, POLD1, PTEN, PMS2, SMAD4 et STK11. Le gène PMS2 étant analysé dans les limites technologiques lié aux pseudogènes.
Sont considérés comme causaux (VP) les variants pathogènes (classe 5) et probablement pathogènes (classe 4) selon la classification ACMG [3]. Les variants de classe 3 sont considérés de signification inconnue (*Vsl*).
Le phénotype MMR des tumeurs est déterminé par analyse immunohistochimique des protéines MMR sur lames en paraffine.

Résultats : Description de la population détaillée dans le Tableau 1.
Après analyse génétique NGS, 43 VP ont été identifiés chez 41 patients
On relève aussi 4 *Vsl* (2 du gène MLH1 et 2 de MSH2) fortement suspects.
Si on ne considère que les patients présentant une tumeur dMMR (N=57) : 32 VP sont identifiés (identification de 74% des VP totaux, Tableau 2B).
Si on ne considère que les patients ayant présenté plus de 10 polypes colorectaux (critère actuel de test dans le cadre des polyposes [2]) : N=12 patients, dont 7 porteurs d'un VP, soit un rendement de 58% (Tableau 2C). On note qu'il n'existe aucun chevauchement des patients entre le groupe dMMR et ce groupe polypose.
8 patients ont présenté au moins 2 tumeurs colorectales synchrones au moment du diagnostic. Trois de ces patients ont un VP (37.5%, Tableau 2D).
En combinant ces trois critères (tumeur dMMR, et/ou présence de polypes, et/ou CCR multiples synchrones), 40 sur 43 VP sont identifiés (93%, Tableau 2E). Un seul VP du gène POLE est identifié chez un patient ne répondant pas à ces critères. L'histoire familiale l'aurait cependant identifié (Figure 1). Les deux autres (touchant MLH1 et EPCAM) n'ont pas pu être relevés en raison de l'absence d'analyse immunohistochimique tumorale réalisée. Soit 3 VP détectés pour 103 analyses génétiques négatives.

Discussion : A l'exception de trois patients, tous les porteurs d'un variant pathogène ont été identifiés à partir de critères simples liés aux caractéristiques anatomopathologiques tumorales (93%). Ces informations sont facilement obtenues par coloscopie avec biopsies tumorales ou l'analyse de la pièce opératoire : bifocalité, phénotype dMMR et nombre de polypes supérieur à 10.
Inversement, 106 patients ont reçu une analyse génétique sur le seul critère de leur âge jeune au cancer, et seuls 3 VP ont été identifiés. Ces analyses génétiques (59%, plus de la moitié des tests réalisés) auraient pu, en l'absence d'histoire familiale évocatrice, ne pas être réalisées.



		N patients	N VP identifiés	Gènes impliqués (Nombre VP)
Patients inclus	Nombre total de patients avec CCR avant 41 ans	272		
	Analyses génétiques constitutionnelles	243		
	Panel NGS "Génétique du tube digestif"	179	43	APC(4), BMPR1A(1), EPCAM(3), hc-MLH1(1), MLH1(5), mosaique APC(1), MSH2(10), MSH6(1), MUTYH(1), PMS2(11), POLE(2)
Patients exclus	Analyse Sanger ciblée (MMR, APC, MUTYH)	62	34	APC(2), EPCAM(1), MLH1(12), MSH2(19), MSH6(1), MUTYH(2), PMS2(2)
	Aucune analyse génétique constitutionnelle	29		
Caractéristiques tumorales	Âge au diagnostic du cancer (médiane, min-max)	34 (17-40)		
	Localisation tumorale (N, %)			
	Caecum	11 (6%)	3	EPCAM(1), MSH2(1), POLE(1)
	Côlon droit	39 (22%)	12	EPCAM(3), MLH1(9), MSH2(1)
	Transverse	6 (3%)	3	MLH1(3)
	Côlon gauche	34 (19%)	4	mosaique APC(1), MSH2(2), MSH6(1)
	Sigmoïde	29 (16%)	8	APC(1), hc-MLH1(1), MLH1(3), MSH2(3)
	Rectum	54 (30%)	11	APC(3), BMPR1A(1), MLH1(3), MSH2(2), MUTYH(1), PMS2(1)
	Multiples localisations	6 (3%)	2	MSH2(1), POLE(1)
	Analyse immunohisto-chimique des protéines MMR	169		
	dMMR	57	32	EPCAM(2), hc-MLH1(1), MLH1(17), MSH2(10), MSH6(1), PMS2(1)
	pMMR	112	7	APC(4), MUTYH(1), POLE(2)
	Non réalisable	10	4	BMPR1A(1), EPCAM(1) MLH1(1), mosaique APC(1)
	Nombre de tumeurs colorectales synchrones	(1-4)		
	1	171	40	APC(4), BMPR1A(1), EPCAM(3), hc-MLH1(1), MLH1(8), MSH2(8), MSH6(1), MUTYH(1), PMS2(1), POLE(1)
	2+	8	3	mosaique APC(1), MSH2(1), POLE(1)
Polypes	Nombre de polypes associés (médiane, min-max)	2 (0-200)		
	inconnu	5	2	EPCAM(1), MLH1(1)
	0	121	31	EPCAM(2), hc-MLH1(1), MLH1(17), MSH2(10), PMS2(1),
	]0 ; 5[	34	2	MSH6(1), POLE(1)
	[5 ; 10[	7	1	POLE(1)
	10 ou plus	12	7	APC(4), BMPR1A(1), mosaique APC(1), MUTYH(1)

** hc-MLH1 : hyperméthylation constitutionnelle du promoteur du gène MLH1*
*** MUTYH : ne sont considérés ici que les VP bi-allélyques*

A *Tous CCR avant 41 ans*

	Total patients	Patients VP+	Patients VP -
N	179	41	138
%	100%	23%	77%

B *Critère 1 : Statut MMR immunohistochimique de la tumeur*

	N patients*	Patients VP+	Patients VP-	VP+/N
dMMR	57	30	27	53%
pMMR	112	7	105	6%

* 10 patients exclus car analyse immunohistochimique non réalisable.

C *Critère 2 : Nombre de polypes colorectaux associés*

	N patients*	Patients VP+	Patients VP-	VP+/N
≥10 polypes	12	7	5	58%
<10 polypes	162	34	133	21%

* 5 patients pour lesquels cet information est indisponible.

D *Critère 3 : Nombre de tumeurs colorectales synchrones*

	N patients	Patients VP+	Patients VP-	VP+/N
2 ou +	8	3	5	37,5%
1	171	40	131	23%

E *4 Critères combinés*

	N patients	Patients VP+	Patients VP-	VP+/N
≥1 critère rempli	73	38	35	52%
Aucun critère	106	3	103	3%
			VP+ / VPtotal	93%

Conclusion : Chez les patients ayant présenté un cancer colorectal jeune, et sans considération de l'histoire familiale, des critères tumoraux simples (statut dMMR, nombre de polypes, nombre de tumeurs synchrones) sont suffisants pour orienter efficacement les patients à risque vers la consultation d'oncogénétique.

P.086

La radiothérapie de contact en combinaison à une chimiothérapie d'induction pour augmenter le taux de préservation rectale des cancers du rectum localement avancés intermédiaires : données préliminaires avant l'essai TRESOR

J. Durand-Labrunie [(1)], N. Barbet [(2)], T. Pace-Loscos [(3)], C. Scouarnec [(3)], J.P. Gérard [(3)]
(1) Villejuif ; (2) Lyon ; (3) Nice.

Introduction : L'essai OPERA montre que la radiothérapie de contact (CXB) 90 Gy en 3 séances, combinée à la chimio radiothérapie (CRT) permet d'obtenir 81% de préservation rectale à 3 ans pour les cancers du bas et moyen rectum de moins de 5cm, cT2-T3a/b, cN0-1. La chimiothérapie d'induction FOLFIRINOX permet de doubler le taux de réponse pathologique complète (28%) selon les résultats de l'essai PRODIGE 23. L'essai randomisé multicentrique TRESOR randomise CXB après FOLFIRINOX d'induction suivi d'une CRT, et en cas de réponse clinique complète (cCR) d'une exérèse locale ou d'une surveillance « watch & wait » (WW), chez des patients avec un adénocarcinome du rectum intermédiaire du bas et moyen rectum. Le critère de jugement principal est la survie avec préservation rectale à 3 ans. Depuis 2 ans, deux centres disposant d'un appareil de CXB ont traité des patients répondant aux critères d'inclusion de TRESOR, dont nous rapportons les résultats préliminaires.

Patients et Méthodes : Les patients avec un adénocarcinome du bas ou moyen rectum répondant aux critères d'inclusion de TRESOR : cT2N1 ou cT3N0-1, avec une taille tumorale comprise entre 3,5 et 6 cm, envahissant moins des 2/3 de la circonférence, ont été traités par la triple association FOLFIRINOX (6 cures), CXB (90 Gy en 3 séances) et CRT (50 Gy en 25 séances avec capecitabine concomitante). L'objectif en cas de cCR était la préservation rectale par la stratégie WW après accord collégial en réunion de concertation pluridisciplinaire. L'évaluation de la réponse comprenait un toucher rectal, une rectoscopie et une IRM pelvienne à la fin de la chimiothérapie d'induction, lors des séances de CXB et à la fin de la CRT. La toxicité et la fonction anorectale étaient mesurées par score CTCAE V4 et score de LARS respectivement.

Résultats : De Mars 2020 à Octobre 2022, 12 patients ont été traités. L'âge médian est 63 ans, et le diamètre tumoral moyen 4,2 cm. Deux tiers des patients avaient une tumeur du bas rectum, 2/3 une tumeur polyploïde, et 3 patients (25%) étaient N1. Tous étaient M0. La moitié des patients a finalement reçu 4 cycles de FOLFIRINOX ou moins. Les séances de CXB ont été réalisé chez 8 patients (67%) pendant le FOLFIRINOX et après la CRT pour le tiers restant. Après FOLFIRINOX, une cCR a été observée chez 1 patient (8%), une réponse partielle (PR) chez 4 patients (33%) et une maladie stable (SD) chez 7 patients (58%). Parmi les 8 patients ayant reçu la CXB pendant la chimiothérapie, 5 (42%) et 3 (25%) étaient en cCR et PR avant CRT respectivement. Parmi les 4 patients ayant reçu la CXB après la CRT, 1 seul (8%) était en cCR et 3 (25%) en PR après la CRT, puis 3 (25%) en cCR et 1 seul (8%) en PR. Après une durée médiane de 12 mois (3-28 mois), 11 patients (92%) sont toujours en WW avec rectum en place. Un seul patient (8%) a eu une proctectomie totale (ypT3N0). Parmi les 7 patients pour lesquels la fonction anorectale à 6 mois a pu être évaluée, 4 (57%) ont un LARS < 20, 2 (29%) un LARS entre 20-29, et 1 (14%) un LARS ≥ 30.

Conclusion : Cette analyse rétrospective préliminaire est la première à montrer que la triple association (FOLFIRINOX, CXB, CRT) est réalisable sans toxicité excessive. Les taux de cCR et de préservation d'organe sont encourageants. Ces résultats seront à confirmer dans l'essai randomisé multicentrique TRESOR dont les inclusions débuteront en 2023.

P.087

Oxaliplatine systémique ou en chimiothérapie intra-artérielle combiné au LV5FU2 ± irinotécan, et une thérapie ciblée, en première ligne de traitement des cancers colorectaux métastatiques limités au foie : essai randomisé de phase III PRODIGE 49 - OSCAR

S. Pernot [(1)], O. Pellerin [(2)], L. Mineur [(3)], S. Bouhlal Jourdan [(4)], K. Le Malicot [(4)], D. Smith [(1)], B. Lapuyade [(5)], C. Gallois [(2)], F. Khemissa Akouz [(6)], T. Debaere [(7)], D. Tougeron [(8)], A. Thirot-Bidault [(9)], F. Audemar [(10)], M. Simon [(11)], C. Lecaille [(1)], S. Louafi [(12)], C. Lepage [(4)], M. Ducreux [(7)], J. Taïeb [(2)]
(1) Bordeaux ; (2) Paris ; (3) Avignon ; (4) Dijon ;
(5) Pessac ; (6) Perpignan ; (7) Villejuif ; (8) Poitiers ;
(9) Antony ; (10) Bayonne ; (11) Pau ; (12) Corbeil-Essonnes.

Introduction : Chez les patients présentant un cancer colorectal métastatique (CCRm), la bichimiothérapie ou trichimiothérapie systémique associées à une thérapie ciblée sont considérées comme le traitement standard de première ligne. La chimiothérapie intra-artérielle hépatique par oxaliplatine (CIAH-ox) a montré des taux de réponse élevés dans des études de phases II. Elle pourrait permettre une intensification de traitement, comparée à l'administration systémique seule, pour des patients ayant des métastases hépatiques exclusives, afin d'augmenter leur probabilité de taux de survie et la résécabilité hépatique secondaire. Un essai randomisé s'imposait. L'essai OSCAR incorpore la CIAH-ox dans un schéma de bichimiothérapie ou trichimiothérapie + thérapie ciblée pour évaluer cette théorie.
L'étude OSCAR est un essai randomisé de phase III, en cours, comparant l'administration intra-artérielle (CIAH) à l'administration intraveineuse (IV) de l'oxaliplatine, dans un schéma soit par FOLFOX + thérapie ciblée selon le statut RAS, soit par mFOLFIRINOX + bévacizumab chez les patients éligibles à une trichimiothérapie, et ce en première ligne du CCRm (NCT02885753).

Patients et Méthodes : Les principaux critères d'éligibilité concernent les patients avec un cancer colorectal avec métastases hépatiques jugées initialement non résécables par la RCP locale, l'absence de métastases extra-hépatiques sauf des nodules pulmonaires si ≤3 et <10 mm (en cas de plusieurs lésions extra-hépatiques les patients sont éligibles pour l'essai FFCD 1709-SIRTCI), et un statut de performance ECOG 0 ou 1.
Les patients, jugés non éligibles par l'investigateur pour une trichimiothérapie, reçoivent un traitement par LV5FU2 IV + CIAH-Ox + thérapie ciblée (Bras A), ou FOLFOX IV + thérapie ciblée (Bras B). La thérapie ciblée est déterminée par le statut RAS : bévacizumab chez les patients avec une tumeur mutée RAS, panitumumab chez les patients sans mutation RAS. Les patients jugés éligibles à une trichimiothérapie reçoivent du FOLFIRI IV + CIAH-Ox + bévacizumab (Bras C) ou FOLFIRINOX IV + bévacizumab (Bras D).

Résultats : Le critère d'évaluation principal est la survie sans progression (SSP). Une différence de 4 mois pour la PFS médiane en faveur de la CIAH-ox est attendue (HR=0,73). Les critères d'évaluation secondaires comprennent la survie globale, le taux de réponse globale, la résection hépatique secondaire, la toxicité et la qualité de vie. Cette étude doit inclure 348 patients afin de démontrer la supériorité de la CIAH-ox par rapport à l'oxaliplatine IV en première ligne de traitement des patients porteurs d'un CCRm avec métastases hépatiques exclusives. En Octobre 2022, 236 patients ont été inclus (Bras A=105 ; Bras B=103 ; Bras C=15 ; Bras D=13).

Conclusion : L'étude PRODIGE 49-OSCAR est la première étude randomisée de phase III testant la CIAH-ox *versus* chimiothérapie systémique en première ligne du CCRm. La contribution de la communauté gastro-entérologique, chirurgicale et oncologique en France est primordiale afin d'accélérer le rythme des inclusions.

Remerciements, financements, autres :
Financement : Cet essai est en partie financé par AMGEN

P.088

Comparaison de l'incidence et de la localisation des lésions pré-néoplasiques coliques en fonction de la mutation dans le syndrome de Lynch

P.A. Massad [1], J. Winkler [1], H. Zattara [1], M. Barthet [1], M. Gasmi [1], A. Desjeux [1], L. Heyries [1], M. Barraud [1], P. Grandval [1]
(1) Marseille.

Introduction : Le syndrome de Lynch est un syndrome de prédisposition génétique aux cancers particulièrement au niveau du colon dont la prévention repose sur la surveillance par coloscopie tous les 2 ans. Il persiste néanmoins une incidence de cancers d'intervalle liés à la non résection des polypes à risque de dégénérescence malgré cette surveillance. Parmi les mutations des gènes MSH2, MLH1, MSH6 et PMS2 responsables du syndrome de Lynch, il est prouvé que le risque de cancer colorectal est différent selon les mutations, mais depuis l'avènement des panels de gènes réalisés en séquençage haut débit, le nombre de patients avec une mutation de MSH6 a augmenté motivant de réactualiser les données phénotypiques en fonction des gènes mutés. L'objectif de cette étude était de déterminer s'il existait une différence d'incidence des lésions pré-néoplasiques coliques et de leur localisation dans le colon en fonction du gène muté.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective multicentrique qui a inclus la cohorte des patients suivis dans le cadre du réseau Hermion à L'Hôpital de La Timone et à l'Hôpital Nord de Marseille entre Janvier 2010 et Juillet 2022. Les patients PMS2 ont été exclus. Les patients inclus devaient avoir bénéficié d'au moins 2 coloscopies pour l'évaluation du taux d'incidence et d'au moins 1 coloscopie pour l'évaluation de la localisation des polypes. Les polypes hyperplasiques n'étaient pas retenus dans l'analyse.Le critère de jugement principal était le taux d'incidence par patient et par an des adénomes, lésions festonnées sessiles, et polypes avancés (définis par une taille > 1cm ou une dysplasie de haut grade). Le critère de jugement secondaire était la localisation de ces polypes en différenciant les polypes situés à droite (Caecum, colon droit et colon transverse), les polypes situés à gauches (Colon gauche et colon sigmoide) et les polypes rectaux.

Résultats : 62 patients ont été inclus pour l'analyse du taux d'incidence et 74 patients pour l'étude de la localisation pour un total de 161 polypes. Le taux d'incidence des adénomes et lésions festonnées sessiles était de 0,342 par patient par an. Le taux d'incidence des polypes avancés était de 0,0331 par patient par an. Il n'y avait aucune différence significative en fonction des mutations MSH2, MLH1, et MSH6 pour les adénomes et lésions festonnées sessiles (0,266 ; 0,446 ; 0,342 ; p=0,15) en analyse univariée et multivariée ainsi que pour les adénomes avancés (0,0161 : 0,0439 ; 0,0454 ; p=0,34).Les adénomes et lésions festonnées sessiles étaient localisés à droite dans 48% des cas mais sans différence significative entre les mutations MSH2, MLH1, MSH6 (44%; 54% ; 48% ; p=0,45). Il n'y avait pas non plus de différence significative dans la localisation des polypes avancés en fonction des mutations.

Conclusion : Dans cette cohorte, il n'a pas été mis en évidence de différence significative entre les mutations MSH2, MLH1 ou MSH6 concernant le taux d'incidence des adénomes et des lésions festonnées sessiles, le taux d'incidence des polypes avancés ainsi que la localisation de ces polypes. Il semble licite de poursuivre une surveillance identique des patients atteints de syndrome de Lynch indépendamment de la mutation responsable.

P.089

Pembrolizumab associé au xelox bévacizumab chez les patients avec un cancer colorectal métastatique microsatellite stable et un fort infiltrat immunitaire : étude preuve de concept FFCD 1703 - POCHI

D. Tougeron [1], J.F. Emile [2], S. Kim [3], K. Le Malicot [4], M. Gilabert [5], J. Bez [4], A. Lièvre [6], L. Dahan [5], P. Laurent-Puig [7], L. Mineur [8], R. Coriat [7], J.L. Legoux [9], A. Bodere [6], L.M. Dourthe [10], V. Le Brun Ly [11], K. Bideau [12], B. Chibaudel [13], C. Toullec [8], A. Lopez [14], V. Hautefeuille [15], J.M. Phelip [16], T. Lecomte [17], H. Sokol [7], C. Capron [7], C. Gallois [7], V. Randrian [18], C. Lepage [4], J. Taïeb [7]
(1) Poitiers ; (2) Boulogne-Billancourt ; (3) Besançon ; (4) Dijon ; (5) Marseille ; (6) Rennes ; (7) Paris ; (8) Avignon ; (9) Orléans ; (10) Strasbourg ; (11) Limoges ; (12) Quimper ; (13) Levallois-Perret ; (14) Nancy ; (15) Amiens ; (16) Saint-Etienne ; (17) Tours ; (18) Clermont-Ferrand.

Introduction : Les inhibiteurs de points de contrôle immunitaire (ICIs) sont très efficaces dans les cancers colorectaux métastatiques (CCRm) avec déficience du système de réparation des mésappariements de l'ADN (dMMR)/instabilité microsatellitaire (MSI). Environ 15% des CCR MMR proficient (pMMR)/microsatellite stable (MSS) sont fortement infiltrés par des lymphocytes intra- et/ou péri-tumoraux (TILs) et sont de meilleur pronostic. Plusieurs scores immunitaires basés sur l'infiltration tumorale des lymphocytes T CD3+ et/ou CD8+ sont validés et reproductibles, notamment le TuLIS [1] et l'Immunoscore® [2]. Néanmoins, aucune donnée prospective n'est disponible concernant l'efficacité des ICIs dans cette sous-population de CCRm pMMR/MSS avec fort infiltrat immunitaire. Le pembrolizumab, un anticorps monoclonal anti-PD1 (programmed death-1), a montré une efficacité majeure chez les patients atteints de CCRm MSI/dMMR. La mort cellulaire immunogène induite par la chimiothérapie, comme l'oxaliplatine, peut augmenter l'efficacité des ICIs. Nous avons formulé l'hypothèse que les patients avec un CCRm MSS/pMMR avec un fort infiltrat immunitaire pourraient être sensibles aux ICI associés à une chimiothérapie à base d'oxalipatine et d'un anti-angiogénique.

Patients et Méthodes : L'essai POCHI est une étude de phase II multicentrique, en ouvert, mono-bras, visant à évaluer l'efficacité du pembrolizumab en association avec la capécitabine et le bévacizumab comme traitement de première ligne du CCRm MSS/pMMR avec un fort infiltrat immunitaire.
Les principaux critères d'inclusion sont un CCRm non prétraité pour la maladie métastatique et présentant au moins une lésion métastatique mesurable selon les critères RECIST v1.1. Les patients doivent avoir une tumeur primitive réséquée afin d'évaluer l'infiltrat lymphocytaire par deux scores immunitaires (Immunoscore® et TuLIS) réalisés en analyse centralisée. Les patients sont éligibles si l'un des scores est "élevé".
Les patients recevront une association de pembrolizumab (200 mg), bévacizumab (7,5 mg/kg), oxaliplatine (130 mg/m²) et capécitabine (2000 mg/m²/jour, du jour 1 au jour 14) toutes les 3 semaines jusqu'à progression ou toxicité inacceptable.
Le critère principal de jugement est la survie sans progression (SSP) à 10 mois, c'est-à-dire le nombre de patients vivants et sans progression radiologique et/ou clinique à 10 mois, évalué par l'investigateur. L'objectif principal est d'augmenter cette SSP à 10 mois de 50% à 70%. Avec une erreur unilatérale de type 1 α de 5%, une puissance de 85%, un taux de 10% de patients perdus de vue ou non évaluables, 55 patients devront être inclus. Si 32 patients ou plus sont vivant et sans progression à 10 mois, le traitement sera considéré comme efficace.
Les principaux objectifs secondaires sont la survie globale, le taux de résection secondaire, la profondeur de la réponse et la réponse tumorale précoce.

Résultats : Environ 400 patients doivent être testés afin d'inclure les 55 patients nécessaires pour le critère de jugement principal, compte tenu d'un taux 15% de tumeur

avec un score immunitaire "élevé". L'essai POCHI est ouvert dans 59 centres en France avec, au 15 octobre 2022, 91 patients testés pour 17 inclus, soit un taux de 19% de patients éligibles avec un fort infiltrat immunitaire. La première analyse de sécurité n'a pas mis en évidence de toxicité inattendue.

Conclusion : L'essai POCHI évalue l'efficacité du pembrolizumab en association avec la capécitabine et le bévacizumab chez les patients atteints d'un CCRm MSS/pMMR avec un fort infiltrat immunitaire. Si l'étude est positive, elle justifiera un essai randomisé de phase III comparant chimiothérapie plus bévacizumab *versus* chimiothérapie plus bévacizumab et ICI dans ce sous-groupe de CCRm.

Remerciements, financements, autres : Nous remercions tous les investigateurs, ARCs/TECs et groupes coopératifs (FFCD - UNICANCER GI- GERCOR) pour leur contribution et leur participation à l'essai. Nous remercions MSD et Véracyte pour leur soutien.

P.090

Impact de la distribution des tests de recherche de sang occulte dans les selles par les pharmaciens sur les indicateurs de performance du dépistage organisé du cancer colorectal : une étude de population

T. Corbel [(1)], M. Morvan [(1)], S. Bouzeloc [(1)], T. Kermarrec [(1)], J.B. Nousbaum [(1)], J.Y. Le Reste [(1)], N. Reboux [(1)], L. Quénéhervé [(1)], M. Robaszkiewicz [(1)]
(1) Brest.

Introduction : En France, le cancer colo-rectal (CCR) est le 3ème cancer le plus incident et le 2nd le plus mortel. Cependant, s'il est détecté précocement, le CCR est curable dans 9 cas sur 10. La détection précoce est donc un enjeu majeur de santé publique ; il repose en France sur le dépistage organisé (DOCCR) chez les personnes à risque moyen de 50 à 74 ans, par la recherche de sang occulte dans les selles. Mais la participation au programme de dépistage reste faible, d'environ 32%. Dans le Finistère, les tests sont distribués depuis 2005 par les médecins généralistes, et de façon expérimentale par les pharmaciens.
L'objectif principal de notre étude était d'évaluer l'impact de la distribution par les pharmaciens des tests de recherche de sang occulte dans les selles sur la participation au dépistage du CCR. Le second objectif était de comparer la population invitée par les pharmaciens et les médecins généralistes en termes d'indicateurs d'activité et de performance.

Matériels et Méthodes : Cette étude rétrospective a évalué les campagnes de dépistage du CCR, qui ont été menées dans le département de janvier 2009 à décembre 2019 (environ 915 000 habitants en 2019). Tous les individus âgés de 50 à 74 ans et considérés comme ayant un risque moyen de CCR donc éligibles au dépistage du CCR, étaient inclus. Les données étaient recueillies à partir du registre des tumeurs digestives. Les informations sur le dépistage et la participation des pharmaciens ont été obtenues auprès du Centre Régional de Coordination des Dépistages des Cancers. Les bases de données ont été croisées, en respectant les règles d'anonymisation des données.

Résultats : L'implication des pharmaciens dans la distribution des tests a été progressivement croissante, passant de 10,4 % des tests distribués lors de la première campagne (C3), jusqu'à 47,1% lors de la dernière campagne (C8). Parallèlement, le taux de participation lié à la distribution par les médecins généralistes a diminué. La participation globale de la population au DOCCR n'a que très faiblement augmenté (33% dans la campagne 8 contre 29% dans la campagne 3). Les populations invitées par les pharmaciens et par les généralistes différaient en termes d'âge (60,9 ans *vs* 61,4 ans respectivement, p<0,001), de délai entre l'invitation et la réalisation du test (112 jours *vs* 124 jours respectivement, p<0,001), de proportion de coloscopies réalisées dans les 31 jours suivant un test positif (12,6% *vs* 14% respectivement, p<0,001). A l'inverse, il n'y avait pas de différence entre ces deux populations en termes de taux de coloscopies réalisées, de délai de réalisation de la coloscopie après un test positif (63 jours après la distribution par un pharmacien *vs* 61 jours après la distribution par un généraliste, p=0.33), ou de résultats endoscopiques.

Conclusion : Ce travail montre la faisabilité de la distribution de tests par les pharmaciens. Il suggère qu'une généralisation de ce mode de distribution est complémentaire des autres modes de distribution et pourrait être un moyen d'améliorer le taux de participation dans la population française.

P.091

Caractéristiques cliniques et moléculaires des patients atteints de cancer colorectal KRAS G12C mutés

A. Xu-Vuillard [1], A. Hollebecque [2], M.L. Tanguy [2], E. Rouleau [2], P. Burtin [2], C. Smolenschi [2], M. Valéry [2], A. Fuerea [2], P. Dartigues [2], M.A. Bani [2], V. Boige [2], M. Ducreux [2], A. Boileve [2]
(1) Paris ; (2) Villejuif.

Introduction : La mutation de KRAS est une altération moléculaire fréquente dans les cancers digestifs. L'autorisation d'accès précoce des inhibiteurs sélectifs de KRAS G12c dans le cancer du poumon non à petites cellules a conduit à un intérêt croissant pour cette altération moléculaire. Cette étude vise à décrire les caractéristiques cliniques et moléculaires des patients atteints de cancer colorectal muté KRAS G12c, suivis dans notre institution.

Patients et Méthodes : Une revue rétrospective des dossiers a été réalisée chez les patients (pts) atteints de cancer colorectal (CCR), chez qui une mutation de KRAS G12C a été découverte lors d'un profilage moléculaire tumoral dans le cadre de la prise en charge de routine (sur tissu tumoral avec panel de séquençage de nouvelle génération NGS (54%), ou biopsie liquide (36%)). Les données démographiques, les facteurs de risque, tentatives de traitement curatif, les traitements systémiques, les réponses radiographiques, la survie sans progression (SSP) et la survie globale (SG) ont été recueillies rétrospectivement.

Résultats : Au total, 55 pts atteints de cancer colorectal avec une mutation KRAS G12c ont été inclus, dont 33 (66%) avec un cancer du côlon (15 du côté droit du côlon et 18 du côté gauche), 13 (26%) avec un cancer du rectum et 9 (17%) adénocarcinomes digestifs sans primitif retrouvé.
L'âge médian était de 56 ans (Interquartile (IQR) = [48,0 ; 67,0]), 26 pts (47%) étaient des femmes. Au moment du diagnostic, 21 pts (38%) avaient une maladie locale et 34 avaient une maladie métastatique (62%). Dix-huit pts (33%) ont eu des métastases métachrones. Le foie était le site métastatique le plus fréquent au diagnostic (45%) et à la rechute en cas de maladie métachrone (39%).
Par ailleurs, 23 pts (42%) ont subi une résection chirurgicale de la tumeur primitive. Quinze patients (27%) avec une maladie métastatique ont subi un traitement local à des fins curatives (chirurgie ou traitement thermo-ablatif).
Concernant les traitements systémiques, aucun des patients n'avait reçu de traitement ciblant KRAS G12C en première ligne (traitement non disponible à ce moment). Dix patients avaient reçu un traitement ciblant KRAS G12C (seul ou en combinaison dans un essai clinique de phase 1) dans les lignes ultérieures. La survie du diagnositc des métastases au décès était de 44,6 mois (CI95% [38,36 ; NA]) et la survie sans progression en 1ère ligne de 11,2, mois (CI95% [7,6 ; 16,4]). Le détail des traitements systémiques reçus et la survie depuis le diagnostic des métastases (sur l'âge, le sexe et le stade au diagnostic) seront disponibles lors du congrès.
Des co-altérations moléculaires ont été identifiées chez 87% des patients. Les gènes les plus fréquemment co-altérés chez les patients étaient APC (n = 12, 22%), TP53 (n = 28, 51%), et PIK3CA (n = 12, 22%). Parmi les patients dont les données étaient disponibles, la charge mutationnelle tumorale médiane était de 7,6 (n=17), dont 6 avaient un TMB >10, et 1 patient avait une tumeur avec instabilité microsatellitaire (MSI).

Conclusion : Dans notre cohorte rétrospective, nous avons constaté que les patients atteints de cancers CCR et avec mutation KRAS G12C avaient une survie globale relativement élevée depuis le diagnostic, bien qu'une analyse multivariée soit nécessaire pour confirmer ces résultats. Des études comparatives supplémentaires seront nécessaires pour évaluer ces résultats. Néanmoins, l'apport des inhibiteurs sélectifs de KRAS G12C changera probablement la prise en charge et le pronostic de ces patients.

P.092

Évaluation de l'âge comme facteur de survie et de qualité de vie des patients atteints de cancer colorectal métastatique à mutation BRAF V600E traités par l'association encorafénib + cétuximab avec ou sans binimétinib : sous-analyse de BEACON CRC

R. Guimbaud [1], K. Ng [2], F. Ciardiello [3], E. Van Cutsem [4], R. Yaeger [5], T. Yoshino [6], J. Desai [7], H. Wasan [8], B. Alkuzweny [9], X. Zhang [5], J. Tabernero [10], S. Kopetz [11]
(1) Toulouse ; (2) Boston, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (3) Naples, ITALIE ; (4) Louvain, BELGIQUE ; (5) New York, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (6) Kashiwa, JAPON ; (7) Parkville, AUSTRALIE ; (8) Londres, ANGLETERRE ; (9) San Diego, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (10) Barcelone, ESPAGNE ; (11) Houston, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE.

Introduction : Bien que la plupart des cancers colorectaux (CCR) surviennent chez des adultes de 50 ans et plus, on observe une augmentation des diagnostics de CCR chez des adultes jeunes même au sein des cas de CCR métastatique (CCRm) avec mutation BRAF V600E. Nous présentons la sous-analyse de l'essai BEACON CRC évaluant l'effet de l'âge sur la survie, la qualité de vie et la tolérance pour les patients1.

Patients et Méthodes : L'essai BEACON CRC est une étude de phase III randomisée, ouverte ayant démontré un bénéfice en termes de survie de l'association encorafenib + cetuximab avec ou sans binimetinib en comparaison à une chimiothérapie (irinotecan + cetuximab ou folfirinox + cetuximab au choix de l'investigateur), chez des patients déjà pré-traités pour un CCRm muté BRAF V600E.
Pour les patients ayant reçu l'association encorafenib + cetuximab avec ou sans binimetinib la SSP, la SG, la QdV autoévaluée et la tolérance ont été évaluées en fonction de l'âge à l'inclusion (< 50 ou ≥ 50 ans). La QdV a été mesurée selon les questionnaires QLQ-C30 de l'OERTC et FACT-C (Évaluation fonctionnelle du traitement du cancer colorectal). La méthode Kaplan-Meier a été utilisée pour calculer la SSP et la SG avec un intervalle de confiance (IC) à 95 % pour chaque sous-groupe. En ce qui concerne la SG, une régression de Cox a été employée pour estimer le rapport des risques (RR) avec un IC à 95 %.

Résultats : Les patients de chaque bras de traitement ont été stratifiés en fonction de l'âge : <50 ans (ENCO+CETUX+BINI, n=47/224 ; ENCO+CETUX, n=33/220 ; témoin, n=49/221) et ≥50 ans (ENCO+CETUX+BINI, n=177/224 ; ENCO+CETUX, n=187/220 ; témoin, n=172/221). La SSP médiane (IC à 95 %) par âge <50 ans et ≥50 ans, respectivement, pour l'association ENCO, CETUX et BINI était de 5,0 (3,94-5,55) et 4,4 (4,17-5,55) mois ; pour l'association ENCO et CETUX, 4,3 (2,92-6,01) et 4,3 (4,04-5,52) mois ; et pour le groupe témoin, 1,5 (1,05-1,58) et 1,6 (1,48-2,20) mois. La SG médiane (IC à 95 %) par âge <50 ans et ≥50 ans, respectivement, pour l'association ENCO, CETUX et BINI était de 9,8 (7,56-12,48) et 9,0 (8,02-11,73) mois ; pour l'association ENCO et CETUX, 10,3 (7,26-non atteinte) et 8,8 (7,89-11,24) mois ; et pour le groupe témoin, 5,4 (3,75-8,90) et 6,4 (5,09-7,39) mois. Dans chaque groupe de traitement, la SG était similaire entre les classes d'âge : RR (IC 95 %) pour ENCO+CETUX+BINI, 0,92 (0,60-1,40) ; ENCO+CETUX, 0,63 (0,37-1,08) ; témoin, 1,24 (0,85-1,80). Les modifications moyennes des scores des questionnaires QLQ-C30 et FACT-C par rapport à l'inclusion étaient similaires au sein du même groupe de traitement, indépendamment de l'âge. De manière générale, l'incidence et la gravité des effets indésirables (EI) étaient comparables au sein des groupes de traitement, indépendamment de l'âge ; pour l'association ENCO+CETUX, les EI de grade 3/4 étaient moins nombreux chez les <50 ans (39,4 %) que chez les ≥50 ans (60,7 %).

Conclusion : Dans cette sous-analyse de BEACON CRC, la SG des patients atteints de CCRm mutés BRAF V600E traités par ENCO, CETUX (avec ou sans BINI) était similaire entre les tranches d'âge (<50 ans et ≥50 ans) . Les patients < 50 ans ont présenté moins d'effets indésirables de grade 3 et 4 dans le groupe recevant l'association

ENCO+CETUX. Cette sous-analyse est limitée par le faible nombre de patients. De plus amples travaux sont nécessaires pour comparer ces tranches d'âge lors de traitements ciblés du CCR.

Remerciements, financements, autres :
L'essai BEACON a été financé par Array BioPharma Inc., dont Pfizer a fait l'acquisition en juillet 2019, et a été réalisé avec le soutien de Merck KGaA, Darmstadt, Allemagne (pour les sites hors Amérique du Nord), ONO Pharmaceutical et Pierre Fabre. Ces travaux ont également été menés à bien grâce à la subvention du Cancer Center Core P30 CA 008748 attribuée au Sloan-Kettering Cancer Center.

P.093

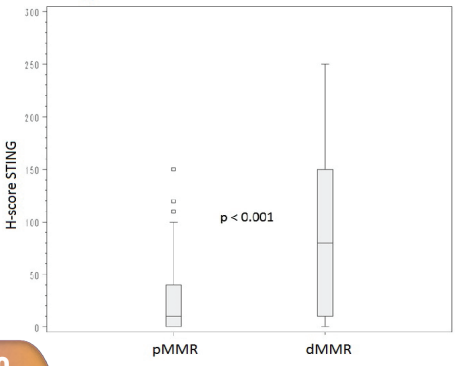
STING : un facteur clé dans le cancer colorectal dMMR à l'ère de l'immunothérapie ?

G. Scellier [(1)], M. Bubenheim [(1)], D. Sefrioui [(1)], F. Di Fiore [(1)], J.C. Sabourin [(1)]
(1) Rouen.

Introduction : Le cancer colo-rectal (CCR) représente le 3ème cancer le plus fréquent et la 2nde cause de mortalité par cancer dans le monde. Le CCR est subdivisé en deux catégories selon que le système de réparation des mésappariements de bases MisMatch Repair (MMR) est fonctionnel/proficient (pMMR) ou déficient (dMMR). Actuellement, le statut dMMR est le seul biomarqueur de réponse à l'immunothérapie par inhibiteurs des points de contrôle immunitaire (ICI) dans les CCR métastatiques (CCRm). Néanmoins, jusqu'à 30% des patients avec un CCRm dMMR présentent une résistance primaire aux ICI, contre 12% avec la chimiothérapie classique (essai Keynote 177). Les autres biomarqueurs de réponse, pris isolément, manquent de robustesse : origine du statut dMMR (somatique *versus* syndrome de Lynch), charge mutationnelle, statut PDL1, nombre de lymphocytes infiltrant la tumeur (TILs), composition du microbiote, etc. Des données récentes (principalement issues de modèles murins) ont fait émerger l'intérêt de la protéine STING (STimulator of INterferon Genes) dans le CCR. Découverte en 2008, STING est une protéine impliquée dans l'immunité anti-tumorale médiée par les lymphocytes T cytotoxiques (CD8+), en réponse à la détection d'ADN au sein du cytosol. Chez des modèles murins, cette voie est activée dans les CCR avec une protéine MLH1 déficiente (l'une des quatre protéines du système MMR). Cette voie apparaît également indispensable à la réponse à l'immunothérapie par ICI (anti- PD-L1), indépendamment du statut PD-L1, chez des modèles murins atteints de mélanome. Ainsi, l'expression immunohistochimique de STING pourrait être un biomarqueur de réponse aux ICI dans le CCR. Pourtant, à notre connaissance, seules deux études ont évalué l'expression immunohistochimique de STING au sein d'échantillons humains de cancers colo-rectaux : l'une indépendamment du statut MMR tumoral (non analysé), et l'autre n'a pas montré de différence significative d'expression entre les tumeurs dMMR et pMMR. En revanche, cette dernière étude a montré que l'expression de STING dans le CCR dépendait du stade tumoral. Dans ce contexte, nous avons comparé l'expression immunohistochimique de STING de CCR pMMR et dMMR.

Matériels et Méthodes : Une cohorte rétrospective monocentrique de d'adénocarcinomes (primitifs) infiltrants a été constituée à partir de pièces de résection chirurgicales (coliques ou rectales) reçues entre 2017 et 2021. Le statut MMR tumoral a été confirmé à la fois en IHC et par PCR. Chaque CCR dMMR a été apparié selon le stade tumoral (UICC 2017) et la date de réception de la pièce avec un CCR pMMR. Le statut du gène BRAF (codon 600) a été déterminé par biologie moléculaire (PCR) pour chaque tumeur. L'immunomarquage STING (clone D2P2F, Cell Signaling ®) a été évalué de façon indépendante par deux anatomopathologistes (avec calcul d'un H-score consensuel au niveau des cellules tumorales) en aveugle du statut MMR tumoral.

Figure : H-score STING selon le statut MMR tumoral



Résultats : Parmi les 96 CCR inclus (48 dMMR dont 10 étaient atteints d'un syndrome de Lynch et 48 pMMR), les H-scores médians étaient évalués à 80 (Q1 – Q3 : 10 – 150) chez les CCR dMMR et 10 (Q1 – Q3 : 0 – 40) chez les pMMR ($p < 0.001$) (Figure). 25% des CCR dMMR avaient un H-score ≤ 10 et 21% des CCR pMMR avaient un H-score ≥ 80.

Conclusion : Nous avons montré une surexpression immunohistochimique de STING au niveau des cellules tumorales des CCR dMMR par comparaison aux CCR pMMR. Il s'agit, à notre connaissance, de la première étude ayant montré cette différence d'expression de STING à partir d'échantillons de CCR humains. De façon intéressante, 25% des CCR dMMR ont une expression nulle ou très faible de STING et pourraient correspondre aux patients non répondeurs aux ICI. Nos résultats corroborent l'hypothèse d'un rôle majeur de STING dans la réponse immunitaire dans le CCR dMMR. L'immunomarquage STING pourrait être un biomarqueur prédictif de réponse aux ICI. Pour explorer cette hypothèse, de futures études sont nécessaires.

P.094

Evaluation de l'association entre la dynapénie et les toxicités liées à la chimiothérapie chez les patients traités pour un cancer digestif : une étude de cohorte observationnelle (FIGHTDIGOTOX)

P. Martin [1], D. Botsen [1], M. Brugel [1], E. Bertin [1], C. Carlier [1], R. Mahmoudi [1], F. Slimano [1], M. Perrier [1], O. Bouché [1]

(1) Reims.

Introduction : L'étude FIGHTDIGO suggérait une augmentation de la neurotoxicité chimio-induite chez les patients ayant une force de préhension pré-thérapeutique faible (dynapénie). Récemment, de nouveaux seuils de dynapénie ont été établis par l'EWSGOP2 dans une population gériatrique. L'étude FIGHTDIGOTOX avait pour but d'évaluer l'association entre la dynapénie pré-thérapeutique et la survenue de toxicités chimio-induites dose limitante (DLT) ou de tous grades, dans une population de patients traités pour un cancer digestif.

Matériels et Méthodes : Dans cette étude observationnelle, rétrospective, monocentrique, tous les patients naïfs de chimiothérapie ont été inclus avec une mesure de leur force musculaire de préhension avec un dynamomètre JAMAR réalisée avant le premier cycle de chimiothérapie. L'EWSGOP2 a redéfini la dynapénie par une force de préhension <27 kg pour les hommes et < 16kg. Les DLT ont été définies par toutes toxicités induisant une réduction de dose, un report ou un arrêt définitif d'un des traitements. Une analyse exploratoire a aussi été réalisée chez les patients ayant une force de préhension en dessous de la médiane calculée, sur la base de notre population, afin d'évaluer si un autre seuil permettrait de mieux prédire l'apparition de toxicité dans une population oncologique.

Résultats : Un total de 244 patients a été inclus : âge médian 69 ans (IQR 59-74), sex ratio 1, 105 cancers recto-coliques (43.2%), 103 métastatiques (42,2%), 96 chimiothérapies par FOLFOX (39,3%). Une dynapénie selon les critères de l'EWGSOP2 était présente chez 23 patients (9,4%). L'analyse exploratoire a proposé un seuil de dynapénie <34 kg pour les hommes et <22kg pour les femmes. Selon ce seuil, 107 patients étaient dynapéniques (43,8%). Pour les 2 seuils analysés, la dynapénie n'était pas un facteur prédictif indépendant de DLT de manière globale (p= 1) ou de neurotoxicité (EWSGOP2 : p=0,786 ; exploratoire : p=0,285). Cependant les patients avec une dynapénie selon les critères de l'EWSGOP2 avaient plus de syndrome main- pied (p=0,007). Une faible force de préhension définie selon l'analyse exploratoire était associée à plus d'asthénie (p=0,014) et d'anémie (p=0,006). Ces patients avaient également plus de DLT liées à l'asthénie (p=0,029).

Conclusion : La dynapénie pré-thérapeutique n'est pas un facteur prédictif de toxicités chimio-induites dose limitante ni de neurotoxicité chez les patients traités pour un cancer digestif. La faiblesse musculaire, définie selon notre seuil exploratoire plus élevé, pourrait être un facteur prédictif d'anémie et d'asthénie lié à la chimiothérapie. Il est nécessaire de mieux définir les seuils de dynapénie en oncologie.

P.095

Dépistage personnalisé du cancer colorectal en population générale

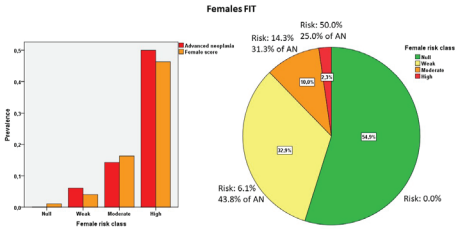
P. Calès [(1)], C. Vitellius [(1)], N. Cornet [(1)], A.S. Banaszuk [(1)], F.X. Caroli-Bosc [(1)]

(1) Angers.

Introduction : Le dépistage organisé du cancer colorectal (CCR) en population générale repose sur la réalisation d'un test fécal de saignement occulte chez les personnes de 50 à 74 ans asymptomatiques sans facteur de risque connu. La limite actuelle de ce dépistage est un taux de participation nettement inférieur aux normes européennes. Notre but était de déterminer des scores de risque de néoplasies avancées (NA : CRC ou adénomes avancés) à partir de facteurs de risque simples afin d'améliorer ce dépistage tout en réduisant le nombre de tests et de coloscopies inutiles.

Patients et Méthodes : Parmi 141,223 sujets ayant réalisé un dépistage du CCR entre 2013 et 2016, 9283 sujets ayant complété un questionnaire de 21 données de style de vie (dont nutritionnelles) et anthropométriques ont été inclus. Le test fécal était au gaïac (GUT) jusqu'en juin 2015 puis immunologique (FIT). Un précédent travail a montré que les caractéristiques anthropométriques des sujets avec NA étaient significativement différentes entre dépistages par GUT et par FIT et qu'il existait une interaction entre le type de test et le sexe des sujets. L'analyse multivariée a produit des scores de risque de NA incluant des variables indépendantes pour chaque couple test/sexe. Puis les seuils à 100% de sensibilité et de spécificité ont déterminé, respectivement, les classes d'exclusion (CENE) et d'affirmation (CANA) des NA. Entre ces 2 seuils de 100%, le risque croissant de NA a été segmenté en 3 classes.

Résultats : 92 NA ont été diagnostiquées. Dans la population FIT de dérivation des scores, les classes étaient (respectivement taux de NA et prévalence de la classe) chez les femmes (Figure) selon le risque de NA : nul (0% c'est-à-dire la CENA, 54,9%), faible (6,1%, 32,9%), modéré (14,3%, 10,0%), élevé (50.0%, 2,3%) et chez les hommes : nul (0%, 31,9%), faible (9,5%, 38,1%), modéré (22,2%, 15,0%), élevé (37,0%, 15,8%). Les prévalences des CENA étaient significativement différentes ($p<0,001$) dans la population GUT *vs* FIT chez les hommes. Ensuite, nous avons fait une validation croisée des scores de risque entre les populations FIT et GUT. Elle montrait que le FIT manquait 11% de NA détectées seulement par GUT (résultat attendu selon le travail précédent). C'est pourquoi nous avons modifié les seuils des CENA par FIT pour tenir compte de ces NA manquées. Ainsi la prévalence de ces CENA, dites sécurisées, pour FIT était significativement ($p<0,001$) diminuée à 44,9% chez les femmes et 20,2% chez les hommes *vs* les CENA précédentes. Les CANA étaient observées chez trop peu de sujets pour être fiables ; cependant on pouvait individualiser une classe de risque à 50% chez les femmes (Figure).



Discussion : Une validation indépendante est nécessaire pour ce type d'étude qui comporte des biais habituels de sélection. Si ces résultats étaient confirmés, la future stratégie de dépistage pourrait être selon le risque estimé, nul : lettre informant d'un prochain questionnaire de risque à 2 ans, intermédiaire (risque faible ou modéré) : test fécal, élevé : coloscopie d'emblée. Dans cette stratégie, basée sur des CENA sécurisées, le taux de test évité (risque nul + élevé) était de 47,1% chez les femmes et 35,2% chez les hommes. Le taux de coloscopie inutile évitée (dans les CENA) était de 12,0% chez les femmes et 6,5% chez les hommes. La personnalisation du dépistage devrait améliorer le taux de participation et donc la prévalence des NA dépistées. C'est pourquoi, cette amélioration tendrait à ne pas diminuer le nombre actuel de tests ou de coloscopie.

Conclusion : Cette étude montre que : 1/ les scores de risque de NA peuvent atteindre une sensibilité de 100 % et rarement une spécificité de 100 % ; 2/ une classification du risque peut être utilisée pour adapter la stratégie globale de dépistage selon le sexe. Ainsi, selon un questionnaire incluant quelques données physiologiques simples, le test fécal est évité chez environ un homme sur 3 et une femme sur 2. Le taux de coloscopie inutile évitée est modeste. Surtout, la population à risque est mieux ciblée.

Remerciements, financements, autres : PHRC

P.096

Rôle de la protéine MICU2 dans le développement du cancer colorectal

A. Robert [1], D. Crottès [1], J. Bourgeais [1], S. Servais [1], I. Domingo [1], A. Brugoux [1], J.F. Dumas [1], O. Hérault [1], T. Lecomte [1], C. Vandier [1], W. Raoul [1], M. Guéguinou [1]
(1) Tours.

Introduction : Des données récentes de la littérature soulignent le rôle de l'homéostasie du calcium Ca2+ au niveau des mitochondries dans le développement du cancer colorectal (CCR). L'uniporteur de Ca2+ mitochondrial (MCU) joue un rôle prépondérant dans l'absorption du Ca2+ intra-mitochondrial. MCU fonctionne comme un grand complexe multimoléculaire composé de protéines formant le pore de MCU et de protéines régulatrices du Ca2+ mitochondrial (MICU1, MICU2, MICU3 et EMRE). L'ensemble de ces protéines régulatrices reste, a contrario de MCU, peu évalué en cancérologie. L'objectif principal de notre étude est de déterminer le rôle de la protéine MICU2 dans la progression cancéreuse et son impact sur l'activité métabolique du CCR.

Matériels et Méthodes : Nous avons analysé l'expression génique des protéines régulatrices MICU et leurs associations avec les stades de la pathologie et la survie grâce à l'analyse des données du projet The Cancer Genome Atlas (TCGA). Nous avons généré des lignées cancéreuses coliques HCT116 KO pour MICU2. Nous avons évalué les conséquences de la perte de MICU2 sur l'influx de Ca2+ mitochondrial par utilisation d'une sonde "senseur calcique" génétiquement modifiée spécifique du Ca2+ mitochondrial. Les processus de prolifération et de migration ont été évalués sur des modèles cellulaires. La respiration cellulaire a été mesurée sur Seahorse et la production de lactate par ELISA. L'utilisation d'inhibiteurs sélectifs des grandes voies métaboliques (Glucose, Glutamine, beta oxydation) nous a permis de discriminer les voies préférentielles liées à l'expression et l'activité de MICU2. Finalement, nous avons validé nos précédents résultats dans un modèle pré-clinique de xénogreffe sous-cutanée de cellules HCT116-luciférase chez la souris Nude.

Résultats : La protéine MICU2 régule significativement la prolifération et la migration du CCR *in vitro* et *in vivo*. Elle augmente la quantité de Ca2+ mitochondrial. En outre, elle permet le bon fonctionnement de la chaîne respiratoire en favorisant la phosphorylation oxydative au détriment de la glycolyse. MICU2 favorise l'utilisation du pyruvate mitochondrial et la β-oxydation des acides gras dans le processus de prolifération cellulaire.

Conclusion : Nous montrons pour la première fois le rôle de la protéine régulatrice MICU2 dans le cancer, et plus précisément dans le CCR. A plus long terme, les avancées des connaissances sur la signalisation calcique mitochondriale dans le CCR pourraient permettre d'offrir de nouvelles perspectives aux patients en termes de biomarqueurs ou de ciblage thérapeutique.

Remerciements, financements, autres : Nous remercions l'Inserm, l'Université de Tours, la Région Centre Val-de-Loire, la Ligue contre le Cancer et le Cancéropôle Grand-Ouest.

P.097

PRODIGE 70-CIRCULATE : décision de traitement adjuvant dans le cancer du côlon de stade II, basée sur l'analyse de l'ADN tumoral circulant

S. Bouhlal Jourdan [1], J. Taïeb [2], P. Laurent-Puig [2], T. André [2], K. Le Malicot [1], J.F. Emile [3], D. Tougeron [4], S. Manfredi [1], M. Chauvenet [5], V. Taly [6], C. Lepage [1], L. Benhaim [7]
(1) Dijon ; (2) Paris ; (3) Boulogne-Billancourt ;
(4) Poitiers ; (5) Lyon ; (6) Avignon ; (7) Villejuif.

Introduction : Le traitement adjuvant du cancer du côlon (CC) de stade II reste débattu. Un biomarqueur permettant de sélectionner les patients présentant un risque de récidive élevé pourrait faciliter la décision clinique. L'ADN tumoral circulant (ADNtc) a récemment été identifié comme un marqueur prédictif potentiel de récidive de la maladie. Nous souhaitons donc tester sa capacité à mieux sélectionner les patients atteints de cancer du côlon de stade II pour un traitement adjuvant.

Patients et Méthodes : Cet essai national de phase III (NCT04120701) mené dans plus de 100 centres en France, prévoit de tester environ 2640 patients afin de randomiser 198 patients avec un l'ADNtc positif. Les patients âgés de 18 à 75 ans avec un ECOG ≤1 et un adénocarcinome du côlon ou du haut rectum pT3-T4aN0 réséqué R0, seront randomisés dans les 63 jours après chirurgie curative, entre un traitement adjuvant par FOLFOX6m toutes les 2 semaines pendant 12 cycles *versus* surveillance seule comme recommandé par le TNCD. Les patients positifs au dépistage de l'ADNtc sont randomisés selon un ratio 2:1 entre le Bras A « Chimiothérapie » ou le Bras B « suivi dans le cadre de l'étude ». Les patients négatifs au dépistage de l'ADNtc sont randomisés selon un ratio 1:4 entre le Bras B « suivi dans le cadre de l'étude » ou le Bras C « suivi standard en dehors de l'étude ». Les patients seront suivis pendant 7 ans maximum.

Résultats : Le critère principal de jugement est la survie sans maladie (SSM). Un gain de 17,5% en SSM à 3 ans est attendu (42,5% dans le bras expérimental contre 25% dans le bras contrôle ; HR=0,61 ; α bilatéral, 5% ; 1-β, 80%). Les critères d'évaluation secondaires comprennent la DFS à 2 ans, la survie globale et la toxicité.
Le recrutement a commencé fin janvier 2020. En Septembre 2022, 109 centres sont ouverts aux inclusions, dont 81 ayant inclus au moins 1 patient. 639 patients ont été inclus et 599 d'entre eux, randomisés dans l'un des 3 bras de l'essai (Bras A=37, Bras B=141, Bras C=421).

Conclusion : L'essai P70-CIRCULATE vise à démontrer le gain en survie d'une chimiothérapie adjuvante (FOLFOX 6 mois) chez les patients avec un CC stade II mais avec une maladie minimale résiduelle identifiée par la présence d'ADNtc. Elle pourrait permettre une prise en charge plus personnalisée, en sélectionnant mieux les patients relevant d'une chimiothérapie adjuvante, souvent inutile et à risque de neuropathie séquellaire, dans cette population faisant débat depuis plus de 20 ans. Une sensibilisation accrue à l'essai est nécessaire au sein de la communauté gastro-entérologique, oncologique et chirurgicale en France pour accélérer le rythme des inclusions.

Remerciements, financements, autres :
Mots-clés : Adjuvant ; ADN tumoral circulant ; cancer du côlon.

P.098

Etude comparative des stratégies pour améliorer la survie chez des patients avec des métastases hépatiques d'origine colorectale ayant disparues en cours de chimiothérapie

E. Fernandez De Sevilla [1], M. Collard [2], I. Sourrouille [1], L. Benhaim [1], M. Faron [1], C. Honore [1], C. Smolenschi [1], V. Boige [1], M. Ducreux [1], M. Gelli [1]
(1) Villejuif ; (2) Paris.

Introduction : L'objectif de ce travail est d'évaluer l'impact des différentes stratégies onco-chirurgicales au cours de la prise en charge des métastases hépatiques d'origine colorectale (MHCCR) en cas de métastases disparues (MD) au moment de la chirurgie hépatique à visée curative.

Patients et Méthodes : Cette étude mono centrique rétrospective (1999-2019) incluait 69 patients ayant ≥1 MD, répartis en 2 groupes: avec chimiothérapie intra-artérielle postopératoire (≥ 1 cycle) (CIAH, n=40) ou sans (NoCIAH, n=29). On a analysé la réponse histologique, la récidive locale (RL), la récidive hépatique (RH), la survie sans progression (SSP) et globale (SG) pour chaque groupe.

Résultats : Au total, 312 MD sur 779 MHCCR initiales ont été identifiées avec un nombre moyen de 2 MD/patient. Une résection de principe de la totalité des sites des MD a été réalisée chez 10 patients (14%) avec un taux de réponse histologique complète (TRG1) de 20%. Le taux de RH à 5 ans était de 55% *vs* 79% (NS) dans les groupes CIAH et NoCIAH. La SSP et la SG à 5 ans étaient de 51% *vs* 38% et 59% *vs* 65% dans les groupes CIAH et NoCIAH (NS).

Conclusion : En cas de MD après chimiothérapie préopératoire la présence de cellules tumorales résiduelles confirme l'indication à une résection de l'ancien site de MD. La CIAH postopératoire ne semble pas améliorer le risque de RH ni la survie dans une population non sélectionnée de patients très bon répondeurs à la chimiothérapie préopératoire.

P.099

Les petits polypes rectocoliques : existe-il des facteurs prédictifs de la présence de dysplasie de haut grade ?

F. Aboutarik [1], C. Dassouli [1], S. Boudda [1], A. Ait Errami [1], S. Oubaha [1], Z. Samlani [1], K. Krati [1]
(1) Marrakech, MAROC.

Introduction : Les petits polypes constituent la grande majorité des polypes recto-coliques. Parmi ceux-ci, la prévalence des adénomes en dysplasie de haut grade est faible. De nos jours, la stratégie « resect and discard » devient indiquée pour les polypes minuscules. Ainsi une identification des facteurs prédictifs de la présence de dysplasie de haut grade dans les petits polypes pourrait améliorer la prise en charge des patients. L'objectif de cette étude est de déterminer la prévalence et les facteurs prédictifs de la présence de dysplasie de haut grade dans les petits polypes recto-coliques.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective colligeant tous les patients ayant bénéficié d'une biopsie-exérèse pour un petit polype recto-colique (taille <=10mm) durant une période de 12mois (Juillet 2021-Juillet 2022). Une analyse uni et multivariée a été réalisée pour déterminer s'il existe des facteurs prédictifs de la présence de dysplasie de haut grade dans les petits polypes. Un p<0,05 était jugé significatif.

Résultats : Durant l'année de l'étude, 92 biopsies-exérèses ont été pratiquées à 74 patients ayant un âge moyen de 62 ans [22-87ans] avec un sex-ratio (H/F) de 2,08. Les principales indications de la coloscopie étaient un trouble du transit à type de constipation (30%), des douleurs abdominales (13%), des rectorragies (11%) et une anémie (7%). La coloscopie était totale dans 73% des cas. Quarante-six patients (40%) avaient 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 4,59 mm [2-10].Les polypes diminutifs (taille <=5mm) 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. Les adénomes étaient en dysplasie de haut grade dans uniquement 8% des cas.
Les facteurs prédictifs de la présence de dysplasie de haut grade au sein des petits polypes recto-coliques étaient en analyse univariée, un antécédent personnel de cancer colorectal (p=0,012) et la taille supérieure à 8mm (p=0,001). En analyse multivariée, seul un antécédent personnel de cancer colorectal était un facteur indépendant de la présence de dysplasie de haut grade dans les petits polypes recto-coliques (p=0,01)..

Conclusion : Dans notre étude, les adénomes en dysplasie de haut grade représentent uniquement 4% des petits polypes. Il ressort qu'un antécédent personnel de cancer colorectal est associé à la présence de dysplasie de haut grade au sein des petits polypes recto-coliques.

P.100

Impact d'une consultation dédiée sur la prise en charge des patients avec FIT positif : résultats d'une expérience de 7 années dans un centre hospitalier général

G. Macaigne [(1)], W. El Hajj [(1)], A. Al Jannoud [(2)], F. Harnois [(2)], S. Nahon [(1)]

(1) Montfermeil ; (2) Jossigny.

Introduction : Un test immunologique de recherche d'hémoglobine humaine dans les selles (FIT) est proposé à la population à risque moyen tous les 2 ans à partir de l'âge de 50 ans, dans le cadre du dépistage organisé du cancer colo-rectal, suivi en cas de test positif, d'une coloscopie de dépistage. L'objectif de ce travail a été d'évaluer l'impact de la création de consultations rapides et dédiées dans un service de gastro-entérologie sur les différentes étapes de la prise en charge du patient avec FIT positif .

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective monocentrique à partir de données collectées prospectivement entre mai 2015 et juin 2022, période au cours de laquelle la totalité des patients consécutifs consultant au CH de Marne la Vallée pour un FIT positif ont été inclus. Les données concernant les patients (sexe, âge, antécédents personnels et familiaux de tumeurs recto-coliques) et les modalités de la prise en charge (date de réalisation du FIT, dates de prise de rendez-vous de consultation par le malade, de la consultation avec le gastro-entérologue et de la coloscopie) ont été colligées.
Des plages de consultations dédiées aux patients avec FIT positif ont été créées en décembre 2016 et décembre 2020. Les différents délais de la prise en charge ont été comparés au cours du temps, en fonction de la création des consultations dédiées. D1 : délai entre la date de réalisation du FIT et la prise de rendez-vous de consultation par le patient ; D2 : délai entre l'appel du patient pour la prise du rendez-vous et la consultation avec le gastro-entérologue ; D3 : délai entre la consultation et la coloscopie ; D4 délai entre la réalisation du FIT et la coloscopie. Les malades ont été répartis en 3 groupes en fonction de D1 : groupe 1 : délai < 30 jours ; groupe 2 : délai entre 30 et 60 jours ; groupe 3 : délai > 60 jours. Les caractéristiques des patients des 3 groupes ont ensuite été comparées.

Résultats : Les données de 868 malades consécutifs avec FIT positif ont été recueillies. Le D1 était connu et applicable chez 766 d'entre-eux (89.3%).
Le délai moyen D2 était significativement plus court pendant les périodes suivant l'ouverture des 2 consultations dédiées par rapport à celles les précédant (26,8 *vs* 47 jours ; p<0,001 ; 12,7 *vs* 33,6 jours ; p<0,001). De la même façon, les délais moyens D3 et D4 étaient significativement réduits (Tableau). Entre mai 2015 et juin 2022, la création de 2 consultations dédiées a permis de réduire significativement les délais moyens entre la réalisation du FIT et la coloscopie (D4) de 110 à 76 jours (p<0,001).
Seuls, les délais moyens D1 n'étaient pas modifiés au cours du temps. Concernant les D1, 558 malades (72.8%) étaient dans le groupe 1, 83 (10.8%) dans le groupe B et 125 (16.3%) dans le groupe C. La répartition des malades dans les 3 groupes ne variait pas avec le temps ; 27% des patients prenaient un RDV de consultation au-delà de 30 jours après la réalisation du test. Il n'y avait pas de différence significative entre les 3 groupes concernant le sexe et l'âge.

Conclusion : La création de plages de consultations dédiées aux patients avec FIT positif permet de réduire significativement les délais d'obtention de la consultation et de la coloscopie. En revanche, elle ne permet pas de réduire le délai entre la réalisation du test et la prise de RDV de consultation par le patient. Dans notre cohorte, près d'un tiers des patients attendaient plus de 30 jours avant la prise de RDV de consultation. Il est important de sensibiliser la population ciblée et les différents acteurs de santé à ce délai qui devrait être plus court.

P.101

Etude comparative multicentrique des complications à court terme rencontrées en chirurgie robotique, laparoscopique, par voie ouverte des cancers colorectaux

F.C.F.P. Rahantasoa [(1)], J.B.A. Razafindrahita [(1)], Y.M. Razafimandimby [(1)], F. Rasoaherinomenjanahary [(1)], L.H. Samison [(1)]

(1) Tananarive, MADAGASCAR.

Introduction : La chirurgie colorectale occupe une place importante dans le traitement des cancers colo-rectaux. Les complications postopératoires peuvent devenir une source importante de morbidité. La probabilité de survenue de ces complications reste mutlifactorielle. Le choix de l'abord constitue un pilier majeur de leur politique de prévention. L' objectif de notre étude est de comparer sur plusieurs sites les complications postopératoires de la chirurgie robotique, laparoscopique et par voie ouverte des cancers colorectaux.

Patients et Méthodes : L' etude comparait trois groupes distincts, issu chacun de trois sites différents. La population d' étude était les cancers colorectaux traités par colectomie. Le groupe A comprenait les chirurgies colorectales robotiques. Le groupe B etait constitué des chirurgies colorectales laparoscopiques. Le groupe C regroupait les chirurgies colorectales par voie ouverte. Les critères de jugement principal étaient les complications selon Clavien-Dindo et la mortalité dans les trente jours. Les critères d'évaluation secondaire comprenaient les indications, le score AFC, le niveau du chirurgien, les temps opératoires, la perte de sang estimée, la durée de séjour.

Résultats : Cinquante et huit patients avaient été colligés dont six cas dans le groupe A (sex ratio=2; age médian : 51,33 ans [42 ans ;68 ans]), trente cas dans le groupe B (sex ratio = 1,14 ; age médian : 55,85 ans [27 ans; 83 ans] et vingt-deux cas dans le groupe C (sex ratio=0,8 ; age médian: 55,63 ans [41 ans ; 73 ans]. La colectomie gauche représentait le principal geste chirurgical réalisé (groupe A : 100%, groupe B : 67%, groupe C : 81%). La perte de sang n'était pas liée statistiquement à la voie d' abord dans notre étude (p=0,02).
Les chirurgies d' urgence étaient associées significativement à la survenue des complications dans le groupe B (RR=7,5) et dans le groupe C (RR=1,83). Les complications étaient de grade II (n=8) et de grade V (n=2) sur sepsis à J7 dans le groupe B tandis que dans le groupe C, elles étaient de grade II (n=14) et de grade III (n=6). Aucune complication n'avait été notée dans les chirurgies robotiques. Le score AFC était associé à la mortalité postopératoire (p=0,032).

Discussion : Dans notre étude, les chirurgies robotiques étaient statistiquement faibles. La littérature suggère cependant une morbidité postopératoire réduite par une technique robotique mais les chirurgies du rectum restent des interventions délicates à risque hémorragique. La courbe d'apprentissage, l'approche personnelle de chaque chirurgien dérivant des techniques standarts pouvaient constituer un biais de confusion. Le recul insuffisant ne nous avait pas permis d'évaluer les taux de recidive de chaque technique.

Conclusion : La voie d'abord était associée significativement à une morbidité postopératoire à court terme. La chirurgie robotique reste la plus sécurisée. Le taux de décès était plus lié au score AFC. Bien qu'une partie des complications de la chirurgie colorectale soit commune à toutes les chirurgies onco-digestives majeures, certaines présentent un intérêt particulier tels que les dysfonctionnements intestinaux et sexuels ultérieurs.

P.102

Prévalence de l'expression immuno-histochimique des protéines COX2/ HER2 et corrélation avec le pronostic du cancer colorectal : résultats d'une cohorte prospective

A. Attar [1], S.A. Ibrahimi [1], L. Chbani [1], M. El Abkari [1], N. Lahmidani [1]
(1) Fès, MAROC.

Introduction : Le cancer colorectal est classé parmi les cancers les plus fréquents au monde avec environ 1,2 million de cas et 600 000 décès chaque année. Il constitue un problème de la santé publique vue sa fréquence, son caractère invasif et métastatique ainsi sa résistance à la chimiothérapie .COX2 et HER2 s'avèrent essentiels dans la régulation de la progression du cancer .Dans cette étude, nous avons évaluer la prévalence de l'expression de COX2 et HER2 ainsi leur corrélation avec l'agressivité de la tumeur et la survie sans progression à 3 ans.

Matériels et Méthodes : Il s'agit d'une étude cohorte prospective démarrée en Septembre 2019 incluant des patients avec un diagnostic histologique d'adénocarcinome colorectal sur biopsie ou pièce opératoire et acceptant de faire partie de l'étude. Nous avons analysé la prévalence de l'expression de COX2 et HER2 par technique immunohistochimique. Ce projet de Recherche a obtenu l'accord du comité local d'éthique et est financé par le Moffit cancer research aux USA

Résultats : L'étude inclut 66 patients dont 32 hommes (48 %) et 34 femmes (52 %).`
L'âge moyen de nos patients est de 55.5 ans.
Le motif le plus fréquent de consultation est les rectorragies à raison de 42%. Le délai moyen de consultation était de 6.5 mois .
La tumeur était colique dans 44% des cas, rectale dans 54% des cas avec une taille tumorale dépassant 5 cm dans 82 % des cas . Soixante seize pourcent des patients présentaient des métastases ganglionnaires locorégionales alors que 15 % des cas présentaient des métastases à distance au moment du diagnostic .
L'expression élevée des protéines HER-2 / COX-2 était significativement corrélée avec la taille de la tumeur(p = 0,012),l'invasion de la séreuse(p = 0.02),la présence des métastases à distance (p = 0,04).La présence des métastases ganglionnaires était corrélé avec l'expression de la protéine COX2 uniquement(p = 0,035) .
Cependant l'expression des protéines HER-2 et COX-2 n'était pas significativement corrélée avec le sexe, l'âge, la localisation de la tumeur ou le degré de la différentiation.

Conclusion : Les résultats présentés suggèrent qu'il existe une corrélation significative entre l'expression simultanée de COX-2 et HER-2 et le mauvais pronostic du cancer colorectal. De ce fait sa détection pourrait permettre de dépister les patients à haut risque de métastases et peut être ouvrir une piste thérapeutique ciblant la COX-2- et HER-2 pour un meilleur contrôle de la maladie.

P.103

Connaissances, attitudes et pratiques de dépistage du cancer colorectal

H. Aouroud [1], J. Rizkou [1], M. Aouroud [1], A. Ait Errami [1], S. Oubaha [1], Z. Samlani [1], K. Krati [1]
(1) Marrakech, MAROC.

Introduction : Le cancer colorectal constitue, par sa fréquence et par sa gravité, un problème de santé publique majeur. À l'heure actuelle, il n'existe pas d'études explorant l'état de connaissance et les attitudes et pratiques de dépistage du cancer colorectal parmi les populations à haut risque au Maroc afin que des approches plus efficaces puissent être mises en œuvre pour promouvoir l'adoption de moyens de dépistage. L'objectif de l'étude était : Évaluer le niveau de connaissance du CCR et comprendre le niveau de sensibilisation aux méthodes de dépistage du CCR chez la population à risque.

Patients et Méthodes : Il s'agissait d'une étude transversale menée entre Janvier et Juin 2022. La population cible était les patients consultant ou hospitalisé au service, les accompagnants dont l'âge est supérieure à 45 ans et les jeunes avec un antécédents de CCR dans la famille. Au total 250 questionnaires ont été dispersés et 210 ont été retournés avec succès avec un taux de réponse de 84%. Les résultats obtenues ont été évalué par croisement avec des tests du chi carré pour les différences entre les sexes. Des modèles de régression logistique ont été utilisés pour estimer la corrélation entre la connaissance, l'attitude et l'intention de dépistage. Toutes les analyses ont été effectuées à l'aide de SPSS 22.0. Une valeur P < 0,05 a été considérée comme significative.

Résultats : Au total, 210 sujets ont été recrutés dans notre enquête avec une légère prédominance féminine (113/97) et un sexe ratio H/F=0,85. L'âge moyen de notre échantillon est de 53 ans 42% vivaient dans la zone rurale et 38% étaient des analphabètes tandis que 14% avaient un niveau d'études supérieur. La majorité de la population de notre échantillon soit 86,66% avaient des antécédents familiaux de cancer colorectal ou d'adénomes et environ 42% étaient des tabagiques chroniques. Sur le niveau connaissance : 96% des répondants ont affirmé leur connaissance de l'existence d'un cancer dit cancer colorectal; 72% d'entre eux ont reconnu que le CCR pouvait être guéri par un diagnostic et un traitement précoces. Les facteurs de risque les plus connus étaient le tabagisme (84,2%), suivies de la consommation excessive d'alcool (68,5%) et les antécédents familiaux de cancer colorectal (58%) tandis que 44,2% savaient que la coloscopie était la méthode de référence pour le dépistage du cancer colorectal. Niveau attitude : La plupart des sujets aimeraient en savoir plus sur le cancer (95,0 %). Plus de 90 % étaient d'accord que le diagnostic précoce du CCR peut améliorer le pronostic et près de 80 % étaient d'accords qu'un examen physique régulier est utile pour éviter ou diagnostiquer précocement le CCR. Pour la pratique : Moins de 9 % des répondants ont déjà participé à un dépistage du CCR ;70% des sujets iraient voir un médecin s'ils ne se sentaient pas bien et 44% d'entre eux vont commencer à subir à un examen physique régulier après leur connaissance des facteurs de risques et moyens de dépistage du CCR.

Conclusion : Dans cette étude, les participants ont montré une bonne connaissance et une bonne attitude envers le CCR mais leurs pratiques en matière de prévention du CRC n'étaient pas à la hauteur. Comprendre et reconnaître la sensibilisation et l'attitude concernant le dépistage du cancer colorectal et les raisons d'un faible recours au dépistage parmi les populations à haut risque pourraient aider à développer des politiques appropriées pour sa prévention et son contrôle.

P.104

Profil évolutif de cancer colorectal chez les patients avec un statut d'insulino-résistance : entre l'exposition et la protection

A. Nciri [1], O.K. Sallem [1], N. Alaya [1], M. Ben Abdelwahed [2], N. Ben Chaaben [1], L. Safer [1]
(1) Monastir, TUNISIE ; (2) Tunis, TUNISIE.

Introduction : L'incidence du cancer colorectal est en augmentation linéaire dans le monde entier. L'obésité et le diabète rattachés à l'insulinorésistance sont des facteurs de risques indépendants du développement de ces néoplasies. L'objectif de notre étude est d'observer le profil évolutif des néoplasies colorectales en corrélation avec le syndrome métabolique et l'effet du traitement insulinosensibislisateur.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective incluant tous les patients porteurs d'adénocarcinome colorectal pris en charge au service d'hépato-gastroentérologie de l'hôpital Fattouma Bourguiba de Monastir entre 2003 et 2022.

Résultats : Cent quarante-un patients ont été inclus, répartis en 63 hommes et 78 femmes soit un sex-ratio à 0,8. L'âge moyen était de 61 ans [36-91]. Les patients ont été répartis en deux groupes : Le premier regroupe les patients non diabétiques ni obèses (IMC < 25 kg/m2) : n=59 patients. Le groupe 2 est représenté par les patients obèses et/ou suivis pour un diabète de type II: n= 82 patients.
La symptomatologie révélatrice du cancer colorectal était dominée par les troubles du transit (79%) et l'altération de l'état général (77.3%). Une complication hémorragique avait révélé le cancer chez 29 patients (20,5%).
Dans le premier groupe : une localisation secondaire à distance est retrouvée chez 18 patients soit 30,5%. Une complication hémorragique n'est retrouvée que chez 07 patients (11%).
Le cancer est métastatique chez 45.1% (n=37) des patients du groupe 2. Vingt-deux patients de ce groupe (26,8%) ont présenté une hémorragie digestive basse.
D'autre part, la metformine a été prise régulièrement en traitement du fond chez 67% des patients du groupe 2 (n=63). La néoplasie est majoritairement localisé chez les patients de ce sous-groupe (69% soit n=43). La tumeur a saigné chez 19 des patients sous metformine.
L'étude analytique a conclu à une corrélation significative entre la présence de signes d'insulinorésistance et la sévérité de progression de la néoplasie colorectale : formes métastatiques (p=0.031) et complications hémorragiques (p= 0.028).
La prise de metformine était en corrélation significative aux formes localisées (p=0.005) et non compliquées(p=0.043) du cancer colorectal.

Conclusion : L'insulinorésistance est un facteur de risque de cancer colorectal et potentialisateur de sa progression.
L'insulino-sensibilisation thérapeutique a un effet ralentisseur de progression et protecteur contre les formes compliquées de l'adénocarcinome colorectal.

P.105

Quelle est la place de la radiothérapie externe dans le traitement néoadjuvant du cancer du rectum oligo-métastatique ?

J. Bouziane [1], U. Abdelkarim [1], W. Hassani [1], F.Z. Farhane [1], Z. Alami [1], T. Bouhafa [1]
(1) Fès, MAROC.

Introduction : La chirurgie reste le principal traitement dans la prise en charge du cancer du rectum. Cependant, au cours de la première décennie du xxie siècle, un nombre important d'études randomisées européennes a été publié. En oncologie, notamment, la recherche a été très active et les investigateurs ont testé le rôle de différents traitements adjuvants et néoadjuvants. Les études de phase III publiées ont démontré l'efficacité de la radiothérapie préopératoire exclusive selon un schéma short-course et de l'association chimiothérapie-radiothérapie concomitante long-course. Les innovations récentes dans le domaine de la cancérologie ont permis l'amélioration du pronostic de ce cancer avec une diminution de la mortalité engendrant ainsi de nombreuses interrogations face à la recherche des meilleurs choix thérapeutiques. L'objectif de notre étude était de souligner les différentes stratégies thérapeutiques adoptées dans notre formation chez des patients atteints d'un cancer rectal oligométastatique et de rapporter leurs résultats.

Patients et Méthodes : Nous avons mené une étude rétrospective descriptive portant sur les dossiers de patients ayant bénéficié d'une radiothérapie externe comme traitement néoadjuvant d'un cancer du rectum oligométastatique prouvé histologiquement. Les patients ont été répertorié sur la base des données du réseau hospitalier Hosix. Les patients ont été stratifié en fonction de l'âge, le sexe, le type histologique, le nombre de métastases, la technique et la dose d'irradiation. Les données ont été exploitées via le logiciel Excel. La survie a été estimée en fonction des courbes de Kaplan-Meier.

Résultats : Entre 2012 et 2019, 45 patients ont bénéficié d'une radiothérapie externe néoadjuvante pour leur cancer du rectum oligométastatique. L'âge médian de notre population était 55,1 ans [Extrêmes : 23-81 ans], avec un sexe ratio H/F de 0,7. Le délai moyen de consultation était de 8,4 mois. La symptomatologie était dominée par des rectorragies, un syndrome rectal et une altération de l'état général. Le type histologique retrouvé chez tous les patients était un adénocarcinome lieberkuhnien. La localisation des métastases était majoritairement hépatique dans 51.1% des cas.
Sur le plan thérapeutique, un protocole long en néoadjuvant a été adopté chez 77,8% des patients, en bon état général, associant une radiothérapie externe à la dose totale de 50.4Gray en 28 Fractions de 1.8Gray par fraction, 1 fraction par jour et 5 fractions par semaine, en concomitant avec une chimiothérapie à base de Capécitabine à la dose de 825mg/ m2 /12 heures les jours de la radiothérapie chez 35.6% des patients, et une chimiothérapie systémique chez 37.8% utilisant le FOLFOX dans 6 cas et le XELOX dans 11 cas. En raison d'un état général altéré, l'âge avancé, et les antécédents médicaux personnels des malades notamment les cardiopathies, ne permettant pas de tolérer une chimiothérapie concomitante, 15.55% de nos patients ont bénéficié d'une radiothérapie externe exclusive suivant un schéma court, à la dose totale de 25 Gray en 5 fractions de 5 Gray par fraction. Et enfin 6.65% des patients ont bénéficié d'une radiothérapie externe suivant un schéma intermédiaire à la dose totale de 39Gray. Le délai moyen de la chirurgie était de 11 semaines après la fin du traitement néoadjuvant, 60% des malades ont bénéficié d'une chirurgie rectale et 20% ont eu une chirurgie carcinologique associant une chirurgie du rectum et des métastases.
Après un délai moyen de suivi de 49,7 mois, la survie globale était de 57.9%, et la survie sans récidive moyenne était estimée à 31,6 mois.

Conclusion : La prise en charge du cancer du rectum oligométastatique est en perpétuel changement nécessitant le recours à une approche multidisciplinaire. L'inclusion de ces malades dans de futurs essais permettra de répondre au plus vite aux interrogations concernant les critères de sélection, ainsi que les meilleurs choix thérapeutiques.

P.106

Numération de la formule sanguine comme marqueur biologique prédictif dans le cancer colorectal, étude rétrospective à propos de 270 cas

R. Jabi [1], M. Bouziane [1]
(1) Oujda, MAROC.

Introduction : Le pronostic du cancer colorectal s'est amélioré ses derniers 10 ans grâce à l'optimisation de la prise en charge multidisciplinaire. Les facteurs prédictifs pronostic sont toujours sujets de recherche

Patients et Méthodes : Etude rétrospective étalée sur 6 ans sur 270 cas de cancer colorectal opérés. Nous avons corrélé les rapports pré opératoires neutrophile/lymphocyte (N/L) et plaquette/lymphocyte (P/L) avec les facteurs pronostic classiques

Résultats : Etude rétrospective étalée sur 6 ans sur 270 cas de cancer colorectal opérés. Nous avons corrélé les rapports pré opératoires neutrophile/lymphocyte (N/L) et plaquette/lymphocyte (P/L) avec les facteurs pronostic classiques.
Le colon gauche était prédominant (79,3%) et le syndrome occlusif était le motif de consultation fréquent (54,13%)
Les rapports N/L et P/L étaient significativement associés : à l'occlusion intestinale, à l'élévation de l'ACE, à la grande taille tumorale et aussi au développement de la fistule post opératoire avec $P < 0.01$
Aucune corrélation significative entre ses rapport et la latéralité du cancer n'était observée par contre l'association était significative avec la nécrose tumorale et la récidive métastatique soit un $P < 0.001$.
Le suivi à cinq ans a permis de retenir le rapport N/L comme facteur prédictif de réponse à la chimiothérapie et de résection hépatique curative soit $P < 0.05$

Discussion : Avec l'avènement de la biologie moléculaire les paramètres classiques perdent leur importance. Notre travail met en évidence la place primordiale pronostique de l'hémogramme comme moyen accessible rentable et rapide

Conclusion : Le cancer colorectal représente la deuxième cause de décès et le quatrième motivant la consultation. L'optimisation de la prise en charge pluridisciplinaire a permis l'amélioration du pronostic dont existent plusieurs facteurs prédictifs validés

P.107

Impact pronostique de la localisation tumorale primitive du cancer colique

N. Hemdani [1], Y. Zaimi [2], L. Mouelhi [2], R. Debbeche [2]
(1) La Marsa, TUNISIE ; (2) Tunis, TUNISIE.

Introduction : Le cancer colique (CC) est une pathologie fréquente et grave. Sa localisation primitive droite ou gauche constitue l'un des facteurs pronostiques guidant sa prise en charge.
Les objectifs de notre étude étaient d'évaluer l'impact pronostique de la localisation tumorale primitive et d'étudier le profil épidémio-clinique des patients atteints de CC.

Patients et Méthodes : Notre étude était rétrospective (Janvier 2012 à Décembre 2015) colligeant tous les patients opérés pour CC au service de chirurgie B23 de l'hôpital Charles Nicolle.
Les caractéristiques cliniques et épidémiologiques des patients étaient relevées. On a subdivisé la série en deux groupes : G1= groupe de patients ayant un CC droit et G2= groupe de patients ayant un CC gauche. La survie globale (SG) et la survie sans récidive ont été évaluées en fonction de la localisation tumorale.

Résultats : Quatre-vingt-six patients ont été inclus (âge moyen 62 ans et sex-ratio 1,15).
Une symptomatologie était inaugurale dans 47 cas (54,6%). Une complication a révélé le diagnostic de CC dans 38 cas (44,2%). La chirurgie était pratiquée en urgence dans 40 cas (46,5%). La tumeur primitive était de localisation gauche dans 53 cas (61,6%) et droite dans 33 cas (38,3%). Un décès postopératoire est survenu dans 17 cas (19,8%). Selon la classification TNM, les patients étaient majoritairement classés stade II (43%) et stade III (41,8%). La survie moyenne (SM) était de 58,8 mois avec une SG à 1 an, à 3 ans et à 5 ans de 70%, 67% et 67% respectivement.
La SM et la SG étaient meilleures pour G2, sans différence significative (SM : 58,7 mois pour G2 *Vs* 58,1 mois pour G1 (p=0,79) et la SG était de 69% et de 65% pour G2 et G1 respectivement (p=0,76)). Inversement, les patients du groupe G1 avaient une meilleure survie sans récidive mais de façon statistiquement non significative.

Conclusion : La survie était meilleure pour le groupe ayant un CC droit sans différence significative. La localisation tumorale primitive n'avait pas d'impact pronostique selon notre étude.

P.108

Dépistage du cancer colorectal par recherche du sang occulte dans les selles par test immunologique

A. Attar [1], N. Lahmidani [1], M. Figuigui [1], M. Lahlali [1], A. Lamine [1], H. Abid [1], A. El Mekkaoui [2], M. El Yousfi [1], D.A. Benajah [1], S.A. Ibrahimi [1], M. El Abkari [1]

(1) Fès, MAROC ; (2) Oujda, MAROC.

Introduction : La plupart des tests commerciaux de recherche de sang occulte dans lesselles (RSOS) utilisés pour le dépistage du carcinome colorectal dans les populations occidentales sont basés sur le gaïac, développés manuellement, subjectifs et sensibles aux composants alimentaires. Des études préliminaires ont démontré l'inadéquation de ces tests pour le dépistage des cancers colo rectal. Le test immunologique FIT a plusieurs avantage par rapport à la recherche du sang occulte par la méthodes classique (test guaiac Hémocult),en particulièrement du fait du taux de faux négatifs et de faux positifs, ainsi que la nécessité d'un régime alimentaire spécifique préalable. Ainsi, le FIT n'interfère pas avec le sang animal et donc il n'est pas nécessaire de suivre un régime spécifique avant le dépistage ; en plus le FIT est plus sensible pour le dépistage du Cancer colo rectal (CRC) et les adénomes avancées.
L'objectif de notre étude était de définir le taux de positivité du FIT et son intérêt dans la détection du cancer colorectal et les polypes avancées.

Matériels et Méthodes : Deux cent soixante douze patients consécutifs et répondant aux critères d'inclusion de l'étude ont fourni des échantillons pour la RSOS immunochimique (sans restrictions alimentaires) à partir d'un seul échantillons de selles. Les tests ont été mis au point avec un instrument automatisé dont le seuil de sensibilité était réglable .

Résultats : L'âge moyen de la population étudiée était 62 ans avec des extrêmes allant de 50 ans et 91 ans dont 57 hommes et 215 femmes avec un sex ratio(F/H) 3.77, 65% provenant du milieu urbain et 35 % du milieu rural . Parmi ces 272 échantillons, le test immunologique était positif chez 20 sujets (7%) . On a pu réaliser 12 coloscopies dont 6 étaient normal et une malade avait un ADK bien différencié et infiltrant du colon droit et 2 autres avaient des lésions polyploïdes, un malade avait des lésions ulcératives iléales et le dernier avait des lésions pétéchiales au niveau du colon droit .
Parmi les 8 coloscopies non réalisées, 6 sujets provenant de milieu rural n'ont pas été joignables et les 2 autres ont refusé la coloscopie pour des contraintes familiales .

Conclusion : La RSOS immunochimique automatisée utilisée dans notre étude était un outil robuste, pratique et utile pour le dépistage du cancer colorectal et des polypes avancées dans la population étudié.

P.109

Stratégie néoadjuvante dans la prise en charge des adénocarcinomes du rectum : résultats de vie réelle dans le service de radiothérapie du CHU Hassan II de Fès - Maroc

S. Mhirech [1], A. Attolou [1], A. Wassi [1], W. Hassani [1], F.Z. Farhane [1], Z. Alami [1], T. Bouhafa [1]

(1) Fès, MAROC.

Introduction : Le cancer du rectum est le troisième cancer par son incidence dans le monde après celui du sein et des poumons. Au Maroc il représente le 2ème cancer digestif après l'estomac. Sa prise en charge est multidisciplinaire et surtout multi modale comportant la chimiothérapie, la chirurgie mais aussi et surtout la radiothérapie qui en ai un pilier. Les délais entre les différents temps thérapeutiques ainsi que la célérité de la prise en charge sont autant de facteurs influençant leur évolution.
Le but de notre étude était de faire l'état des lieux de la prise en charge néo adjuvante des cancers du rectum en radiothérapie au CHU HASSAN II de Fès.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive allant du 01/03/2018 au 30/03/2020 portant sur tous les patients ayant consulté au service de radiothérapie du CHU HASSAN II de Fès avec un diagnostic anatomopathologique d'adénocarcinome du rectum confirmé par une biopsie et ayant bénéficié d'une stratégie de prise en charge néoadjuvante. Tous nos patients devraient bénéficier d'une chirurgie complète.

Résultats : Cent patients présentant un cancer du rectum et répondant à nos critères d'inclusion ont pu être colligés dans le cadre de notre étude. L'âge médian des patients étaient de 62 +/- 15 ans, avec un pic de fréquence entre 65 et 75 ans et une prédominance masculine (sex-ratio : 1.2). La symptomatologie clinique était dominée par des rectorragies dans 95% des cas. Des douleurs abdominales et des constipations étaient retrouvées respectivement dans 80% et 60% des cas. Le délai moyen de diagnostic était de 5,9 mois environ avec des délais maximums allant jusqu'à 12 mois. Tous nos patients ont bénéficié de la radiothérapie +/- de la chimiothérapie et d'une chirurgie. La majorité des patients de notre étude (60%) avaient reçu une radio chimiothérapie concomitante avec une dose moyenne de 45Gy en 25 fractions de 1.8Gy, avec de la capécitabine 825 mg/m2, 2 fois par jour en concomitant. Le reste de nos patients ont bénéficié de schémas de radiothérapie hypo fractionné à la dose totale de 25 Gy en 5 fractions de 5 Gy par fraction. Dans ce cas les patients bénéficiaient de six cycles de chimiothérapie type CAPOX ou FOLFOX. Une amputation abdominopérinéale était réalisée chez 40 % avec colostomie iliaque gauche chez 30 patients. Tandis qu'une chirurgie conservatrice a été réalisée chez 60 % des patients : 54 résections antérieures et 6 résections inter- sphinctériennes.
L'évaluation de la réponse pathologique a été basée sur la réponse pariétale et ganglionnaire. L'étude histologique définitive a montré une réponse complète (ypT0N0) chez 22 patients (22 %).

Conclusion : La prise en charge des cancers du rectum en radiothérapie est une étape importante dans le processus thérapeutique et influence la réponse histologique. La PCR après radio chimiothérapie est prédictive du pronostic de cette pathologie avec moins de risque de récidive locale et à distance ainsi qu'une meilleure survie globale en comparaison avec des patients ayant des tumeurs qui répondent moins.

P.110

Localisation colique rare du syndrome de Richter chez un patient présentant une leucémie lymphoïde chronique

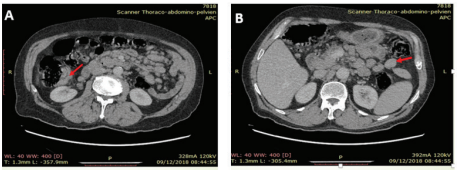
S. Fadel [1], K. Amalou [1]

(1) Hôpital central de l'armée, Alger, ALGÉRIE.

Introduction : Le sydrome de richter (SR) est une maladie rare définit par la transformation d'une leucémie lymphiode chronique (LLC) ou d'un lymphome de bas grade en un lymphome agressif, le plus souvent c'est un lymphome diffus à grand cellules B(1).

L'étiopathogénie de cette transformation est multifactorielle et le diagnostic positif reste histologique.

Patients et Méthodes : Nous rapportons le cas d'un patient agé de 78 ans aux antécédents d'hypertension artérielle sous Traitec,hypothyroidie sous levothyrox, ulcére bulbaire opéré en 2002
suivi en hématologie pour une LLC diagnostiquée en 2015 suite à l'exploration d'adénopathies péripheriques cervicales et axillaires bilatérales en abstention thérapeutique depuis.
Dans le cadre de l'exploration d'un syndrome tumoral d'installation rapide, un scanner Thoraco-abdomino-pelvien avait objectivé: un épaississement tumoral pariétal colique droit irrégulier non sténosant mesurant 25x29x35mm, multiples adénopathies profondes cervicales,axillaires,mésen tériques,retro péritonéales et pelviennes(Figure N1).
La coloscopie avait objectivé un processus ulcéré en lobe d'orielle mésurant 05cm de grand d'axe au niveau du colon droit (Figure N2).
L'examen histologique et immunohistochimie de la biopsie colique revient en faveur d'un lymphome diffus à grandes cellules B (Figure N3) .
Une polychimiothérapie a été initiée.



A: épaississement tumoral colique droit. **B**: multiples adénopathies retro péritonéales et pelviennes.

Figure N°1 : Scanner thoraco-abdomino-pelvien

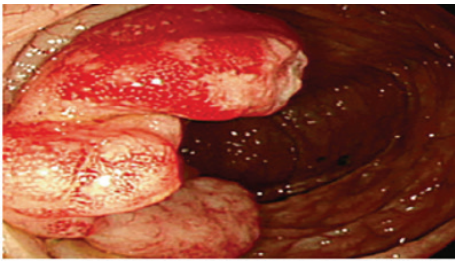
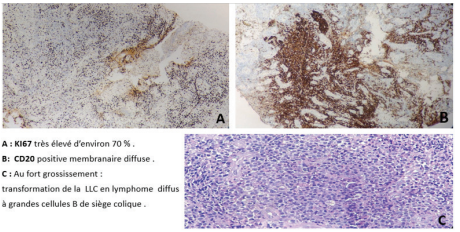


Figure N°2: Coloscopie: Aspect d'un processus ulcéré en lobe d'oreille du colon droit.



A : KI67 très élevé d'environ 70 % .
B: CD20 positive membranaire diffuse .
C : Au fort grossissement : transformation de la LLC en lymphome diffus à grandes cellules B de siège colique .

Figure N°3: Etude anatomopathologique et immunohistochimie .

Résultats : La prévalence du SR est de 1à11% chez les patients attients le LLC,l'incidence de transformation est variée entre 1à7% (2).
L'augmentation du risque de survenue de SR est liée à la presence d'aberrations génétiques telles que délétion 11q et 17p (3), les génes codant pour la chaine lourde d'immunoglobuline (IGHV) non muté,expression significative de ZAP-70,CD38 et CD49d(4).
Ce syndrome est trés hétérogéne et représente une variante clinique importante,compte tenu de son caractére agressif et de son pronostic trés réservé.
Il survient le plus souvent dans les ganglions lymphatiques et la moelle osseuse dans environ 41% des cas, les cas particulièrment rare sont ceux ou les transformations se produisent dans le foie, le mésentère,la thyroide et le colon,ce dernier représente un cite extremenent rare de la transformation du SR (5).
Le pronostic du SR est trés défavorable, la médiane de survie est estimée entre 8 à16mois aprés transformation(6),il est fortement relié à la relation clonale avec la LLC sous-jacente.
La prise en charge de cette pathologie est basée sur l'immunochimiothérapie.
Notre patient a beneficié une polychimiotherapie (RCNOP) Rituximab,Cyclofosfamide Mitoxantrone,Vincristine,Prédniso ne avec un recul de sa maladie estimé à 40%.

Conclusion : Le SR est une complication trés rare de LLC,de pronostic trés réservé,ce syndrome reste un des challenge majeurs dans la prise en charge d'un patient attient de LLC Un des facteurs les plus important prédisant le devenir du SR est son lien clonal avec la LLC sous-jacente.
Plusieurs marqueurs moléculaires et phénotypiques ont été mis en évidence pour faciliter l'identification des patients à haut risque de transformation en SR néanmoins l'identification de ces patients reste difficile.

P.111

Profil étiologique du test FIT positif

I. Jbara [1], C. Joseph-Reinette [2]
(1) Casablanca, MAROC ; (2) Argenteuil.

Introduction : En France, le cancer colorectal (CCR) est le troisième cancer en terme de fréquence avec plus 40 000 cas par an. La population générale est invitée à participer à son dépistage grâce au test FIT (Faecalimmunochemical test) grâce à sa sensibilité et son haut taux de détection des adénomes et de CCR. Le but de notre travail était de s'intéresser aux résultats de la coloscopie après un test FIT positif.

Patients et Méthodes : Nous avons mené une étude rétrospective au service de gastro-entérologie de notre centre hospitalier en analysant les données de toutes les coloscopies réalisées au service sur une année du 01 MAI 2021 au 01 MAI 2022.

Résultats : Durant la période d'étude, 51 patients ont bénéficié d'une coloscopie avec comme indication un test fit positif sur 403 coloscopies réalisées au service, soit une prévalence de 13%.L'age moyen était de 63 ans [51 ans-80 ans] avec une prédominance masculine [sexe ratio H/F de 1,12]. 16% des patients avaient un antécédent de cancer personnel, 12% des antécédents de cancers familiaux et un seul patient avait les deux à la fois. L'intoxication alcoolo-tabagique était retrouvée 7 patients seulement. En ce qui concerne les résultats de la coloscopie, des polypes étaient retrouvaient chez 38 des patients soit 74.5%, une coloscopie normal 23,59% (n=11) et 3,92% (n=2) des lésions tumorales qui se sont avérés des adénocarcinomes à l'examen anatomopathologique. Quant à l'analyse des polypes, l'adénome tubuleux en dysplasie de bas grade était le résultat de l'analyse en tête de liste avec 60.78%, des polypes hyperplasiques dans 5.88%, une muqueuse normal biopsiée dans 3.92%, et 1 polype avec une composante villeuse et 1 autre avec un foyer de dysplasie de haut grade.

Conclusion : Dans notre série, le rendement diagnostique de la coloscopie chez des patients se présentant pour FIT positif étaient de 78.43%. De ce fait, devant ce signe, il ne faut pas hésiter à proposer une coloscopie à vos patients et d'insister sur l'importance de le faire afin d'améliorer le dépistage de ce cancer.

P.112

Cancer du rectum oligo-métastatique : expérience du service de radiothérapie-curiethérapie du CHU Hassan II de Fès - Maroc

S. Lahmar [1], B. Assenhaji Louizi [1], H. Wissal [1], F.Z. Farhane [1], Z. Alami [1], T. Bouhafa [1]
(1) Fès, MAROC.

Introduction : Le concept du cancer oligométastatique a été décrit depuis les années 1995 comme une phase biologique intermédiaire entre la tumeur localisée et le cancer polymétastatique,caractérisé par un nombre limité de métastases et une évolution lente. Ce sont les cancers colorectaux qui sont les plus représentés dans les oligométastases, dont la prise en charge thérapeutique constitue un nouveau défit pour les oncologues,les radiothérapeutes et les chirurgiens

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur 50 cas de cancer de rectum initialement oligométastatique ayant été sélectionnés pour traitement néo-adjuvant colligés au sein du service de radiothérapie-curiethérapie du CHU Hassan II de Fès entre janvier 2015 au décembre 2019

Résultats : L'âge moyen des patients était 55 ans, avec des extrêmes d'âge entre 23 et 81 ans, 60% des femmes et 40% hommes, avec un sexe ratio de 0,7. La symptomatologie était dominée par les hémorragies digestives basses, syndrome rectal et altération de l'état général. Le type histologique retrouvé chez tous les patients était un adénocarcinome lieberkuhnien . Le siège des métastases était majoritairement hépatique dans 51.1% des cas, dont le nombre variait entre 1 et 4 nodules, l'oligométastase était pulmonaire dans 24,5% des cas, et les deux localisations au même temps ont été objectivées chez 2 patients .

Sur le plans thérapeutique 22.2 % des patients ont bénéficie d'une radiothérapie exclusive, une association radio chimiothérapie a été indiquée chez 73,4 % des cas, en concomitant avec la Capécitabine chez 35.6% et une chimiothérapie systémique chez 37.8% utilisant le FOLFOX chez 6 cas et le XELOX chez 11 cas. 4.4 % de nos patients ont bénéficie d'une chimiothérapie systémique néo adjuvante a base FOLFOX ou XELOX .

L'évaluation après traitement néo-adjuvant a été faite par TDM TAP objectivant une régression en taille de la tumeur rectale chez 44.7% des cas, une régression des lésions métastatiques chez 26.3%, une stabilité de l'épaississement tumoral rectal chez 39.5% des cas, une progression de la tumeur rectale chez 15.8 % des cas et de la maladie métastatique chez 42.1% des cas. 60% des malades ont bénéficié d'une chirurgie du rectum et 20% ont eu une chirurgie carcinologique associant chirurgie du rectum et des métastases.

Après un recul moyen de 49,7 mois, la survie globale était de 57.9%, et la survie sans récidive moyenne était estimée à 31,6 mois.

L'analyse des facteurs pronostiques montre qu'il ya une association statistiquement significative entre le nombre de métastases et la réalisation d'une chirurgie carcinologique ainsi que entre le type de traitement néo-adjuvant et la faisabilité d'une chirurgie carcinologique avec obtention de meilleurs résultats en cas d'association radio chimiothérapie concomitante à dose systémique

Conclusion : La prise en charge du cancer du rectum oligométastatique est en perpétuel changement. Le recours à une approche multidisciplinaire est toujours souhaitable dans ces cas. L'inclusion de ces malades dans des futurs essais permettra de répondre au plus vite aux interrogations concernant les critères de sélection, ainsi que les meilleurs choix thérapeutiques

P.113

Place de la radio-chimiothérapie concomitante dans la prise en charge du cancer du canal anal : expérience de l'hôpital d'oncologie du CHU HASSAN II de Fès : à propos de 30 cas

S. Lahmar [(1)], B. Assenhaji Louizi [(1)], H. Wissal [(1)], F.Z. Farhane [(1)], Z. Alami [(1)], T. Bouhafa [(1)]
(1) Fès, MAROC.

Introduction : Le cancer du canal anal est une tumeur rare, il représente 0,43% de toutes le tumeurs malignes et 2% des tumeurs malignes digestives, Il s'agit en grande majorité des cas des carcinomes épidermoïdes, puisqu'ils représentent 85 % de l'ensemble des tumeurs de l'anus. Le diagnostic se fait à un stade évolué du fait d'une consultation tardive due au patient, ou d'une méconnaissance du diagnostic par le médecin consulté. Son évolution est essentiellement locorégionale, souvent lente

Patients et Méthodes : il s'agit d'une étude rétrospective des dossiers médicaux de 30 patients suivi à l'hôpital d'oncologie du CHU HASSAN II de Fès pour un cancer du canal anal entre 2014 et 2019

Résultats : l'âge médian était de 61 ans, avec une prédominance masculine (60 %)
Le délai diagnostic moyen était de 12 mois . Des habitudes toxique ont été retrouvées chez 16 % des patients (tabagisme actif) .Les antécédents de condylome étaient présents chez 13 % et de fistule chez 10 %. La tumeur a été révélée essentiellement par des rectorragies (56 %), une douleur anale (33 %) et un syndrome rectal (26 %) .36 % des patients ont bénéficié d'une rectoscopie, 56 % d'une scanographie pelvienne et seulement 3 patients d'une IRM pelvienne .Il s'agissaient d'un carcinome épidermoide dans 66 %, d'un adénocarcinome d'un 15.5 % et d'un mélanome dans 18.5 % .La tumeur était classé stade IIIB 29 %, IIIA26 %, II 22 %, IV 14.8 % et 1 patient stade I .Le traitement a consisté en une radio chimiothérapie concomitante chez 48 %, une radiothérapie exclusive chez 18 %, une AAP chez 18.5 % et une chimiothérapie chez 11 %. L'évolution a été marqué par une rémission complète chez 33 %,une rechute métastatique chez 30%, une récidive locale chez 15 % et 18.5 % de décès. Les complications locale ont été dominé par la douleur, l'incontinence sphinctérienne et la fibrose

Conclusion : La latence clinique du cancer du canal anal et le manque de spécificité de ses manifestations cliniques emmènent à faire un diagnostic souvent tardif, d'où la nécessité d'un dépistage par un toucher rectal au moindre signe local, en vue d'une prise en charge précoce et adéquate

P.114

Métastases hépatiques du cancer colorectal : conduite thérapeutique

J.Y. Bangda Ekanga [(1)], S. Berrag [(1)], I. Mouslim [(1)], F. Ait Iken [(1)], S. Hdiye [(1)], I. Radouane [(1)], R. Laroussi [(1)], S. Ayee Afetane [(1)], M. Ballouch [(1)], F. Nejjari [(1)], T. Adioui [(1)], M. Tamzaourte [(1)]
(1) Rabat, MAROC.

Introduction : Le cancer colorectal (CCR) est le troisième cancer le plus fréquent et la troisième cause de mortalité tant chez l'hommes que chez la femme, constitue un véritable enjeu de santé publique. La plupart des cancers colorectaux sont localisés avec ou sans métastases ganglionnaires. Jusqu'à 20% des patients présentent une maladie métastatique, le plus souvent au foie. Le but de notre étude est d'évaluer le taux de résécabilité des métastases hépatiques des cancers colorectaux.

Matériels et Méthodes : Nous avons mené une étude rétrospective étalée sur une période de 6 ans entre juin 2016 et juin 2022 incluant 301 cas de cancers colorectaux, dont 97 avaient des métastases hépatiques. Les métastases ont été classées en types : facilement résécables (classe I), potentiellement résécables (classe II) ou non résécables (classe III).

Résultats : Les métastases hépatiques ont été observées chez 28,6% des patients atteints de CCR (synchrone ou métachrone) avec une prédominance masculine (sexe ratio = 2,1) et un âge moyen de 47 ans. Le diagnostic a été posé par scanner et imagerie par résonance magnétique de diffusion. 30 patients ont été considérés comme un traitement curatif (37%).
Les interventions chirurgicales pratiquées étaient : hépatectomie droite dans 13 cas, segmentectomie dans 17 cas, lobectomie gauche dans 6 cas, métastasectomie chez 11 patients, radiofréquence dans 15 cas. De même une ligature de la branche portale droite chez 9 patients et une embolisation de la veine porte avec alcool absolu chez 7 patients étaient réalisées. La mortalité opératoire était nulle et 26 patients sont toujours en vie avec une diminution de 6 mois à 5 ans.

Conclusion : La gestion des métastases hépatiques nécessite une prise en charge multidisciplinaire. La résection chirurgicale demeure le traitement efficace pouvant permettre une survie acceptable à long terme. Ces dernières années, des progrès ont été réalisés dans la prise en charge des CCR notamment dans la chimiothérapie, la radiothérapie et les différentes techniques d'embolisation de la veine porte qui permettent dans l'ensemble un meilleur contrôle de la maladie et augmente le taux de résécabilité des métastases hépatiques.

P.115

Les lymphomes non-hodgkiniens primitifs du tube digestif : étude rétrospective dans le centre tunisien

A. Derbel [(1)], O. Belkacem [(1)], T. Zahmoul [(1)], Z. Lajmi [(1)], L. Jaidane [(1)], S. Mestiri [(1)], M. Mokni [(1)], S. Hmissa [(1)]

(1) Sousse, TUNISIE.

Introduction : Les localisations digestives représentent 12,5% de l'ensemble des lymphomes non hodgkiniens (LNH) et sont les plus fréquentes des formes extra-ganglionnaires (36%). Les lymphomes non-hodgkiniens primitifs digestifs (LNHPD) recouvrent, comme pour les LNH ganglionnaires, plusieurs entités anatomocliniques et de pronostics différents. Ce travail présente les particularités épidémiologiques et clinico-pathologiques des LNHPD dans le centre tunisien.

Patients et Méthodes : L'analyse rétrospective a porté sur une série de 35 cas de LNHPD colligé au registre des cancers du centre de la Tunisie sur une période de 22 ans (1997-2018).

Résultats : Durant la période d'étude, les LNHPD représentaient 95 % de l'ensemble des lymphomes du tractus digestif. L'âge des patients variait de 6 à 87 avec une médiane de 52 ans. La sex-ratio était de 1,5. Les adultes âgées entre 55 et 74 ans étaient les plus touchés. La symptomatologie clinique n'était pas spécifique. L'altération de l'état général et les douleurs abdominales constituaient les signes d'appel les plus fréquents. Les LNHPD étaient localisées au niveau du côlon droit (34,6%), côlon gauche (24,7%), rectum (17,8%), le carrefour iléo-caecal (14,7%) et l'estomac (8,2%). Selon le type histologique, le lymphome B à grandes cellules était le plus fréquent (37,5%), suivi par le lymphome de Burkitt (18,7%), le lymphome MALT (15,6%), Lymphome du manteau (12,8%), lymphome folliculaire (7,4 %), lymphome de la zone marginale (4,6%) et le lymphome T pléomorphe CD30+ (3,4%).

Conclusion : Une meilleure connaissance des LNHPD permet d'améliorer la prise en charge des patients en vue d'une approche thérapeutique plus rationnelle. Toutefois les particularités anatomo-cliniques de ces lymphomes impliquent une coopération étroite entre hématologues, gastroentérologues, pathologistes et autres spécialistes pour une prise en charge optimale du patient

P.116

Efficacité et faisabilité de l'embolisation de l'artère rectale supérieure par voie radiale dans le traitement des saignements hémorroïdaires

L. Mazel [(1)], C. Touloupas [(1)], N. Fathallah [(1)], V. de Parades [(1)], M. Zins [(1)], A. Delpla [(1)]

(1) Paris.

Introduction : L'embolisation hémorroïdaire consiste à emboliser la partie terminale des artères rectales supérieures, vascularisant les paquets hémorroïdaires internes et a pour objectif de réduire les symptômes hémorragiques. Cette intervention a été réalisée et étudiée essentiellement par abord fémoral. Cet abord vasculaire ne favorise pas la prise en charge ambulatoire et représente un risque de complication hémorragique au point de ponction, notamment chez des patients présentant des troubles de la coagulation.
L'objectif de notre étude était d'évaluer la sécurité et l'efficacité de l'embolisation des artères rectales supérieures par un abord artériel radial, sur les saignements d'origine hémorroïdaires.
Les objectifs secondaires concernaient la mise en évidence de facteurs épidémiologiques et angiographiques associés à un échec clinique.

Patients et Méthodes : Étude rétrospective, monocentrique, incluant l'ensemble des patients ayant bénéficié d'une embolisation des artères rectales supérieures par un abord artériel radial entre janvier 2019 et décembre 2021.
Les symptômes hémorroïdaires ont été évalués avant et après l'embolisation.
Le succès clinique de l'embolisation était défini comme une disparition ou une diminution satisfaisante des saignements hémorroïdaires rapportée par le patient.
Un recueil des données épidémiologiques et angiographiques des patients embolisés a été réalisé, à la recherche de facteurs associés à l'échec de la procédure.

Résultats : Notre étude a inclus 32 patients, 7 femmes et 25 hommes d'âge médian 65 ans (29-88). 78 % (25/32) présentaient des troubles de la coagulation, 78 % (25/32) étaient anémiés, 71 % (22/31) étaient en échec d'une prise en charge chirurgicale ou proctologique instrumentale. La durée du suivi médian des patients était de 16 mois.
Le succès clinique de l'embolisation était rapporté par 79 % (23/29) des patients au cours de la consultation post-embolisation. Aucune complication en rapport avec la procédure n'a été rapportée. 66 % (19/29) des interventions ont été réalisées en ambulatoire. La visualisation d'artères rectales moyennes hypertrophiques au cours des angiographies des artères rectales supérieures était significativement associée à un échec clinique (p=0.0089). La sévérité des symptômes hémorragiques (anémie, score de Paris), la présence d'un trouble de la coagulation ou des antécédents de prise en charge instrumentale ou chirurgicale n'étaient pas des facteurs de risque d'échec.

Conclusion : L'embolisation des artères rectales supérieures par voie radiale est une technique efficace, sûre, favorisant une prise en charge ambulatoire. Elle permet d'améliorer la qualité de vie de patients à risque hémorragique ou redoutant une prise en charge chirurgicale ou instrumentale.

P.117

Prise en charge des suppurations périanales : impact de l'antibiothérapie

S. Blondin [1], D. Lobo [1], S. Ysmail-Dahlouk [1], M. Taouk [1], J. Bourguignon [1], N. Rabahi-Louanchi [1], D. Blondeel [2], I. Etienney [1]
(1) Paris ; (2) Rémalard-en-Perche.

Introduction : L'abcès périanal et la fistule anale sont les deux formes les plus fréquentes des suppurations anopérinéales. Les abcès périanaux ne sont pas toujours suivis de la mise en évidence d'une fistule sous-jacente et il a été suggéré que les antibiotiques puissent prévenir la formation d'une fistule après un épisode d'abcès. Cependant cette question reste controversée et l'usage des antibiotiques inconstamment recommandé. . Pendant la pandémie de Covid-19, l'accès au bloc opératoire était limité et certains patients ont reçu une antibiothérapie afin de différer une prise en charge chirurgicale.
L'objectif de l'étude était d'évaluer le taux de fistule anale chez les patients présentant un premier épisode de suppuration périanale, recevant ou non une antibiothérapie pendant la première année de la période de confinement liée à la pandémie COVID 19 en comparaison à l'année précédente.

Patients et Méthodes : Tous les patients se présentant aux urgences proctologiques pour un premier épisode de suppuration aiguë entre le 15 mars 2019 et le 15 mars 2021 étaient inclus. Les patients étaient exclus s'ils avaient des antécédents de suppuration périanale ou s'ils présentaient un abcès ou une fistule secondaire à une pathologie sous-jacente. Les données médicales étaient recueillies dans le dossier du patient et notamment la mise en évidence d'une fistule anale et son éventuelle prise en charge chirurgicale. Tous les patients non opérés étaient contactés par téléphone à au moins un an de suivi, entre mars et avril 2022.

Résultats : Parmi les 7107 consultations urgentes de la période, 984 étaient motivées par une suppuration chez 813 patients dont 440 n'avaient pas les critères d'inclusion. Ainsi, 373 patients âgés de 42[35-55] ans, dont 280(75,1%) hommes étaient inclus. A un an, une fistule a été identifiée chez 276 (74,0%) patients. La formation d'une fistule a été identifiée chez 64,2 % des patients ayant reçu des antibiotiques contre 81,5 % des patients n'en n'ayant pas reçu ($p < 0,001$). Ce résultat est resté significatif après une analyse de propension pondérée chez les patients sans fistule diagnostiquée aux urgences n'ayant pas subi de traitement chirurgical dans les 48 heures (OR [IC95%] = 0,53 [0,31-0,92], $p = 0,025$).

Conclusion : Cette étude confirme le taux important de fistule anale dès un premier épisode de suppuration périanale. Le taux de fistules mises en évidence était plus faible chez les patients ayant reçu des antibiotiques, sans qu'un lien de causalité ne puisse être établi. Un suivi prolongé est nécessaire pour clarifier le rôle de l'ATB dans l'éventuelle prévention du développement d'une fistule anale.

P.118

Traitement de la fissure anale chronique par la toxine botulique

S. Kordjani [1], S. Guelmami [1], F. Senoussi [1], N. Bouressam [1], M. Bensalem [1], F. Yahiaoui [1], N. Kellou [1], K. Saidani [1], D. Kezzoula [1], W. Menni [1], F. Belghanem [1], A. Bousseloub [1]
(1) Alger, ALGÉRIE.

Introduction : Le choix thérapeutique de la fissure anale chronique est difficile devant le grand nombre d'options existantes.
Le But de cette étude est d'évaluer l'efficacité du traitement de la fissure anale chronique par la toxine botulique (TB)

Patients et Méthodes : Entre mai 2017 et juin 2019, deux cents treize (213) patients, (150 hommes et 63 femmes), d'âge moyen de 36.15 ans (18-66ans), et souffrant de fissures anales chroniques résistantes aux dérivés nitrés, sont inclus dans une étude ouverte prospective et ont été traité par l'injection de 100 UI de toxine botulique A (TBA) .Le critère de jugement principal est la cicatrisation de la FAC ;le critère de jugement secondaire est la disparition de la douleur avec ou sans persistance de la fissure. Les résultats cliniques et manométriques ont été analysés.

Résultats : Après un suivi minimum de 6 mois ; La cicatrisation globale a été de 70,4% et la disparition de la douleur a été de 82% avec une valeur moyenne de l'échelle visuelle analogique de la douleur (EVA) de 0.826 *vs* 8.54 avant toute injection. Sur le plan manométrique on a constaté une diminution significative des pressions anales de repos et des amplitudes des contractions volontaires.
Les principaux effets secondaires sont une incontinence anale active transitoire aux gaz dans 7% et une thrombose hémorroïdaire externe dans 4.2%.L`anisme est retrouvé chez 4 patients, contre 26 avant l'injection.
Il n'y a aucune différence entre les répondeurs ou non répondeurs en termes d'âge, de consommations excessive d'excitants, d'intoxication alcolo-tabagique, d'antécédents de chirurgie proctologique, l'aspect de la fissure, et la durée dévolution des symptômes.
Le sexe féminin, l'amélioration des troubles du transit, une valeur basse de l'échelle de l'anxiété, un indice de masse corporel (IMC) correct, la régression de la douleur lors de la première visite post injection, une hypertonie anale de repos avant l'injection et une réinjection, constituent des facteurs prédictifs de bonne réponse.
Par contre ; le sexe masculin, un IMC élevé, une personnalité anxieuse, le prurit anal, la persistance de trouble de transit, l`hypertonie anale de repos, la présence de douleur lors de la première visite après l'injection, une régression minime de l'amplitude des contractions volontaires ; représentent des facteurs de non réponse ou de résistance à la toxine botulique.

Conclusion : Nos résultats sont très encourageants à cout et à moyen terme, pour le traitement de la fissure anale chronique par la toxine botulique qui doit être incluse dans son algorithme thérapeutique.
D'autres études sont nécessaires pour évaluer l'efficacité de ce traitement d'épargne sphinctérien à long terme.

P.119

Concordance entre le score HEMO/FISS et le REALISE score dans l'évaluation de la sévérité des fissures anales

R. Saidani [1], H. Jlassi [2], M. Sabbah [2], D. Trad [2], N. Bellil [2], H. Elloumi [2], N. Bibani [2], D. Gargouri [2]
(1) Bizerte, TUNISIE ; (2) Tunis, TUNISIE.

Introduction : La fissure anale est une maladie bénigne douloureuse qui peut altérer la qualité de vie des patients. Le score Burden Hémo/Fiss a été conçu afin d'évaluer l'impact de la fissure anale sur la qualité de vie (Qdv) des patients. Récemment un nouveau score a été validé ; le REALISE Score qui permet d'évaluer la sévérité de la fissure anale.
L'objectif de ce travail était d'évaluer le retentissement de la fissure anale sur la qualité de vie (Qdv) des patients, de comparer les performances respectives des deux scores ; le score Hémo/Fiss et le REALISE Score.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude prospective transversale menée sur une période de 2 mois [Aout- Septembre 2022] ayant inclus les patients ayant consulté dans notre service pour une fissure anale. La Qdv a été évaluée en utilisant deux scores :
Le Burden Hémo/Fiss est un questionnaire comportant 23 questions regroupées en quatre domaines explorant les troubles physiques, psychologiques, la gêne lors de la défécation ainsi que le retentissement sur la vie sexuelle.
Le REALISE Score est la somme des points de cinq items: La douleur était notée de 0 à 10 selon une échelle visuelle analogique. La qualité de vie, la durée de la douleur, l'utilisation d'antalgiques et la fréquence de saignement post défécatoire étaient notées de 1 à 5 à l'aide d'une échelle de Likert.
La concordance entre les deux scores a été évaluée par un test de Spearman (p significatif si inférieur à 0,05).

Résultats : Trente patients ont été inclus avec nette prédominance féminine : sexe ratio (H/F) = 1/2. L'âge moyen était de 50,5 ans [extrêmes 22-84 ans]. Le score Hémo/Fiss moyen était de 28,07 [extrêmes 1-56]. Le score moyen pour chaque dimension du score Hémo/Fiss était de 25,17±17,03 pour les troubles physiques, 18,67±16,48 pour les troubles psychiques, 58,9±26,8 pour la gêne à la défécation et 30,67±30,83 pour les troubles sexuels.
Le score REALISE moyen était de 16,45 [extrêmes 7-25]. L'analyse de chaque item du score a révélé un score moyen de la sévérité de la douleur 6,83 [extrêmes 0-10], un score moyen de douleur après défécation de 2,37 [extrêmes 1-5], un score moyen de la prise d'antalgiques de 1,33 [extrêmes 1-4], un score moyen de la fréquence de saignement post défécatoire de 2,83 [extrêmes 1-5] et un score moyen de l'impact sur la qualité de vie de 3,1 [extrêmes 1-5].
Une concordance significative a été retrouvée entre le REALISE score et le score Hémo/Fiss (r : 0,6 ; p <10-4).

Conclusion : Notre étude a montré qu´il existe une altération de la Qdv des patients présentant une fissure anale. De plus, une concordance a été retrouvée entre le questionnaire Hémo/Fiss et le REALISE score suggérant l'utilité de ce dernier dans l'évaluation de la Qdv des patients dans la pratique quotidienne.

P.120

Efficacité à long terme de la ligature des artères hémorroïdaires par guidage doppler transanal et mucopexie (HAL-RAR) dans le traitement de la maladie hémorroïdaire interne

J. Benass [1], H. Laraqui [1], M.T. Tajdine [1]
(1) Rabat, MAROC.

Introduction : La ligature artérielle sous contrôle doppler avec mucopexie, ou HAL-RAR, est une technique chirurgicale mini-invasive visant à dévasculariser le tissu hémorroïdaire interne et permettant un meilleur confort post-opératoire. Un anuscope fenêtré, équipé d'un doppler et d'une source lumineuse, permet de repérer les artères sous-muqueuses du bas rectum et de les ligaturer par voie pariétale transfixiante. La mucopexie consiste en la réalisation d'un surjet vertical sur la muqueuse des pédicules hémorroïdaires prolabés, permettant de plicaturer l'excès de muqueuse et de repositionner le tissu muco-hémorroïdaire en intra-anal. Néanmoins, peu d'études ont étudié le taux de récidive à long terme de la maladie hémorroïdaire interne après HAL-RAR.
L'objectif de notre étude est d'évaluer le taux de récidive de la pathologie hémorroïdaire à long terme chez les patients ayant eu des ligatures artérielles sous contrôle doppler avec mucopexie dans notre centre.

Patients et Méthodes : Une étude ambispective observationnelle et analytique a été menée sur une période de 5ans, de janvier 2017 à janvier 2022. Ont été inclus tous les patients opérés par technique HAL-RAR et chez qui les indications opératoires étaient des hémorroïdes internes de grade II et III résistantes au traitement médical et de grade IV localisées non circonférentielles et de petite taille. Ont été exclus les patients ayant des hémorroïdes externes, des hémorroïdes grade IV volumineuses ou un trouble de la statique pelvienne. L'analyse statistique a été réalisée par le logiciel Jamovi 2.0.0.0 en utilisant le modèle de régression logistique binaire en analyse univariée. Les variables quantitatives ont été décrites en moyenne et écart type et les variables qualitatives ont été décrites en effectifs et pourcentage. Le seuil de significativité retenu était p<0,05.

Résultats : 114 patients ont été inclus dans cette étude. L'âge moyen était de 46,5 ± 9,6ans. Le sex ratio était de 6 (16f, 98H). En préopératoire, 69% (n=79) des patients rapportaient des proctalgies, 53% (n=60) des rectorragies post-défécatoires et 58% (n=66) un prolapsus. Nous avons stadifié la maladie hémorroïdaire interne selon la classification de Goligher, recensant 32 grade II, 61 grade III et 21 grade IV. Au terme d'un suivi moyen de 24mois, 9 patients (7,9%) ont présenté une récidive, faite dans 6 cas d'un prolapsus muco-hémorroïdaire et dans 3 cas de rectorragies post-défécatoires. Aucun de nos patients n'a présenté de sténose anale ni d'incontinence durant la période de suivi. En analyse univariée, il n'y avait pas de relation statistiquement significative entre la survenue d'une récidive et la symptomatologie clinique préopératoire (p=0,21) ou le grade des hémorroïdes (p=0,17).

Conclusion : La ligature artérielle sous contrôle doppler avec mucopexie est une technique sûre, rapide, facile à réaliser et peut être considérée comme un traitement efficace à long terme en cas de maladie hémorroïdaire interne.

P.121

Hémorroïdectomie tripédiculaire en ambulatoire : tout est dans l'information et l'organisation !

D. Marone [1], A. Barré-Audenet [1], A. Alam [1], E. Pommaret [1], N. Fathallah [1], L. Spindler [2], A.L. Rentien [1], P. Benfredj [1], M. Aubert [1], V. de Parades [1]

(1) Paris ; (2) Strasbourg.

Introduction : L'hémorroïdectomie tripédiculaire en ambulatoire a longtemps été redoutée par les praticiens et les patients en raison des douleurs et des diverses complications possibles. Aujourd'hui, dans notre centre, une prise en charge en ambulatoire leur est proposée s'ils répondent aux critères médico-sociaux d'éligibilité. L'objectif principal de cette étude était d'évaluer leur point de vue sur cette prise en charge.

Patients et Méthodes : Cette étude de cohorte monocentrique rétrospective sur données a inclus les patients francophones, âgés de plus de 18 ans, ayant eu une hémorroïdectomie tripédiculaire en ambulatoire dans le service durant l'année 2020. Les patients ont reçu par mail ou SMS un questionnaire à remplir.
Le critère de jugement principal était le taux de satisfaction bonne ou excellente. Les critères secondaires étaient le taux de conversion en hospitalisation conventionnelle, les événements durant les 4 premières semaines postopératoires et les facteurs prédictifs de non satisfaction.
Le comité d'éthique de l'hôpital a approuvé l'étude.

Résultats : Sur 392 patients opérés d'une hémorroïdectomie tripédiculaire en 2020, 292 étaient en ambulatoire ; 2 ont refusé que leurs données soient traitées et 202 (69%) ont répondu au questionnaire. Leur âge moyen était de 52 ans +/- 12. Il y avait 64% d'hommes.
Le taux de satisfaction bonne ou excellente était de 85%.
En postopératoire, il y a eu 11% de conversions en hospitalisation conventionnelle, 48% des patients ont donné un appel téléphonique (infirmière 49%, interne 34%, médecin sénior 17%), 24% ont consulté en urgence (consultation du service 71%, service des urgences 29%) et 11% ont été réhospitalisés. Des complications (malaise, nausées et vomissements, saignements, troubles urinaires, fécalome..) sont survenues chez 30% des patients.
L'analyse univariée de régression logistique a montré que les facteurs suivants étaient prédictifs d'une satisfaction médiocre, moyenne ou nulle : explications préopératoires par l'opérateur (p=0,0001) et par l'anesthésiste (p=0,0004) jugées comme insuffisantes, survenue de complications (p=0,002), appel téléphonique (p=0,003) et consultation en urgence (p=0,005) en postopératoire.
L'analyse multivariée a confirmé que les explications préopératoires par l'opérateur (OR à 0,18 ; IC 95%, 0,04 – 0,74 ; p=0,02) et par l'anesthésiste (OR à 0,08 ; IC 95%, 0,00 – 0,73 ; p=0,04) jugées comme insuffisantes étaient des facteurs prédictifs indépendants de la non satisfaction des patients.
En revanche, le sexe, la consultation infirmière préopératoire, le type d'anesthésie, le bloc pudendal, la prise d'AINS en peropératoire, le niveau de la douleur en salle de réveil, le taux de réhospitalisation, la durée de l'arrêt de travail n'étaient pas des facteurs prédictifs significatifs de non satisfaction.
A la question : « le referiez-vous en ambulatoire ? », 76% des patients ont répondu « oui ».
L'analyse univariée a montré que les facteurs suivants étaient prédictifs d'une réponse négative : sexe féminin (p=0,009), explications préopératoires par l'opérateur (p=0,0003), par l'anesthésiste (p=0,03) et par l'infirmière (p=0,046) jugées comme insuffisantes, survenue de complications (p=0,04), appel téléphonique (p=0,008), consultation en urgence (p=0,0004) et réhospitalisation (p=0,03) en postopératoire.
L'analyse multivariée a confirmé que le sexe féminin (OR à 0,30 ; IC 95%, 0,13 – 0,66 ; p=0,004), les explications préopératoires par l'opérateur jugées comme insuffisantes (OR à 0,10 ; IC 95%, 0,02 – 0,44 ; p=0,003) et une consultation en urgence en postopératoire (OR à 3,09 ; IC 95%, 0,63 – 8,44 ; p=0,03) étaient des facteurs prédictifs indépendants de ne pas accepter de refaire le geste en ambulatoire.

Conclusion : L'hémorroïdectomie en ambulatoire semble satisfaire la grande majorité des patients. Cependant, une organisation spécifique doit permettre la gestion des conversions en hospitalisation conventionnelle (11%), appels téléphoniques (48%), consultations en urgences (24%) et réhospitalisations (11%) en postopératoire. En outre, il convient de porter une attention particulière aux explications préopératoires.

P.122

Lésions ano-génitales et symptômes liés à l'infection par le Monkeypox virus (MPXV), série de 20 cas

S. Rekik [(1)], D. Le Pluart [(1)], V.M. Ferre [(1)], C. Charpentier [(1)], A. Laurain [(1)], J. Ghosn [(1)], L. Abramowitz [(1)]

(1) Paris.

Introduction : Le Monkeypox virus (MPXV), a progressivement gagné l'Europe, les Etats Unis et le Canada depuis mai 2022. L'atteinte ano-périnéale est souvent rapportée (31 à 94%), avec des douleurs anales. Mais, aucune description du canal anal ou du rectum n'a été rapportée. Notre objectif était de décrire précisément les lésions ano-périnéales de ces patients.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude prospective observationnelle réalisée chez des patients infectés par le MPXV (PCR positive sur des écouvillonnages cutanés et/ou oropharyngés) consultant initialement pour suspicion d'infection par le MPXV dans un Service de Maladies Infectieuses. Nous avons inclus les 20 premiers patients infectés acceptant de réaliser un examen proctologique complet, indépendamment de leurs symptômes.

Résultats : 20 patients ont été inclus entre le 6 et le 11 juillet 2022. L'âge médian était de 33 ans [IQR=26-56], ils étaient tous homosexuels masculins, 6 étaient infectés par le VIH (5 avec des CD4>600/µL). Parmi les patients HIV négatifs, 10 utilisaient la PrEP, aucun n'était immunodéprimé. Un des patients avait été vacciné contre la variole dans l'enfance (patiente transgenre travailleuse du sexe). Le nombre médian de partenaires sexuels dans les 3 derniers mois était de 8 [IQR=1-40] et 18 avaient des rapports anaux réceptifs. 11 utilisaient le Chem-Sex.
Les symptômes généraux étaient: fièvre (n=18), myalgies (n=14), asthénie (n=19), lésions cutanées autre que l'anus (n=17). 16 avaient des symptômes anaux: douleur (n=13), avec une médiane à 7.5/10 [IQR:5-10], diminuant à 0 [IQR: 0-7] en moins d'une semaine après un traitement symptomatique (topiques locaux) et antalgiques de paliers 1 à 3. Les autres symptômes anaux étaient: saignement (n=12), prurit (n=11), dyschésie (n=10), ténesmes (n=13), brûlures (n=3), suintements (n=9), glaires (n=9).
L'examen proctologique a permis de mettre en évidence : (i) des lésions de la marge anale chez 14 patients (vésicules (n=8), pustules (n=6), ulcérations (n=6)), (ii) des lésions du canal anal chez 16 patients (ulcérations (n=13), ulcères (n=4), pustules (n=1)), 7 avaient une hypertonie anale, et (iii) des lésions de muqueuse rectale chez 12 patients (congestion (n=6), érythème (n=10), ulcères (n=2), un non vu). Il y avait des glaires chez 10 patients et du sang chez 6 patients.
Des lésions génitales ont été observées chez 8 patients : pustules (n=4), vésicules (n=1), croûtes (n=4), ulcérations (n=3). Un des patients avait une lymphangite pénienne qui a été traitée par antibiotiques. 13 patients avaient des adénopathies inguinales. Les patients infectés par le VIH et/ou l'HSV n'étaient pas plus sévères que les autres. Le patient vacciné dans l'enfance n'était pas moins atteint que les autres.
Au total, 16 écouvillons anaux étaient positifs pour le MPXV (tous avaient des lésions anales) et 4 étaient positifs pour HSV. Parmi les 4 patients qui n'avaient pas de symptôme anal, un seul avait des ulcérations canalaires mais avec une PCR MPXV et une PCR HSV positives dans l'anus, les 3 autres avaient des PCR anales négatives pour les 2 virus.
9 patients ont déclaré avoir été en contact avec un partenaire infecté par le MPXV, avec une médiane de 6.5 jours [IQR :2-28] avant le début des symptômes.
Un patient (ayant un antécédent de leucémie en rémission) a été hospitalisé à cause d'une rectite ulcérée sévère associée à des micro-abcès pariétaux d'évolution favorable sous antibiotiques (céphalosporines et métronidazole).

Discussion : Les 2 biais de cette étude étaient l'impossibilité de rechercher le Chlamydiae et le Gonocoque sur les écouvillons (restrictions de biosécurité du laboratoire), et le biais de sélection des patients car seuls ceux qui acceptaient l'examen ont été inclus (mais il s'agit des patients que l'on retrouve aussi en consultation en pratique clinique).

Conclusion : Cette première série prospective confirme la prévalence des lésions anales en cas d'infection avec le MPXV. Les ulcérations, pustules et vésicules de la marge ou du canal anal expliquent les douleurs anales de ces patients.

P.123

Abcès péri-anal après incision : faut-il administrer un antibiotique ?

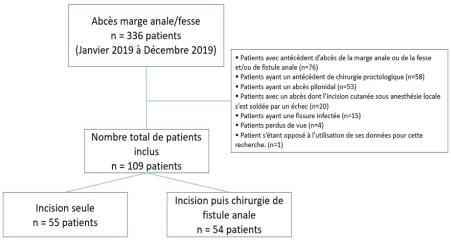
A. Alam [(1)], N. Fathallah [(1)], E. Pommaret [(1)], A. Barré-Audenet [(1)], L. Kassouri [(1)], P. Benfredj [(1)], A.L. Rentien [(1)], L. Spindler [(1)], D. Marone [(1)], L. Abbes [(1)], G. de Bonnechose [(1)], D. Roland [(1)], K. Marcin [(1)], E. Safa Far [(1)], C. Cristea [(1)], K. Fellous [(1)], M. Aubert [(1)], A. Fels [(1)], V. de Parades [(1)]

(1) Paris.

Introduction : L'Ecole française de proctologie suppose que la plupart des abcès péri-anaux sont en rapport avec une fistule et imposent donc son traitement au risque sinon de la récidive de l'abcès (Arnous J, et al.). L'Ecole anglo-saxone préconise en revanche la simple incision en cas de premier abcès au motif que plus de 60 % des patients n'auront pas de récidive (Malik AI, et al). Des facteurs prédictifs de récidive des abcès ont été rapportés comme l'âge > 40 ans, le sexe féminin, un IMC élevé, la prise de corticoïdes, la maladie de Crohn (Sahnan K, et al. et Sho S, et al.). A l'inverse, une antibiothérapie associée à l'incision (Mocanu V, et al.) a été considérée comme « protectrice ».
L'objectif de cette étude était d'évaluer notre expérience dans le service.

Patients et Méthodes : Nous avons inclus tous les patients ayant consulté en 2019 pour un premier abcès péri-anal. Ils étaient traités par une incision sous anesthésie locale, éventuellement associée à une antibiothérapie par amoxicilline/acide clavulanique durant 5 jours. Lorsqu'il y avait des signes évidents de fistule (orifice interne, cordon sous-cutané...), ils étaient d'emblée programmés pour prise en charge au bloc opératoire.
Les patients ayant déjà eu un abcès péri-anal, un antécédent de chirurgie proctologique, un abcès pilonidal, une fissure infectée et ceux en échec de l'incision n'ont pas été inclus.
Le recueil des données a été réalisé de manière rétrospective.
L'objectif principal de l'étude était d'évaluer le taux de patients nécessitant une prise en charge chirurgicale de fistule et/ou dont l'abcès a récidivé. L'objectif secondaire était de mettre en évidence des facteurs prédictifs de récidive.
L'étude a été approuvée par le comité d'éthique de l'hôpital.

Résultats : Durant la période d'étude, 336 patients ont consulté pour un abcès dont 109 (74% des hommes), d'âge moyen de 43 ans (+/- 13), avec un IMC moyen de 24,6 (+/- 3,6), ont été inclus. Sur les 109 patients, il y avait 6 maladies de Verneuil, une maladie de Crohn, 2 diabètes, 3 infections par le VIH et 23 patients (21%) avaient un tabagisme actif. La majorité des abcès siégeaient au niveau de la marge anale (87%). Parmi ces patients, 55 ont eu une incision seule et 54 patients une chirurgie de fistule anale après l'incision (Figure).
Le suivi moyen des 55 patients ayant eu une incision seule a été de 29,7 mois (+/- 5,4). Dix de ces patients ont eu une récidive de l'abcès (18%) tandis que les autres (82%) n'ont pas récidivé.
En comparant les 45 patients n'ayant pas récidivé aux 64 patients ayant été opérés d'emblée pour leur fistule ou ayant récidivé, l'analyse univariée de régression logistique a montré que le tabagisme (OR à 3,13 ; IC 95%, 1,07 – 9,20 ; p=0,03) et l'absence d'antibiothérapie après l'incision (OR à 0,44 ; IC 95%, 0,20 – 0,98 ; p=0,04) étaient prédictifs d'une récidive. En revanche, le sexe, l'âge, l'IMC, le diabète, la maladie de Crohn, l'infection par le VIH, la prise préalable d'AINS et la localisation de l'abcès n'étaient pas prédictifs. L'analyse multivariée n'a pas été réalisée en raison des effectifs insuffisants pour certaines variables.



Conclusion : Cette étude a montré que 41% des patients ayant eu une incision sous anesthésie locale d'un premier abcès péri-anal n'ont pas récidivé durant un suivi moyen d'environ 30 mois. En outre, l'administration d'une antibiothérapie après l'incision était prédictive de la non récidive. Ceci rejoint la conclusion de la revue de la littérature de Mocanu V, et al.
Il faudra des essais randomisés pour conclure qu'un traitement antibiotique doit être prescrit après l'incision d'un abcès anal ou péri-anal et aussi préciser la molécule à utiliser et sa durée d'administration.

Remerciements, financements, autres :

Bibliographies:
- Arnous J, Parnaud E. Méd Chir (Elsevier, Paris), Gastro-entérologie, 1961.
- Malik AI, et al. Cochrane Database Syst Rev. 2010.
- Sahnan K, et al. Dis Colon Rectum 2019.
- Sho S, et al. Dis Colon Rectum 2020.
- Mocanu V, et al. Am J Surg 2019

P.124

Le choix du traitement chirurgical de la pathologie hémorroïdaire ne peut pas reposer sur la seule classification du prolapsus de Goligher : résultats d'une étude prospective chez 472 patients consécutifs

N. Fathallah [1], G. La Greca [2], A. Alam [1], A.L. Rentien [1], L. Spindler [1], S. Kengne [1], A. Ravaux [3], E. Pommaret [1], A. Barré-Audenet [1], V. de Parades [1]

(1) Paris ; (2) Catane, ITALIE ; (3) La Rochelle.

Introduction : Les recommandations de pratique clinique de la pathologie hémorroïdaire (PH) reposent pour l'essentiel sur le score de prolapsus de Goligher. Cependant, en vraie vie, de nombreux autres facteurs sont pris en compte dans le choix thérapeutique.

L'objectif de cette étude était d'évaluer le profil épidémiologique des patients consultant pour une PH, nos choix thérapeutiques ainsi que leur efficacité et les facteurs associés à une prise en charge chirurgicale.

Patients et Méthodes : Les patients consécutifs ayant consulté pour une PH dans le service de juillet à décembre 2022 ont été inclus. Les données étaient recueillies de manière prospective incluant divers items dont les scores de saignement de Paris (0 à 9) et de prolapsus de Goligher (1 à 4).

Résultats : Au total, 472 patients (43 % de femmes), d'âge moyen 44,9 (± 15,8) ans, ont été inclus.

Sur le plan épidémiologique, 260 patients (55,1 %) avaient des antécédents familiaux de PH, 244 (51,7 %) consultaient leurs smartphones et 189 (40,0 %) lisaient durant la défécation, le score de Bristol moyen était à 3,6 (± 1,1), 162 patients (34,3 %) avaient une alimentation épicée régulière, 130 patients étaient tabagiques (27,5 %) et 25 (5,3 %) avaient une consommation alcoolique à risque. Parmi les 201 femmes, 113 (56,2 %) avaient déjà eu au moins un accouchement par voie basse.

L'ancienneté médiane des symptômes hémorroïdaires était de 4 ans [2-10] : saignement (n = 361, 76,5 %), prolapsus (n = 285, 60,4%), suintements (n = 69, 14,6 %), prurit (n = 85, 18 %), thromboses externes répétées (n = 66, 14,0 %) et marisques gênantes (n = 96, 20,3 %). Le score de saignement moyen global était de 2,8 (± 2,1) et le score de prolapsus moyen de 2,4 (± 0,9). Quatre-vingt-dix patients (19,1 %) avaient une pathologie proctologique associée. La qualité de vie était impactée de manière sévère ou très sévère chez 137 patients (29,0 %). Un traitement avait déjà été réalisé chez 287 patients (61,1 %) : médical (57,8 %) ± instrumental (55,0 %) ± chirurgical (6,6 %).

Une prise en charge instrumentale a été proposée chez 340 patients (72,0 %) +/- médicale chez 209 patients (44,3 %). Un geste chirurgical a été proposé chez 114 patients (24,2 %) que seuls 82 (66,7 %) ont accepté. La durée médiane de suivi était de 392 jours [244-479]. Aucun patient n'a été perdu de vue.

Tous traitements confondus, le score de saignement a baissé de manière significative à 1,3 (± 1,6) ($p < 0,001$) de même que le score de prolapsus à 1,8 (± 0,8) ($p < 0,001$). La baisse des scores de saignement ($p=0,002$) et de Goligher ($p < 0,0001$) était significativement plus importante dans le groupe « chirurgie » par rapport au groupe traitements médico-instrumentaux. De même, le taux de satisfaction était significativement plus élevé dans le groupe « chirurgie » ($p = 0,003$). Un cut-off à 5 pour le score de saignement était prédictif d'un geste chirurgical ($p < 0,0001$, OR [IC95%] 5,0 [2,7;9,3]).

Les principaux facteurs associés en analyse multivariée au traitement chirurgical sont résumés dans le tableau ci-dessous.

Facteurs associés à une prise en charge chirurgicale	OR [IC95%]	p
Age (>44 ans vs ≤44 ans)	2,4 [1,2;4,6]	0,012
Marisques gênantes (Oui vs Non)	4,0 [2,0;8,2]	<0.001
Ancienneté des symptômes (>4 ans vs ≤4 ans)	1,8 [1,0;3,5]	0,07
Échelle de Bristol (>4 vs ≤4)	2,3 [1,0;5.35]	0,049
Score de saignement de Paris (>3 vs ≤3)	3,1 [1,7;5,9]	<0.001
Score de prolapsus de Goligher (>2 vs ≤2)	5,3 [2,0;16,4]	0,002
Impact sur la qualité de vie (Sévère vs Aucun/Minime)	4,0 [1,3;14,0]	0,018
Impact sur la qualité de vie (Très sévère vs Aucun/Minime)	8,1 [1,8;39,4]	0,007
Tabagisme (Oui vs Non)	2,0 [1,0;4,0]	0,039
Lecture pendant la selle (Oui vs Non)	2,8 [1,5;5,3]	0,001

A l'inverse, une pathologie proctologique associée (p = 0,003, OR [IC95%] 0,3 [0,1;0,7] et un prurit anal (p = 0,013, OR [IC95%] 0,3 [0,1;0,7]) étaient inversement associés à la chirurgie.

Conclusion : Notre étude a démontré que le score de prolapsus n'était pas le seul facteur déterminant dans la prise en charge chirurgicale de la PH. De nombreux autres facteurs doivent être considérés dans cette décision. Un score prédictif tenant compte de ces divers items est donc indispensable.

Remerciements, financements, autres :
Audrey Fels pour les statistiques

P.125

FiLaC dans la vrai vie : résultats d'une étude bicentrique marocaine

H. Delsa [(1)], Z. Saad [(1)], N. Benjelloun [(1)], A. Nadi [(1)], M.E.H. Tahiri [(1)]

(1) Casablanca, MAROC.

Introduction : La fermeture laser du trajet fistuleux (FIstula-tract LAser Closure: FiLaC™) est une nouvelle technique d'épargne sphinctérienne pour le traitement des fistules anales. Peu d'études ont été publiées depuis 2011 décrivant les résultats à court et à moyen terme. Le but de notre étude est de rapporter l'expérience des premières unités réalisant le FiLaC™ au Maroc.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude prospective descriptive incluant 109 patients traités par Laser-thérapie pour fistules anales dans deux unités de proctologie marocaine par un seul chirurgien. La plupart de ces interventions ont été réalisées sous anesthésie rachidienne. Les données ont été recueillies directement auprès des patients à l'aide d'une fiche d'exploitation. Nous avons étudié leurs données cliniques et les suites postopératoires immédiates et à moyen et long terme.

Résultats : Sur 142 patients traités par la laserthérapie pour des pathologies proctologiques, 109 présentaient une fistule anale soit 76,7% . L'âge moyen était de 46 ans (23-76 ans). 78,90% étaient des hommes et 21,10% des femmes (sexe ratio = 4). 3 patients étaient traités pour une tuberculose et 2 patients souffraient d'une maladie inflammatoire de l'intestin. Trente et un patients (28,4%) avaient une fistule récurrente. 70 patients (64,2 %) avaient subi un drainage préalable de l'abcès avec insertion d'un séton 1 à 5 mois avant de réaliser le FilaC®. 3 patients ont bénéficié d'un traitement combiné au moment du FiLaC : 2 fissures anales au laser (1,8%), 1 plastie hémorroïdaire au laser (0,9%).
Le taux de guérison primaire était de 80,8% au total. Pour un suivi entre 3 et 36 mois, 17 patients ont été perdus de vue. Après 6 mois, 72 patients ont bien progressé, tandis que 18 cas d'échec confirmé ont été diagnostiqués dans un délai moyen de 3 mois. Onze des 18 patients(61,1%) ayant échoué à la FiLaC® ont été réopéré : 8 cas de fistulectomie avec fermeture de l'orifice interne et 4 cas de Re-FiLaC®. Aucune forme majeure d'incontinence (selles solides, liquides ou gazeuses) n'a été rapportée, avec des souillures mineures notées chez les patients (1,8%). De bons résultats postopératoires à moyen terme ont été confirmés chez 80,8% (72 sur 89 patients) pour un recul de plus de 6 mois. L'analyse statistique n'a pas montré de facteurs corrélés à la réussite de la procédure.

Conclusion : FiLaC est une intervention mini-invasive avec un faible taux de complications et peu de troubles de la continence. Cette procédure a des taux de réussite allant de 44% à 80% dans la littérature. Nous avons été les premières unités à introduire cette méthode au Maroc avec la plus grande série marocaine qui démontrent des résultats satisfaisants chez 84% des patients. Cependant, le suivi reste insuffisant pour confirmer ces résultats à long terme.

Remerciements, financements, autres :
Nous remercions le personnel paramédical du service d'endoscopie digestive à l'Hopital Cheikh Khalifa de Casablanca et Mr Mbarek l'assistant de Pr Tahiri pour leurs contributions à la réalisation de ce travail.

P.126

Score LARS dans l'évaluation du syndrome de la résection antérieure

A. Chehaider [1], M. Ayari [1], H. Kallel [2], E. Chemkhi [1], Z.E.I. Abdelaali [1], T. Jomni [1], H. Douggui [1]
(1) Tunis, TUNISIE ; (2) Ariana, TUNISIE.

Introduction : Le syndrome de résection antérieure est l'ensemble de séquelles fonctionnelles digestives qui se voient au décours d'une résection antérieure du rectum. Devenant une préoccupation de plus en plus fréquentes aussi bien des praticiens que des patients, plusieurs scores ont vu le jour essayant de l'évaluer. Le score LARS (Low Anterior Rectal Resection Syndrome) est un score développé et validé dont l'utilisation peut inclure plusieurs situations telle que la résection recto-sigmoïdienne.

Patients et Méthodes : L'objectif de notre étude était d'évaluer les résultats fonctionnels après résection recto-sigmoïdienne d'origine tumorale à l'aide du LARS score et d'étudier les facteurs associés au syndrome de résection antérieure chez ces patients. Pour cela, nous avons réalisé une étude monocentrique, transversale colligeant les patients opérés pour tumeur de rectum ou bien de la charnière recto sigmoïdienne avec un rétablissement de la continuité digestive par une anastomose colorectale ou bien colo anale. Les patients gardant une stomie digestive au moment du recueil des données ont été exclus ainsi que ceux ayant des troubles neurologiques affectant l'appareil sphinctérien. Avec une échelle de notation allant de 0 jusqu'à 42, le score LARS a été calculé pour chaque patient contacté par appel téléphonique en évaluant 5 items : « une incontinence aux gaz et/ou aux selles liquides », « fréquence des selles », « fragmentation des selles » et « urgence ». Les patients ont ensuite été classés en 3 catégories : Pas de LARS (0-20), LARS minime (21-29), LARS important (30-42). Les traitements pris par les patients pour soulager leurs symptômes et l'impact social ont aussi étaient analysés en fin du questionnaire.

Résultats : Nous avons inclus 32 patients avec un âge moyen de 61,4 ans +/- 10 (36-78) et un sex-ratio H/F= 2,5. Un surpoids a été noté dans 46.9% des cas avec un indice de masse corporelle (IMC) moyen de 26,2 kg/m2 +/-4 (20-35). Il s'agissait d'un adénocarcinome dans 100% des cas, étendu sur en moyenne 6,2 cm +/-2. La tumeur était localisée au niveau de la charnière recto-sigmoïdienne, le haut rectum, le moyen et le bas rectum dans 59,4% (19/32), 25%(8/32), 3,1%(1/32) et 12,5%(4/32) respectivement. Une atteinte tumorale du sphincter interne a été objectivée chez un seul patient (3,1%). Un traitement néo-adjuvant par une radio chimiothérapie concomitante a été indiqué dans 34.4% des cas. L'abord chirurgical était par voie coelioscopique dans 59,4% des cas. Une résection inter sphinctérienne était pratiquée chez 6.3% des cas avec une exérèse totale du méso-rectum dans 15,6% des cas. L'anastomose confectionnée était colorectale, colo-anale dans respectivement 87,5% et 12,5% des cas, et de type termino-latérale dans 18,8% des cas. Une iléostomie de protection été faite chez 18,8% de la population. La longueur du moignon rectal restant était en moyenne de 10 cm+/- 5,6 (0-20). Le délai moyen entre le rétablissement de la continuité digestive et le calcul du LARS était de 61 mois +/-37 (6-156). Apres calcul du score LARS, les patients étaient classé en 3 groupes : pas de LARS, LARS minime, et LARS important dans 56.3%, 18.8%,25% respectivement. Le score moyen était 16,2+/-15 (0-42). L'analyse individuelle de chaque item du score a objectivé une incontinence gazeuse dans 43.8% des cas, une incontinence les selles liquides et une fragmentation des selles dans 46.9% des cas ainsi qu'une urgence dans 50% des cas. L'impact social était jugé important dans 34.4% des cas, avec nécessité de port d'une garniture dans 9.4% des cas. Les ralentisseurs du transit étaient prescrits chez 22% des cas et une rééducation périnéale a été pratiquée chez3.1% de la population d'étude. En analyse uni variée, les facteurs associés à un score LARS important étaient : une radio chimiothérapie néo-adjuvante (p=0,01), le recours à une iléostomie (p=0,023), la résection inter sphinctérienne (p=0,045). La présence de LARS (score de 21-42) était associée à une tumeur plus étendue avec une différence statistiquement significative (p=0.02). L'étude de la corrélation entre la présence d'un impact social important et un LARS important était statistiquement significative (p<0,001).

Conclusion : Le syndrome de résection antérieure est une complication fréquente entrainant un impact social important. Le score LARS permet une identification rapide et simple de ces patients afin d'optimiser la prise en charge thérapeutique et psychologique.

P.127

Fissures anales chroniques infectées : particularités techniques et efficacité du traitement chirurgical

S. Ouahid [(1)], J. Benass [(1)], H. Laraqui [(1)], M.T. Tajdine [(1)]
(1) Rabat, MAROC.

Introduction : Les fissures anales chroniques constituent une des affections les plus fréquemment rencontrées en consultation de proctologie. Elles représentent un challenge thérapeutique pour les proctologues, d'autant plus quand la composante infectieuse s'y associe. En effet, les états septiques associés aux fissures anales restent sous-diagnostiqués et mal pris en charge alors qu'ils sont de plus en plus incriminés dans la persistance et la récidive des fissures anales.Le but de ce travail est de décrire les impératifs techniques de la chirurgie des fissures anales chroniques infectées et de démontrer leur efficacité dans la réduction de leur persistance et/ou leur récidive.

Patients et Méthodes : Une étude ambispective a été menée au sein du service de proctologie, s'étalant sur une période de 6ans, de janvier 2015 à janvier 2021. Les critères d'inclusion étaient basés sur la présence de pus au niveau du lit fissuraire ou d'un abcès sous-fissuraire fistulisé ou non.L'indication opératoire a été portée devant la persistance de la symptomatologie malgré le traitement médical bien mené. Tous les patients ont été mis sous antibiothérapie pendant 7J en post-opératoire et suivis grâce à des consultations régulières tous les 15J pendant 3mois puis 1 fois par mois pendant 6mois, sur une durée de 2ans en vue de contrôler la cicatrisation et rechercher des complications ou récidives. La guérison a été définie comme la réépithélialisation du lit fissuraire et l'absence d'infection locale.L'analyse statistique a été réalisée par le logiciel SPSS25. Les variables quantitatives ont été décrites en moyenne et écart type et les variables qualitatives ont été décrites en effectifs et pourcentage.

Résultats : Sur les 462 patients opérés pour fissure anale durant cette période, 158 ont été inclus.L'âge moyen était de 41,3ans(19-76ans). Le sex ratio était de 2,1 (51F,107H). Nous avons répertorié les états septiques associés aux fissures anales chroniques : chez 54,4% des patients(n=86), on retrouvait du pus au niveau du lit fissuraire sans induration. 18,3% des patients(n=29) avaient une fistule sous cutanée avec un orifice externe à 6H. 15,2% des patients(n=24) avaient une fistule transphincterienne basse (ou «fissure-fistula»). 16 patients (10,1%) avaient un abcès sous fissuraire sans trajet fistuleux individualisé. 2 patients (1,3%) avaient une collection en regard du lit fissuraire fistulisée dans le canal anal et 1 patient (0,7%) avait un abcès anal intra-mural. Le traitement chirurgical a été personnalisé à la pathologie suppurative retrouvée à l'examen proctologique des patients en per-opératoire sous rachi-anesthésie. Le temps chirurgical commun chez tous nos patients a été la fissurectomie large en queue de raquette emportant l'abcès sous-fissuraire. Les fistules sous-cutanées associées ont été mises à plat et le trajet fistuleux a été cureté. les fistules transphinctériennes basses ont été drainées avec mise en place d'un séton. le patient qui avait un abcès intra-mural a bénéficié d'une mise à plat. 30,3% des patients (n=48) ont bénéficié d'une mini-sphinctérotomie au niveau du lit fissuraire, 24% (n=38) d'une anoplastie.Dans notre série, le pourcentage de récidive était de 5%(n=8), 75% étaient des récidives infectées. Dans 2 cas, il s'agissait d'une fissure anale chronique latérale avec une induration située au-dessus d'une perte de substance infectée. L'excision de cette perte de substance emportant l'induration et son examen anatomopathologique ont objectivé un carcinome *in situ*. 3 patients ont présenté une récidive infectée avec présence d'un abcès sous-fissuraire. Ils ont tous été repris avec excision de la cicatrice de fissurectomie et mise à plat de l'abcès sous-fissuraire sous-jacent. 3 patients avaient un cratère fissuraire creusant et infecté et ont bénéficié d'une seconde fissurectomie. L'évolution a été marquée par une guérison complète.

Conclusion : En cas de fissure anale chronique infectée, le traitement chirurgical doit impérativement inclure la prise en charge adaptée des états suppuratifs sous-jacents avec exérèse de tous les tissus infectés et drainage des collections fistulisées ou non afin de réduire la persistance voire la récidive de ces entités.

P.128

Profil manométrique des patients atteints d'ulcère solitaire du rectum (USR)

A.M. Nefzi [(1)], A. Labidi [(1)], Y. El Mouldi [(1)], L. Zouiten [(1)], N. Ben Mustapha [(1)], S. Laabidi [(1)], M. Fekih [(1)], M. Serghini [(1)], J. Boubaker [(1)]
(1) Tunis, TUNISIE.

Introduction : L'ulcère solitaire du rectum (USR) est une pathologie rare dont la physiopathologie repose sur l'hypothèse d'un trouble anatomique et/ou fonctionnel sous-jacent. La découverte de cette pathologie impose la pratique d'un examen proctologique minutieux, d'une défeco-IRM et d'une manométrie anorectale à haute résolution(MARHR). L'objectif de notre étude était d'identifier les particularités des patients atteints d'USR à la MARHR.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective observationnelle mono centrique incluant tous les patients se présentant à notre service pour une MARHR dans le cadre d'exploration d'une constipation terminale sur une période de 2 ans [2021, 2022] . Nous avons divisé la population d'étude en 2 groupes : Groupe 1 : patients atteints d'USR et Groupe 2 : patients indemnes d'USR. Nous avons, par la suite, procédé à la comparaison des caractéristiques démographiques, cliniques et manométriques des deux groupes.

Résultats : Sur un total de 27 patients, 7 patients (26%) étaient atteints d'USR. L'âge moyen du groupe 1 était de 44,1 ± 24,5 ans contre 35,6 ± 24,3 ans chez le groupe 2 (p=0,432). Nous n'avons pas noté également de différence statistiquement significative en termes de paramètres anthropométriques et de comorbidités entre les 2 groupes. Quant aux caractéristiques manométriques, la pression anale moyenne de repos était significativement plus élevée chez le groupe 1 (127,5 mm Hg chez le groupe 1 contre 107,8 mm Hg chez le groupe 2) (p=0,03). En effet, en comparant les valeurs de pression moyenne de repos aux valeurs normales consensuelles, nous avons noté que l'hypertonie anale de repos était significativement plus fréquente chez les patients atteints d'USR (p=0,029). Par ailleurs, L'anisme était présent chez 5 patients du groupe 1 (71%) et chez 13 patients du groupe 2 (65%) sans différence significative. L'anisme de type 1 était le plus fréquent dans les 2 groupes avec une prévalence de 80% dans le groupe 1 et 62 % dans le groupe 2 .L'étude de la sensibilité rectale a montré une hypersensibilité rectale chez un seul patient du groupe 1 et ce trouble n'a pas été noté chez le groupe 2. De même, le test d'expulsion du ballonnet était positif chez 3 patients du groupe 1 (42,9%) et chez 15 patients du groupe 2 (75%) sans différence statistiquement significative (p=0,175).

Conclusion : Notre étude suggère que l'hypertonie anale de repos est l'anomalie manométrique la plus fréquemment associée au syndrome d'USR. Des études ultérieures avec des groupes mieux appariés sont ainsi justifiées.

P.129

Faut-il craindre le saignement dans les suites d'une chirurgie proctologique ?

K. Bakkali [(1)], R. Seydou [(1)], F.Z. Elrhaoussi [(1)], M. Tahiri [(1)], F. Haddad [(1)], W. Hliwa [(1)], A. Bellabah [(1)], W. Badre [(1)]

(1) Casablanca, MAROC.

Introduction : L'hémorragie consécutive à une chirurgie proctologique est l'une des complications dont le potentiel de gravité est le plus élevé.
Le risque de saignement post-opératoire est présent jusqu'à 3 semaines après l'intervention et dans 95%, ce risque survient during the 2 first weeks.
Le but de cette étude était d'évaluer la fréquence de l'hémorragie post-opératoire, nécessitant un geste d'hémostase au bloc opératoire dans les 30 jours suivants la chirurgie.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude transversale et descriptive s'étalant sur une période de 3 ans entre juillet 2019 et Aout 2022 réalisée au service de gastro-entérologie du CHU, incluant tous les patients ayant présentés un saignement post-chirurgie proctologique survenu entre l'arrivée en salle de réveil et le 30éme jour post-opératoire et ayant nécessité une prise en charge hospitalière. Le délai, la sévérité du saignement et le besoin de transfusion sanguine ont été étudiés.

Résultats : Parmi les 734 patients opérés dans notre centre de chirurgie proctologique , sept patients ont présenté un accident hémorragique post-opératoire pour toutes interventions confondues soit une prévalence de 0,95 %.
L'âge moyen était de 35,9 ans +/- 10,7 et le Sex Ratio H/F était de 6.
Le tabagisme actif était présent chez 71,6% de nos patients.
Un patient était sous traitement anticoagulant.
La survenue de saignement post-opératoire était après une cure de fistule anale complexe dans 42,9% des cas, cure de fistule anale simple dans 28,6% des cas, chirurgie hémorroïdaire et de suppuration (hors fistules) dans respectivement 14,3% des cas .
Le délai médian de survenu du saignement était de 2,57 jours et aucun patient n'a saigné après le 15ème jour post-opératoire.
Sur le plan thérapeutique, aucun patient n'a nécessité une transfusion, le délai moyen de reprise chirurgicale était de 3 jours, cinq patients ont nécessité une hémostase sous anesthésie locorégionale (71,6 %) et 2 patients ont bénéficié d'un pansement compressif (28,4 %) .
L'évolution était favorable chez tous les patients par un tarissement du saignement.

Conclusion : Le taux d'hémorragie post chirurgie proctologique était de 0,95 % dans notre étude, nécessitant une reprise au bloc opératoire sous anesthésie locorégionale chez 71,6 % des cas .

P.130

Les difficultés de prise en charge de la fistule anale d'origine tuberculose : à propos de 42 cas

H. El Marmouk [(1)], F.E. Aharbil [(1)], D. Rajih [(2)], M. Jarti [(1)], A. Ait Errami [(1)], S. Oubaha [(1)], Z. Samlani [(1)], K. Krati [(1)]

(1) Marrakech, MAROC ; (2) Marrakech.

Introduction : La tuberculose reste un problème majeur de santé publique dans les pays en voie de développement. Les localisations digestives représentent environ 1 % des cas de tuberculose extrapulmonaire. La localisation la plus fréquente est la région iléo-cæcale alors que la localisation anopérinéale est rare posant ainsi des difficultés diagnostiques et thérapeutiques.
L'objectif de notre travail était de rapporter les différentes difficultés diagnostiques et thérapeutiques de cette localisation.

Matériels et Méthodes : Nous avons réalisé une étude rétrospective des 42 cas de fistules tuberculeuses traitées dans notre service entre 2011 et 2021, ce qui représentait 3 % de nos fistules anales opérées.

Résultats : Sur une période de 10 ans (Janvier 2011-Janvier 2021), 42 cas de tuberculose anopérinéale ont été colligés, il s'agissait de 13 femmes et 29 hommes soit un sexe ratio de 3. Leur âge moyen était de 40 ans (18–62). Le diagnostic de tuberculose a été évoqué devant le contage tuberculeux (n=7), les antécédents médicaux de tuberculose pulmonaire (n=8), digestive (n=5), ganglionnaire (N=4), une infection rétrovirale à VIH était notée chez 3 malades (7%) découvertes à postériori après le diagnostic de tuberculose anopérinéale. La symptomatologie clinique était faite essentiellement de proctalgies dans 91 % des cas, un écoulement périanal dans 87% des cas.La présentation clinique était une fistule purulente unique (n =14) ou des fistules multiples (n =28). Les trajets étaient trans-sphinctériens (n =27) ou extra-sphinctériens (n =15).Le traitement chirurgical a consisté en une mise à plat immédiate (n =17) ou une fistulotomie progressive par serrage élastique (n=25). Le diagnostic de tuberculose anopérinéale était fait à l'occasion de l'étude anatomopathologique des biopsies des berges orificielles dans 20 cas (47%), et dans 22 cas (52%), le diagnostic était porté en postopératoire, mettant en évidence une réaction granulomateuse tuberculoïde avec nécrose caséeuse. Un bilan fait d'une radiographie du thorax, une intradermoréaction (IDR) à la tuberculine ou un Quantiféron avec recherche de bacille de koch dans les expectorations était réalisés chez tous les patients. Le traitement médical était une quadrithérapie antituberculeuse (streptomycine, rifampicine, pyrazinamide et isoniazide) pendant deux mois suivie d'une bithérapie (rifampicine et isoniazide) pendant sept mois. Cinq patients ont été perdus de vue. La cicatrisation a été obtenue chez les 37 autres. Aucune récidive n'a été constatée durant le suivi.

Conclusion : La localisation anopérinéale de la tuberculose est rare, elle touche essentiellement des sujets jeunes de sexe masculin, on note une augmentation de son incidence avec l'avènement du syndrome immunodéficience acquise, sa présentation clinique est dominée par les formes fistuleuses. La prise en charge doit être médicochirurgicale

P.131

Ligature élastique des hémorroïdes : corrélation entre symptomatologie et examen proctologique et apport des scores pronostiques

H. Smaoui [1], B. Bouchabou [2], K. Ben Abdallah [2], A. Nakhli [2], N. Hemdani [2], R. Ennaifer [2]
(1) Sfax, TUNISIE ; (2) La Marsa, TUNISIE.

Introduction : La ligature élastique des hémorroïdes est une méthode instrumentale couramment employée au cours de la maladie hémorroïdaire du fait de son efficacité, simplicité et innocuité. Il s'agit du traitement instrumental de première intention des hémorroïdes internes de grade II et III en provoquant une cicatrice fibreuse et rétractile au sommet des paquets hémorroïdaires permettant un renforcement de leur tissu de soutien.
L'objectif est de déterminer le lien entre la sévérité de la symptomatologie et les signes retrouvés à l'examen proctologique et ce avant et après la ligature élastique.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude prospective menée de Janvier 2021 jusqu'à Septembre 2022 colligeant tous les patients qui ont consulté pour des hémorroïdes internes grade II ou III selon la classification de Goligher et candidats à un traitement instrumental par ligature élastique. La technique de la ligature a été faite à l'aide d'un ligateur d'aspiration à bande élastique. L'évaluation de la symptomatologie avant et après le traitement instrumental a été faite à l'aide du score de saignement récemment élaboré et validé par une équipe française [1]. Les données de l'examen proctologique ont été évaluées par le Hemorrhoid Severity Score (HSS) calculé à partir de la classification PNR -bleed le jour de l'examen par l'opérateur. Les données ont été saisies et analysées au moyen d'un logiciel SPSS. Le seuil de signification statistique était de 0,05.

Résultats : Nous avons colligé 60 patients, 51 hommes et 9 femmes, avec un sexe ratio égal à 5,66. L'âge moyen des patients était de 46 ans [20-88]. La durée moyenne des symptômes était de 15,7 mois [+/-14,3]. Aucun patient n'avait un antécédent d'hémorroïdectomie chirurgicale. La consultation a été motivée par des rectorragies chez 41 malades (68,3%) et par un prolapsus dans 28 cas (46,6%). Une association entre les deux symptômes a été retrouvée chez 10 patients. La constipation a été constatée chez 35 (58,3%) malades. Une anémie a été observée chez 10 (16%) patients. Trente-cinq patients (58,3%) avaient des hémorroïdes grade 2 et 25 (41,7%) des hémorroïdes grade 3. Le nombre moyen de paquets hémorroïdaire était 2,4. Un saignement per anuscopie a été noté chez 6 patients. Le nombre de séances moyen est de 3,2 [1-12]. Le délai moyen entre les séances était 3,04 semaines [2-8]. Le score HSS moyen avant la ligature est de 10,98 (+/-1.7). Il est significativement corrélé au score de saignement (p=0.00) et au grade des hémorroïdes(p=0.046). La baisse du score HSS après traitement instrumental a été significativement associée à la baisse du score de saignement (p=0.00). Après traitement, l'examen proctologique moyennant une anuscopie a montré une amélioration totale dans 55% des cas et partielle dans 35% des cas. Le score de saignement a diminué significativement : 2.55 (± 2.01) avant *vs* 0.8 (± 1,25) après traitement (p=0,003). La diminution des hémorroïdes en grades a été associée à la baisse du score de saignement (p=0.001). La baisse du score de saignement et du HSS était significativement corrélé à l'efficacité thérapeutique (p=0,018, p=0,00, respectivement) avec un AUC de 0,68 et 0,84, respectivement. La sensibilité et la spécificité (se/sp) de chaque score était de (70/60 avec un IC [0.545-0.814], 76/78 avec un IC [0.753-0.942], respectivement)

Conclusion : La ligature élastique des hémorroïdes internes est une technique efficace pour le traitement des hémorroïdes internes symptomatiques de grade 2 et 3. Le score de saignement évalue de manière fiable la sévérité de la maladie. Il est étroitement lié aux données proctologiques et au score HSS. La baisse des deux scores après une ligature était prédictive d'un succès thérapeutique avec une bonne sensibilité et une bonne spécificité. Ces deux outils simples peuvent s'avérer utiles pour l'évaluation du traitement de la maladie hémorroïdaire dans la pratique quotidienne afin de prédire un échec thérapeutique et indiquer d'emblée une prise en charge chirurgicale.

P.132

Les urgences proctologiques au service de gastroentérologie et proctologie : aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques

M. Bandar Nasr Ali [1], I. Raqi [1], F. Haddad [1], F.Z. Elrhaoussi [1], M. Tahiri [1], W. Hliwa [1], A. Bellabah [1], W. Badre [1]
(1) Casablanca, MAROC.

Introduction : La douleur anorectale est un symptôme courant lors des consultations de proctologie. C'est très angoissant pour le patient et occupe une part importante du travail du gastro-entérologue. Elle est aspécifique et peut révéler aussi bien des urgences que des pathologies chroniques. Diagnostiquer l'étiologie des douleurs anales n'est pas toujours aisé dès la première visite. Les urgences douloureuses les plus importantes sont les thromboses hémorroïdaires, les abcès et les fissures hyperalgésiques.

Matériels et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective réalisée au service de gastro-entérologie entre Juin 2016 et Aout 2022.

Résultats : Durant la période d'étude 492 cas de proctalgies aigues ont été colligés. L'âge moyen de nos patients était de 36 ans, avec des extrêmes allant de 16 ans à 86 ans.
Une nette prédominance masculine a été notée, 375 hommes soit 76,2% contre 117 femmes soit 23,7% avec un sex ratio H/F de 3,2.
Les antécédents retrouvés : le tabagisme dans 5,28% des cas, l'alcoolisme + tabagisme dans 2,23% des cas, 2,43% des patients étaient connu porteurs de MICI, 9,14% des patients étaient diabétiques, 3,65% étaient hypertendues, 9,55% étaient déjà opérés pour une chirurgie proctologique (8 pour fissure, 6 pour hémorroïdes,33 pour fistule), 1,62% étaient porteurs de cardiopathie, 66,01% des malades n'avaient aucun antécédent pathologique particulier.
Le principal motif de consultation était des proctalgies isolées chez 384 patients soit 78,04 % des patients. Elles étaient associées à une constipation chez 9,34% des patients. 6,50% des patients se plaignaient de proctalgies aigues avec une issue de pus, contre 6,09% qui avaient des proctalgies aigues associées à une rectorragie de faible abondance.
La symptomatologie évoluait en moyenne sur 77 h avec des extrêmes allant de 24h à 15 jours. Chez tous nos malades le diagnostic a été posé dès la première consultation, en effet il a été noté 274 cas de suppuration ano-périnéale soit 55%, dont 239 abcès péri-anale, 20 cas d'abcès intra mural et 15 cas de sinus pilonidal surinfecté. 112 patients avaient une fissure anale soit 22,9%, 57 patients avaient une crise hémorroïdaire soit 11,5%. Chez 24 cas on a noté l'existence d'un thrombus hémorroïdaire. on a noté également 7 cas d'association fissure anale et abcès péri-anal et 7 cas ayant une crise hémorroïdaire ainsi qu'une fissure anale. Une gangrène de fournier a été notée chez 11 malades. Le traitement variait en fonction de l'étiologie : on a eu recours dans 274 cas soit 55,6% à un drainage d'abcès. 182 patients soit 36,99% des patients ont bénéficié d'un traitement médical, on a eu recours chez 29 patients à une exploration chirurgicale urgente, et enfin 7 drainages d'abcès associé à un traitement médical cicatrisant ont été indiqué chez les 7 patients porteur d'un abcès et d'une fissure anale.

Conclusion : Les urgences proctologiques sont fréquentes. La douleur et les saignements sont les principaux signes cliniques dont le contrôle repose principalement sur un traitement médicamenteux et/ou certains gestes simples, mais l'interprétation de la douleur est cruciale. IL est important de ne pas retarder une intervention chirurgicale adéquate en cas de douleurs aiguës.

P.133

Sinus pilonidal et efficacité du traitement chirurgical par excision à ciel ouvert : expérience d'un service marocain

R. Laroussi [(1)], J. Benass [(1)], H. Laraqui [(1)], M.T. Tajedine [(1)]
(1) Rabat, MAROC.

Introduction : Le sinus pilonidal est un récessus dermo-épidermique comportant des élements pilaires et entrainant une suppuration du sillon inter-fessier, sans tendance naturelle à la guérison spontanée. De nombreuses techniques chirurgicales ont été développées, mais à ce jour, il n'existe pas de prise en charge consensuelle. Le but de notre étude est de démontrer l'efficacité de l'exérèse à ciel ouvert dans le traitement chirurgical du sinus pilonidal.

Patients et Méthodes : Une étude rétrospective a été menée au sein de notre service de proctologie, s'étalant sur une période de 6ans, de janvier 2016 à juillet 2022. Nous avons inclus 237 patients porteurs d'un sinus pilonidal et opérés par exérèse à ciel ouvert. Tous les patients ont été suivis grâce à des consultations régulières tous les 15J pendant 3mois puis 1 fois par mois pendant 6mois, sur une durée de 2ans en vue de contrôler la cicatrisation et rechercher des complications ou récidives. La guérison a été définie comme la cicatrisation complète du site opératoire. L'analyse statistique a été réalisée par le logiciel SPSS25. Les variables quantitatives ont été décrites en moyenne et écart type et les variables qualitatives ont été décrites en effectifs et pourcentage.

Résultats : L'âge moyen était de 24 ans (16-51 ans). Le sex ratio était de 8,9 (24F, 213H). Chez tous nos patients, nous avons procédé à un rasage large et méticuleux de la région fessière haute et du sillon inter-fessier en préopératoire. Le geste chirurgical a consisté en une excision en monobloc emportant tous les orifices fistuleux et s'étendant jusqu'à l'aponévrose rétro-coccygienne. L'incision était parabolique vers le haut en regard du sacrum. Après une maîtrise de l'hémostase, nous avons coagulé les berges de la plaie afin de favoriser un bourgeonnement de la profondeur vers la surface et donc permettre une cicatrisation dirigée, qui éviterait la persistance de cavités profondes, qui seraient source d'infection. Enfin, nous avons placé une mèche dans la site opératoire et fermé par un pansement compressif. Le premier pansement a été changé 24H après le geste puis 1jour sur 2 pendant 6 semaines. Puis nous avons recommandé aux patients de continuer les soins (nettoyage quotidien avec une solution antiseptique, séchage soigneux et rasage hebdomadaire des zones entourant le site opératoire) sans couvrir la plaie. Dans notre série, la morbidité post-opératoire, évaluée à 11,8%, a comporté 21 cas de surinfection du site opératoire (12%) et 7 patients (2,9%) ont présenté une hémorragie ayant nécessité un geste hémostatique. 95,8% (n=227) des patients ont obtenu une cicatrisation complète. Le temps moyen de cicatrisation était de 79 jours avec des extrêmes entre 6semaines et 12 semaines. La cicatrice finale était linéaire, médiane et esthétique. 4,2% % des patients (n=10) ont présenté une récidive. Ils ont de nouveau subi une excision à ciel ouvert. Parmi ces patients, 4 ont présenté une rerécidive et ont été opérés une 3ème fois avec succès.

Conclusion : D'après les résultats de notre étude, l'excision à ciel ouvert est une technique chirurgicale sûre et efficace en cas de sinus pilonidal, malgré un temps de cicatrisation long.

P.134

Evaluation de la qualité de vie chez les patients atteints d'une pathologie proctologique bénigne : concordance entre le score SF-12 et le score EQ-5D-5L

A. Dhib [(1)], H. Yacoub [(1)], I. Lassoued [(1)], H. Debbabi [(1)], H. Hassine [(1)], H. Kchir [(1)], N. Maamouri [(1)]
(1) Tunis, TUNISIE.

Introduction : La pathologie proctologique est généralement bénigne, mais ses symptômes parfois invalidants,altèrent de façon considérable la qualité de vie des patients. Dans la littérature, plusieurs scores ont été établis pour évaluer la qualité de vie des patients. Certains scores sont complexes, d'autres plus faciles à calculer comme le EQ-5D-5L et le SF-12 qui est une version abrégée du SF-36 et ne comportant que 12 questions sur les 36. Le but de ce travail est d'évaluer l'impact des maladies proctologiques bénignes (Hémorroïdes et maladie fissuraire) sur la qualité de vie des patients et d'étudier la concordance entre le score SF-12 et le score EQ-5D-5L .

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude transversale réalisée au sein de notre service colligeant des patients ayantconsulté à l'unité de proctologie pour une pathologie hémorroïdaire et/ou fissure anale. Cette étude a été menée sur une période de 3 mois (Août-Septembre-Octobre 2022).La qualité de vie a été évalué au moyen des 2 scores le SF-12 et le EQ-5D-5L (version en Français) en attribuant des points de 1 à 5 à chaque item du questionnaire (1 est attribué à la réponse la plus péjorative).

Résultats : Nous avons inclus 40 patients d'âge moyen égal à 41 ans avec des extrêmes allant de (16-67 ans). Il s'agissait de 25 femmes (62,5%) et 15 hommes (37,5%). La durée moyenne d'évolution des symptômes est de 30 jours. Dix-neuf patients (47,5%) avaient une pathologie hémorroïdaire isolée,12 (30%) avait une fissure anale. Une association des deux pathologies a été observée chez 9 patients(22,5%).Parmi les patients ayant une pathologie hémorroïdaire, uniquement deux patients avaient des hémorroïdes externes et les 26 autres (92,9%) avaient des hémorroïdes internes (HI) répartis comme suit : 12 (46,2%) avait des HI grade 1; 7 (26,9%) avait des HI grade 2; 6 (23,1%) avait des HI grade 3 etun seul patient avait des HI grade 4. Parmi ces patients, 18 (45%) ayant reçu un traitement médical antérieur et 1 seul patient était traité chirurgicalement. L'analyse des scores de qualité de vie a révélé un score SF-12 moyen de 37.5±6.96 et un score EQ-5D-5L moyen de 96.78±15.74. Une altération de la qualité de vie définit par un score SF-12<33 était objectivée chez 11 patients (27,5%),et un score EQ-5D-5L<90 objectivé chez 13 patients (32,5%). Une bonne concordance entre les deux scores évalués a été observée (r : 0,7; p : 0,001).

Conclusion : Notre étude a mis en évidence qu'il existe une altération de la qualité de vie chez les patients atteints d'une pathologie proctologiqe attestée par l'application de deux scores de qualité de vie le score SF-12 et le score EQ-5D-5L. Nous préconisons l'utilisation du score EQ-5D-5L dans la pratique courante du fait de sa facilité d'emploi en consultation de proctologie.

P.135

Ulcère solitaire du rectum

A.A.T. Alraeeini [1], A. Belcadi Abassi [1], H. El Bacha [1], N. Benzzoubeir [1], I. Errabih [1]
(1) Rabat, MAROC.

Introduction : L'ulcère solitaire du rectum (USR) est une lésion mécanique secondaire à un trouble de la statique rectale. Cette affection bénigne et rare est l'apanage de l'adulte jeune. L'objectif de notre travail est de mettre l'accent sur les aspects endoscopiques et les difficultés diagnostiques rencontrées.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive monocentrique colligée sur une période de 22 ans, s'étendant de janvier 2000 au juillet 2022. Nous avons inclus tous les cas diagnostiqués porteurs d'USR sur des donnés endoscopiques et histologiques.

Résultats : Nous avons trouvé 26 cas, repartis en 17 hommes (65%) et 9 femmes (34%), avec un sexe ratio 1,8 H/F. L'âge moyen de nos patients était de 45 ans (35-56). Les rectorragies constituent la symptomatologie la plus fréquente chez 24 cas (92,3%), syndrome rectal chez 18 cas (69,2 %), la constipation chronique a été notée chez 09 cas (34,6 %).
Les données endoscopiques avaient montré une ulcération unique (50% des cas), ulcération multiple (20% des cas), rectite sans ulcération (16% des cas), sténose médio rectale (10% des cas), un aspect pseudo polyploïde (4% des cas).
Les explorations étaient complétées par une manométrie ano – rectale réalisée chez 20 cas (76.9%), avait montré une dyssynergie anorectale et anomalie de la tonicité sphinctérienne chez 2 cas (7.6%).
La prise en charge thérapeutique reposait sur le traitement médical chez 26 cas (100 %), la rééducation par « biofeedback » chez 20 cas (76.9 %), la rectopexie chez 04 cas (15.3 %), la résection de la sténose avec anastomose recto-anale chez 01 cas (3.8%).

Conclusion : L'USR est une entité définie principalement par son aspect endoscopique et histologique. Cette affection chronique se manifeste principalement par des rectorragies. La prise en charge thérapeutique repose sur les mesures hygiéno-diététiques et le traitement médical. Le traitement chirurgical, visant à corriger les troubles de la statique rectale, est indiqué en cas d'échec du traitement médical.

P.136

Y a-t-il des particularités du sinus pilonidal chez la femme ?

S. Dilal [1], H. El Bacha [1], M. Konso [1], N. Benzzoubeir [1], I. Errabih [1]
(1) Rabat, MAROC.

Introduction : Le sinus pilonidal (SP) est une pathologie proctologique fréquente et récidivante de l'adulte jeune.
Définit comme une cavité pseudo-kystique contenant des poils localisée le plus souvent au niveau du sillon inter-fessier. Sa bénignité contraste avec l'importance de sa morbidité, occasionnant des douleurs et une altération de la qualité de vie avec retentissement socio-professionnel.
Elle atteint le plus souvent l'homme jeune, cependant, au cours des dernières décennies, il semble que la prévalence du SP ait augmenté chez les femmes, car le poids corporel et d'autres facteurs de risque influencent la maladie.
Nous avons cherché à déterminer à travers ce travail si la prévalence du SP a réellement changé chez l'homme et la femme au fil du temps.

Matériels et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive sur une période de 20 ans : Janvier 2001-Décembre 2021, rapportant l'expérience de l'unité de proctologie, incluant les malades présentant une forme chronique de sinus pilonidal, sont exclus de l'étude les gestes de drainage d'abcès pilonidal réalisé en urgence.
Cette étude a été menée grâce à une fiche d'exploitation, nous y avons colligés plusieurs paramètres : l'âge, le sexe, les données cliniques et thérapeutiques, les caractéristiques du SP chez les femmes.

Résultats : 149 malades ont été inclus dans l'étude présentant un sinus pilonidal. L'âge moyen était 30 ans [14-50], avec un intervalle d'âge chez les femmes [14-20]. Le sexe Ratio était de 2,8 avec une prédominance masculine 110 (74%) *versus* 39 femmes (26%).
Le délai moyen de diagnostic par rapport au début de la symptomatologie était chez les hommes de 9 mois *versus* 2 mois chez les femmes. La pilosité est un facteur également retrouvé chez presque tous nos patients hommes ce qui n'était pas le cas pour les femmes.
Sur le plan clinique la symptomatologie prédominante était un écoulement purulent ou séro-sanglant chronique chez 128 patients (86%), 134 patients (90%) présentaient un suintement continu ou intermittent, 39 patients (26%) des douleurs et 12 patients (8%) avaient un prurit du sillon interfessier. Les malades ont tous été opérés par résection à « Ciel ouvert » et cicatrisation dirigée, avec durée d'hospitalisation de 48h et une durée de cicatrisation moyenne de 80 jours.

Conclusion : Alors que la prévalence du SP a augmenté au cours des dernières décennies, le rapport entre les hommes et les femmes touchés est resté constant, avec une prédominance masculine.
Un certain nombre de facteurs peuvent jouer un rôle dans la survenue du SP chez les femmes notamment les poils et le duvet très fins et transparents, avec une pilosité similaire à l'homme.
En conclusion, il est concevable que les femmes accordent une valeur différente à la qualité de vie et au résultat esthétique que les hommes et consultent plus précocement, ce qui pourrait influencer l'approche thérapeutique et les décisions de traitement du SP.

P.137

Intérêt d'un agent de comblement adipeux périnéal dans la prise en charge précoce des incontinences anales post-partum

P.A. Ferrero [1], M. Mathonnet [1], N. Christou [1]
(1) Limoges.

Introduction : L'incontinence anale (IA) due à une lésion du sphincter de l'anus (LOSA) est une affection fréquente en post-partum (>2% parturientes). La prise en charge chirurgicale de l'IA par sphincteroraphie semble présenter de bons résultats à courts termes mais tendant à s'estomper avec le temps.
La GATA (greffe autologue de tissu adipeux) (lipoffilling) est de plus en plus envisagée.

Patients et Méthodes : L'objectif principal de cette étude est de confirmer la sécurité de la GATA intra-sphinctérienne dans le cadre de la prise en charge précoce des patientes présentant une symptomatologie d'IA post-partum en lien avec une rupture sphinctérienne obstétricale.
L'objectif secondaire est de mettre en évidence une différence clinique sur les symptômes d'IA du post partum entre les patientes prise en charge par GATA et celles par sphinctéroraphie.

Résultats : Il n'existe pas de lien significatif entre technique chirurgicale utilisée et ombre de complications selon la classification de Clavien-Dindo (p=0,279).Une différence significative entre l'amélioration clinique évaluée par des experts entre le groupe GATA et le groupe sphinctéroraphie (p=0,005) a été retrouvée.

Conclusion : Les résultats plutôt encourageants de cette étude pilote doivent nous amener à déterminer la place de la GATA dans la prise en charge précoce des IA du post-partum avec rupture sphinctérienne.

P.138

Traitement chirurgical des fistules anales non spécifiques dans une unité de proctologie

T. Fadwa [1], S. Abadi [1], W. Hliwa [1], F.Z. Elrhaoussi [1], M. Tahiri [1], F. Haddad [1], A. Bellabah [1], W. Badre [1]
(1) Casablanca, MAROC.

Introduction : Les fistules anales crypto glandulaires sont les plus fréquentes des suppurations ano-périnéales dont le point de départ est l'infection d'une des glandes d'Hermann et Desfossés. Le diagnostic est purement clinique. Son traitement reste essentiellement chirurgical.
L'objectif de ce travail est de décrire l'aspect clinique et thérapeutiques des fistules anales crypto glandulaires.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude, rétrospective, descriptive étalée sur une période de six ans, entre janvier 2017 et décembre 2021, menée au service d'hépato-gastro-entérologie.
Critères d'inclusion : les fistules anales diagnostiqués cliniquement.
Critères d'exclusion : les patients présentant des fistules anales spécifiques (maladie de crohn, tuberculose anale).
La classification utilisée pour la description du trajet fistuleux est celle de PARKS

Résultats : Quatre cent vingt-trois patients étaient opérés pour fistule anale non spécifique, soit 35,7 % des suppurations anales et péri-anales, d'âge moyen de 42 ans avec prédominance masculine (73,8%), un tabagisme chronique été noté chez 56% des patients.
Les manifestations cliniques révélatrices étaient : l'écoulement purulent (80,3%),les proctalgies (75 %). Les aspects anatomo-cliniques étaient représentés par un orifice externe unique (80,1 %), multiple (19,9 %).
Le siège postérieur est le plus fréquent dans notre série (46,6 %) des cas, suivi du siège antérieur (21,5 %), latéral gauche (20,6 %) et latéral droit (11,2 %) des cas.
L'orifice interne était non identifiable dans 1,7 % des cas.
Les fistules anales étaient : transphinctériennes basses dans 43,5% des cas, transphinctériennes hautes dans 29,8 % des cas, transphinctériennes moyennes dans 15,6% des cas, en fer à cheval dans 5,7 % des cas, supra sphinctériennes dans 2,4% des cas, extra sphinctériennes dans 0 ,7% des cas, inter sphinctériennes dans 0,7% des cas, en Y dans 0,7 % des cas et de trajet indéterminé dans 0,9% des cas.
Le traitement a consisté à une fistulotomie d'emblée chez 153 patients (34,4 %), un drainage du trajet fistuleux avec mise en place d'anse élastique chez 223 patients (50,1 %), et une mise à plat associée à la fistulectomie dans 46 cas soit 10,3 %.
Les gestes associés étaient : une hémorroïdectomie dans 11 cas (2,5 %), une fissurectomie dans 12 cas (2,7%).
Les suites opératoires étaient simples dans 67,8 %. Les complications post opératoire étaient représentés par une surinfection de la plaie opératoire dans 14,4 %, une récidive de la fistule anale dans 11,1 %, un retard de la cicatrisation dans 3,5 %, une hypotonie sphinctérienne dans 2,1 %, saignement dans 0,9%.

Conclusion : La fistule anale crypto glandulaire est une pathologie fréquente.
Le diagnostic est essentiellement clinique.
Dans notre unité les techniques chirurgicales étaient essentiellement classiques.
Les suites opératoires sont simples dans la majorité des cas, mais elles peuvent être émaillées quelques fois de complications

P.139

Profil épidémiologique et prise en charge des fistules anales spécifiques

S. Dilal [(1)], H. El Bacha [(1)], M. Konso [(1)], N. Benzzoubeir [(1)], I. Errabih [(1)]
(1) Rabat, MAROC.

Introduction : Les fistules anales sont les formes cliniques les plus fréquentes des suppurations ano-périnéales. Elles se définissent par l'infection initiale d'une glande anale d'Hermann et Desfosses s'ouvrant à la partie moyenne du canal anal. Une origine spécifique est possible. Le traitement est chirurgical et poursuit deux objectifs : celui de traiter la suppuration de façon définitive et celui de préserver la continence fécale, mais également avoir une preuve histologique pour les fistules spécifiques.
Le but de notre travail est de recueillir les données épidémiologiques, cliniques, paracliniques, thérapeutiques et évolutives de cette affection.

Matériels et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive sur une période de 6 ans : Janvier 2015-Décembre 2021, incluant 640 malades présentant une fistule anale colligés à l'unité de proctologie, tous les patients présentant une fistule anale et ayant bénéficié d'un traitement chirurgical ou d'une biopsie dans un but diagnostique ont été inclus dans notre étude. Ce travail a permis de recueillir les données épidémiologiques, cliniques, paracliniques, thérapeutiques et évolutives de cette affection.

Résultats : 640 malades ont été inclus présentant une fistule anale. L'âge moyen était 39 ans [25-59], avec une prédominance masculine : 570 patients (89%). Sur le plan clinique la symptomatologie prédominante était un écoulement purulent chronique 416 cas (65%), 128 cas (20%) présentaient un abcès anal inaugural,77 cas (12%) des proctalgies, 19 cas (3%) un prurit anal et 13 cas (2%) une diarrhée.
L'examen proctologique retrouve : Fistule anale simple chez 575 patients (90%) et 65 patients avaient une fistule anale complexe (10%).
Sur 640 malades recrutés pour fistule anale, 45 malades (7%) avaient une fistule anale spécifique et 595 patients (93%) avaient une fistule anale cryptoglandulaire.
Après un bilan digestif, phtysiologique et radiologique on a conclu à :
- 26 cas (58%) fistule anale survenant chez des malades suivis pour Maladie de Crohn ou Maladie de Crohn ano-périnéale inaugurale ayant bénéficié d'un drainage séton et mis sous combothérapie.
- 16 cas (36%) en faveur de tuberculose anale mis sous traitement anti bacillaire.
- 2 cas (4%) de fistules néoplasiques ayant bénéficié d'une prise en charge oncologique.
- 1 cas (2%) en faveur d'une sarcoïdose anale traité par corticothérapie.

Conclusion : Les fistules anales constituent une pathologie assez fréquente. Le diagnostic des fistules anales est clinique. La Fistule anale cryptoglandulaire reste l'entité la plus fréquente, nécessitant un traitement chirurgical, alors que la prise en charge de la fistule anale spécifique dépends de l'étiologie.

P.140

Apport de la classification de Londres dans l'interprétation des troubles de la fonction anorectale

Y. Fetati [(1)], L. Zouiten [(1)], N. Ben Mustapha [(1)], A. Labidi [(1)], M. Fekih [(1)], J. Boubaker [(1)], M. Serghini [(1)]
(1) Tunis, TUNISIE.

Introduction : La manométrie anorectale haute résolution (MARHR) est une technique de référence pour l'évaluation des fonctions anorectales. Afin de pallier au manque de standardisation de cette technique, le groupe de travail international sur la physiologie anorectale (IAPWG) a élaboré un protocole uniformisé pour la réalisation de la MARHR et un système de classification des troubles moteurs anorectaux : la classification de Londres. Le but de l'étude était d'évaluer la prévalence des différents troubles anorectaux objectivés par la MARHR et de les classifier selon la classification de Londres.

Patients et Méthodes : Les données rétrospectives démographiques, cliniques, et manométriques ont été colligées à partir des fiches de renseignements de patients référés pour MARHR entre Janvier 2020 et Juin 2022.

Résultats : Notre étude a porté sur 98 patients dont 52 femmes et 46 hommes avec un sex ratio H/F de 0,88. L'âge moyen était de 39,48 ± 22,06 années. La constipation isolée ou associée à d'autres symptômes était l'indication la plus fréquente de la MARHR, retrouvée chez 69% des patients. Elle était suivie de l'incontinence anale (38%) et de l'encoprésie (24%). La MARHR seule était normale chez 28% des patients et dix patients (10%) avaient une MARHR et un test d'expulsion du ballonnet normaux.
Dans 72% des cas elle objectivait une ou plusieurs anomalies selon la classification de Londres. Des anomalies majeures étaient présentes chez 51 patients (52%), mineures chez 33 patients (34%) et l'examen était non concluant chez 38 patients (40%). L'anomalie d'expulsion du ballonnet et la dyssynergie étaient les principaux troubles retrouvés quel que soit l'indication : 69% en cas de constipation et 87% en cas d'encoprésie. La dyssynergie recto-sphinctérienne était présente chez 39% de la population étudiée et était associée à une expulsion anormale du ballonnet dans 26% des cas. Chez 42 patients il y 'avait une discordance entre le test d'expulsion et le résultat de la MARHR. Les troubles de la sensation rectale étaient également fréquents avec une hyposensibilité rectale retrouvée dans 33% des cas et une hypersensibilité rectale dans 9% des cas. Une hyposensibilité rectale était associée à une dyssynergie chez 12 patients. Onze patients avaient une hypertonie anale associée à une dyssynergie chez 3 patients (8%). Une hypotonie anale et/ou une contraction volontaire faible étaient retrouvées chez 18 patients. Une absence de reflexe recto-anale inhibiteur était retrouvée chez un seul patient.

Conclusion : Notre étude a montré une prévalence élevée de troubles de la fonction anorectale objectivés par la MARHR associée au test d'expulsion du ballonnet avec des anomalies majeurs dans la moitié des cas. Les anomalies retrouvées sont souvent associées. La classification de Londres est un outil utile pour mieux classifier ces troubles et uniformiser l'interprétation de la MARHR.

P.141

Ligature élastique des hémorroïdes : étude monocentrique prospective de l'efficacité et des facteurs prédictifs de rechute

H. Smaoui [1], B. Bouchabou [2], A. Medhioub [3], N. Hemdani [2], A. Nakhli [2], R. Ennaifer [2]
(1) Sfax, TUNISIE ; (2) La Marsa, TUNISIE ; (3) CHU Mongi Slim La Marsa, TUNISIE.

Introduction : La maladie hémorroïdaire est une affection très courante. Le traitement dépend de la persistance et de la sévérité des symptômes. La ligature élastique est l'un des traitements instrumentaux les plus couramment utilisés. Elle est considérée comme un traitement de première intention pour les hémorroïdes de deuxième et troisième grade.
Objectif : notre objectif est de déterminer l'efficacité de la ligature élastique des hémorroïdes ainsi que les facteurs prédictifs de succès et de récidive.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude prospective menée de Janvier 2021 jusqu'à Septembre 2022 colligeant tous les patients qui ont consulté pour des hémorroïdes internes grade II ou III selon la classification de Goligher et qui ont été candidats à un traitement instrumental par ligature élastique. La technique de la ligature a été faite à l'aide d'un ligateur à bande élastique d'aspiration. Les données ont été saisies et analysés au moyen d'un logiciel SPSS. Le seuil de signification statistique était de 0,05.

Résultats : Nous avons colligé 60 patients, 51 hommes et 9 femmes, avec un sexe ratio égal à 5,66. L'âge moyen des patients était de 46 ans [20,88]. La durée moyenne des symptômes était de 15,7 mois [+/-14,3]. Aucun patient n'avait un antécédent d'hémorroïdectomie chirurgicale. La consultation a été motivée par des rectorragies chez 41 malades (68,3%) et par un prolapsus dans 28 cas (46,6%) avec une association entre les deux chez 10 malades. La constipation a été constatée chez 58,3% des patients (n=35). Une anémie a été observée chez 10 malades (16,6%). Trente-cinq patients (58,3%) avaient des hémorroïdes grade 2 et 25 patients (41,7%) avaient des hémorroïdes grade 3. Le nombre moyen de paquets hémorroïdaire était 2,4. L'indication de la ligature était l'échec du traitement médical chez 47 patients (78,3%). Un saignement per anuscopie a été noté chez 6 patients. Le nombre de séances moyen est de 3,2 [1-12]. L'examen proctologique moyennant une anuscopie a montré une amélioration totale dans 55% des cas et partielle dans 35% des cas. Une réapparition d'un prolapsus ou d'un saignement a été noté dans respectivement 16,7 % et 72,7% des cas dans un délai moyen de 4 mois. La ligature s'est compliquée d'une thrombose hémorroïdaire dans trois cas, d'une chute d'escarre dans deux cas. Le recours à la chirurgie a eu lieu chez 5 patients devant l'échec du traitement instrumental. Les facteurs prédictifs de succès sont le grade II des hémorroïdes (p=0,004) et l'amélioration de la constipation (p=0,001) en univarié. Les facteurs indépendants en rapport avec le succès thérapeutique étaient l'âge jeune (p=0.048) et le grade des hémorroïdes (p=0.004). En étude univariée, les facteurs de risque de récidive de la maladie hémorroïdaire étaient : l'âge > 50 ans (p=0.04), le nombre de séance > 4 (p=0.02) et l'absence de l'amélioration de la constipation sous traitement symptomatique bien conduit (p=0.014). En étude multivariée, la persistance de la constipation sous traitement symptomatique était le seul facteur de risque de récidive indépendant de la maladie hémorroïdaire (p=0.025 ; Odds ratio= 1.1).

Conclusion : Au terme de notre étude, nous pouvons conclure que la ligature élastique est une méthode simple, sûre et efficace pour le traitement des hémorroïdes internes symptomatiques de grade 2 et 3. Nous soulignons le rôle des règles hygiéno-diététiques et d'une bonne régulation du transit dans l'obtention d'un bon résultat.

P.142

Les lésions ano-périnéales au cours de la maladie de Crohn : expérience d'un centre universitaire

S. Bannani [1], T. Fadwa [1], W. Hliwa [1], F.Z. Elrhaoussi [1], M. Tahiri [1], F. Haddad [1], A. Bellabah [1], W. Badre [1]
(1) Casablanca, MAROC.

Introduction : Les lésions ano-périnéales (LAP) sont fréquemment retrouvées au cours de la maladie de crohn, elles peuvent précéder, accompagner ou suivre l'évolution de la maladie. Leur présence est associée à un mauvais pronostic et une altération de la qualité de vie des patients. L'efficacité incomplète des moyens médico-chirurgicaux, rend la prise en charge difficile. Le but de notre étude était de décrire le profil épidémiologique et clinique ainsi que la prise en charge thérapeutique des patients atteints de maladie de crohn avec lésions ano-périnéales.

Matériels et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive s'étalant sur une période de 6 ans de janvier 2017 à septembre 2022, incluant tous les malades suivis pour maladie de crohn avec manifestations anopérinéales. Le diagnostic des LAP était basé sur l'examen clinique, et ont été exclus de l'étude les patients présentant des lésions anopérinéales d'une autre origine. Le recueil des données a été fait rétrospectivement à partir des dossiers médicaux selon une fiche d'exploitation.

Résultats : 71 patients ont été inclus dans l'étude. La médiane d'âge de diagnostic était 28 ans. Le Sex-Ratio (H/F) était de 1,2. 25,4% des patients étaient tabagiques. Une chirurgie proctologique avait précédé le diagnostic chez 32.4% des patients. Sur le plan clinique, les proctalgies ont été retrouvées chez 91% des patients, suivies de l'écoulement du pus à travers les LAP avec un pourcentage de 56%, le syndrome rectal était présent chez 10% des patients et la difficulté d'évacuation chez 13%. Les manifestations extra digestives étaient retrouvées chez 33,7% et étaient majorées par les arthralgies inflammatoires. Les fistules étaient les lésions les plus fréquentes, retrouvées chez 55 patients, dont 43 patients avaient une fistule complexe, suivies des ulcérations à type de fissure polaire antérieure ou postérieure (n=10) et de pseudo marisque (n=9). 5 patients présentaient une sténose anale. Selon la classification de Cardiff,30% des cas étaient classés F2c,12.7% F1a, 8.5% U1c et 5,6% U1a. On avait retrouvé une association entre les ulcérations et les fistules anopérinéales chez 15 patients. Une maladie de crohn ano-périnéale sans atteinte luminale était diagnostiquée chez 2 patients. Selon la classification de Montréal, la localisation L3 iléocolique était la plus fréquente (45,1%) et le phénotype sténosant et inflammatoire était les plus fréquents avec un pourcentage de 43,7 et 42,3% consécutive. Les LAP étaient concomitants avec l'atteinte luminale dans 50,7% des cas, elles précédaient la maladie dans 32,4% et sont apparus au cours de l'évolution dans 16,9%. L'IRM a été réalisée chez 51% des patients. Une fistule complexe a été fréquemment retrouvée (32%) suivie des collections dans 19% des cas puis les fistules simples dans 11% des cas. Le traitement chirurgical des ulcérations anopérinéales était essentiellement basé sur la fissurectomie réalisée chez un seul patient et la réduction chirurgicale des pseudo Mariques (3patients). Le drainage des fistules par anse élastique a été réalisé chez 57 patients. 8patients avaient bénéficié d'un drainage chirurgical des collections anopérinéales. La dilatation endoscopique par ballonnet hydrostatique a été réalisée chez 3 patients et par bougie chez 2 patients. Une colostomie de propreté a été réalisée chez 10 patients devant la réponse incomplète du traitement préconisé. 44% des patients de notre série avaient bénéficié d'un traitement par biothérapie dont 34% était sous infliximab et 10% sous adalimumab. L'évolution était bonne chez environ 89% des patients.

Conclusion : Les LAP représentent un évènement marquant l'évolution de la maladie de crohn. La biothérapie représente actuellement la pierre angulaire du traitement des LAP mais reste limitée vu son cout élevé notamment dans les pays en voie de développement.

P.143

Les troubles de la coordination recto-anale selon la classification de Londres

Y. El Mouldi [(1)], A. Labidi [(1)], A.M. Nefzi [(1)], S. Laabidi [(1)], N. Ben Mustapha [(1)], L. Zouiten [(1)], M. Fekih [(1)], M. Serghini [(1)], J. Boubaker [(1)]

(1) Tunis, TUNISIE.

Introduction : La manométrie anorectale haute résolution (MARHR) a une place prépondérante dans la mise en évidence des troubles la coordination recto-anale. Selon la nouvelle classification de Londres, le diagnostic de ces troubles repose sur la combinaison des résultats obtenus au test d'expulsion du ballonnet et à la MARHR.
L'objectif de notre travail était de classer les troubles de la coordination recto-anale selon la classification de Londres.

Patients et Méthodes : Nous avons colligé, de façon rétrospective, les patients ayant eu entre janvier et juillet 2022 un test d'expulsion au ballonnet et une manométrie anorectale haute résolution mettant en évidence une anomalie de coordination anorectale.
Les caractéristiques démographiques, cliniques et manométriques ont été déterminées pour chaque patient.
Le test d'expulsion du ballonnet a été considéré normal si la durée est inférieure à deux minutes. Le diagnostic de trouble de la coordination recto anale est retenu si les deux examens sont pathologiques et infirmé si les deux examens sont normaux. Cependant si les résultats sont discordants, le trouble reste inclassable.

Résultats : Vingt-neuf patients ont été inclus dans notre étude. L'âge moyen était de 39,5 ans (8-80 ans). La sex-ratio H/F était de 0,93.
Une constipation chronique rebelle au traitement était l'indication de la MARHR dans 41,4 % des cas. Les autres indications étaient : une incontinence anale (24,1%), une encoprésie (20,7%) et le bilan d'un ulcère solitaire du rectum (13,8%).
Les symptômes rapportés par les patients étaient une constipation de type terminale dans 34,4% des cas, une incontinence active dans 6,8% et une constipation associée à une incontinence passive dans 51,7 %. Deux patients étaient asymptomatiques.
Le test d'expulsion du ballonnet était pathologique dans 72,4% des cas (n=21).La MARHR a montré une dyssynergie abdomino-pelvienne dans 75,9% des cas (n=22) dont deux avaient une propulsion rectale insuffisante associée.
Selon la classification de Londres, un trouble de la coordination recto-anale a été retenu dans 55,2% des cas (n=16) classés comme suit : Expulsion anormale avec dyssynergie anorectale (n=13), expulsion anormale avec une propulsion rectale insuffisante (n=1) et expulsion anormale avec dyssynergie et propulsion rectale insuffisante (n=2).
Le résultat n'était pas concluant dans 44,8% des cas : un test d'expulsion du ballonnet normal avec une MARHR pathologique chez 8 patients et l'inverse chez 5 patients.

Conclusion : Les troubles de la coordination recto-anale est une des causes de la constipation terminale. Leur diagnostic repose sur la combinaison des résultats obtenus au test d'expulsion du ballonnet et à la MARHR. La concordance entre ces deux tests n'a été retrouvée que dans la moitié des cas dans notre population étudiée. Le taux de résultat non concluant est important, justifiant parfois le recours à d'autres examens complémentaires.

P.144

Le test d'expulsion du ballonnet permet-il de dépister la dyssynergie anorectale ?

Y. El Mouldi [(1)], A. Labidi [(1)], A.M. Nefzi [(1)], S. Laabidi [(1)], N. Ben Mustapha [(1)], L. Zouiten [(1)], M. Fekih [(1)], M. Serghini [(1)], J. Boubaker [(1)]

(1) Tunis, TUNISIE.

Introduction : La dyssynergie anorectale ou l'anisme est définie par une contraction paradoxale ou une relaxation insuffisante du sphincter anal externe lors de la défécation avec ou sans un défaut de propulsion rectale. Son diagnostic repose sur la pratique d'une manométrie ano rectale à haute résolution (MARHR) associée ou non au test d'expulsion du ballonnet. L'intérêt de ce test dans le dépistage de l'anisme reste controversé.Le but de notre travail est d'étudier la spécificité et la sensibilité de ce test dans le diagnostic de la dyssynergie anorectale.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective mono centrique incluant les patients ayant eu de Janvier à Juillet 2022 une MARHR avec un test d'expulsion du ballonnet. Le test d'expulsion du ballonnet a été considéré normal si la durée est inférieure à deux minutes.

Résultats : Trente et un patient ont été inclus dans notre étude. L'âge moyen était de 39 ans. Le sex-ratio H/F était de 0,93 (15 hommes et 16 femmes).
Les symptômes rapportés par les patients étaient une constipation de type terminale dans 38,7% dans cas (n=12), une incontinence active dans 6,5% (n=2) et une constipation associée à une incontinence passive dans 48,4 % (n=15).Le test d'expulsion du ballonnet était pathologique chez 67,7% des patients (n=21).La MARHR a montré une dyssynergie anorectale chez 71% % des cas (n=22). L'anisme de type I était le plus fréquent (n=16).
La sensibilité et la spécificité du test d'expulsion du ballonnet dans le diagnostic de l'anisme étaient respectivement de 68,2% et 33,3%. Les valeurs prédictives positive et négative étaient respectivement de 71,4% et 30%.

Conclusion : Notre étude suggère que le test d'expulsion du ballonnet ne représente pas un bon moyen de dépistage de la dyssynergie anorectale. Ce résultat doit en revanche être confirmé par des études ultérieures à plus large échelle.

P.145

Ulcère solitaire du rectum : à propos de 10 cas

A.M. Nefzi [1], A. Labidi [1], Y. El Mouldi [1], L. Zouiten [1], N. Ben Mustapha [1], S. Laabidi [1], M. Fekih [1], M. Serghini [1], J. Boubaker [1]

(1) Tunis, TUNISIE.

Introduction : L'ulcère solitaire du rectum (USR), pathologie rare et mal connue, fait intervenir des mécanismes physiopathologiques complexes fonctionnels et/ou anatomiques. Son diagnostic positif doit inciter le gastroentérologue à pousser les investigations afin de déterminer le mécanisme sous-jacent. La manométrie anorectale à haute résolution trouve toute sa place dans cette indication.
L'objectif de notre étude était de décrire le profil manométrique des patients atteints d'ulcère solitaire du rectum.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective mono centrique colligeant tous les patients diagnostiqués d'USR et adressés pour complément d'exploration par une manométrie anorectale à haute résolution sur une période de 2 ans [2021-2022] . Les données épidémiologiques et cliniques ont été recueillies à partir d'une fiche de renseignement pré-remplie et les Compte rendus de la manométrie ont été récupérés.

Résultats : 10 patients ont été inclus dans cette étude. L'âge moyen de la population était de 44,1±23ans avec un sex ratio de 1,5. Les circonstances de découverte de la maladie étaient diverses mais largement dominées par la constipation terminale dans 60% cas. Tous nos patients ont bénéficié d'une manométrie anorectale à haute résolution. Les troubles fonctionnels objectivés étaient comme suit : un asynchronisme abdominopelvien (n=5), une hypertonie anale de repos (n=4), la survenue d'ondes ultra lentes (n=1) et une hypersensibilité rectale (n=1). Par ailleurs, deux patients ont été diagnostiqués à la fois d'un anisme et d'une hypertonie anale de repos. Un complément par un test d'expulsion du ballonnet a été effectué chez 9 patients et était positif chez 5 patients.

Conclusion : La pratique d'une manométrie anorectale à haute résolution représente une étape primordiale dans la prise en charge de l'USR puisqu' elle conditionne la modalité thérapeutique ultérieure.

P.146

Chirurgie proctologique de l'adulte : indications et techniques

M. Acharki [1], S. Merzouk [1], M. Salihoun [1], N. Kabbaj [1]

(1) Rabat, MAROC.

Introduction : La chirurgie proctologique regroupe toutes les techniques d'interventions et de traitement des pathologies de l'anus. Proposer le bon traitement au bon moment peut être un véritable défi pour le médecin traitant qui est amené souvent à choisir entre un traitement radical susceptible d'entraîner une détérioration fonctionnelle et un traitement moins invasif avec une efficacité moindre. Le but du travail est de recenser les indications du traitement chirurgical en proctologie et de décrire les techniques chirurgicales réalisées en pratique courante.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude descriptive, de janvier 2019 à juillet 2022, incluant tous les patients qui ont été opérés pour une pathologie proctologique au service et lors des hôpitaux mobiles organisés en collaboration avec le CHU en ambulatoire.

Résultats : Ont été inclus 211 patients au total, dont 59% d'hommes et 41% de femmes, le sex-ratio était de 1,45. L'âge moyen était de 44 ans (19 - 82 ans). 9,5 % ont déjà été opérés pour un problème proctologique. 98% des patients ont bénéficié d'une rachianesthésie, 1% d'une sédation au Propofol et 0,5 % d'une anesthésie locale.
41% des malades ont été opérés pour une fistule anale dont 24% avaient un abcès au début. Le nombre de temps opératoires était de 2 dans 40% des cas, en un seul temps dans 38% des cas et en 3 temps dans 10% des cas.
27% des patients ont été opérés pour une fissure anale, postérieure dans 74% des cas, antérieure 13% des cas, antérieure et postérieure dans 11% des cas et latérale dans 2% des cas. Le temps chirurgical commun chez tous nos patients a été la fissurectomie large en queue de raquette. 30% des patients ont bénéficié d'une mini-sphinctérotomie au niveau du lit fissuraire et 21% d'une anoplastie.
17% des patients ont été opérés pour des hémorroïdes. L'hémorroïdectomie d'un ou de plusieurs paquets hémorroïdaires a été réalisée : selon la technique de Milligan Morgan dont 28% des cas et par la pince de thermofusion (Ligasure®) dont 44% des cas. 10 patients soit 28% des cas ont bénéficié de ligature artérielle sous HAL RAR DOPPLER avec Mucopexie rectale.
Le reste des patients ont été opérés pour : sinus pilonidal (5%), 2 cas de gangrène débutante (0,9%), 2 cas de sténoses anales (0,9%), 2 cas pour une maladie de Verneuil (0,9%), un condylome anal (0,5%) et 1 cas de fistule ano-vaginale (0,5%).
Les malades ont été vus à J7, à 3 semaines, puis tous les mois jusqu'à cicatrisation complète, la durée de cicatrisation était de : 6 à 8 semaines pour les fissures et les hémorroïdes, 1 à 3 mois pour les fistules et de 3 à 6 mois pour le sinus pilonidal et la maladie de Verneuil.
Concernant les complications : 1 cas de sténose anale après chirurgie d'hémorroïde avec fissurectomie, 1 cas d'infection postopératoire des berges après exérèse de sinus pilonidal et 6 récidives de fistules anales.

Conclusion : Les indications chirurgicales ont été dominées par les fistules anales, suivies par les fissures anales et les hémorroïdes. Le traitement chirurgical a été adapté et personnalisé aux résultats de l'examen proctologique sous rachianesthésie.
Les fistules anales ont été souvent traitées en deux temps opératoires.
La technique chirurgicale choisie pour traiter la fissure était une fissurectomie sans sphinctérotomie dans la majorité des cas.
L'hémorroïdectomie était l'intervention la plus pratiquée pour des hémorroïdes stade III ou IV (72%), suivie de la ligature artérielle sous HAL RAR DOPPLER (28%).

P.147

Avenir de la spécialisation en chirurgie colorectale. Quelles sont les perspectives des jeunes ?

F.C.F.P. Rahantasoa [(1)], J. Welson [(1)], A. Njakasolo [(1)], A. Rakotondrainibe [(1)], F. Rasoaherinomenjanahary [(1)], L.H. Samison [(1)]
(1) Tananarive, MADAGASCAR.

Introduction : La validation de la spécialité de chirurgie colo-rectale implique des années de formation dans des centres experts et des supports d'enseignement théorique au sein de l'Université. Le domaine d'exercice de ce métier qui s'est surspécialisé au fil du temps se restreint de plus en plus en cédant une partie de ses champs d'exercice aux autres spécialités. Notre enquête va évaluer les perspectives des jeunes sur l'avenir de la chirurgie colo-rectale.

Patients et Méthodes : Notre enquête d'opinion a évalué les perspectives des jeunes étudiants en médecine concernant la spécialité de chirurgie colo-rectale. Elle a été réalisée dans le respect de l'anonymat pour ne pas biaiser les réponses.

Résultats : Les hommes (40%) sont plus positifs que les femmes (40%) sur l'évolution de cette chirurgie digestive. Les jeunes sont optimistes sur son évolution technologique dans le futur. En effet, 93% d'entre eux estiment que la chirurgie colo-rectale de demain sera plus performante avec la robotisation et la surspécialisation d'organe. Les grands défis perçus pour demain portent notamment sur les déserts médicaux selon 60% des interviewés et 25% des jeunes considèrent que cette spécialité est menacée avec le développement accru de l'endoscopie et de l'imagerie interventionnelle. Le constat du manque de reconnaissance de la société à l'égard du personnel soignant a été associé à une appréhension du métier (p=0.002). La chirurgie a été la plus liée à une crainte de poursuite judiciaire durant la carrière parmi les spécialités (p=0.004).

Discussion : En se projetant dans l'avenir, les innovations technologiques sont plutôt bien perçues. L'approche pluridisciplinaire des pathologies sont considérées dans l'ensemble comme un avantage et le garant de sécurité des soins prodigués. Enfin, la mise en avant des immunothérapies dans la gestion des MICI est également jugée comme un bon point dans le progrès médical.

Conclusion : Les jeunes sont optimistes pour le devenir de la chirurgie colo-rectale. Dans un contexte où l'accès aux soins est déjà compliqué dans certaines zones, les déserts médicaux apparaissent comme le plus grand défi à relever pour demain.

P.148

Maladie hémorroïdaire stades III et IV : place du traitement instrumental et chirurgical

S. Belmaqrout [(1)], H. El Bacha [(1)], S. Douihi Touzani [(1)], N. Benzzoubeir [(1)], I. Errabih [(1)]
(1) Rabat, MAROC.

Introduction : La maladie hémorroïdaire (MH) est la première cause de consultation en proctologie, letraitement médical est toujours prescrit quelque soit le stade des hémorroïdes. Le traitementinstrumental peut être tenté au stade précoce. La chirurgie hémorroïdaire type Milligan etMorgan, quant à elle, est rarement un traitement de première intention, elle garde en effet desindications spécifiques où ses résultats s'avèrent excellents. L'objectif principal de notre étudeest d'analyser les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et évolutives dela maladie hémorroïdaire dans une série hospitalière.

Matériels et Méthodes : Notre étude est prospective descriptive monocentrique s'étendant sur une période allant deJanvier 2018 à Juillet 2022. Nous avons inclus tous les patients ayant des hémorroïdes stadeII et IV et ayant bénéficié d'un traitement instrumental et/ou chirurgical. Nous avons étudié plusieurs paramètres dont l'âge, le sexe, le stade deshémorroïdes, les facteurs de risque, la symptomatologie. Sur le plan thérapeutique,nous avons pris en considération l'indication de la photocoagulation par Infra Rouge (IR),de la chirurgie, leur efficacité et leur échec.

Résultats : Parmi les 476 patients suivis dans notre service pour maladie hémorroïdaire tout stadeconfondu, nous avons colligé 96patients: 63 malades (13%) ayant des Hémorroïdes stadeII et 33 malades (6.93%) ayant des hémorroïdes stade IV, dont 3 malades (10%) avaientune fissure anale associée.L'âge moyen de la population étudiée est de 39 ans (extrêmes : 22-81ans). Les maladessont répartis en 56 hommes (58%) et 40 femmes (42%), avec un sexe ratio H/F=1.4.1malade (1%) était suivi pour RCH gauche et 5 malades (5.20%) étaient suivis pour HTA. Les facteurs de risque retrouvés sont : un trouble du transit à type de constipation chez 90patients (93,75%), une notion de voyage récent chez 2cas (2 %), une grossesse chez4patientes (4%).L'expression symptomatique de la MH était des rectorragies chez 71 patients (73%),associées à une anémie sévère chez 11 patients (15.4%), des proctalgies chez 20(20%),un prurit anal dans 5cas (5%).
Tous les malades ont été mis sous traitement médical anti hémorroïdaire, traitement localveinotonique et un régulateur de transit à base et de laxatif. Tous les malades ayant desHémorroïdes stade III ont bénéficié d'un traitement instrumental IR. Le nombre moyen deséances était de 4 avec des extrêmes de 2 à 7 séances. Les effets indésirables retenus dela photocoagulation IR étaient des douleurs modérées chez 8 patients (12.69%) et desrectorragies minimes chez 5 patients (7.9%).52 patients (82%) ont rapporté une nette amélioration de leurs symptômes aprèsphotocoagulation IR à 3 mois et 11 patients (18%) ont présenté un échec à ce traitement.L' hémorroïdectomie pédiculaire ouverte type Milligan et Morgan.a été indiquée chez 39patients: après échec du traitement instrumental chez 11 patients (28%) des cas, chez les 28patients (72%) ayant des hémorroïdes internes complètement prolabées (grade IV deGoligher) dont 3 patients (10%) avaient une fissure anale associée.5 de nos patients (15%) avec stade IV n'avaient pas pu être opérés : un malade avait une RCHassocié et 4 malades étaient âgés multi tarés contre indiquant la geste chirurgical.Le traitement chirurgical a permis une amélioration des symptômes dans tous les cas opérés.La durée moyenne de cicatrisation était de 4 semaines.

Conclusion : La prise en charge de la maladie hémorroïdaire fait appel au traitement médical et ouinstrumental en première intention. Par ailleurs le traitement chirurgical reste indiqué dans lestade IV de la maladie et dans le stade III après échec des autres thérapeutiques.

P.149

Maladie de Verneuil vue en consultation proctologique : à propos d'une série hospitalière rétrospective sur 15 ans

S. Djedanoum [(1)], R. Seydou [(1)], F.Z. Elrhaoussi [(1)], M. Tahiri [(1)], F. Haddad [(1)], W. Hliwa [(1)], A. Bellabah [(1)], W. Badre [(1)]

(1) Casablanca, MAROC.

Introduction : Décrite pour la première fois en 1854, la maladie de verneuil est une pathologie chronique inflammatoire et suppurative qui se développe sur les territoires cutanés comportant des glandes sudoripares apocrines, dont les formes sévères sont très invalidantes. Cause classique de suppuration ano-périnéale soit 4,7 % des suppurations de la région, cette affection reste mal connue et peu étudiée. Nous nous sommes proposés de rapporter une série rétrospective de 28 cas sur 15 ans dont l'objectif principale est de rechercher les facteurs à risque associés à cette maladie, et décrire leurs aspects clinique et chirurgical.

Patients et Méthodes : Nous réalisons une étude rétrospective observationnelle étalée de Juillet 2007 à Juillet 2022, qui concerne la maladie de verneuil, diagnostiqué par la présence des lésions à types de nodules, d'orifices fistuleux, et/ou d'abcès localisées au niveau des sites où sont présents les glandes sudoripares apocrines, avec un caractère récidivant et chronique. Leur évolution est faite grâce à la classification de Hurley. Les variables étudiées sont d'ordre épidémiologique, clinique et thérapeutique.

Résultats : Nous avons dénombré 28 cas d'hydranite suppurée. L'âge moyen des patients est de 41,42 ans avec des extrêmes de 25 et 68 ans. La pathologie est l'apanage dans cette série, des patients dont l'âge est compris entre 43 et 48 ans. La maladie touche autant d'homme que des femmes, avec une légère prédominance de sexe féminin dont le ratio est de 1,15. Parmi les sujets féminin, 3,6% affirment constater une poussée de la maladie pendant les règles ou grossesse. Chez tous les malades, seul un patient a un antécédent familiale d'hidranite suppurée et 28,6% déclarent être tabagiques. L'obésité n'est relevée que dans 7,1% cas. Les pathologies proctologiques associées à cette affection retrouvées sont respectivement: 1 cas de sinus pilonidale et 2 cas de fistule anale.
L'âge moyen de début de la maladie est de 36,9 ans avec des extrêmes de 20 et 61 ans. Le délai moyen de diagnostic est de 4,7 ans avec des extrêmes de 6 mois et 20 ans. Les sièges des lésions observées sont respectivement: ano-périnéale isolées: 17,9%, associée dans 82,1% .dont au niveau du pubis chez 21,4% malades, et au niveau inguinal chez 28,6% des patients. Selon la classification de Hurley, on note que 35,7% sont au stade 2 et 60,7% au stade 3.
La coloscopie a été faite chez 27 patients et n'a montré aucune communication des orifices fistuleux avec le canal anal. Parmi les malades traités chirurgicalement, on note: exérèse large, monobloc de la peau et du tissu cellulaire sous jacent en un seul temps chez 11 patients et en 2 temps chez 14 malades, 2 patients ont bénéficié d'une biopsie chirurgicale avant de les envoyer en chirurgie plastique pour résection profonde suivie de greffe de la peau. L'évolution est favorable chez 92,8% des patients, marquée par une cicatrisation en moyenne de 4,6 mois sous réserve d'adhésion aux soins locaux et d'hygiène, et défavorable chez 7,2% des malades (récidive).

Conclusion : Dans cette série, la maladie de verneuil touche autant des hommes que des femmes, avec pour facteurs de risque le tabac. Sa localisation ano-périnéales est parfois, à tort, vécues comme honteuses et contribue au retard de diagnostic. Nous suggérons de toujours proposer aux patients un examen proctologique devant tout signe d'appel proctologique.

P.150

Facteurs déterminants de la qualité de vie au cours des pathologies proctologiques bénignes

I. Lassoued [(1)], H. Yacoub [(1)], A. Dhib [(1)], H. Debbabi [(1)], H. Hassine [(1)], H. Kchir [(1)], N. Maamouri [(1)]

(1) Tunis, TUNISIE.

Introduction : La pathologie proctologique est un motif fréquent de consultation en gastroentérologie. Malgré son caractère bénin, elle peut être responsable d'une altération de la qualité de vie (QdV) des patients. Dans la littérature peu d'études se sont intéressées à l'évaluation de la qualité de vie des patients consultant en proctologie.
L'objectif de notre travail était d'évaluer la QdV des patients suivis pour pathologies proctologiques bénignes (hémorroïdes, fissures) et de déterminer les facteurs associés à une mauvaise QdV.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude transversale descriptive et analytique menée sur une période de 2 mois [Aout- septembre 2022] ayant inclus les patients qui ont consulté pour une maladie hémorroïdaire et/ou fissure anale. La Qdv a été évaluée en utilisant le score SF12 qui est une version abrégée du SF-36 et ne comportant que 12 questions sur les 36.
Un score moyen de santé physique (PCS 12) ≤ 50 définit un état physique altéré, un score moyen de santé mentale (MCS 12) ≤ 42 peut indiquer une dépression clinique [1].

Résultats : Quarante patients ont été inclus. L'âge moyen des patients était de 41 ans [16-64 ans]. Une prédominance féminine a été observée avec un sex-ratio H/F de 0,6. Une maladie hémorroïdaire était présente chez 47,5% patients, une fissure anale chez 30% patients et une association des deux pathologies chez 22,5 % des patients. La durée moyenne de l'évolution des symptômes était de 30 jours. Une comorbidité était présente chez 40 % patients (Diabète type 2, Hypertension artérielle, dyslipidémie, surpoids et obésité). Un contexte de post partum était retrouvé chez 5% des patientes. Les scores moyens PCS 12 et MCS 12 étaient respectivement de 38± 9 et 37,5± 15. Une altération de la santé physique était observée dans 25% des cas. L'état mental était altéré chez 27,5% des patients. En analyse univariée, l'altération de la santé physique et/ou mentale n'était pas corrélée à l'âge (p=0,3), au genre (p=0,17), à la présence comorbidités associées (p=0,6), d'un contexte du post partum (p=0,38), de la prise ou non de traitement antérieur (p=0,4) ou de la nature de la pathologie diagnostiquée (hémorroïdes/ou fissure) (p=0,12).

Conclusion : La pathologie proctologique est responsable d'une altération de la qualité de vie attestée par un faible score de santé physique et mentale. Aucun facteur associé à cette altération de la QdV n'a été identifié dans notre étude. L'amélioration de la QdV doit être intégrée dans la prise en charge de ces maladies.

P.151

Traitement endoscopique des hémorroïdes : ligature *vs* sclérothérapie

A. El Ghmari [(1)], M. Lahlali [(1)], A. Lamine [(1)], N. Lahmidani [(1)], M. El Yousfi [(1)], D.A. Benajah [(1)], M. El Abkari [(1)], S.A. Ibrahimi [(1)], H. Abid [(1)]

(1) Fès, MAROC.

Introduction : La thérapie idéale pour les hémorroïdes est toujours débattue. Certains sont plus efficaces mais sont plus douloureux, d'autres sont moins douloureux mais leur efficacité est également moindre. Une comparaison est faite entre la sclérose et la ligature élastique en termes de l'efficacité et complications

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive colligeant les 150 patients présentant des hémorroïdes internes symptomatiques et ayant été traités par sclérothérapie, et de 247 patients traités par ligature des hémorroïdes internes au soin de notre formation sur une période de 17 ans (2005- 2022).
L'objectif de notre étude est de comparer les résultats des malades traités par injections sclérosantes et les autres traités par ligature des hémorroïdes en étudiant l'inconfort et la douleur post geste, l'efficacité à court et à long terme et le taux de complications

Résultats : L'âge moyen de nos patients était 49.6 ans, un sex-ratio M/F de 2.85, La symptomatologie était dominée par les rectorragies (97%) compliquées d'une anémie dans (43.5%);
Les indications de la sclérose étaient des hémorroïdes internes(HI) grade 2 dans 80% et grade 3 dans 12%, alors que la ligature était indiquée pour les HI symptomatiques grade 3 dans 67% des cas et de grade 2 (34.8%).
Dix patients (6.6%) avaient présenté des complications mineures dominées par des rectorragies minimes après la sclérose contre 37 cas (15%) de rectorragie, résolu spontanément dans les ligatures des HI. Le taux de récidive après la sclérose était de 26.6 % (N : 40 cas), alors que le taux de récidive dans la ligature est de 22%, Une douleur modérée à intense était rapportée par 18 patients (67.2%) dans la ligature des HI,contre 6 patients ayant bénéficié de la sclérose (4%), Le succès initial a été retrouvé chez 110 cas (73.3 %) après en moyenne 2,25 séances de sclérose (1-4). Contre un succès de 79% après 3 séances de ligatures en moyennes

Conclusion : Nous concluons que la ligature des hémorroïdes est plus efficace que la sclérose dans le contrôle des symptômes et l'effacement des hémorroïdes, mais peut être associé avec plus de douleur et d'inconfort pour le patient que la sclérothérapie

P.152

Place de la dissection sous-muqueuse dans le traitement des lésions valvulaires : étude rétrospective multicentrique

C. Yzet [(1)], T. Wallenhorst [(2)], M. Figueiredo Ferreira [(3)], J. Rivory [(4)], F. Rostain [(4)], R. Legros [(5)], J. Jacques [(5)], M. Pioche [(4)]

(1) Amiens ; (2) Rennes ; (3) Bruxelles, BELGIQUE ;
(4) Lyon ; (5) Limoges.

Introduction : L'évolution des techniques endoscopiques permet désormais le traitement de multiples lésions jusque-là réservé à une prise en charge chirurgicale. La valvule iléo-caecale est considérée comme l'une des localisations les plus difficiles [1] pour la dissection sous muqueuse (DSM). Il existe peu de données sur la place de cette technique pour la résection des lésions atteignant la valvule iléo-caecale et/ou envahissant l'iléon terminal. L'objectif de cette étude était d'évaluer l'efficacité et la sécurité de la DSM dans cette indication.

Patients et Méthodes : Tous les patients ayant bénéficiés d'une DSM pour une lésion au niveau de la valvule iléo-caecale ont été identifiés à partir d'une base de données prospective de DSM entre mars 2019 et septembre 2022 dans 3 centres. La localisation précise de la lésion (lèvre anale/caecale, commissure antérieure/postérieure, invasion iléale) a été collectée rétrospectivement à partir des comptes rendus informatique et d'une relecture des films endoscopiques lorsqu'ils étaient disponibles. Le critère de jugement principal était le taux de résection R0 défini comme une résection En Bloc avec des marges latérales et profondes histologiquement saines.
Lorsque la lésion envahissait l'iléon terminal, nous avons utilisé une technique standardisée d'ouverture de la valvule à l'aide d'un système de contre traction double + clip élastique, facilitant l'incision en marge saine sur le versant iléal [2].

Résultats : Un total de 116 patients (âge médian 71 ans, 55,2% d'hommes) répartis dans 3 centres experts en DSM ont été identifiés. La majorité des lésions étaient des laterally spreading tumors (LST) granulaire. Le diamètre médian des lésions était de 45 mm (IQR 36-60) sur 35 mm (IQR 27-45). 44,8 % (52/116) des lésions envahissaient l'iléon terminal sur 10 mm en médiane. La lésion recouvrait moins de 50% de la valvule dans 63,6% des cas, plus de 75% dans 4% des cas, et la totalité de la circonférence de la valvule dans 3% des cas. La vitesse médiane de DSM était de 25,2 mm2/min (IQR 16,6-46). Le taux de résection en bloc était de 93,9 % et le taux de résection R0 était de 78,4 %. La résection était curative chez 74,1% des patients (90/116). Les facteurs associés à l'échec d'une résection R0 étaient l'atteinte iléale (59,2% *vs* 85,9% p = 0,041), l'atteinte de la lèvre anale (67,8% *vs* 89,7% p = 0,012) et une atteinte de plus de 50% de la circonférence valvulaire (66,7% *vs* 84,1% p = 0,011).
Quatre procédures ont échoué : deux en raison d'un signe de la rétraction musculaire (2/4), l'une en raison d'une perforation de la pièce et une à cause d'un positionnement difficile pour l'exécution du geste. Sept patients ont présenté des complications post opératoires (6.0%) dont 6 hémorragies retardées et une perforation retardée nécessitant une prise en charge chirurgicale. Trois récidives endoscopiques ont été notées dans le suivi chez des patients avec résection R1, dont deux prise en charge endoscopiquement et l'une opérée.

Conclusion : La DSM pourrait être proposée en centre expert comme première option pour traiter les lésions développées sur la valvule iléo-caecale. L'atteinte iléale, de la lèvre anale et une atteinte étendue à plus de 50% de la valvule semble être des facteurs prédictifs d'échec.

P.153

Efficacité et sécurité de l'entéroscopie spiralée motorisée pour l'exploration de l'intestin grêle

N. Hanna [1], H. Alric [1], A. Aidibi [1], G. Perrod [1], A. Chupin [1], H. Benosman [1], E. Perez [1], C. Cellier [1], G. Rahmi [1]

(1) Paris.

Introduction : L'entéroscopie spiralée motorisée (PowerSpiral Olympus) est une nouvelle technique d'exploration de l'intestin grêle. Les données concernant ce dispositif récent sont limitées, notamment par rapport à l'enteroscopie double ballon. L'objectif de notre étude est d'évaluer la sécurité et l'efficacité de l'entéroscopie spiralée en termes de rentabilité diagnostique et thérapeutique chez les patients ayant des lésions visualisées à la vidéocapsule endoscopique ou à l'Entéro-IRM.

Matériels et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective monocentrique menée dans notre unité d'endoscopie entre juillet 2021 et Septembre 2022 qui a inclus tous les patients pris en charge pour un saignement digestif d'origine obscure avec une lésion visualisée à la vidéocapsule du grêle ou à l'entéro-IRM.
Le critère de jugement principal était la rentabilité diagnostique défini par le nombre de procédure avec une lésion visible rapporté au nombre total de procédures réalisées.
Les critères secondaires étaient, la rentabilité thérapeutique, le taux d'échecs techniques de la procédure et le taux de complications éventuelles liées à la procédure.

Résultats : Au total 70 entéroscopies spiralées motorisées (43 par voie hautes et 27 basses) réalisées chez 66 patients ont été inclues. L'âge médian était de 61.5 ans avec une prédominance masculine 39 H / 21 F.
La rentabilité diagnostique de l'entéroscopie spiralée était de 62.8 % (44/70). Ce taux était de 85.1 % (23/27) par voie basse et 48,8% (21/43) par voie haute.
Les lésions mises en évidence étaient : des angiodysplasies (48.5 % ; n = 34), des lésions de type inflammatoire (sténose et/ou ulcérations) (24.2%, n = 17) et des tumeurs (bénigne ou maligne) (27.1%, n = 19).
La rentabilité thérapeutique était de 79.5 % (35/44) : polypectomies (37.1%, 13/35), coagulation au plasma argon (48.5%, 17/35) et dilatation intestinale au ballonnet hydrostatique (14.2%, 5/35)
Un échec technique a été observé chez 12 patients lors d'une enteroscopie par voie haute (27.9%) en raison de l'impossibilité de franchir le SSO avec les hélices. Tous ces échecs ont eu lieu au début de l'étude (20 premiers examens) témoignant de la courbe d'apprentissage de la technique.
Il n'y a eu qu'un seul échec par voie basse (3.7%) en raison de l'impossibilité de franchir la valvule iléo-caecale.
Quelques dilacérations superficielles sans retentissement cliniques ont été notées dans 34.2% (24/70) des examens au total (haute et basse). A noter deux impactions majeurs des hélices ansi qu'une désadaptation du dispositif dans l'œsophage lors de trois entéroscopies hautes, et la désinsertion de l'embout spiralé distal au niveau de la jonction recto sigmoïdienne probabalement en rapport avec un mauvais montage du dispositif lors d'une enteroscopie basse. Aucune complication majeure n'a été observée.
A noter que parmi les 66 patients, 9 patients on eu une enteroscopie spiralée après echec d'une enteroscopie double ballon dont 5 hautes et 4 basses. La lésion a été retouvée chez 60 % des patients en enteroscopie spiralée haute (3/5) et 75 % en enteroscopie spiralée basse (3/4)

Conclusion : L'enteroscopie spiralée motorisée est un dispositif efficace pour l'exploration de l'intestin grêle notamment pour la voie basse. La réalisation d'une courbe d'apprentissage et une formation appropriée sont importantes pour un résultat optimal.

P.154

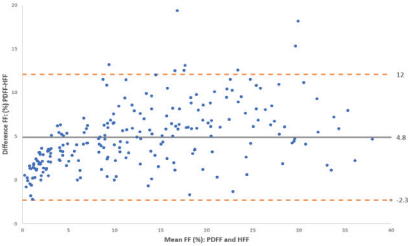
Évaluation de la performance d'une séquence IRM générique analysée avec le logiciel MRQuantif pour la quantification de la PDFF (proton density fat fraction)

T.H.T. Chau [1], T. Orcel [1], J. Chaigneau [2], B. Turlin [1], E. Bannier [1], E. Bardou-Jacquet [1], J. Boursier [2], C. Aubé [2], Y. Gandon [1]

(1) Rennes ; (2) Angers.

Introduction : La stéatose hépatique non alcoolique (NAFLD) est la maladie hépatique chronique la plus répandue dans le monde causant un problème de santé majeur. Dans 20 à 30 % des cas, la stéatose non-alcoolique évolue sous une forme beaucoup plus grave, la stéato- hépatique (Non-Alcoholic Steato-Hepatitis, NASH) qui peut évoluer vers une cirrhose du foie et éventuellement un carcinome hépatocellulaire. Ainsi, la quantification de la stéatose hépatique joue un rôle primordial pour la prise en charge de ces patients. Afin d'éviter les limitations de la biopsie, des méthodes non-invasives ont été développés pour tenter de quantifier la stéatose. L'imagerie résonance magnétique (IRM) a émergé comme une technique simple, précise et reproductible. Elle est basée sur une séquences IRM codée par le déplacement chimique pour mesurer la fraction de graisse en densité de proton (PDFF: proton density fat fraction). Chaque fournisseur d'IRM propose une séquence dédiée pour évaluer la PDFF mais avec un biais de vendeur potentiel. La méthode de quantification du fer, que nous avons proposé à partir d'une séquence multi écho de gradient indépendante du fournisseur analysée avec le logiciel gratuit MRQuantif (https://imagemed.univ-rennes1.fr/mrquantif), permet également d'obtenir la PDFF. L'objectif de cette étude a été d'évaluer la performance de cette méthode largement diffusée pour la quantification de la PDFF, sur différentes machines d'IRM, avec confrontation aux résultats de biopsie.

Patients et Méthodes : Cette étude prospective multicentrique de janvier 2007 à juillet 2020 a inclus 375 patients, ayant eu, lors d'une IRM hépatique, une séquence écho de gradient avec plus de 10 échos (2D ME GRE). Les examens ont été réalisés sur 11 machines d'IRM de différents marques, 6 à 3T et 5 à 1,5T. La PDFF a été calculée à l'aide du logiciel MRQuantif. Un sous-groupe de 43 patients a également été exploré, sur une IRM 3T Siemens, par une séquence WIP-VIBE q-Dixon, spécifique au constructeur. Les patients ont eu une biopsie permettant de grader le score stéatosique (SS). Un groupe de 221 patients a eu une détermination de la fraction graisseuse histomorphométrique (HFF : histomorphometry fat fraction). La corrélation de Spearman et la méthode de Bland et Altman ont été utilisées pour évaluer les résultats.



Résultats : Sur 375 patients analysés (âge moyen de 56 ans, 62% de hommes), la PDFF médiane était de 14,5% [IIQ 7,3% - 23%]. La stéatose était de grade 0 (8,5 %), grade 1 (47 %), grade 2 (27,5 %) et grade 3 (17 %). Le test de Spearman a trouvé une forte corrélation positive entre la PDFF et le SS (rs =0.87, p<0001). Pour le sous-groupe de 221 patients avec HFF, il existait une bonne corrélation entre PDFF et HFF avec un coefficient plus élevé (rs = 0,95, p <0,001) et l'analyse de Bland et Altman a trouvé une différence moyenne de 4,8 ± 3,7 (IC 95% : 4,4-5,4) (Figure 1). Pour le sous-groupe de 43 patients avec comparaison des PDFF obtenues par la séquence générique et la séquence du constructeur, le coefficient de régression linéaire était de 0,96 et la différence moyenne était de 2,7 % ± 2,3 % (IC 95% : 2,0% - 3,4%).

Conclusion : Cette vaste série avec recrutement multicentrique et une grande variabilité des appareils IRM, permet de valider définitivement l'évaluation de la PDFF par la méthode initialement proposée par l'Université de Rennes pour quantifier le fer hépatique. En particulier, la PDFF obtenue par une séquence générique analysée par le logiciel MRQuantif est bien corrélée à la fraction graisseuse obtenue par l'analyse histomorphométrique. Cette séquence, disponible en configuration de base sur la plupart des machines d'IRM, associée à ce logiciel en accès libre, peut être particulièrement utile pour les études multicentriques.

Remerciements, financements, autres :
PHRC régional

P.155

Efficacité et tolérance d'une nouvelle méthode de préparation colique par procédure d'hydro-lavage colique mécanisée chez des patients avec échec de préparation colique : étude ouverte chez 131 patients

D.T. Truong [(1)], J.M. Sabaté [(1)], J. Uzan [(1)], C. Pratico [(1)], J.J. Raynaud [(1)], P. Jouët [(1)], F. Mary [(1)], A. Tazairt [(1)], M. Benallaoua [(1)], G. Airinei [(1)], R. Benamouzig [(1)]
(1) Bobigny.

Introduction : La préparation colique en vue d'une coloscopie repose actuellement sur l'administration orale de solutions de lavage nécessitant l'ingestion de liquides parfois mal tolérée par les patients et à l'origine de préparations insuffisantes responsable de coloscopies incomplètes ou nécessitant de refaire examen. Le but de cette étude était d'évaluer l'efficacité et la tolérance d'une nouvelle méthode de préparation colique par procédure d'hydro-lavage mécanisée (Oprep®, France) réalisée le jour de la coloscopie après un échec de la préparation colique.

Patients et Méthodes : La procédure d'hydro-lavage colique mécanisée se pratique le jour même de la coloscopie. Elle consiste en une irrigation hydrique chez un patient allongé confortablement après mise en place d'une canule rectale (cf. photo). L'irrigation est réalisée à partir d'un réservoir de 31 litres d'eau maintenue à 37°C en utilisant uniquement la gravité (très faible pression de l'ordre de 0,7 PA) avec un débit moyen de 1 litre/minute. Contrôlée par une infirmière formée, la préparation était d'une durée de 30 à 60 minutes. La procédure a été proposée à tous les patients consécutifs ayant une préparation insuffisante soit 1) lors d'un examen précédent (définie par échelle de Boston (Boston Bowel Preparation Scale ou BBPS) < 6 pouvant ou non être responsable d'une coloscopie incomplète ou 2) avec constatation le jour de la coloscopie (première coloscopie ou non) d'une efficacité insuffisante de la purge colique avec présence de résidus solides. Les patients avec antécédent de chirurgie colique, maladie inflammatoire du tube digestifs active et ou poussée de sigmoïdite récente (<6 semaines) étaient exclus.

Score de Boston (N =131)	
Total moy ± SD / Boston ≥ 7 (%)	7.08 ± 1.47 / (67.9)
Colon ascendant moy ± SD / Boston ≥ 2 (%)	2.12 ± 0.62 / (86.3)
Colon transverse moy ± SD / Boston ≥ 2 (%)	2.50 ± 0.59/ (95.4)
Colon descendant moy ± SD / Boston ≥ 2 (%)	2.47 ± 0.65 / (91.6)

Résultats : De janvier 2021 à juin 2022, 131 patients ont été inclus dans cette étude ouverte (67 hommes, 64 femmes, âge moyen 61,5±14,8 ans, ≥ 65 ans pour 49% ; IMC 28,3 ± 7,0 kg/m² ; 2530 chez 32,1%) ont été inclus. Les comorbidités suivantes étaient présentes: HTA 54,2%, Diabète chez 34,4% et 4,6% prenaient des antidépresseurs tricycliques ou des opioïdes. Les indications de la coloscopie étaient (plusieurs motifs possibles) un examen de surveillance pour 41,2%, des douleurs abdominales chez 23,7%, une modification du transit chez 19,8%, une anémie chez 16,8%, un examen de dépistage chez 13%, des rectorragies chez 11,5% et une altération de l'état général avec perte de poids chez 4,6%. Le volume d'eau moyen utilisé pour la procédure d'hydro-

lavage colique mécanisée était 31,3 ±7,9 litres avec une durée d'irrigation moyenne de 45 ± 17 min. Le pourcentage d'examens complets était de 97 %. Le score total de Boston (7,08 ± 1,47) et les sous-scores par segments sont présentés dans le tableau en annexe (moy ± SD et % >7 pour Boston total et ou >2 par segment).
La tolérance de la procédure d'hydro-lavage par les patients était jugée bonne chez 68,7%, correcte chez 23% et mauvaise chez 7,6% (2 arrêts prématurés de la procédure), avec 82,4 % des patients de l'étude qui accepteraient de refaire cette procédure pour la préparation de leur coloscopie. Aucun événement indésirable grave n'a été signalé pendant ou après la procédure. Les événements indésirables les plus fréquents étaient les douleurs abdominales ou un inconfort chez 4 patients (3,1%), des nausées ou vomissements chez deux patients, une sensation de fatigue chez 2 patients et une irritation rectale chez 1 patient.

Conclusion : La procédure d'hydro-lavage colique mécanisée réalisée en complément d'une préparation colique standard chez des patients avec échec de préparation colique, lors d'un examen précédent ou constatée le jour même, permet de réaliser une coloscopie complète chez 97%, avec une préparation de bonne qualité (Boston >7) chez deux tiers des patients, et avec une bonne tolérance et acceptabilité. Des études randomisées sont cependant nécessaires pour confirmer ces résultats.

P.156

CPRE 2.0 : reconstruction-3D d'arbres biliaires de sténoses hilaires malignes

A. Becq [1], M. Camus-Duboc [1], G. Salin [1], M. Chartier [1], U. Chaput [1], R. Leenhardt [1], X. Dray [1], L. Arrivé [1], J. Szewczyk [1]

(1) Paris.

Introduction : La cholangiopancréatographie rétrograde endoscopique (CPRE) pour la prise en charge de sténoses malignes du hile hépatique est un geste complexe. La corrélation entre l'imagerie pré-geste par cholangiographie par résonance magnétique (CPRM) et les images de fluoroscopie 2D en per geste est difficile dans le cas d'obstacles hilaires et intrahépatiques.
L'objectif de cette étude était d'évaluer la faisabilité et l'apport potentiel, pour guider le geste, d'une segmentation-reconstruction 3D d'arbres biliaires de patients avec sténose maligne du hile hépatique réalisée à partir de CPRM.

Patients et Méthodes : Les patients ayant eu une CPRM suivie d'une CPRE pour drainage biliaire d'une sténose maligne du hile hépatique dans le service d'endoscopie digestive de l'hôpital Saint Antoine entre 2018 et 2020 étaient inclus dans l'étude. Pour chaque patient, une segmentation manuelle utilisant les images natives de CPRM (séquence de bili-IRM) était réalisée grâce au logiciel 3D Slicer © (Kitware, France). Une relecture de la reconstruction 3D était effectuée avec un radiologue expert en comparaison avec la CPRM afin de valider le modèle anatomique pour chaque patient. Le critère de jugement principal était la faisabilité de la segmentation manuelle. Les critères de jugement secondaires étaient la concordance entre la reconstruction 3D et l'interprétation radiologique initiale des CPRM, les erreurs d'interprétation faites pendant la prise en charge endoscopique, et l'utilité qu'aurait eu l'accès à la reconstruction 3D en pré-geste.

Résultats : Un total de 16 patients était inclus dans l'étude. La segmentation manuelle était réalisée avec succès dans 100% des cas. La concordance entre la reconstruction 3D et l'interprétation radiologique initiale des CPRM était de 37,5% des cas, selon la classification de Bismuth. L'analyse des reconstructions 3D montrait que l'image fluoroscopique 2D entrainait un défaut d'interprétation de l'anatomie biliaire hilaire dans 9 cas (56,0 %) et qu'une injection de contraste inutile aurait pu être évitée dans 6 cas (37,5 %). L'accès à la reconstruction 3D en pré-geste aurait pu aider à l'interprétation anatomique, et guider l'opérateur pour placer une prothèse dans un meilleur secteur de drainage pour 11 cas sur 16 (68,8%). La figure 1 au sujet d'un cas complexe illustre ces résultats.

Figure 1 : Segmentation-reconstruction 3D d'un cholangiocarcinome hilaire et son apport potentiel

A. Interprétation de l'endoscopiste expert

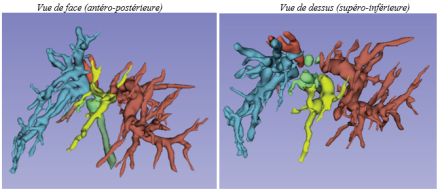
CPRE no1 :
Fil guides puis prothèses en antérieur droit (1) et à gauche (3).
Le secteur postérieur droit (2) semble se drainer à gauche (3).

CPRE no2 avec cholangioscopie :
Fil guides puis prothèses en antérieur (1) et postérieur droit (2).

TDM post CPRE montrant des prothèses en antérieur droit et à gauche (et non en antérieur et postérieur droit)

B. Reconstruction 3D

Vue de face (antéro-postérieure) *Vue de dessus (supéro-inférieure)*



Après analyse de la reconstruction 3D :
** Pas de variante anatomique. Les branches gauches du segment IV (en jaune) étaient confondues avec le secteur postérieur droit.*
** La prothèse à gauche dans le segment IV, dissocié du bloc segment II-III n'était pas la cible idéale.*
** Les secteurs antérieur et postérieur droit étaient communicants, ne nécessitant pas 2 prothèses.*

Conclusion : La segmentation-reconstruction 3D des arbres biliaires de patients avec sténose hilaire maligne est faisable et semble améliorer la compréhension de l'anatomie biliaire comparativement à la CPRM. La visualisation 3D de l'arbre biliaire pourrait donc aider à éviter les erreurs d'interprétation pendant le geste, réduisant ainsi le placement erroné ou inutile de prothèses et le nombre de gestes par patient.

P.157

Place de la gastroentéro-anastomose par endoscopie dans les sténoses malignes gastroduodénales : comparaison entre une stratégie de première ligne ou de deuxième ligne après prothèse duodénale

E. Perez-Cuadrado-Robles [(1)], H. Alric [(1)], A. Aidibi [(1)], C. Gallois [(1)], E. Ragot [(1)], C. Rives-Lange [(1)], H. Benosman [(1)], C. Cellier [(1)], G. Rahmi [(1)]

(1) Paris.

Introduction : L'apparition d'une sténose maligne gastroduodénale est une complication fréquente et grave de plusieurs cancers. Bien que l'utilisation de prothèses duodénales auto-expansibles ait amélioré la qualité de vie des patients, cette efficacité est imparfaite. La réalisation d'une gastro-entéro-anastomose par écho-endoscopie (EUS-GE) est une technique en développement et dont le positionnement par rapport à la prothèse duodénale n'est pas encore bien établi. L'objectif de cette étude est de comparer les résultats de l'EUS-GE dans une stratégie de première ou deuxième ligne après prothèse duodénale pour le traitement des sténoses malignes gastroduodénales.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude observationnelle monocentrique utilisant une base de données collectée de façon prospective. Tous les patients chez qui une gastro-entéro-anastomose par écho-endoscopie avec une technique non filoguidée a été réalisé pour le traitement d'une sténose maligne gastroduodénale entre 2020-2022 ont été inclus. Les patients ayant un antécédent de chirurgie gastrique antérieure, ceux n'ayant pas de syndrome obstructif gastroduodénal ou ceux traités à l'aide d'une technique filoguidée ont été exclus. Le critère de jugement principal était le succès clinique, défini comme une prise orale solide une semaine après l'intervention (Gastric Obstruction Outlet Syndrome Score, GOOSS≥2). Les critères de jugement secondaires étaient le succès technique et le taux d'événements indésirables (EI). L'impact sur le statut nutritionnel a également été évalué.

Résultats : Quarante-cinq patients ont été traités par EUS-GE. Dix-sept patients ont été exclus en raison de la réalisation de l'EUS-GE pour le traitement d'un syndrome de l'anse afférente (n=7), de l'utilisation de la technique filoguidée (n=5), de l'utilisation de cette technique pour accéder à l'anse biliaire (n=3) ou d'un antécédent chirurgie gastrique (n=2). Finalement, vingt-huit patients (âge moyen : 63±17.2 ans, 57.1% d'hommes) ont été inclus, 13 dans le groupe EUS-GE en deuxième ligne après prothèse duodénale (46,4%) et 15 (53,6%) traités par EUS-GE en première ligne.
Le succès technique a été atteint dans 25 cas (89,3%), sans différence entre les deux groupes (92,3% *vs.* 86,7%, p=1). Le diamètre médian de l'anse et la durée médiane de la procédure étaient de 27 mm (range : 15-48) et de 37 minutes respectivement. Le succès clinique a été obtenu pour 22 patients (88,0 %), avec trois échecs dus à des EI peropératoires (n=2) ou à une carcinose péritonéale (n=1).
La réalimentation était plus rapide chez les patients ayant déjà été traités par prothèse duodénale (GOOSS à 48h, 2 *vs.* 1, p=0.023), mais le GOOSS à 1 semaine (p=0.299), le gain d'albumine (p=0.366) et le gain d'IMC (p=0.257) étaient comparables dans les deux groupes. Le taux d'EI était de 7.1 % en raison de deux perforations coliques.

Conclusion : L'EUS-GE est une intervention dont les taux de succès technique et clinique sont élevés chez les patients atteints d'une sténose maligne gastroduodénale. Ces résultats sont indépendants du positionnement de la technique en première ou deuxième intention. Les patients déjà porteurs d'une prothèse duodénale peuvent avoir une amélioration plus rapide de leur régime, mais le score GOOSS et l'état nutritionnel à 1 semaine ou à 1 mois sont comparables.

P.158

Produits hémostatiques topiques dans la prise en charge des hémorragies digestives hautes : une revue systématique et méta-analyse

A. Barkun [1], M. Bardou [2], A. Ali A. [3], M. Sarvee [4], M. Martel [1]

(1) Montréal, CANADA ; (2) Dijon ; (3) Koweït, KOWEÏT ; (4) Vancouver, CANADA.

Introduction : Les agents hémostatiques topiques, les plus récents, ont donné des résultats prometteurs dans la prise-en-charge des patients présentant une hémorrhagie digestive haute. Cependant les données sont limitées, y compris dans les méta-analyses publiées, tout particulièrement pour la comparaison aux méthodes endoscopiques conventionnelles. Le but de cette étude était donc d'effectuer une revue systématique de la littérature puis une méta-analyse afin d'évaluer l'efficacité des agents hémostatiques topiques chez les patients présentant une hémorrhagie digestives haute dans différents contextes cliniques

Patients et Méthodes : Nous avons effectué une recherche systématique de la littérature dans les bases de données OVID MEDLINE, EMBASE et ISI Web of Science jusqu'en septembre 2021. Les études évaluant l'efficacité des agents hémostatiques topiques dans les hémorrhagies digestives hautes ont été incluses. Les deux critères de jugement principaux étaient l'hémostase immédiate et le taux de resaignement (défini comme tout type de resaignement noté entre le moment de l'endoscopie et une durée de suivi). Les autres évènements d'intérêt concernaient les resaignements à 7 jours et à 30 jours, ainsi que le taux de mortalité total, la mortalité liée au saignement, le succès technique et les événements indésirables liés à l'application de l'agent hémostatique topique. Les données pour comparer les poudres hémostatiques à une approche thérapeutique témoin, ont été analysées à tour de rôle en adoptant une méta-analyse de proportions (purement descriptive) et une méta-analyse évaluant les études comparant les produits hémostatiques topiques à une approche thérapeutique témoin.

Résultats : Au total, 980 citations ont été identifiées et 59 études incluant 3 417 patients ont été incluses dans l'analyse. L'hémostase immédiate a été réalisée chez 93% (91% ; 94%) des patients, avec des résultats semblables peu importe la cause du saignement (lésions non variqueuses comparées aux saignements variqueux), les différents agents hémostatiques utilisés ou la stratégie de traitement (primaire comparativement *versus* de secours). Le taux de resaignement a été de 18% (15%; 21%) avec la majorité des resaignements se produisant lors des 7 premiers jours. Parmi les études comparatives, les agents hémostatiques ont résulté en une hémostase immédiate plus fréquemment que les modalités endoscopiques plus conventionnelles (rapport de cote (RC) 3,94 (1,73 ; 8,96)), avec un taux de resaignement qui n'a pas différé statistiquement (RC 1,06 (0,65 ; 1,74)) tout comme le taux de mortalité ainsi que le succès technique entre les deux groupes (RC= 1.05 (0.64; 1.70) et RC=0.30 (0.01; 8.33), respectivement. Ces conclusions sont demeurées inchangées à la suite d'une série d'analyses de sous-groupe qui ont évalué l'hémostase immédiate ainsi que le resaignement, par exemple dans une analyse restreinte aux études randomisées seules, ou aux patients avec hémorragies malignes. Des événements indésirables sont survenus avec une fréquence de 2 % (1 %; 3 %). Dans l'ensemble, la qualité des études incluses était faible à très faible.

Conclusion : Comparés aux modalités endoscopiques conventionnelles, les agents hémostatiques topiques sont efficaces, et sûrs, pour la prise-en-charge de patients atteints d'hémorragies digestives, indépendamment des causes de saignement étudiées. En raison de limites méthodologiques des données disponibles, des études supplémentaires sont maintenant nécessaires pour déterminer avec plus de précision l'efficacité des produits hémostatiques topiques dans la prise en charge de patients avec une hémorragie digestive haute.

P.159

Hépatico-jéjunostomie sous écho-endoscopie : étude rétrospective bicentrique de faisabilité

J.P. Ratone [1], M. Schaefer [2], J.B. Chevaux [2], N. Alahmadi [1], S. Hoibian [1], Y. Dahel [1], F. Caillol [1], M. Giovannini [1]

(1) Marseille ; (2) Nancy.

Introduction : Au cours des deux dernières décennies, le drainage sous échoendoscopie s'est imposé comme une référence en cas d'échec de canulation ou d'anatomie modifiée ne permettant pas d'accéder à la papille duodénale. L'hépaticogastrostomie s'est imposée en première ligne devant le drainage percutanée après échec de cpre en cas de sténose duodénale ou d'anastomose hépaticojéjunale sténosée.

D'autre part, il n'est pas rare qu'une sténose biliaire survienne chez un patient gastrectomisé notamment dans les cas d'infiltration métastatique du pédicule hépatique en cas de récidive loco-régionale. Les deux options sont soit un drainage percutané soit un drainage sous échoendoscopie. A notre connaissance, ce drainage sous échoendoscopie appelé hépaticojéjunostomie n'a pas fait l'objet de séries même rétrospectives. Nous avons voulu rapporter l'expérience française d'hépaticojéjunostomie sous échoendoscopie (EUS-HJ) en sollicitant le GRAPHE pour une étude rétrospective multicentrique. L'objectif principal était la faisabilité de la technique sur le plan technique. Les objectifs secondaires concernaient l'efficacité clinique, le taux de complications, le type d'indication de l'EUS-HJ, la nécessité d'une reprise endoscopique, la reprise d'un traitement étiologique anti-cancéreux en cas de cancer, la survie médiane et tenter d'identifier des différences techniques avec un hépaticogastrostomie « classique » (EUS-HG) (matériel, taille de prothèse, autres…)

Patients et Méthodes : Nous avons inclus rétrospectivement les patients ayant bénéficié d'une EUS-HJ dans deux centres tertiaires ayant répondu à notre demande entre mai 2011 et novembre 2022. Le succès technique était définie par la mise en place d'une prothèse biliaire sans choléperitoine immédiat ni reprise chirurgicale en urgence. Le succès clinique par une disparition de l'ictère.

Résultats : Nous avons inclus 16 patients d'âge moyen de 62 ans [33-87]. 12/16(75%) étaient des hommes. Par définition, tous les patients étaient gastrectomisés (7 pour adk gastrique, 7 pour ADK type linite, 2 pour un autre cancer). L'indication de l'EUS-HJ était maligne dans 13/16 cas (81%). Le suivi médian était de 6 mois et la survie médiane de 5 mois. La procédure a été un succès technique dans 100% des cas et un succès clinique dans 14/15 (93%) des cas (un perdu de vue). 5/16 patients (31%) ont eu une complication ≥IIIA de la classification AGREE (3 angiocholites, 2 abcès hépatiques) : 2 ont été gérées radiologiquement et 3 endoscopiquement (rajout d'une prothèse via la précédente). Le taux de mortalité était de 6% (1/16) : patient décédé durant le premier mois malgré la prise initiale par EUS-HJ puis celle d'un abcès hépatique. 4/15 (27%) ayant une pathologie maligne ont pu reprendre ou initier un traitement oncologique après (deux des sténoses étiquetées bénignes se sont avérées malignes). Concernant la technique, une aiguille de 19 G standard a été utilisé dans 13/16 cas (81%) et un aiguille 19 G access dans 3/16 cas (19%). Un cystostome de 6F a été utilisé dans 100% des cas et une dilatation du trajet a été utilisé dans 1/16 cas (6%).

Dans 10/16 (62%) cas une prothèse partiellement couverte de 10 cm de design dédié à l'EUS-HG a été utilisé. Dans 3/16 cas (19%), prothèse biliaire partiellement couverte « classique » de 8 cm a été utilisé et dans 3/16 cas (19%) une prothèse totalement couverte de 8 ou 10 cm. 5 patients ont nécessité une seconde prothèse métallique lors de la même procédure ; 3 patients ont eu un drain naso-biliaire de protection et 4 une prothèse double queue de cochon de protection.

Discussion : Cette étude bi-centrique réalisée au sein du GRAPHE permet de confirmer que la technique d'EUS-HJ est faisable, sûre au sein d'équipes entrainées à l'EUS-HG. Elle s'adresse principalement à des patients graves voire en fin de vie (médiane de survie de 5 mois et seulement 27% de reprise d'un traitement oncologique). Cela confirme que l'apparition

d'un ictère néoplasique chez un patient gastrectomisé pour une pathologie oncologique est un tournant au pronostic sombre. Le drainage par EUS-HJ doit être discuté au cas par cas de manière multidisciplinaire. L'efficacité clinique est bonne (93%) comparable aux séries sur l'EUS-HG. Le taux de complications légèrement plus élevé est probablement expliqué par la gravité de la pathologie sous-jacente et les complications ont pu être gérées médicalement. Il n'y a pas de spécificité concernant le matériel pour l'EUS-HJ par rapport à l'EUS-HG. De plus, aucun cas de migration de précoce et de cholépéritoine a eu lieu dans notre centre ce qui permet de penser que la voie trans-jéjunale n'est pas plus instable que la voie trans-gastrique pour le drainage sous échoendoscopie.

Conclusion : L'EUS-HJ est un geste rare similaire à une EUS-HG mais faisable et sûr dans une équipe entraînée. Elle s'adresse principalement à des patients fragiles et présente un taux élevé de complications gérables médicalement. Cette étude nous apprend que l'EUS-HJ est également possible en cas de sténose bénigne.

P.160

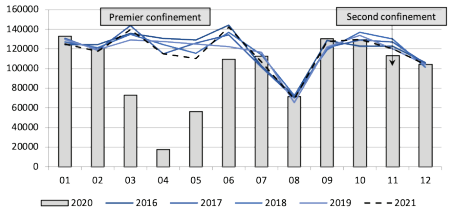
Impact de la pandémie Covid-19 sur la pratique de la coloscopie, le dépistage, le diagnostic et la prise en charge des cancers colorectaux (CCR) en France et en région Sud - Provence Alpes Côte d'Azur (PACA)

J.F. Seitz [(1)], D. Lapalus [(1)], S. Arlotto [(1)], C. Saint-Martin [(1)], Y. Rinaldi [(1)], B. Pol [(1)], P. Grandval [(1)], P. Delasalle [(2)]

(1) Marseille ; (2) Grasse.

Introduction : La pandémie COVID-19 apparue en février 2020 en France et le 1er confinement qui en a résulté ont entraîné une chute importante de la pratique des coloscopies en 2020, évaluée à 69% pendant les 8 semaines du 1er confinement (1).
Parallèlement, l'arrêt du tri postal a conduit à suspendre les invitations au Dépistage Organisé du cancer colorectal (DOCCR) par test Immunologique fécal (FIT) pendant plusieurs semaines.
Le but de ce travail est de déterminer si le ralentissement des activités de coloscopie et de DOCCR par FIT en 2020 ont eu un impact sur le dépistage, le diagnostic, et la prise en charge des CCR en région SUD-PACA et en France.

Matériels et Méthodes : Nous avons évalué le nombre de séjours pour coloscopie totale, diagnostique ou thérapeutique, et de colectomies pour CCR en France entre 2016 et 2021, en utilisant le système national des données de santé (SNDS).



Résultats : -En France, il y a eu 1 442 818 coloscopies totales en 2016 et 1 414 155 en 2019. Les données sont stables avec une légère diminution (-28 663 séjours soit -1,99% en 3 ans). Si on prolonge cette tendance pour 2020, 1 404 601 séjours seraient attendus. Or Il n'y en a eu que 1 171 429, soit une perte de recours de 233 172 séjours (-16,6%), liée essentiellement au 1er confinement (cf Fig 1: Coloscopies totales en France: activité mensuelle de 2016 à 2021).
-En PACA, 135 444 coloscopies ont été réalisées en 2016 et 135 777 en 2019. Les données sont très stables (+333 séjours, +0.25% en 3 ans). Le nombre de séjours attendus pour 2020, est de 135 888 et il n'y a eu que 111 291 : la perte de recours (-18,1%) est significativement supérieure à celle observée en France (-16,6% - p<0.001).
Pour 2021,il n'y a pas de rattrapage puisqu'on observe en France une perte de recours de -2% et en PACA une très faible augmentation du recours (+0,8%)
-La baisse du recours à la coloscopie en 2020 a été similaire chez les 50-74 ans: -16% en PACA *vs* -15% en France (p<0.001)
- Cette baisse en 2020 a porté aussi sur les coloscopies avec ablation de polypes (-19,1% en PACA et -15.3% en France - p<0.001) et n'a pas été rattrapée en 2021 (-2,5% en PACA *vs* +4,5% en France), ce qui peut faire craindre une augmentation future de l'incidence du CCR…
-La baisse des coloscopies pour diagnostic de cancer en 2020 a été beaucoup plus faible, et significativement plus basse en PACA (-2% *vs* -4% ; p<0.001)
-Le nombre de colectomies pour cancer est en baisse de 2016 à 2019, aussi bien en PACA (-13%) qu'en France entière (-14%). En 2020, on note une baisse très discrète des colectomies pour cancer par rapport au chiffre attendu (-2% en PACA *vs* -1% en France – p<0.001), rattrapée en 2021 (+7% en PACA +10% en France).
-Entre 2016 et 2021, 10% des coloscopies en PACA chez les 50-74 ans ont été précédées par un FIT dans les 6 mois (50 737 / 510 835) : il n'y a pas eu de baisse en 2020 et même

une augmentation (+20% par rapport à 2019), et une forte augmentation en 2021 (+32% par rapport à 2020). La part des coloscopies thérapeutiques y est plus élevée (52% *vs* 40% si non précédée d'un FIT – p<0.001)
-Enfin, le taux de "couverture" par FIT dans les 2 ans et/ou coloscopie dans les 5 ans en région PACA a plutôt augmenté pendant la pandémie, passant de 44,8% en 2016-17, et 44,3% en 2018-19 à 47,5% en 2020-21 (p<0.001).

Conclusion : La perte de recours à la coloscopie en 2020 a été majeure en France (-16.6%) et en région PACA (-18%). Elle a été du même ordre chez les 50-74 ans. Elle a porté également sur les coloscopies thérapeutiques (-15,3% *vs* -19,1%) et cette baisse n'a pas été rattrapée en 2021, ce qui peut faire craindre un rebond futur de l'incidence du CCR. En revanche, il n'y a pas eu de diminution franche des coloscopies pour diagnostic de cancer colorectal ni du nombre de colectomies pour CCR en 2020 (-1% en France, -2% en PACA), lesquelles ont augmenté en 2021 (+10% en France, +7% en PACA).
Enfin le nombre de coloscopies précédées d'un FIT dans les 6 mois a augmenté en 2020 (+20%) et en 2021 (+32%) en PACA, parallèlement au taux de participation au FIT, en augmentation pendant la pandémie, expliquant ainsi une amélioration de la couverture par FIT et/ou coloscopie en 2020-2021.

Remerciements, financements, autres : l'Instance Régionale de la Pertinance des Soins (IRAPS) de l'ARS-PACA et le CRCDC-SUD-PACA.

P.161

Évaluation de l'efficacité sur le long terme de la prise en charge des sténoses biliaires bénignes par hépatico-gastrostomie écho-endoscopique, en cas d'échec ou d'impossibilité d'accès des voies biliaires par CPRE

A. Harouchi [(1)], S. Oumrani [(2)], F. Caillol [(3)], A. Solovyev [(3)], J.P. Ratone [(3)], Y. Dahel [(3)], S. Hoibian [(3)], M. Marx [(4)], M. Robert [(4)], S. Godat [(4)], M. Giovannini [(3)]

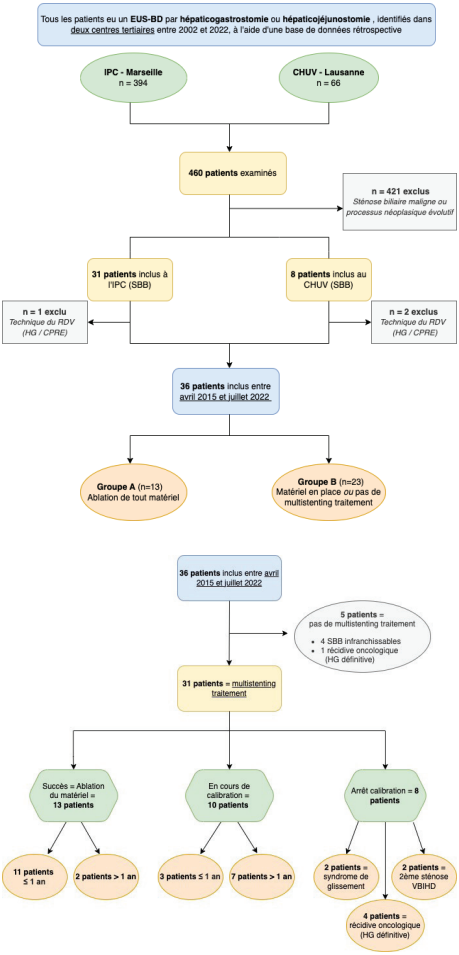
(1) Rouen ; (2) Paris ; (3) Marseille ; (4) Lausanne, SUISSE.

Introduction : La prise en charge des sténoses biliaires bénignes (SBB) se fait classiquement par cholangio-pancréatographie rétrograde endoscopique (CPRE) avec mise en place d'un nombre croissant de prothèse biliaire plastique trans-sténotique. Parfois, le traitement endoscopique des SBB est difficilement réalisable. C'est le cas des patients ayant une anatomie altérée ou lorsque l'ampoule de Vater est en place mais non accessible à un traitement rétrograde ou encore lorsqu'il y a échec de CPRE. Dans tous ces cas, le drainage biliaire transhépatique percutané (PTBD) est une alternative à la CPRE, mais est associé à une altération de la qualité de vie et à un taux de morbidité non négligeable. La CPRE assistée par entéroscopie (E-CPRE) est une alternative fastidieuse avec un temps d'intervention long et un succès technique variable selon les anatomies. Malgré l'utilisation croissante du drainage biliaire sous écho-endoscopique (EUS-BD) et plus particulièrement de l'hépaticogastrostomie (HG), pour le traitement des sténoses biliaires malignes, son application pour les SBB est encore limité. Une approche thérapeutique en deux étapes consistant d'abord à la création de l'HG par EUS-BD puis secondairement à la calibration de la sténose par voie antérograde à travers l'HG, a été décrite dans quelques études, sans évaluer son efficacité sur le long terme. Le but de notre étude est d'évaluer, rétrospectivement, l'efficacité sur le long terme de la prise en charge des SBB par HG écho-endoscopique, en cas d'échec ou d'impossibilité d'accès des voies biliaires par CPRE.

Matériels et Méthodes : Cette étude, bi-centrique (IPC - Marseille ; CHUV - Lausanne) et rétrospective, incluait les patients ayant eu un traitement par EUS-BD pour une SBB entre 2002 et 2022. La 1ère étape consistait à l'EUS-BD par HG avec mise en place d'une prothèse métallique entièrement couverte et extirpable (FCSEMS) entre l'estomac et les voies biliaires intra-hépatiques gauches. Dans un 2ème temps, à 1 mois, était réalisé le retrait de la FCSEMS puis le traitement antérograde de la sténose par dilatation au ballonnet et mise en place d'une ou plusieurs prothèses plastiques en trans-sténotique. Les séances de calibration étaient programmées tous les 3 mois pendant 1 an avec augmentation progressive du nombre de prothèses. L'objectif principal était l'ablation de tout matériel à 1 an considérant ainsi la SBB calibrée. Le succès technique et les événements indésirables ont été évalués.

Résultats : 36 patients de 69 ans d'âge moyen [35.0-89.0] ont étaient inclus dont la majorité avaient une anatomie altérée (94%) avec une sténose de l'anastomose hépaticojéjunale (AHJ) (86%). Le succès technique de l'EUS-BD était de 100% (35 hépaticogastrostomies et 1 hépaticojéjunostomie). Le franchissement de la sténose a été réalisé chez 32 patients (89%) et parmi eux, 31 patients (86%) ont bénéficié d'un multistenting traitement avec une médiane d'endoprothèses insérées de 3 [1–4] et une médiane de séances de calibration de 5 [2.0-18.0]. L'ablation de tout matériel à 1 an a été effectué chez 11 patients sur 33 soit 33,3% (3 patients n'ayant pas atteint les 1 an de calibration). 2 patients supplémentaires ont vu leurs prothèses retirées à 15 et 16 mois, ainsi l'ablation de tout matériel, quel que soit le délai, a été obtenu chez 13 patients sur 36 (36,1%). Aucune récidive de la sténose n'a été rapportée, avec une médiane de suivi après l'ablation du matériel de 6 mois [0.0 – 5 ans] et une moyenne de 14 mois. 15 patients (41,6%) ont développé des complications dans le mois suivant l'EUS-BD ayant nécessité des interventions endoscopiques (Clavien-Dindo Grade IIIb) dont 5 pour angiocholite secondaire à la migration de la FCSEMS. 1 patient a nécessité une hospitalisation

en réanimation (Clavien-Dindo grade IVb) secondaire à un choc septique sur angiocholite. Toutes les complications étaient d'évolution favorable après traitement médical et/ou endoscopique adapté. Les complications grade IIIb ou IVb étaient significativement moins fréquentes (p = 0,0198) chez les patients dont le matériel a pu être retiré (n=13) comparativement aux patients dont le matériel était toujours en place ou qui n'ont pas pu bénéficié d'un multistenting traitement (n=23). La durée moyenne d'hospitalisation cumulée totale était de 26 jours avec 6 anesthésies générales nécessaires en moyenne pour l'ensemble du traitement, incluant les interventions secondaires aux complications. Enfin, la médiane de suivi de notre étude était de 18 mois [44 jours – 6 ans] avec une moyenne de 26 mois.



Conclusion : La prise en charge des SBB par une approche thérapeutique en 2 étapes, d'abord en réalisant une EUS-BD par HG puis, en calibrant la sténose par multistenting traitement tous les 3 mois pour une durée d'1 an au total, semble être une alternative efficace à la PTBD ou à l'E-CPRE, lorsque la CPRE n'est pas réalisable. Même si notre étude n'a pas mis en évidence de récidive de la sténose après l'ablation des prothèses, un suivi à plus long terme des patients est nécessaire pour conforter nos résultats préliminaires.

P.162

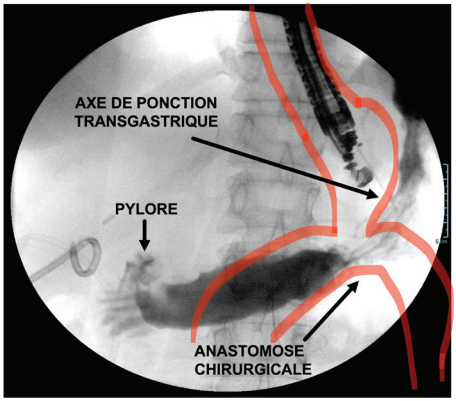
Facteurs de risque de cathétérisme biliaire difficile lors de la procédure EDGE (Endoscopic ultrasound-Directed Trangastric ERCP) chez les patients opérés d'un bypass gastrique

E. Perez-Cuadrado-Robles [(1)], H. Alric [(1)], H. Benosman [(1)], T. Poghosyan [(1)], A. Vienne [(1)], E. Ragot [(1)], A. Aidibi [(1)], M. Karoui [(1)], G. Rahmi [(1)], C. Cellier [(1)]

(1) Paris.

Introduction : On sait peu de choses sur la façon d'effectuer l'anastomose gastro-gastrique afin de réaliser une CPRE trans-anastomotique lors de la procédure EDGE (Endoscopic ultrasound-Directed Trangastric ERCP) chez les patients ayant subi un bypass gastrique. La difficulté de la CPRE peut être due non seulement au cathétérisme biliaire lui-même, sinon surtout au passage de l'anastomose endoscopique et le positionnement du duodenoscope en face de la papille, qui peuvent s'avérer défiants.
Le positionnement de la prothèse métallique couverte d'apposition (LAMS) et le choix de son emplacement (Figure 1) semblent être des paramètres cruciaux pour assurer une CPRE sûre et efficace. L'objectif de cette étude est d'évaluer les facteurs de risque de CPRE difficile lors de la procédure EDGE.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude observationnelle monocentrique. Tous les patients traités par une procédure EDGE de 2020 à 2022 selon un protocole standardisé ont été inclus. Les facteurs de risque de CPRE difficile, définis comme une durée supérieure à 5 minutes pour obtenir une position courte avec le duodenoscope dans le deuxième duodénum, ou la nécessité de dilater la prothèse métallique couverte d'apposition (LAMS), ont été évalués. Le taux de complications et le suivi des patients ont aussi été évalués.



Résultats : Quarante et une CPREs ont été réalisées chez 26 patients (57±7.7 ans, 57.7% d'hommes). Une pathologie biliaire lithiasique (n=19, 73.1%) était l'indication principale. La mise en place de la LAMS par écho-endoscopie a été réalisée en utilisant une technique filoguidée dans la plupart des cas (n=23, 88,5%). L'anastomose était gastro-gastrique pour 19 patients (73.1%) et jéjuno-gastrique pour 7 (26.9%). Elle se situait principalement dans l'estomac moyen-exclu (n=18, 69.2%) avec un axe oblique (n=17, 65.4%). La CPRE secondaire a été réalisée avec succès dans 96.2% des cas, soit en deux temps (88.5%), soit en un temps (11.5%).
Il y a eu 10 CPREs difficiles (38.5 %) en raison de la durée pour se positionner (n=8, 30.8 %) et/ou de la nécessité de dilater l'anastomose endoscopique (n=8, 30.8 %). Par une analyse multivariée ajustée sur les procédures en deux étapes, les facteurs de risque associés à une positionnement difficile étaient l'emplacement de l'anastomose en site jéjuno-gastrique [85.7% *vs.* 14.3%, (ORa 25,1 ;IC95% 1.2- 518), p=0.037], et l'anastomose vers l'estomac exclu proximal (axe

sous-cardial) ou distal (pre-pylorique) [87. % *vs*. 12.5%, ORa 37.3 ; IC95% 1.9 - 711), p=0.016]. Tous les patients avec un axe horizontal ou vertical de la LAMS ont eu une CPRE avec positionnement difficile (facteur de confusion, p<0.001).
Il n'y a eu qu'une seule complication (3.8%) chez un patient avec une anastomose jéjuno-gastrique endoscopique et un axe vertical de la LAMS située dans l'estomac exclu pre-pylorique, qui a nécessité une prise en charge chirurgicale. Il n'y a pas eu de fistule gastro-gastrique au cours d'un suivi médian de 4 mois (1-18), ni de reprise de poids statistiquement significative (p=0.465).

Conclusion : L'emplacement de l'anastomose endoscopique, l'anatomie gastrique exclue et l'axe de la LAMS sont des facteurs critiques à prendre en compte lors de la procédure EDGE afin d'assurer la réussite de la CPRE secondaire. Ils peuvent entraîner un passage difficile à travers de l'anastomose endoscopique avec des éventuelles complications.

P.163

Dissection sous-muqueuse avec traction adaptative A-TRACT : résultat des 55 premières procédures

L.J. Masgnaux [(1)], J. Grimaldi [(1)], R. Legros [(2)], T. Wallenhorst [(3)], J. Rivory [(1)], J. Jacques [(2)], M. Pioche [(1)]

(1) Lyon ; (2) Limoges ; (3) Rennes.

Introduction : Une bonne exposition de la sous-muqueuse est un facteur clé de succès lors de la dissection sous-muqueuseendoscopique (DSM), et peut être obtenue par différents dispositifs de traction. Néanmoins, ces différents dispositifs ont tousune quantité fixe de force de traction qui tend à diminuer au fur et à mesure que la dissection progresse. Au contraire, ledispositif A-TRACT, avec son design innovant, offre la possibilité d'augmenter la traction en cours de procédure afind'améliorer l'exposition par triangulation.

Matériels et Méthodes : Dans cette étude rétrospective, nous avons analysé les dissections sous muqueuses consécutives avec le dispositifA-TRACT (dans ses versions à 2 ou 4 boucles actives (A-TRACT 2 et 4) ou à 2 boucles actives + 2 libres (A-TRACT2+2) entre avril 2022 et octobre 2022 à partir de la base de données prospective française. Le dispositif a été utilisé chaque fois qu'il était disponible. Nous avons recueilli les caractéristiques de caractérisation de la lésion, de la procédure (durée, succèscomplications), le résultat histologique ainsi que les conséquences cliniques pour le patient en termes de sécurité et deguérison.

Résultats : Au total, 52 patients ont été analysés avec 55 résections réalisées par 2 opérateurs expérimentés (47 interventions) et 6 novices (8 interventions) : Les lésions étaient localisées dans l'estomac (3), le duodénum (1), l'appendice (2), le colon (44, dont 5 envahissant la valvule), le rectum (5). Les dispositifs A-TRACT utilisés étaient A-TRACT 2 (21), A-TRACT-2+2 (29) et A-TRACT-4 (3). Le diamètre maximal moyen des lésions était de (53 mm ; écart-type 20-125), la surface moyenne des lésions était de (2133 mm2 ; écart-type 333-9812), la durée moyenne de la procédure était de (60 min ; écart-type 7;150) avec une vitesse de dissection de (37,4 mm2/min, écart-type 6-141). 3 événements indésirables ont été observés : 1 perforation (1,9%), refermée endoscopiquement et 3 hémorragies retardées (3,8%). Un patient a dû subir une endoscopie hémostatique secondaire, et aucun n'a nécessité une chirurgie secondaire opérée. Le taux de R0 était de 98%, résultant en une résection curative dans 96% des cas. Dans 5 cas, le dispositif A-TRACT a connu une défaillance technique sans que cela empêche la fin de la procédure (1 décrochage de l'élastique, 2 décrochages du point d'ancrage postérieur, et 2 échecs de serrage du dispositif).

Conclusion : La dissection sous-muqueuse endoscopique utilisant le dispositif A-TRACT est sûre et efficace pour l'ensemble du tube digestif. Elle pourrait s'avérer particulièrement utile dans les localisations difficiles comme l'appendice ou le duodénum, ainsi que pour les lésions de grande taille. Nous pensons que ce dispositif pourrait par ailleurs augmenter les vitesses de résections, et une étude prospective avec opérateurs entraînés sur lésions coliques est en cours de réalisation pour étudier ce paramètre.

P.164

Traitement sous écho-endoscopie de sténoses bénignes d'anastomose bilio-digestive : un nouveau standard ?

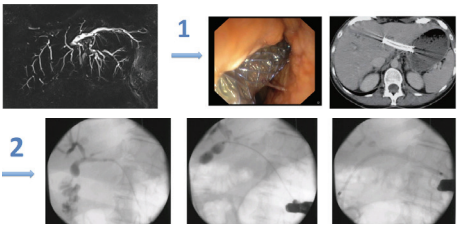
S. Leblanc [(1)], R. Bourdariat [(1)], F. Fumex [(1)], F. Mithieux [(1)], R. Gincul [(1)], V. Lepilliez [(1)], C. Lefort [(2)], B. Napoléon [(1)]

(1) Lyon ; (2) Bayonne.

Introduction : La prise en charge d'une sténose bénigne d'anastomose hépatico-jéjunale (AHJ) chez un patient avec anatomie modifiée (post DPC par exemple) est complexe. Le drainage biliaire radiologique percutané par voie trans-hépatique (PTBD) a longtemps été le standard thérapeutique, avec une morbidité significative, un nombre important de ré-interventions. et la présence de drains externes, impactant la qualité de vie des patients. L'entéro-CPRE a été proposée (EA-CPRE), mais il s'agit d'une technique difficile, chronophage, peu répandue, nécessitant un matériel dédié. Plus récemment, le drainage sous écho-endoscopie, par cholédoco-duodénostomie ou hépatico-gastrostomie (HGS), a démontré son efficacité dans la prise en charge des ictères par obstacle tumoral. En cas de sténose bénigne d'AHJ, les performances de l'HGS restent controversées avec de rares données publiées1. Nous présentons une étude rétrospective de notre expérience de traitement sous écho-endoscopie des sténoses bénignes d'AHJ.

Patients et Méthodes : Tous les patients consécutifs avec sténose d'AHJ post-opératoire, sans récidive carcinologique évidente, adressés pour traitement sous écho-endoscopie ont été inclus dans un registre prospectif. Le traitement endoscopique a été similaire pour tous les patients, avec pour étapes successives:

1. HGS avec pose d'une prothèse métallique entièrement couverte, de 10mm de large
2. Après 2 à 6 semaines, ablation de la prothèse, dilation de la sténose de l'AHJ (+/- cholangioscopie +/- lithotritie de calculs) et calibrage de l'anastomose par 2 ou 3 prothèses plastiques doubles queues de cochon, trans-anastomotique et trans-gastrique
3. Changement des prothèses tous les 4 mois, pour un calibrage d'une durée d'un an, avant extraction définitive



Résultats : 18 patients adressés entre 01/2020 et 10/2022 ont été inclus. Tous les patients étaient symptomatiques (angiocholite, perturbations des tests hépatiques), sans argument pour une récidive tumorale en imagerie. La chirurgie initiale était: DPC pour tumeur pancréatique ou ampullaire (n=15), résection de voie biliaire pour lésion bénigne (n=1), hépatico-jéjunostomie pour cholécystectomie complexe (n=2). 10 patients (55%) avaient eu au moins un traitement antérieur de la sténose anastomotique : par réfection chirurgicale (6), PTBD (6), EA-CPRE (1 cas avec échec).

En échoendoscopie une aérobilie était notée dans 28%, les voies biliaires étaient fines dans 61% des cas. L'HGS a été possible chez 17 patients (94%). Un échec avec malposition de la prothèse en intra-péritonéal était traité par chirurgie immédiate. Le 2ème temps a été possible et complet chez 16 patients/17 (délai moyen 30,6j), avec franchissement de l'AHJ sous fluoroscopie (n =14) ou cholangioscopie (n=2), lithotritie de calculs (n= 4), dilatation de l'anastomose et mise en place de 2 ou 3 prothèses plastiques. Pour le dernier patient l'AHJ n'était pas repérée malgré la cholangioscopie et la cholangiographie, nécessitant une reprise chirurgicale. Le succès technique était au total de 89%.

2 patients ont présenté des complications (11,1%): 1 cas de migration intra-péritonéale de la prothèse d'HGS, 1 angiocholite à J2 de l'HGS par dysfonction prothétique, traitée endoscopiquement par insertion de prothèse dans la prothèse. Le succès clinique est en cours d'analyse. 2 patients ont eu le calibrage pendant 1 an, sans récidive de sténose après ablation du matériel. 14 patients sont en cours de traitement.

Conclusion : Le traitement sous écho-endoscopie des sténoses bénignes de l'AHJ est une option techniquement possible dans 88% des cas. Il permet le cathétérisme et le calibrage par voie transgastrique de l'AHJ. Le principal avantage est d'éviter les drains externes prolongés. La morbidité (11,7%) est identique à celle des drainages biliaires sous écho-endoscopie en situation tumorale. Le suivi à long terme est en attente pour évaluer le risque de récidive sténotique après traitement endoscopique.

P.165

Avons-nous amélioré le dépistage de la contamination des duodénoscopes après l'instruction 2018 ? Première étude multicentrique française

Y. Bour [1], X. Bertrand [1], G. Vanbiervliet [2], E.L. Belotti [3], T. Lavigne [3], G. Boivineau [4], I. Boytchev [5], B. Jais [6], A. Guilloux [6], U. Chaput [6], J. Rivory [7], F. Caillol [4], O. Rouquette [8], T. Degand [9], E. Muggeo [9], P. Ah-Soune [10], C. Simac [11], I. Fassler [12], C. Sakr [6], L. Plastaras [13], J. Privat [14], J. Jézéquel [15], I. Cemachovic [9], M. Simon [6], J.B. Chevaux [12], L. Vuitton [1], S. Koch [1]

(1) Besançon ; (2) Nice ; (3) Strasbourg ; (4) Marseille ; (5) Le Kremlin-Bicêtre ; (6) Paris ; (7) Lyon ; (8) Clermont-Ferrand ; (9) Dijon ; (10) Toulon ; (11) Saint-Denis (La Réunion) ; (12) Nancy ; (13) Colmar ; (14) Vichy ; (15) Brest.

Introduction : L'émergence d'infections à bactéries multirésistantes transmises par les duodénoscopes sont une complication majeure parfois létale. En 2017 l'ANSM allait jusqu'à demander le retrait de tous les TJF180 (duodénoscopes avec capuchon non amovible), plus un contrôle microbiologique mensuel. Finalement, après négociation avec les sociétés savantes, la direction générale de l'offre de soins (DGOS) a publié l'instruction de juillet 2018, qui modifie les modalités de pré traitement, de désinfection et de contrôle microbiologique des duodénoscopes. Dans la même période, les firmes ont amélioré les extrémités distales des endoscopes facilitant la désinfection.L'objectif de l'étude était de déterminer si cette instruction a permis de diminuer le taux de contamination des duodénoscopes.

Matériels et Méthodes : Nous avons réalisé une étude observationnelle rétrospective multicentrique française. Nous avons collecté les résultats des prélèvements microbiologiques de dépistage des duodénoscopes entre les périodes « avant » (01/01/2016 au 31/12/2017) et « après » (01/01/2019 au 31/12/2020) cette instruction DGOS. Les données ont été recueillies au moyen d'une enquête, dans les centres volontaires, remplie par les responsables de hygiène/sécurité des centres respectifs. Les résultats des prélèvements sont classés en 3 niveaux : cible (=bon), alerte (=vigilance) et action (=endoscope non utilisable).L'objectif principal était de comparer le taux des résultats d'échantillons non conformes (alerte et action). Les objectifs secondaires étaient : faire un état des lieux du parc de duodénoscopes, du mode de stockage, du personnel de désinfection et des centres d'endoscopie, le taux de réussite de l'application de l'instruction, du type de contamination.

Résultats : Nous avons obtenu les réponses de 23 centres, 3 privés, 20 publics dont 15 universitaires. Elles concernent 182 duodénoscopes qui ont été prélevés sur ces 2 périodes. Les centres réalisaient en moyenne (SD = 284.84) 442 CPRE / an. La majorité des centres utilisait un laveur désinfecteur d'endoscope (95.2%). La majorité des employés réalisant le nettoyage des duodénoscopes étaient des aides-soignantes (66.7%). La formation initiale et continue était majoritairement réalisée en interne (68.4% pour les 2). Les duodénoscopes étaient entre 82 et 77% des Olympus.Nous avons étudié 1 476 prélèvements, 593 avant, 883 après. Il y avait 112 (18,9%) de non-conformes (alerte et action) « avant », contre 241 (27,3%) « après », avec une différence significative ($p < 0,001$).La proportion de résultats non conformes des échantillons n'est pas significativement différente selon : la marque de l'endoscope ($p = 0,3$), le centre ($p = 0,88$) ou le type de stockage ($p = 0,14$), ni selon l'âge du duodénoscope ($p = 0.131$).Nous n'avons pas observé de différence significative sur le respect du caractère trimestriel des prélèvements avant et après l'instruction de la DGOS ($p = 0,839$).

Conclusion : De manière paradoxale, nous avons constaté plus de prélèvements non conformes après la publication de l'instruction de la DGOS de 2018, nous pouvons supposer que la sensibilité des prélèvements a augmenté, et que le dépistage de contamination de duodénoscopes s'est amélioré. Des progrès sont possibles, notamment avec une meilleure adhésion à la loi, des méthodes d'évaluation plus sensibles et la standardisation des procédures. Une des conséquences majeures de cette étude a été de déclencher une réflexion dans chaque centre sur le suivi de l'instruction. D'autres études devraient être réalisées pour évaluer l'efficacité de l'instruction nationale de façon systématique et pour tout le territoire national.

P.166

Fermeture de la cicatrice de résection des polypes du côlon de grande taille : description et résultats d'une nouvelle technique

F.S. Marin [1], E. Abou Ali [1], A. Belle [1], R. Coriat [1], S. Chaussade [1]

(1) Paris.

Introduction : Les techniques endoscopiques modernes (dissection sous-muqueuse (ESD), mucosectomie (EMR)) permettent la résection de polypes colo-rectaux de plus en plus volumineux (>2 cm). Le risque d'hémorragie digestive (HD) post résection dépend de la taille de la résection, de l'existence de comorbidités, du siège du polype (colon droit) et de la prise d'antiagrégants plaquettaires ou d'anticoagulants permettant d'établir des scores de risque. Récemment, il a été montré que la fermeture de ces résections par des clips permettait de diminuer le risque d'HD post EMR. Néanmoins, seule la fermeture complète de la résection (possible dans 50% des cas) était associée avec une diminution importante (>90%) du risque d'HD post résection. La taille et le siège de la résection étaient les 2 facteurs d'échec de la fermeture par des clips. L'objectif du travail était la description d'une nouvelle technique de fermeture des résections endoscopiques.

Matériels et Méthodes : Apres la résection par EMR/ESD d'une lésion de plus de 25 mm, la méthode de fermeture était standardisée: utilisation d'un coloscope standard adulte avec un diamètre >3.2 mm; utilisation d'une endoloop qui était tractée en parallèle de l'endoscope ou larguée par le canal opérateur avant la fermeture; fixation de l'endoloop par des clips sur les berges de la résection (Boston ou Life) à 12 heures (h), 2h, 4h, 6h, 8h et 10 h; fermeture de l'endoloop soit directement, soit par récupération de l'endoloop par le mandrin de cette dernière.

Résultats : 20 patients (12 femmes, âge médian de 68.5 ans), ayant eu une résection d'une lésion de plus de 25 mm ont eu une fermeture de la résection par cette technique. 3 patients recevaient des anticoagulants et 3 des antiagrégants plaquettaires. Le siège de la résection était le rectum (7 cas), le colon sigmoïde (3 cas), le colon transverse (1 cas), le colon droit (3 cas), le caecum (5 cas) et le duodénum dans 1 cas. La taille médiane du diamètre maximal était de 37.5 mm (extrêmes : 25–75 mm). 15 lésions (75%) ont été enlevées par ESD et 5 (25%) par EMR. Pour les 19 lésions coliques, selon le score CSBPE, 2 patients avaient un risque d'HD faible, 10 modérée et 7 élevé. Un succès technique a été obtenu dans 100% des cas; seuls 3 patients ont eu besoin d'1 clip supplémentaire pour avoir une fermeture complète de la résection. Tous les patients ont été revus à 1 mois; le taux d'hémorragies, de perforations retardées ou de syndrome post polypectomie était de 0%.

Conclusion : Cette nouvelle technique originale utilisant une endoloop et des clips, est simple et faisable par tous les endoscopistes avec un coloscope adulte standard. Elle permet une fermeture des résections dans 100% des cas quelque soit le siège de la résection avec un taux d'HD post résection de 0%.

P.167

Prévalence des troubles musculosquelettiques relatifs à l'endoscopie digestive

H. El Bacha [1], M. Konso [1], L. Nkurunziza [1], S. Dilal [1], S. Elhilali [1], R. Razine [1], N. Benzzoubeir [1], I. Errabih [1]

(1) Rabat, MAROC.

Introduction : Les troubles musculo-squelettiques (TMS) correspondent à des atteintes de l'appareil locomoteur (muscles, tendons, squelette…). Les TMS associés au travail sont les TMS provoqués ou aggravés par les conditions de travail.

L'activité endoscopique est connue pour les positions non ergonomiques qu'elle impose au praticien, responsables de contraintes articulaires et d'une charge de travail physique et mentale.

Le but de notre travail est de mesurer la prévalence des TMS chez les hépato-gastroentérologues (HGE) et d'en évaluer les facteurs de risques.

Matériels et Méthodes : Il s'agit d'une étude observationnelle, descriptive et analytique multicentrique internationale du 04/01/2022 au 18/10/22,menée auprès de praticiens d'endoscopie digestive qui ont répondu volontairement à un questionnaire auto administré via Google Form contenant trois parties : les caractéristiques socioprofessionnelles des HGE enquêtés, des questions pour l'évaluation des TMS et des traitements pris et des questions pour l'évaluation de l'environnement psychosocial et la charge du travail.

L'analyse de données a été faite par le Logiciel Jamovi 2.2.5.

Résultats : Nous avons recruté 417 participants dont la médiane d'âge était 37 [32 ; 48] avec prédominance féminine 250(60%) et un IMC moyen de 24,9 (±3,44).

Une participation de 79(19%) Résidents, 246(59%) spécialistes et 92(22%) professeurs en HGE. La médiane de l'ancienneté de pratique endoscopique était de 84 mois [84 ; 196].

Pour ce qui était des TMS, 171 (41%) des participants avaient des ATCD anciens de troubles musculaire et articulaires, l'incidence de survenue de TMS dans les 12 mois précédents l'étude était de 120 (28,7%) et dans les derniers 7 jours 183 (43,88%).

Le bas du dos 130(71%), le cou 120(65,5%) et le poignet droit 75(41%) représentent les zones les plus atteintes. Les niveaux les moins touchés sont les hanches 20(11%) et les coudes 12(6,5%).

Les TMS étaient retrouvés chez 101 (43,7%) des participants avec IMC> 24kg/m2 contre 53 (23,2%) qui avaient un IMC < 18 kg/m2.

Les praticiens ayant un ATCD ancien de troubles musculaire et articulaires avaient plus de risque de TMS dans l'année comparé aux praticiens sans ATCD de TMS, avec un p value statistiquement significatif p< 0,003 (52,6% *vs* 37,8%) ; il y avait également une relation statistiquement significative entre l'âge ; l'ancienneté de la pratique endoscopique ; la pratique de l'endoscopie thérapeutique et la présence TMS chez nos participants avec respectivement des p value de p<.001(40-60ans 61,2% *vs* <40ans 30,5%) ; p=0,024 ; p<.001.

Il y avait également une relation statistiquement significative entre la pratique de l'endoscopie avancée (EE+ CPRE) et la présence TMS chez nos participants avec un p value p<.001.

Conclusion : Les TMS liés au travail demeurent un sujet négligé, or d'après notre étude un praticien sur 3 en souffre. L'âge, le surpoids, l'ancienneté de la pratique endoscopique, et le nombre d'endoscopies faites sont les principaux facteurs de risque de TMS.

Nos résultats soulignent l'importance d'une prévention rigoureuse et adéquate, par une adaptation de l'ergonomie de travail et l'exercice physique pour réduire l'incidence de cette pathologie professionnelle.

P.168

La musique adoucit les moeurs ? Un essai contrôlé randomisé sur l'effet de la musicothérapie lors d'une coloscopie sans sédation

S. Chtioui [1], B. Bouchabou [2], M. Kefi [3], A. Nakhli [2], N. Hemdani [2], R. Ennaifer [2]

(1) Beni Khiar, TUNISIE ; (2) La Marsa, TUNISIE ; (3) Tunis, TUNISIE.

Introduction : La musicothérapie est un moyen non pharmacologique proposé dans le traitement de plusieurs pathologies, notamment psychiatriques. L'utilisation de la musique au cours de l'examen par coloscopie a été évaluée dans plusieurs essais contrôlés randomisés chez des patients sous sédation.
L'objectif de notre travail est d'étudier l'efficacité de la musicothérapie sur la douleur et la tolérance lors d'une coloscopie chez des patients sans sédation.

Patients et Méthodes : Il s'agissait d'une étude randomisée, contrôlée, qui a inclus 80 patients ayant eu une coloscopie sans sédation de janvier 2020 à décembre 2021. Les patients ont été randomisés dans 2 groupes : le groupe A (n = 40) qui a bénéficié la musicothérapie au cours de l'examen, et le groupe témoin B (n = 40) sans aucune intervention.
La douleur et la tolérance des patients ont été évaluées après la procédure, à l'aide d'échelles visuelles analogiques (EVA) validées.

Résultats : Quatre-vingts patients ont été randomisés avec 40 patients dans le groupe Musique et 40 dans le groupe témoin. L'âge moyen était de 56 ans. Aucune différence significative n'a été trouvée entre les deux groupes en ce qui concerne les caractéristiques démographiques, cliniques et les indications.
La valeur moyenne du score EVA des patients dans le groupe d'intervention était similaire à celui dans le groupe témoin : 4,41 [0–7] *versus* 4,45 [3–7]. Aucune différence significative n'a été trouvée entre les groupes concernant la tolérance (p = 0,3) ou la survenue de la douleur (EVA>5) (p = 0,8). Le taux de coloscopies totales réalisées était similaire entre les deux groupes (groupe A 83,9 %, groupe B 84,1 %). Une différence statistiquement significative entre les deux groupes a été observée concernant le temps de retrait (>7min) (p=0,01). Sous musicothérapie, le taux d'intubation iléale était plus élevé (groupe A 40 %, groupe B 15 %; (p=0,009). Le taux de détection d'adénome (ADR) dans le groupe A (30,7 %) était supérieur à celui du groupe B (22,7 %).

Conclusion : La musicothérapie au cours de l'examen par coloscopie augmente le taux d'intubation iléale et le taux de détection des adénomes. Cependant, contrairement à certains autres essais publiés chez des patients sous sédation, ce moyen n'a pas montré de bénéfice en termes de diminution de la perception de la douleur par les patients sans sédation. Ainsi, d'autres études à propos l'intérêt de l'utilisation de la musique sélectionnée par le patient ou de la stimulation audio-visuelle combinée sont nécessaires.

P.169

Ablation par radiofréquence de l'œsophage de Barrett dysplasique : une étude rétrospective d'efficacité et de tolérance

N. David [1], M. Robaszkiewicz [1], F. Cholet [1], N. Reboux [1], L. Quénéhervé [1]

(1) Brest.

Introduction : L'endobrachyœsophage (EBO) est le principal facteur de risque d'adénocarcinome œsophagien. L'ablation par radiofréquence (RF) est un traitement indiqué pour la destruction de l'EBO dysplasique, soit d'emblée en cas de dysplasie en muqueuse plane sans lésion visible, soit après résection endoscopique. L'objectif principal de cette étude était d'évaluer l'éradication par RF de l'EBO dysplasique à long terme. Les objectifs secondaires étaient d'évaluer la tolérance de la RF et de mesurer le taux de progression vers l'adénocarcinome œsophagien.

Patients et Méthodes : Cette étude rétrospective a inclus tous les patients ayant eu une RF réalisée dans un centre expert dans la prise en charge de l'EBO entre 2009 et 2019. Les critères d'inclusion étaient la réalisation d'une RF pour un EBO dysplasique sans lésion visible ou après résection d'une lésion néoplasique, avec un suivi d'au minimum une endoscopie de contrôle. Les critères d'exclusion étaient l'échec technique de la RF et la réalisation d'une RF pour une autre indication. Le recueil de données de la RF a été réalisé à partir d'un registre prospectif, dans lequel l'ensemble des RF réalisées sont colligées, et les données des patients ont été collectées de façon rétrospective dans les dossiers médicaux.

Résultats : Quatre-vingt-un patients ont été inclus (81,5% d'hommes, âge médian 67 ans), parmi lesquels 43 (53,1 %) ont eu une éradication complète de l'EBO (E-EBO). Le taux d'éradication de la dysplasie était significativement plus élevé dans le groupe E-EBO (85,3%) que dans le groupe EBO persistant (P-EBO)(52.2%; p=0,006). L'événement indésirable le plus fréquent était la sténose traitée endoscopiquement (n= 4 ; 4,9 %). Les patients présentant des événements indésirables avaient un EBO significativement plus long (9.3 (± 4.0) cm *versus* 6.1 (± 3.9) ; p=0,014). Au cours du suivi médian qui était de 28,8 mois (Q1-Q3: 12,2-59,1), 17 patients (20,2%) ont développé un adénocarcinome de l'œsophage, dont 12 (70,6%) étaient £ T1sm1 et 5 (29,4%) >T1sm1. Un adénocarcinome était apparu significativement plus souvent dans le groupe P-EBO (82,4 %) que dans le groupe E-EBO (17,6 %) (p<0,001), mais de façon équivalente chez des patients ayant de la dysplasie en muqueuse plane (n=9 ; 52,9%) et ayant eu une résection (p=0,83). Sur les 3 patients qui ont développé un adénocarcinome dans le groupe E-EBO, 2 se sont développés sur des lésions d'EBO enfouies et un à la jonction œso-gastrique ; les adénocarcinomes du groupe P-EBO se sont développés au sein de l'EBO résiduel. Parmi les patients qui ont développé un adénocarcinome, 9 (52,9%) ont été traités par résection endoscopique, 2 (11,8%) par chirurgie, 4 (23,5%) par radiochimiothérapie et 2 (11,8%) des soins de confort seuls ; 4 (23,5%) sont décédés du fait de l'adénocarcinome. La survie globale et la survie sans progression vers l'adénocarcinome étaient significativement plus élevées dans le groupe E-EBO (p=0,014 et p<0,001 respectivement).

Conclusion : Dans cette étude de vraie vie avec un suivi prolongé des patients, le taux d'éradication de l'EBO restait inférieur aux données des études prospectives. L'éradication complète de l'EBO est l'objectif thérapeutique de la RF car les EBO persistants évoluent davantage vers l'adénocarcinome. Après éradication complète, le suivi est crucial puisque la survenue d'adénocarcinome reste également possible.

P.170

Abords vasculaires sous écho-endoscopie : une approche rapide et efficace dans le traitement des hémorragies digestives spontanées réfractaires ou per-endoscopiques

A. Irigoyen [(1)], M. Gasmi [(1)], M. Barthet [(1)], J.M. Gonzalez [(1)]
(1) Marseille.

Introduction : L'échoendoscopie a déjà été décrite comme traitement des hémorragies digestives, avec des applications diverses telles que les varices gastriques, les ulcères de Dieulafoy, les tumeurs, les malformations vasculaires (pseudoanévrysmes) et les hémorragies intrakystiques. Elle présente une alternative moins invasive que la chirurgie et permet un traitement localisé, comme la radiologie interventionnelle. Au cours de la dernière décennie peu d'études ont été publiées à ce sujet, en majorité sur des hémorragies d'hypertension portale, avec un nombre de patients restreint. Nous présentons donc une série de patients traités par abord vasculaire sous échoendoscopie pour hémorragies digestives en majorité d'origine non variqueuses.

Matériels et Méthodes : Il s'agit d'une étude observationnelle rétrospective monocentrique. Tous les patients ayant bénéficié d'une hémostase d'une lésion hémorragique par injection d'un agent embolisant réalisée par abord écho-endoscopique, ont été inclus. Les procédures consistaient en un repérage de l'origine de l'hémorragie par échoendoscopie avec doppler couleur, la ponction du vaisseau avec une aiguille de 19G, et l'injection de cyanoacrylate couplé au lipiodol. Un contrôle doppler était systématiquement réalisé en fin de procédure, ainsi qu'un contrôle endoscopique.
L'objectif principal était d'évaluer l'efficacité du traitement échoendoscopique des hémorragies digestives complexe ou récurrente après un geste endoscopique. Le succès était défini par l'arrêt du signal Doppler et de l'hémorragie au cours de la procédure.
Les objectifs secondaires étaient de documenter les évènements indésirables, le taux de récidive précoce et leur gestion.

Résultats : 33 patients ont été inclus de 2004 à 2021 avec un âge moyen de 63 ans (31-84). Les principales causes étaient des hémorragies per-endoscopiques ou opératoires (n = 14, dont 3 drainages de pseudokyste pancréatique, 2 radiofréquences pancréatiques, 3 post-biopsie tumorale, 1 post-hépatico-gastrostomie, 1 post-cholédoco-duodénostomie, 1 post-biopsie prostatique transrectale, 1 post-duodénopancréatectomie céphalique, 2 post-stenting autre), et des hémorragies spontanées (n= 18) dont 6 malformations artérielles, 5 tumeurs, 3 ulcères de Dieulafoy, 2 varices gastriques, 2 hémorragies sur fistule et collections anales. Toutes les hémorragies spontanées avaient eu une endoscopie au préalable avec échec de localisation de l'hémorragie ou du traitement de 1ère intention. 4 patients étaient en choc hémorragique à l'admission, les autres étaient stables avec ou sans transfusion. Les vaisseaux responsables de saignement ont été traités par injection de 1 à 3mL de cyanoacrylate et 2mL de lipiodol à l'aide d'une aiguille de 19G. Sur les 33 patients, 100% ont eu un arrêt immédiat de l'épisode hémorragique couplé avec une disparition du signal Doppler en fin de procédure. Quatre patients (12%) ont présenté une récidive hémorragique dans les 30 jours, soit une absence de récidive chez près de 88% des patients. Sur les 4 récidives, 3 ont été traitées par échoendoscopie et 1 traitée par exacyl au long cours. Enfin, à J30, 2 patients sont décédés d'une cause autre que l'hémorragie digestive.

Conclusion : Cette étude souligne l'intérêt majeur de l'échoendoscopie dans le traitement des hémorragies digestives récidivantes et complexes. Il s'agit de la plus importante série internationale reportant cette approche sur des lésions hémorragiques réfractaires hors hypertension portale. De plus elle suggère, outre l'efficacité élevée de la procédure et sa bonne tolérance, son application possible lors d'une hémorragie survenant lors d'un acte d'échoendoscopie interventionnelle. Enfin, l'amélioration des techniques et des dispositifs d'embolisation (microcoils par exemple) permettrait de démocratiser la procédure qu'il convient d'évaluer de manière prospective et comparative.

P.171

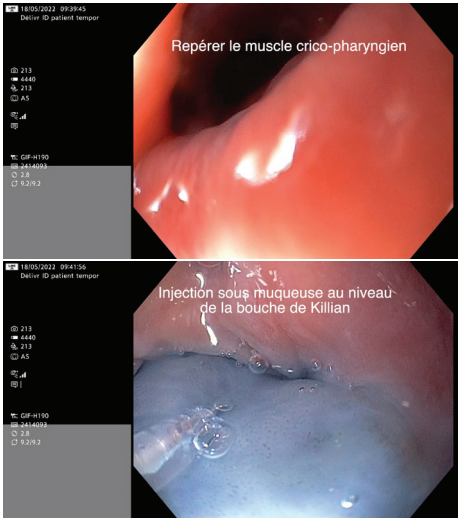
CP-POEM : nouvelle alternative pour le traitement de l'achalasie du muscle crico-pharyngien : résultats préliminaires d'une étude pilote

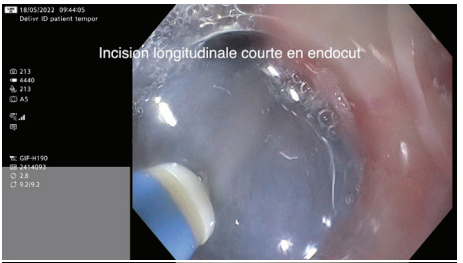
A. Laquière [(1)], D. Peyret [(1)], M.N. Grini-Grandval
(1) Marseille.

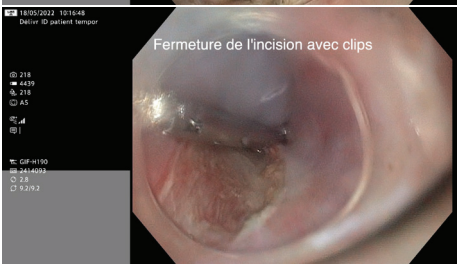
Introduction : L'hypertonie du sphincter supérieur de l'œsophage (HSSO) est une étiologie de la dysphagie oropharyngée. Les patients symptomatiques sont pris en charge par injection de toxine botulique et en cas d'échec par une myotomie chirurgicale. La myotomie endoscopique crico-pharyngée par voie orale (CP-POEM) est une technique émergente pour la gestion de la dysphagie due à l'HSSO. Cette étude pilote a évalué la faisabilité, le succès technique, le succès clinique à court terme et les événements indésirables de la CP-POEM.

Patients et Méthodes : Les patients qui ont subis une CP-POEM ont été inclus prospectivement de Février 2022 à octobre 2022. Tous les patients avaient un bilan fonctionelle complet avec vidéo-cinéma confirmant l'HSSO. Une RCP a confirmé l'indication du traitement endoscopique. L'objectif principal était le succès clinique (défini comme l'amélioration du score de dysphagie d'Eckard ≤ 1). Les résultats secondaires étaient le succès technique, le taux et la gravité d'événements indésirables, la durée de la procédure.

Résultats : 7 patients (âge moyen 69 ans ; 4 femmes) ont subi une CP-POEM pendant la période d'étude.
L'étiologie de l'HSSO était idiopathique (n=2), AVC (n=4), irradiation pour cancer ORL (n=1). Pour tous les patients une ou plusieurs injections de toxine botulique étaient inefficaces ou d'efficacité transitoire.
Les symptômes les plus fréquents au moment de l'intervention étaient la dysphagie (n=7 ; 100 %), les difficultés à la déglutition (n=6 ; 85,7%) et les régurgitations (n=4 ; 57,1 %). Le succès technique (fig. 1,2,3,4) et clinique a été obtenu chez tous les patients. La CP-POEM a réduit de manière significative le score médian de dysphagie et tous les patients ont pu reprendre une alimentation orale. Des événements indésirables légers/modérés sont survenus chez deux patients : douleurs pharyngées modérées.







Conclusion : La CP-POEM semblait un traitement sûr et efficace pour l'HSSO symptomatique. Des études complémentaires avec de plus grands effectifs doivent être menées pour confirmer la faisabilité et l'efficacité de cette nouvelle technique endoscopique.

P.172

Sténose gastrique après gastrectomie longitudinale pour obésité morbide (sleeve gastrectomy) : efficacité à long terme de la dilatation endoscopique

J. Boudy [(1)], C. Marciniak [(1)], R. Gérard [(1)], H. Verkindt [(1)], A. Blondeaux [(1)], P. Wils [(1)], M. Nachury [(1)], F. Pattou [(1)], R. Caiazzo [(1)], J. Branche [(1)]

(1) Lille.

Introduction : Le recours à la chirurgie bariatrique et notamment la sleeve gastrectomy est en constante augmentation. La sténose gastrique complique entre 1 et 4% des sleeve. Elle est accessible à une prise en charge endoscopique par dilatation endoscopique pneumatique ou hydrostatique. L'objectif était d'évaluer l'efficacité à long terme du traitement endoscopique par dilatation pneumatique des sténoses gastriques après gastrectomie longitudinale.

Patients et Méthodes : Les patients ayant bénéficié d'une dilatation pneumatique d'une sténose de sleeve gastrectomy entre 2013 et 2021 ont été inclus rétrospectivement. Le critère de jugement principal était l'échec du traitement endoscopique défini par une révision chirurgicale par gastric by pass. Les critères secondaires étaient le résultat du traitement endoscopique en fonction du type de sténose, les facteurs de risque de conversion en gastric bypass et le taux de complications du traitement endoscopique.

Résultats : Soixante-sept patients ont bénéficié d'une dilatation endoscopique par ballon pneumatique de 30 mm pour sténose de sleeve avec une moyenne de 1,6 dilatations. Parmi eux, 35 (52%) ont eu recours à la conversion chirurgicale en gastric bypass avec échec du traitement endoscopique et 32 (47,8%) patients étaient des succès du traitement endoscopique. Le suivi moyen était de 36,7 ± 29,9 mois. Six (11%) patients présentaient une sténose organique et 61 (89%) une sténose fonctionnelle. Le taux d'échec ne différait pas en fonction du type de sténose. Le taux de complications était de 3%. Aucun facteur favorisant l'échec de la prise en charge endoscopique n'a été mis en évidence. Quatorze (44%) patients présentaient des symptômes obstructifs résiduels malgré le succès de la prise en charge endoscopique.

Conclusion : La dilatation endoscopique au ballon pneumatique des sténoses de gastrectomie longitudinale est un traitement efficace dans 47,8% des cas à long terme. Cette procédure présente peu de complications et devrait être proposée en première ligne de traitement. En cas d'échec, les patients pourront avoir recours à la conversion chirurgicale en gastric bypass.

P.173

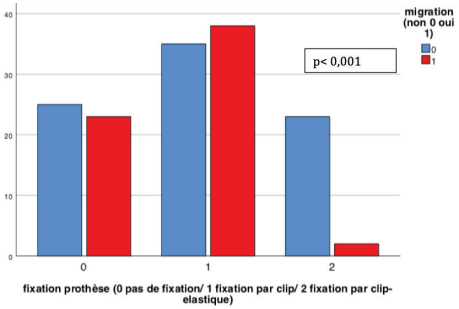
Evaluation d'une nouvelle méthode de fixation de prothèses œsophagiennes : la technique "double clip-élastique"

T. Denat [1], F. Rudler [1], J.C. Valats [1], N. Rollin [1], P. Blanc [1]
(1) Montpellier.

Introduction : Les prothèses œsophagiennes totalement couvertes sont utilisées pour le traitement des fistules œsophagiennes ou des sténoses bénignes réfractaires de l'œsophage. La migration est l'effet indésirable le plus fréquent rapportés à la suite de leur mise en place. Le taux de migration rapporté dans la littérature varie de 8 à 60%. De nombreuses méthodes ont été décrites afin de réduire le risque de migration : l'utilisation d'une fixation externe, de clips hémostatiques, d'une suture endoscopique. Néanmoins, leur efficacité reste controversée, et leur utilisation en pratique courante peut parfois s'avérer difficile.
La méthode « double clip élastique » pourrait diminuer le risque de migration. L'extrémité proximale de la prothèse est fixée à la paroi œsophagienne à l'aide d'un système composé de deux clips et d'un élastique orthodontique. Un premier clip, monté avec un élastique orthodontique, a été fixé sur la collerette supérieure de la prothèse. Un second clip est fixé à la muqueuse en accrochant l'élastique fixé à la collerette. L'opération est répétée une seconde fois au pôle opposé de la prothèse. L'élastique pourrait diminuer le risque de migration en diminuant l'effet du péristaltisme sur le stent.
L'objectif de notre étude était de comparer le taux de migration de prothèses métalliques couvertes fixées à l'aide de la méthode double clip élastique avec celui de prothèses fixées à l'aide de clips TTS seuls et de prothèses non fixées.

Matériels et Méthodes : Etude rétrospective monocentrique menée entre Janvier 2015 et Aout 2022 avec analyse des patients ayant bénéficié de la mise en place d'une prothèse œsophagienne couverte dans le cadre de la prise en charge d'une pathologie bénigne (sténose, fistule ou perforation). Le critère de jugement principal était la comparaison de la migration selon la méthode de fixation, les critères de jugement secondaires visaient à comparer les succès clinique et technique ainsi que la morbidité entre les 3 groupes. Une analyse multivariée a été réalisée en incluant l'âge et le sexe des patients, ainsi que la pathologie, la localisation de pose de prothèse, l'antécédent de chirurgie œsophagienne et le type de prothèse.

Résultats : 146 procédures réalisées chez 81 patients ont été inclues dans cette étude.



Parmi les procédures, 110 correspondaient à la prise en charge d'une fistule ou d'une perforation et 36 à celle d'une sténose réfractaire. Parmi les groupes de fixation, l'absence de fixation représentait 48 procédures (32,9%), la fixation par clips TTS seuls 73 (50%), la fixation par "double clip-élastique" 25 (17,1%). La migration dans le groupe double clip-élastique était statistiquement moins importante (p< 0,001) que dans les deux autres groupes (respectivement 47,9%, 52,1% et 8%). Cet effet était vérifié en analyse multivariée (p=0,003). Il n'y avait pas de différence significative en terme de complications entre les groupes, et aucun effet indésirable lié aux méthodes de fixation n'a été observé.

Conclusion : La méthode « double clip-élastique » pourrait prévenir davantage la migration des prothèses œsophagiennes totalement couvertes comparativement à la fixation à l'aide de clips TTS seuls ou l'absence de fixation. Ces résultats devront être confirmés dans des études prospectives randomisées ultérieures.

P.174

Intérêt d'une exploration par pan-capsule (grêle + côlon) chez les patients de moins de 50 ans avec suspicion de syndrome de l'intestin irritable sans exploration endoscopique préalable

W. El Arja [(1)], J.M. Sabaté [(1)], B. Bejou [(1)], G. Airinei [(1)], P. Jouët [(1)], J.J. Raynaud [(1)], F. Mary [(1)], J. Uzan [(1)], M. Benallaoua [(1)], R. Benamouzig [(1)]

(1) Bobigny.

Introduction : Le syndrome de l'intestin irritable (SII) est une maladie chronique affectant 5% de la population (ROME IV). En l'absence de test diagnostic, le diagnostic repose en théorie uniquement sur des critères cliniques. En pratique, chez les patients avec suspicion de SII, en particulier en cas suspicion de SII-D, une coloscopie avec biopsies est souvent réalisée en complément d'explorations biologiques. Dans cette situation, et en particulier en cas de suspicion de MICI, une exploration capsulaire de l'intestin grêle est parfois aussi pratiquée. L'exploration pan-capsulaire (grêle et colon) rendue possible par les progrès technologiques pourrait représenter une alternative à l'endoscopie traditionnelle dans cette situation. L'objectif principal de cette étude était d'évaluer pour la première fois avec ce nouvel outil chez les patients de moins de 50 ans, présentant des symptômes compatibles avec un SII, non encore explorés endoscopiquement, les performances diagnostiques de la stratégie reposant sur la pan-capsule d'emblée associée aux tests de laboratoire minimaux recommandés et au dosage de la calprotectine fécale par rapport à celle reposant sur les explorations endoscopiques (fibroscopie et coloscopie avec biopsie).

Patients et Méthodes : Cette étude mono-centrique prospective a été conduite dans le service de gastroentérologie de l'hôpital Avicenne. 39 patients présentant des symptômes compatibles avec un SII, âgés ≥ 18 ans et ≤ 50 ans sans exploration endoscopique préalable et ayant une indication à la réalisation d'une coloscopie ont été présélectionnés entre novembre 2018 et juillet 2022 et 33 patients ont été inclus. Le déroulement de l'étude comprenait 5 visites programmées : V0 sélection, V1 inclusion et signature du consentement éclairé, V2 pan-capsule (Medtronic, USA), V3 fibroscopie et coloscopie et V4 évaluation de l'acceptabilité de la pan-capsule. En cas de lésion constatée sur l'un ou l'autre des examens (pan-capsule ou endoscopie) une double lecture était réalisée. Les patients avec contre-indication à la capsule (risque de sténose) et les femmes enceintes étaient exclus. La durée de participation de chaque patient était au maximum de 4 mois.

localisation	type lésion	Pan-capsule	endoscopie	discordance
œsophage	*EBO*	0	3	3
	polype	**1**	0	1
Estomac	*atrophie*	0	1	1
	erythème/petéchies	0	6	6
	ulcération	**2**	**1**	2
Duodénum	*erythème*	1	0	1
	polype	**1**	0	1
Grêle	*angiodysplasie*	2	0	2
	hyperplasie nodulaire lymphoide	2	1	1
Colon	*angiodysplasie*	2	0	2
	Erythème	3	2	1
	Diverticule	7	1	6
	polype	**3**	**3**	4
	hemorroide	0	2	2
total lésions		24	20	33

les lésions cliniquement pertinentes sont en gras

Résultats : 28 patients (14 hommes et 15 femmes) âgés de 35.2 ± 8.93 ans avec un IMC de 25.4 ± 5.58 kg/m² ont réalisé l'ensemble des explorations prévues. Les caractéristiques des patients étaient les suivantes : 12 patients avec SII-D (42%), 4 avec SII-M (14%), 7 avec SII-C (24%) et 5 avec SII-I (17%) ; IBS-SSS 233 ± 114 ; HAD score 16± 6. Les données du bilan biologique NFS-plaquettes, TSH, CRP étaient normales chez tous les patients et aucun patient n'avait d'AC antiTg IgA. La CRP moyenne et la calprotectine fécale étaient à 4,0 ± 7,3 mg/l et 24.9 ± 26.3 µg/g de selle. Deux patients avaient une CRP anormales (39 et 11,6 mg/l) et un une calprotectine élévée (107 µg/g de selles). Au total, 24 lésions ont été identifiées avec la pan-capsule chez 20 patients (71%) dont 7 cliniquement pertinentes (cf tableau en gras) et 20 par l'endoscopie (fibroscopie-coloscopie) chez 20 patients (71%) dont 7 cliniquement pertinentes. Dans 75% des cas les lésions vues par un examen n'étaient pas visualisées par l'autre modalité. L'endoscopie retrouvait plus souvent des lésions d'endobrachyœsophage et des lésions d'érythème ou pétéchies gastriques alors que la pan-capsule identifiait plus souvent des angiodysplasies du grêle ou du colon et des diverticules (voir le tableau pour description complète), A noter que les deux patients avec élévation de la CRP ou de la calprotectine augmentée ne présentaient pas de lésions succeptibles d'expliquer ces élevations.

Conclusion : Dans cette première étude préliminaire évaluant l'intérêt d'une exploration par Pan-Capsule chez les patients de moins de 50 ans avec suspicion de Syndrome de l'intestin Irritable sans exploration endoscopique préalable, la pan-capsule et les explorations endoscopiques traditionnelles ne remettaient pas en cause le diagnostic de SII. Ces deux examens bien que rarement normaux, ne nécessitaient pas le plus souvent une prise en charge spécifique du fait des lésions retrouvées. Des études avec de plus grand effectifs sont nécessaires avant de confirmer la place de la pan-capsule dans cette situation pour remplacer les explorations endoscopiques traditionnelles.

Remerciements, financements, autres :
Financement de cette étude par Medtronic.

P.175

Bilan de l'utilisation d'une prothèse d'apposition tissulaire (lumen-apposing metal stent, LAMS) dans un centre hospitalier universitaire

J. Stein [1], C. Jolly [1], M. François [1], J.B. Chevaux [1], M. Schaefer [1]

(1) Nancy.

Introduction : Les prothèses d'apposition tissulaire (lumen-apposing metal stent, LAMS) avec système muni d'une fonction d'électrocautérisation sont largement utilisées en écho-endoscopie, permettant une anastomose lumière à lumière. Jusqu'en février 2022, seule l'indication « Drainage endoscopique transgastrique ou transduodénal d'un pseudokyste pancréatique non exclusivement liquidien, ou d'une nécrose organisée dont la quantité de liquide est ≥ 70 % » bénéficiait d'un marquage CE pour la prothèse Hot AxiosTM et d'un remboursement. Des indications non validées par le marquage CE étaient recensées dans notre établissement. Notre objectif était de réaliser un état des lieux de l'utilisation des LAMS dans notre centre et de leur indication et d'évaluer leur profil d'efficacité et de sécurité dans toutes les indications recensées.

Patients et Méthodes : Tous les patients implantés d'un LAMS Hot AxiosTM entre le 01/06/2018 (date de début de l'utilisation des LAMS dans notre établissement) et le 31/12/2021 ont été inclus dans notre étude. La recherche des prothèses implantées et de leur traçabilité a été réalisée grâce à notre logiciel de gestion de l'approvisionnement PharmaTM. Les données démographiques, cliniques et relatives à la pose de la prothèse ont été recueillies grâce à une grille de recueil établie pour chaque indication par le dossier patient informatisé DxCareTM. Le succès technique était défini par le placement et déploiement correct du LAMS et le succès clinique, par la résolution des symptômes cliniques et/ou l'amélioration de paramètres biologiques.

Résultats : 145 patients ont été implantés d'un LAMS, dont plus de la moitié (82 patients) dans une indication non remboursée au moment de l'implantation. Les indications étaient le drainage des collections d'origine pancréatique chez 63 patients, le drainage de la voie biliaire principale chez 50 patients, le drainage de la vésicule biliaire chez 18 patients, le traitement des sténoses du tractus digestif chez 11 patients (dont 9 gastroentéroanastomoses, 1 anastomose iléorectale et 1 anastomose colorectale), le drainage des collections d'origine non pancréatique chez 2 patients et le rétablissement de l'anatomie du tractus digestif après la réalisation d'un by pass gastrique chez 1 patient en vue d'un drainage biliaire. Pour toutes les indications, le succès technique était supérieur à 90 % avec peu de complications graves décrites (2 hémorragies digestives, 2 péritonites et 1 pneumopéritoine) mais un cas de péritonite biliaire par migration ayant conduit au décès du patient. Le succès clinique était de 80 % lors du drainage de la vésicule biliaire et supérieur à 90 % dans toutes les autres indications.
La deuxième indication la plus fréquente était le drainage biliaire dans près de 35 % des cas, malgré l'absence de remboursement. Tous les patients ayant bénéficié d'un LAMS dans cette indication présentaient une compression des voies biliaires liée à une pathologie tumorale, responsable d'une dilatation de la voie biliaire principale. Les patients avaient tous bénéficié d'un essai de cholangio-pancréatographie rétrograde endoscopique (CPRE) en amont de la pose de la prothèse, dont 50 % dans le même temps opératoire. Une prothèse de diamètre 6 mm a été utilisée dans tous les cas et a pu être posée avec succès chez 94 % des patients. Un seul patient était en échec clinique.

Conclusion : Les succès techniques et cliniques étaient élevés dans toutes les indications retrouvées dans notre établissement. Devant le nombre important d'études et de patients implantés, démontrant la sécurité et l'efficacité des LAMS dans le drainage de la voie biliaire principale après échec de la CPRE lors d'une sténose biliaire maligne, la prothèse Hot AxiosTM a finalement obtenu un remboursement dans cette indication en février 2022. Notre étude illustre le retard entre la réglementation et la pratique clinique qui a pour but d'apporter aux patients les soins les plus pertinents, s'appuyant sur les données scientifiques actuelles. De ce fait, les poses de la prothèse dans des indications qui restent encore non validées par un remboursement ou un marquage CE sont approuvées dans notre établissement et couvertes par un formulaire de consentement signé par le patient et conservé dans son dossier médical.

P.176

Promotion de l'endoscopie digestive au Sénégal et en Afrique francophone : le modèle SENENDO

G. Rahmi [1], I. Diallo [2], E. Coron [3], S. Koch [4], F. Cholet [5], A. Barkun [6], M.C. Cisse [2], C. Cellier [1], B. Ndiaye [2], M.N. Gueye [2], F. Fall [2], P.S. Mbaye [2]

(1) Paris ; (2) Dakar, SÉNÉGAL ; (3) Genève, SUISSE ; (4) Besançon ; (5) Brest ; (6) Montréal, CANADA.

Introduction : Les indications de l'endoscopie digestive sont nombreuses en Afrique alors que l'offre est très clairement insuffisante exposant les populations a une surmortalité inacceptable. En Afrique de l'Est Subsaharienne le volume estimé des endoscopies digestives représente entre 1% et 10% de celui des pays riches (Mwachiro et al, 2021). Le programme SENENDO a pour objectif de soutenir le développement de l'endoscopie digestive au Sénégal et en Afrique Francophone en créant un centre d'excellence (opérateurs, équipements, infrastructures) en termes de soins et de formation pour le diagnostic et le traitement mini-invasif endoscopique à Dakar au Sénégal.

Patients et Méthodes : Le cadre juridique : le projet est porté par une ONG française, La Chaîne de l'Espoir, qui a su développer un réseau d'excellence et d'expertise médico-chirurgicales visant à donner accès aux soins aux enfants et aux adultes les plus démunis aux quatre coins du monde.
Le lieu : l'hôpital Principal de Dakar est un établissement militaire universitaire qui a mis à la disposition du programme tous les moyens nécessaires (salle dédiée au bloc opératoire, personnel disponible pour les missions, logistique)
L'équipement et le matériel d'endoscopie : création d'une salle d'endoscopie (Fujifilm, principal mécène qui s'est engagé à former les ingénieurs sénégalais à la maintenance/réparation des endoscopes), un amplificateur de brillance (APHP), un bistouri électrique (Erbe) et des dispositifs médicaux (Boston Scientific). Formation à la désinfection/stockage/entretien des endoscopes par l'équipe paramédicale de l'HEGP à chaque mission.
Une valence académique: coopération entre les université de Paris et l'Université Cheikh Anta Diop de Dakar (création d'un observatoire des pathologies digestives).
L'accueil prévu dans un centre expert (HEGP) d'un endoscopiste sénégalais (ID) pour une durée de 6 mois comme résident étrangers (bourse APHP) qui sera formé à la CPRE.
Au total 3 missions (09/21, 03/22, 06/22) ont été réalisées (/3-4 mois prévues pendant 2 ans). L'équipe des missionnaires était composée de 3 endoscopistes interventionnels et de 3 infirmières. Les patients issus de toute la région sont sélectionnés par le groupe SENENDO crée au sein de la Société Sénégalaise de Gastroentérologie et Hépatologie (SOSEGH).

Résultats : Au total 63 patients (18+21+24 pour chaque mission) ont eu une endoscopie sous AG (33 femmes, âge médian 49 ans (1-83), provenant du Sénégal (80%) et de la sous-région (20%) comme la Guinée, la Mauritanie et la Côte d'Ivoire).
Les actes réalisés étaient : CPRE avec EUS pour lithiase VBP (6) ou cancer du pancréas /cholangiocarcinome / ampullome dégénéré (15); EUS diagnostique pour TIPMP (2), TSM œsophage (3), TSM gastrique (3); Cathétérisme pancréatique (2); Dilatation au ballonnet hydrostatique ou aux bougies de Savary pour sténoses œsophagiennes peptiques (4), caustiques (4), radiques (3), sténoses pyloro duodénales (3) ; Dilatation pneumatique pour achalasie (4) ou POEM (5); Fermeture de fistule œsophagienne (1);,Prothèse œsophagienne pour cancer (2); Mucosectomie pour LST du colon (2) et dissection sous muqueuse pour LST rectum (3), Encollage de varices gastriques (1)
Il y a eu 4 échecs : 1 cathétérisme pancréatique, 1 CPRE pour sténose (cholangite sclérosante primitive), 2 sténoses complètes de l'œsophage post ingestion de caustiques. Il y a eu 2 complications sévères (3,1%) : 1 pancréatite aigüe post CPRE et 1 douleur post POEM d'évolution favorable. La mortalité était nulle.
Concernant la formation, 4 sessions d'atelier sur modèle *ex vivo* (hémorragie, mucosectomie, perforation) ont été organisés à la Faculté de Médecine (partenariat avec Life Partners Europe) permettant la formation de 15 endoscopistes et 10 aides endoscopistes / mission (évaluation par quizz prévues lors de la 4eme mission en 11/22). Un formation spécifique pour les aides endoscopistes a également été réalisée : stockage du matériel (armoires), désinfection, traçabilité (indicateurs de qualité) .
Lors des intermissions, la salle au bloc a été utilisée (1 puis 2 fois/semaine) par l'équipe locale permettant la réalisation de 278 coloscopies sous AG (dont 77 polypectomies et 9 de EMR), 35 dilatations œsophagiennes et 11 ligatures de VO.

Conclusion : A long terme, ce modèle de soins et formation pourrait offrir l'accès à l'endoscopie digestive non seulement aux habitants du Sénégal mais aussi à toute la sous-région en dévellopant la coopération Sud-Sud.

P.177

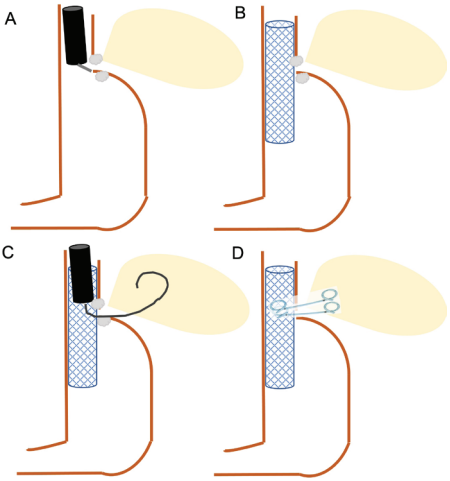
Traitement endoscopique des fistules gastriques larges par une technique combinant prothèse couverte et double queue de cochon

C. Yzet [1], S. Hakim [1], M. Pioche [2], J.P. Le Mouel [1], P. Lafeuille [3], R. Delcenserie [1], T. Yzet [1], E. Nguyen-Khac [1], M. Fumery [1], F. Brazier [1]
(1) Amiens ; (2) Lyon ; (3) Clermont-Ferrand.

Introduction : L'endoscopie est devenue le traitement de référence pour la prise en charge des fistules gastriques postopératoires (FG). Les fistules de plus de 10 mm sont associées à un taux plus élevé d'échec thérapeutique. L'objectif de cette étude était d'évaluer l'efficacité clinique d'une technique combinée utilisant un stent couvert (CS) traversée par des prothèses double queue de cochon (DQDC) pour les larges FG post-gastrectomie.

Matériels et Méthodes : De manière consécutive ont été inclus rétrospectivement dans un centre tous les patients avec une FG large post-gastrectomie (> 10 mm) traités endoscopiquement par l'association d'une CS et de DQDC au travers de celle-ci (Figure 1). Le critère principal de jugement était le taux de fermeture de FG.

Résultats : Vingt-neuf patients avec une large FG et traitement endoscopique combiné (CS + DQDC) ont été identifiés entre 2014 et 2020. Dans 86,2% (25/29), la FG était secondaire à une sleeve gastrectomie. La fistule (diamètre médian 15 mm) a été diagnostiquée dans un délai médian de 6 jours (IQR, 4-9) après la chirurgie. Le succès technique a été observé pour toutes les procédures. Après un suivi médian de 10,7 mois (IQR 3,8-20,7), la fermeture de la FG a été observée chez 82,7 % dans un délai médian de 63 jours (IQR, 40-90). Une prise en charge chirurgicale a finalement été nécessaire chez 4 patients après 186 jours (IQR, 122-250) en médiane. Aucune complication liée au traitement endoscopique combiné n'a été observée notamment la migration du stent au cours du suivi.



Conclusion : Une stratégie endoscopique associant la pose d'une prothèse couverte traversée par DQDC semble être efficace, sûre et bien tolérée pour le traitement des larges fistules gastriques.

P.178

Evaluation du drainage des sténoses biliaires hilaires non résécables par une stratégie originale en deux temps combinant un drainage premier par voie rétrograde, complété en cas d'insuffisance ou d'échec, par un second temps par hépatico-gastrostomie

F. Baret [1], M. Gasmi [1], M. Barthet [1], J.M. Gonzalez [1]
(1) Marseille.

Introduction : Le drainage des sténoses hilaires malignes non résécables constitue un challenge thérapeutique pour les endoscopistes interventionnels, avec un risque d'échec du drainage complet par CPRE. Le drainage biliaire percutané est associé à une morbidité non négligeable et altère la qualité de vie des patients du fait de l'externalité, au moins temporaire, des drains. A ce jour, aucune étude n'avait évalué spécifiquement une stratégie de drainage séquentielle combinant une approche première par CPRE et pose de prothèse métallique non couverte à droite, puis en cas d'échec ou d'insuffisance, un second temps par un drainage sous echo-endoscopie via une hépatico-gastrostomie.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude de cohorte observationnelle rétrospective monocentrique conduite en centre expert et reconnu en endoscopie thérapeutique bilio-pancréatique. Tous les patients ayant bénéficié de la stratégie de drainage biliaire séquentielle, en un ou deux temps, pour une sténose biliaire hilaire non résécable, entre Janvier 2008 et Août 2022, ont été inclus dans l'analyse.
L'objectif principal de l'étude était d'évaluer le taux d'efficacité clinique de cette stratégie, défini comme la régression complète de l'ictère et de la cholestase. Les objectifs secondaires étaient d'évaluer le taux de succès technique, le taux de complications, le nombre de réinterventions nécessaires, le temps nécessaire avant l'instauration d'une chimiothérapie ainsi que la survie globale des patients après drainage.

Résultats : 24 patients ont bénéficié du drainage d'une sténose hilaire par la stratégie précédemment décrite : 16 hommes et 8 femmes, de 76 ans d'âge moyen. 20,8% des patients présentaient une sténose de type II, 20,8% des patients présentaient une sténose de type IIIa, 25% des patients présentaient une sténose de type IIIb et 33,4% des patients présentaient une sténose de type IV de la classification de Bismuth.
Notre étude met en évidence un taux de succès technique de 100%, avec un succès clinique de 95,8%. Le taux de complications était de 12,6% dont aucunes mortelles, et une seule nécessitant une reprise chirurgicale. Le délai médian jusqu'à l'initiation de la chimiothérapie a été de 5 semaines, avec une espérance de vie moyenne des patients de notre étude de 12,6 mois après drainage biliaire. Une reprise endoscopique pour désobstruction de prothèse a été nécessaire chez 20,8% des patients.
Le drainage biliaire premier du foie droit a été suffisant dans 40% des cas. On notait, parmi les patients nécessitant seulement le 1er temps de la procédure, 70% de sténoses de type II et IIIa, et 78,5% de sténoses de type IIIb et IV parmi les patients nécessitant la procédure séquentielle en deux temps.

Conclusion : Notre étude met en évidence un taux important de succès technique (100%) et clinique (95,8%), avec un taux de complications acceptable, rendant cette stratégie thérapeutique viable et intéressante pour le drainage des sténose hilaires. Ceci nécessite une évaluation à plus large échelle afin de décider de sa place dans la stratégie thérapeutique de ce problème clinique difficile.

P.179

Évaluation de la sphinctérotomie trans-pancréatique dans les échecs de CPRE comparée aux techniques du double fil guide et de pré-coupe : étude rétrospective monocentrique sur l'efficacité et la sécurité

T.T. Longin [1], M. Barraud [1], L. Heyries [1], P. Grandval [1], J. Winkler [1]
(1) Marseille.

Introduction : Lors d'une CPRE, lorsque la canulation biliaire est difficile, des techniques avancées de recours peuvent être réalisés après échecs de la méthode standard. Nous avons voulu comparer les taux de réussite et de complications de la sphinctérotomie transpancréatique (STP) avec ceux de la précoupe (PC) et du double fil guide (DFG) dans notre centre.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective monocentrique avec inclusion des patients avec papilles natives ayant eu une CPRE considérée comme difficile selon les critères de l'ESGE, et utilisation d'une technique avancée parmi la PC, le DFG et la STP, entre janvier 2014 et décembre 2021 dans notre centre. De 2014 à 2018, une précoupe était généralement réalisée en première intention sauf si le fil guide était inséré dans le canal pancréatique auquel cas la technique du DFG était utilisée. A partir de 2018, la STP était pratiquée lorsque la cannulation biliaire aboutissait à deux reprises au canal pancréatique.

Résultats : Au total, 100 patients (50 % d'hommes, avec un âge moyen de 69,7 ans) ont été évalués (28 PC, 37 DFG et 35 STP).
Le taux de réussite de la canulation biliaire était quel que soit la technique utilisée de 77% avec un taux plus élevé dans le groupe STP (83%) par rapport aux groupes PC (78 %) et DFG (70%) lors de la première tentative, sans différence significative (p = 0,34).
Des complications sont survenues chez 16 patients (16%) sans différence significative entres les groupes avec un taux de 14% dans le groupe PC, 19% dans le DFG et 14% dans le STP. L'incidence de la pancréatite post CPRE était de 8%, majoritairement de sévérité modérée, sans différence significative entre les groupes.
Une deuxième technique était réalisée chez 22 patients permettant un taux de canulation biliaire globale final proche de 100% avec un taux de complications de 5%.

Conclusion : L'utilisation de techniques avancées lors de canulation difficile, dans un centre expert, améliore le taux de canulation biliaire sans augmentation significative du taux de complications. La sphinctérotomie transpancréatique semble être une technique efficace et sûre lorsque qu'on la compare à d'autres techniques de recours.

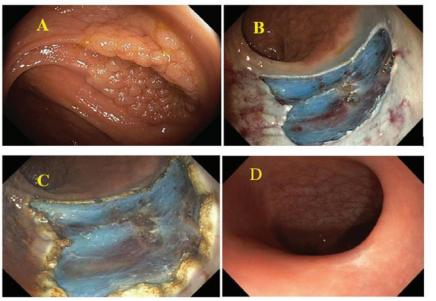
P.180

La thermo-ablation par plasma argon dans la prévention de la récidive adénomateuse post-mucosectomie piecemeal des tumeurs à extension latérale granulaires

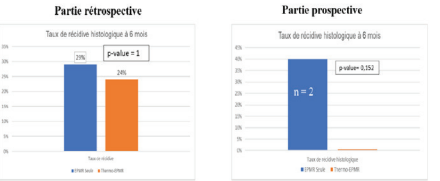
I. Ben Ayed [1], K. Barange [1], B. Quesnel [2], B. Bournet [1], L. Buscail [1], A. Culetto [1]
(1) Toulouse ; (2) Albi.

Introduction : La mucosectomie (EMR) est une technique sûre et efficace dans la résection des tumeurs à extension latérale (LST) dépourvues de signes d'invasion sous-muqueuse. Mais, la mucosectomie piecemeal (EPMR) présente un taux de récidive adénomateuse élevé essentiellement pour les lésions de taille ≥ 20mm. L'objectif de notre étude est d'évaluer l'efficacité de la thermoablation par plasma argon (APC) des berges de résection dans la réduction du taux de récidive adénomateuse post-mucosectomie piecemeal des LST granulaires (LST-G) ≥ 20 mm.

Matériels et Méthodes : Notre étude se compose de 2 parties (rétrospective et prospective randomisée), incluant des patients entre Février 2016 et juillet 2020 pour la partie rétrospective, et entre octobre 2021 et février 2022 pour la partie prospective, au sein d'un centre hospitalier universitaire. Chacune des 2 parties de l'étude compare 2 groupes de patients (Un groupe avec (Thermo-EPMR) et un groupe sans (EPMR seule) thermoablation par APC post-EPMR des LST-G homogènes et LST nodulaires et mixtes avec macronodule < 1 cm). Le critère de jugement principal est le taux de récidive histologique évalué lors d'une coloscopie à 6 mois. Les critères de jugement secondaires sont les effets indésirables, la durée de procédure et la durée d'hospitalisation.



A : LST granulaire homogène, B : Résection piecemeal, C : Thermo-ablation des berges de résection par plasma argon, D : Surveillance de la cicatrice de résection à 6 mois.



Résultats : Dans la partie rétrospective, 39 patients (39 LST) ont été inclus (17 dans chaque groupe) avec un âge médian de 70,5 ans, et autant d'homme que de femme. La taille moyenne des lésions est de 33 ± 13mm.Le taux de récidive adénomateuse histologique était de 24% dans le groupe Thermo-EPMR *vs* 29% dans le groupe EPMR seule sans différence significative (p-value=1). Le nombre médian de fragments en EPMR était significativement plus élevé dans le groupe Thermo-EPMR (p= 0,041). Vingt-quatre pourcent des patients du groupe EPMR seule ont présentés des effets indésirables *vs* 6% dans le groupe Thermo-EPMR (p=0,335). Il n' a pas de différence significative concernant la durée de procédure (34 min (EPMR seule) *vs* 45,5 min (Thermo-EPMR)) et d'hospitalisation (1,76 jours (EPMR seule) *vs* 1,08

jours (Thermo-EPMR). Dans la partie prospective randomisée, 11 patients (12 LST) ont été inclus (7 LST dans le groupe Thermo-EPMR et 5 dans le groupe EPMR seule) avec un âge médian de 68,75 ans et autant d'homme que de femme. Le taux de récidive adénomateuse histologique était de 40% *vs* 0% dans les groupes EPMR seule et Thermo-EPMR respectivement (p-value= 0,152). Un seul effet indésirable est constaté dans le groupe Thermo-EPMR (*vs* 0% pour EPMR seul, p=1). Il n'y a pas de différence significative en ce qui concerne la durée de procédure (30 min (EPMR seule) *vs* 34 min (Thermo-EPMR)) ou la durée d'hospitalisation (1,2 jours (EPMR seule) *vs* 1,04 jours (Thermo-EPMR)).

Conclusion : La thermo-ablation des berges par plasma argon post-EPMR des LST granulaires ≥ 20 mm sans signes d'invasion sous-muqueux permet une réduction non significative du taux de récidive à 6 mois avec une courte durée de procédure et d'hospitalisation. Cette technique sûre n'est pas à exclure et d'autres études notamment prospectives randomisées multicentriques à plus fort effectif sont nécessaires pour arriver à clôturer ce sujet de controverse.

P.181

Prise en charge des plaies biliaires iatrogènes dans un centre médicochirurgical tertiaire

V. Garbay [(1)], J.P. Ratone [(1)], C. Zemmour [(1)], O. Turini [(1)], J. Ewald [(1)], A. Palen [(1)], J. Garnier [(1)], Y. Dahel [(1)], S. Hoibian [(1)], F. Caillol [(1)], M. Giovannini [(1)]

(1) Marseille.

Introduction : Les plaies biliaires iatrogènes sont une complication peu fréquente mais grave de la chirurgie hépatobiliaire et présentent une morbi-mortalité non négligeable avec un impact sur la qualité de vie des patients. La prise en charge de ces plaies des voies biliaires est difficile et non clairement codifiée. Nous avons voulu rapporter l'expérience de notre centre concernant ces patients qui nous sont référés pour une prise en charge endoscopique et/ou multidisciplinaire (percutanée, chirurgicale). L'objectif principal était le résultat à long terme de la prise en charge de la plaie biliaire iatrogène. Les objectifs secondaires concernaient le taux de succès de chacune des techniques de réparation, le taux de succès selon la localisation de la plaie, l'évaluation des complications, la corrélation entre cholangio-IRM et cholangiographie sur la localisation de la plaie et l'apport de l'échoendoscopie thérapeutique.

Patients et Méthodes : Nous avons inclus rétrospectivement l'ensemble des patients de plus de 18 ans pris en charge dans notre centre pour une plaie des voies biliaires iatrogène avec fistule biliaire. Les patients avec sténose iatrogène sans fistule étaient exclus de l'étude. Le succès était défini par l'absence de dépendance aux drainages endoscopiques ou percutanés (défini comme la nécessité de drainage biliaire à plus d'un an de la fin du traitement), de nécessité de reprise chirurgicale, de cirrhose biliaire secondaire ou de décès lié à la plaie biliaire.

Résultats : Nous avons inclus rétrospectivement 64 patients (H=32/F=32) entre mars 2002 et juin 2022. Le suivi médian était de 12,2 mois. 55% (n=35/64) des plaies biliaires étaient secondaires à une cholécystectomie. 67% des patients (n=43/64) ont bénéficié d'une prise en charge endoscopique première mais 83% (n=53/64) au total. Nous rapportons un taux de succès global de 87,5% (n=56/64). Le traitement clé du succès a été l'endoscopie dans 69% des cas (n=39/64). Le taux de succès est de 90% pour la prise en charge endoscopique (n=39/43), 86% pour la prise en charge percutanée et endoscopique (n=5/7), 70% pour la prise en charge chirurgicale (n=7/10). Le taux de complication de la prise en charge endoscopique est de 5%. Nous ne rapportons pas de complication immédiate de la prise en charge chirurgicale mais 33% de sténose anastomotique à long terme pour les patients avec anastomose hépatico-jéjunale (n=2/6). Le taux de succès était significativement meilleur en cas de plaie type A selon la classification Strasberg (plaie sous hilaire) (p=0.0337). Le taux de concordance sur la présence et la localisation de la plaie biliaire entre la cholangio-IRM et la cholangiographie était de 89%. On retrouve une tendance à la diminution du taux de succès lors de l'allongement du délai diagnostic sans différence significative (p=0.0652). Les autres facteurs étudiés (réalisation d'une cholangio-IRM, présence d'une comorbidité lourde associée, origine de la plaie biliaire, réparation peropératoire immédiate et délai diagnostic) ne présentaient pas de différence significative.

Discussion : Les plaies biliaire iatrogènes sont une complication peu fréquente mais grave de la chirurgie hépatobiliaire. Notre étude bien que rétrospective et monocentrique présente l'avantage de regrouper la prise en charge de 64 patients avec une plaie biliaire fistulisante ce qui représente une cohorte importante au regard de la littérature. Notre étude menée dans un centre tertiaire rapporte un taux de succès global de 87,5%. Comme déjà prouvé dans la littérature, l'endoscopie de par sa disponibilité, son taux élevé de succès thérapeutique et son faible taux de complication reste l'outil idéal pour la prise en charge des plaies biliaires en première intention notamment pour les plaies biliaires peu complexes. Concernant les plaies biliaires complexes notre étude démontre que les plaies proches du hile hépatique présentent un taux de succès global plus faible. Chaque cas de plaie péri ou sus-hilaire doit faire l'objet d'une concertation multidisciplinaire (endoscopique, radiologique et

chirurgicale) et nécessite souvent des procédures multiples et complexes justifiant une prise en charge dans un centre équipé d'un plateau technique adapté. La cholangio-IRM préthérapeutique présente une bonne précision diagnostique pour la caractérisation des plaies biliaires et nous semble pouvoir améliorer la prise en charge des plaies biliaire complexes bien que notre étude ne le prouve pas (100% de succès dans le groupe IRM mais sans différence significative). L'apport de l'échoendoscopie, dans la prise en charge des plaies biliaires semble également être une aide à la prise en charge à la fois pour le drainage des biliomes mais également pour l'accès aux voies biliaires dans certains cas.

Conclusion : Notre étude confirme sur une série significative que la prise en charge d'une plaie biliaire iatrogène sous hilaire (Strasberg A) doit être prise en charge par endoscopie exclusive dans la majorité des cas le plus rapidement possible. En cas de doute diagnostique sur la localisation ou de suspicion de plaie biliaire complexe ou péri-hilaire un transfert en centre tertiaire pour une prise en charge combinée endoscopique radiologique et chirurgicale est indispensable pour éviter des complications immédiates graves et/ou au long cours.

P.182

Impact environnemental de l'endoscopie par capsule : éco-audit analysant différents types de capsules et le parcours patient

M. Pioche [1], R. Grau [1], J. Rivory [1], J.C. Saurin [1], D. Grinberg [1], J. Jacques [2], P.J. Cottinet [1]
(1) Lyon ; (2) Limoges.

Introduction : L'impact environnemental de l'endoscopie est loin d'être négligeable puisqu'elle est la troisième discipline la plus polluante selon une récente évaluation du NHS. Parmi nos activités, la capsule endoscopique n'a pas encore fait l'objet d'un bilan dédié, alors qu'elle représente environ 22 000 examens par an en France, et que pour l'instant une très faible proportion de capsules est récupérée par les patients après l'examen. Face à cette pratique de déchets non gérés, nous avons souhaité réaliser un éco-audit sur la capsule endoscopique afin d'évaluer l'impact de l'examen, du parcours patient, des dispositifs eux-mêmes et de leur emballage et enfin de la gestion de leurs déchets.

Matériels et Méthodes : Procédure de la capsule
Quelle que soit la marque utilisée, la procédure de la capsule endoscopique de l'intestin grêle est entourée d'un certain nombre d'éléments qui ont un impact environnemental non nul. A cette fin, nous avons suivi le patient de la capsule endoscopique afin d'identifier et de mesurer l'impact des différentes activités qui interviennent dans la procédure.
Évaluation de l'écoaudit de la capsule
Trois marques différentes de capsules endoscopiques sont actuellement utilisées dans notre unité, Given Pillcam SB3 (Given imaging, Israël), Capsovision (Capsocam, Capsovision, USA), Navicam capsule (ankon, Shanghai, Chine). Un dispositif de chacune de ces marques avec son emballage après avoir été désassemblé a été analysé par un laboratoire d'ingénierie spécialisé dans l'analyse des matériaux afin d'en connaître la composition, notamment pour décrire le poids de chaque élément utilisé. Parmi ces 3 capsules, deux modes d'enregistrement différents existent puisque Capsocam® doit être prélevé dans les selles et envoyé au fabricant pour l'extraction des données alors que les autres (Navicam, Pillcam ou Mirocam) transmettent les données par un transfert sans fil à un enregistreur tenu par le patient pendant 8 heures.
Par ailleurs une enquete a été menée auprès des patients sur leur façon de venir à l'examen de capsule, leur activité au cours des 8 heures d'enregistrement et leur conaissance de la pollution engendrée ainsi que leur engagement à récupérer la capsule.

Résultats : L'analyse des capsules a montré que la masse utile est d'environ 3.3%, le reste étant représenté par le packaging, l'aimant de désactivation (néodyme) et la notice. La capsule contient deux piles en oxyde d'argent, 4 leds et des circuits imprimés et son impact envirronnemental est de 0.039 d'équivalent CO2 pour les 3 marques. La préparation PEG associée à la procédure représente un équivalent CO2 de 0.27 Kg. Au total, l'impact global (transport, packaging, est d'environ 1 kg d'eq CO2. La capsule capsocam semblerait avantageuse car la capsule est récupérée et ne part dans avec les eaux usées pour être enfouie, mais le dispositif de récupération (cuvette plastique et baguette aimantée) multiplie (poids de plastique de 255 g + 1 aimant en terre rare) l'impact environnemental par 2.2. Le film produit a un poids de 514 Mo en moyenne (sur 20 vidéos) ce qui représente 10 kg d'eq CO2 pour le transfert et 10 fois plus pour un stockage d'un an sur serveur CLoud. L'interrogatoire des patients montrent que 69% d'entre eux viennent en voiture faire la capsule (50% *Vs*L, 50% voiture perso) avec distance de 74 km aller retour (soit 15 kg d'eq CO2). 1/3 d'entre eux retourne à domicile et 1/3 va se promener en ville pendant la journée. 44% déclare générer plus de déchets que d'habitude (repas à l'hopital avec plastique). Seulement 32% ont conscience que la capsule est un déchet interdit à jeter et 62% serait prets à récupérer la capsule avec un dispositif adéquat.

Conclusion : La capsule, comme toutes nos activités endoscopiques a un impact envirronnemental non négligeable. Bien qu'il paraisse insensé de laisser partir des capsules dans les toilettes, l'impact envirronnemental de la capsule elle même est faible par rapport au packaging, à l'aimant de désactivation dans la boîte facilement recyclable),

au stockage des données et aux transports du patient pour venir à l'examen et au cours de la journée. Malgré cela, la récupération des capsules semblent à favoriser, avec une incitation des patients à les restituer au fabricant pour recyclage car à l'heure actuelle, elles sont majoritairement enfouies avec les boues sortant des stations d'épuration.

P.183

Le clips OTSC : un outil essentiel et efficace dans la prise en charge des perforations coliques iatrogènes per coloscopie dans une unité d'endoscopie

Y. Le Baleur [1], J.B. Danset [1], E. Chanteloup [1], D. Levoir [1], F. Maille [1], C. Nyeheck [1], K. Marcin [1], C. Medlij [1], G. Minzala [1], O. Marty [1]

(1) Paris.

Introduction : Les clips OTSC (disponibles depuis 2010 en France pour le clip OVESCO et depuis 2018 pour le clip Padlock) ont transformé la prise en charge des perforations larges du tube digestif notamment dans les perforations coliques ou ils sont équivalents à une suture chirurgicale. ces clips ont été introduits en 2017 dans l'unité d'endoscopie de l'hopital saint joseph à Paris et un observatoire de la perforation colique a été mis en place . Nous rapportons ici les perforations coliques survenues dans l'unité de 2017 à 2022 et leur prise en charge .

Patients et Méthodes : une ouverture involontaire de la paroi colique (perforation) est survenue chez 23 patients pendant cette période ou ont été réalisées 18122 coloscopies . cette perforation a été définie comme un type IV de la classification de sidney correspondant une ouverture du muscle colique . Un defect musculaire transfixiant est survenue pendant cette période chez 18 femmes et 5 hommes d'age median de 68 ans (27-90). la perforation est survenue au cours d'une coloscopie diagnostique dans 9 cas (3 dilacérations de la paroi sigmoidienne sur une boucle et 6 perforations directes par passage de l'endoscope au travers de la paroi colique au cours de la progression de l'endoscope) et au cours d'une coloscopie thérapeutique dans 13 cas (5 cas au cours d'une mucosectomie dont une perforation retardée , 9 cas au cours d'une procédure de dissection sous muqueuse du colon sus péritonéal) On été coligés les éléments suivant : Le site de survenue de la perforation, la taille de la perforation, la possibilité de réparation endoscopique et le type de clips utilisé ainsi que le petit materiel ancillaire ; le résultat du scanner precoce réalisé après la fermeture ; le succes clinique définit par l'absence de chirurgie, les complications en rapport avec la pose d'un clip OTSC, la mortalité de la perforation et la réalisation d'une stomie

Résultats : 74 % des perforations siégeaient en aval de l'angle colique gauche et 26 % dans la partie droite du colon . Les tailes du defect pariétal se repartissaient de la facon suivante : < 5 mm : 8,5 %, 5-10 mm :30,5 %, 10-15 mm : 48 % et > 15 mm : 13 %. La réparation endoscopique a été jugée possible et réalisée dans 83 % des cas (jugée non possible dans les 3 perforations sur dilaceration au niveau de la boucle sigmoidienne et dans le cas de perforation retardée) . un clip OTSC a été utilisé dans 100%, des perforations jugées réparables (Ovesco 30 % et Padlock 70 %) avec utilisation de la pince twin grasper dans 68,5 % des cas . une opacification par 50 cc de produit de contraste dilué sur la suture endoscopique et en amont a été réalisé chez tous les patients ayant eu une fermeture endoscopique .
Un TDM precoce entre 4 et 6 heures de la perforation a été réalisé chez 89,5 % des patients ayant eu une femeture endoscopique à la recherche d'un epanchement liquidien intrapéritonéal et d'une fuite du produit de contraste aspergé dans la lumiere colique Aucun épanchement intra peritonéal ni aucune fuite de produit de contraste en dehors de la lumiere digestive n'etait noté et aucun patient n'a été opéré avec une evolution favorable sous traitement medical associé (mise a jeun et antibiothéapie de 3 à 7 jours) chez tous les patients . Chez les 4 patients opérés (3 dilacérations de la paroi colique sur boucle et une perforation retardée) une stomie a été réalisée dans 50 % des cas. Aucune mortalité ni aucune complication relative à la pose d'un macroclips OTSC n'a été noté.

Conclusion : Les clips OTSC (Ovesco et Padlock) couplés à la pince Twin Grasper (Ovesco) sont des outils indispensables et efficaces pour réparer de facon sure et étanche les perforations coliques permettant d'éviter la chirurgie. La réalisation precoce d'un scanner apres opacification de la zone pendant la reparation permet de s'assurer de l'etancheite de la reparation. La perforation par dilacération sur la boucle sigmoidienne et la perforation retardée restent des indications chirurgicales avec un taux de colostomie elevée.

P.184

Suivi à 10 ans d'une cohorte de 100 patients avec un diagnostic de panniculite mésentérique au scanner

C. de Waele [(1)], P. Calame [(1)], C. Briquez [(1)], Z. Lakkis [(1)], S. Koch [(1)], E. Delabrousse [(1)], L. Vuitton [(1)]

(1) Besançon.

Introduction : La panniculite mésentérique (PM) est une inflammation aspécifique du tissu adipeux mésentérique de diagnostic radiologique au scanner. Plusieurs causes ont été proposées parmi lesquelles les pathologies aigues abdominales et rétro-péritonéales ; et les pathologies néoplasiques. Certaines études montrent en effet une surreprésentation de cancers associés à la PM, mais cette association est controversée, d'autres études concluant à un épiphénomène. De ce fait, la prise en charge d'un patient avec un diagnostic de PM au scanner demeure un véritable défi, avec la crainte de méconnaitre un cancer sous-jacent, majoré par l'absence de consensus national ou international sur l'évaluation et le suivi des PM. Notre étude avait pour objectif d'évaluer le risque de développer une pathologie néoplasique dans les années suivant le diagnostic de PM, ainsi que l'évolution de la PM au scanner.

Matériels et Méthodes : Nous avons suivi de façon rétrospective une cohorte de 100 patients avec un diagnostic de PM, recrutés prospectivement entre janvier 2012 et février 2013 dans un CHU français. Les patients étaient divisés en deux groupes selon la pathologie initiale associée à la PM : néoplasique, et abdominales ou idiopathique. Nous avons recueilli les données cliniques ainsi que les données radiologiques disponibles jusqu'en aout 2022. Les scanners ont été relus par deux investigateurs, dont un radiologue expert de la pathologie digestive.

Résultats : Au total, 93 patients ont été inclus dans le suivi à long terme de cette cohorte, avec un suivi médian (IQR) de 6,5 (6,75) ans après le diagnostic de PM. 41 patients présentaient une PM idiopathique ou associée à une pathologie non néoplasique, avec un suivi médian de 8 (5,25) ans et un âge moyen (SD) de 60 (± 14,2) ans. Six (14,6 %) d'entre eux ont développé un cancer, avec une médiane de 1,87 (0,25) ans suivant le diagnostic de PM et un âge moyen de 63,8 (±10,5) ans lors du diagnostic de cancer. Deux patients ont développé un cancer du poumon, à l'âge de 59 et 67 ans, respectivement 13 et 18 mois après le diagnostic de PM. Tous deux avaient un antécédent d'exposition au tabac, et l'un deux avait réalisé un scanner thoracique initialement, ne montrant pas de tumeur. Un patient a développé un adénocarcinome gastrique à l'âge de 61 ans, 27 mois après le diagnostic de PM, il s'agissait d'un patient greffé rénal sous immunosuppresseurs dont la gastroscopie réalisée lors du bilan initial de PM était négative. Deux patients ont développé un lymphome infiltrant le mésentère, dont le scanner initial mimait une PM, avec la présence de signes atypiques : au moins un nodule de petit axe > 10 mm ainsi que des adénopathies extramésentériques. Un seul patient (2,4%) atteint d'un adénocarcinome de la prostate localisé à l'âge de 48 ans n'avait pas d'autre cause potentielle de PM ou de cancer. Concernant le suivi radiologique, 69 patients avaient réalisé un scanner de suivi, 50 (72 %) avaient une PM stable, 13 (19 %) une régression, et 6 (9 %) une progression de la PM. Aucune PM n'a évolué vers une mésentérite rétractile. Concernant le groupe de patients qui avaient un cancer connu au diagnostic de PM : chez 20 patients en rémission, 16 (80%) avaient une PM stable, et 4 (20 %) avaient une régression partielle ou complète de la PM. Chez les 18 patients dont le cancer avait progressé ou était resté stable sous traitement, 10 (56 %) avaient une PM stable, 5 (28 %) avaient une régression et 3 (17 %) avaient une progression de la PM.

Conclusion : Le suivi de près de 10 ans de cette cohorte de PM, le plus long décrit jusqu'ici, semble rassurant concernant le développement de cancer en lien avec la PM dans les années suivant son diagnostic. Néanmoins ce suivi a montré deux formes de lymphomes du mésentère, dont les signes scannographiques initiaux étaient atypiques et font discuter le recours à un avis pluridisciplinaire afin d'éliminer ce diagnostic différentiel.
En ce qui concerne l'évolution au scanner, la PM est généralement stable, et en cas de cancer, ne semble pas être corrélée à l'évolution de la maladie. Nous avons par ailleurs montré que la PM n'évolue jamais vers une forme rétractile.

P.185

La dissection sous-muqueuse endoscopique permet le traitement des lésions colorectales anastomotiques : étude rétrospective multicentrique

C. Yzet [1], T. Wallenhorst [2], J. Jacques [3], V. Lepilliez [4], S. Leblanc [4], T. Degand [5], F. Rostain [4], J. Rivory [4], M. Pioche [4]

(1) Amiens ; (2) Rennes ; (3) Limoges ; (4) Lyon ; (5) Dijon.

Introduction : Peu d'études ont évalué la faisabilité de la dissection sous-muqueuse endoscopique (DSM) pour le traitement des lésions adénomateuses anastomotiques colorectales. L'objectif de cette étude était d'évaluer l'efficacité et la sécurité de la DSM dans cette indication.

Patients et Méthodes : Tous les patients ayant bénéficiés d'une DSM pour une lésion colorectale sur anastomose ont été identifiés rétrospectivement à partir d'une base de données prospective de DSM. Le critère de jugement principal était le taux de résection R0 défini comme une résection En Bloc avec des marges latérales et profondes histologiquement saines.

Résultats : Un total de 25 patients (âge médian 74 ans, 56 % d'hommes) ont été identifiés dont 22 ont eu une DSM pour une lésion adénomateuse sur anastomose colorectale. La surface et la vitesse médiane de résection des lésions étaient de respectivement 951,8 mm2 (IQR 519,1-1763,3) et 20,7 mm2/min (IQR 14,3-31,4). Le taux de résection en bloc était de 90,9 % et le taux de résection R0 était de 68,2 %. Le type d'anastomose, la taille (p=0,86), la localisation (p=0,65) de la lésion et l'analyse histologique finale (p=0,79) n'étaient pas associés à une résection R0.
Huit perforations peropératoires ont été répertoriées, toutes prises en charge par voie endoscopique. Une perforation tardive est survenue à J1 de l'intervention nécessitant une prise en charge chirurgicale. Parmi les 11 patients ayant bénéficié d'une coloscopie dans le suivi aucun n'a présenté de récidive sur le site de résection.

Conclusion : La DSM pourrait être proposée en centre expert comme première option pour traiter les lésions colorectales anastomotiques. Ces résultats devront être confirmés par des études prospectives de plus grande ampleur.

P.186

Le traitement endoscopique est sûr et efficace pour prévenir le développement des cancers duodénaux dans les polyposes duodénales de stade IV de Spigelman : une étude sur 58 patients atteints d'une polypose adénomateuse familiale avec un suivi de 5 ans

P. Le Bras [1], E. Cauchin [1], E. Coron [2]

(1) Nantes ; (2) Genève, SUISSE.

Introduction : La majorité des patients atteints d'une polypose adénomateuse familiale (PAF) vont développer des adénomes duodénaux, à risque de dégénérescence. Le traitement endoscopique de ces adénomes pourrait être une alternative moins invasive que la chirurgie, mais peu de données ont été publiées à ce sujet. Nos objectifs étaient d'évaluer l'efficacité à long terme du traitement endoscopique, et d'évaluer sa faisabilité et sa sécurité.

Matériels et Méthodes : Des patients suivis pour une PAF et ayant une polypose duodénale de stade IV de Spigelman, suivis dans 5 CHU français ont été inclus et suivi pendant une durée médiane de 5,66 ans (EI 6,39). Le critère de jugement principal était la survie sans chirurgie et cancer duodénal. Deux groupes de patients ont été individualisés selon leur traitement endoscopique ; groupe 1 : résection ou destruction (coagulation plasma argon) de polypes duodénaux et le groupe 2 : ampullectomie.

Résultats : 58 patients ont été inclus (29 hommes ; âge median de 44 ans). Trois cent trente huit sessions endoscopiques ont été réalisées dans le groupe 1, et 19 dans le groupe 2. La survie sans chirurgie et cancer duodénal était de 95,8% à 5 ans et de 92,6% à 10 ans. Quatre patients ont été opérés et deux cas de cancers ont été détectés. Selon un modèle de régression, le score de Spigelman median était de 9,24 points à l'endoscopie index, et de 6,35 points après 5 ans de suivi, puis se stabilise. Le pourcentage de complications des sessions endoscopiques du groupe 1 était de 7,9%, et de 47,3% dans le groupe 2.

Conclusion : Le traitement endoscopique des formes sévères de polyposes duodénales apparaît être une prise en charge sûre et efficace en alternative à la chirurgie pour prévenir le développement de cancers duodénaux.

P.187

Etude de la sécurité et de l'efficacité du traitement endoscopique du diverticule de Zenker par septotomie selon le dispositif utilisé : diverticuloscope ou cap

A. Labkriman [(1)], P. Deprez [(1)], T.G. Moreels [(1)], H. Piessevaux [(1)]

(1) Bruxelles, BELGIQUE.

Introduction : Le diverticule de Zenker (ZD) est une poche hypopharyngée survenant par herniation des couches muqueuses et sous-muqueuses au niveau de l'espace de Killian. Il s'agit d'une pathologie rare avec une prévalence évaluée entre 0,01% et 0,11% et survenant surtout chez le patient âgé. Compte-tenu de son profil de sécurité et de son efficacité, le traitement endoscopique est actuellement l'option thérapeutique recommandée. L'intervention peut se faire avec l'aide d'un diverticuloscope, d'un cap transparent ou sans dispositif. Le but de notre étude consiste à comparer la sécurité et l'efficacité du traitement endoscopique du diverticule de Zenker selon le dispositif utilisé : cap transparent ou diverticuloscope. L'utilisation d'un diverticuloscope est-elle toujours nécessaire?

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective, monocentrique. Nous avons collecté les données des patients, leurs traitements, les caractéristiques endoscopiques incluant les opérateurs, le modèle d'endoscope et les complications. Les symptômes ont été objectivés au moyen d'un score d'Eckardt modifié et les patients ont été réévalués 1 mois après leur traitement puis rappelés au moment de la collecte finale des données. Au total 73 patients traités entre 2006 et 2020 ont été inclus.

Résultats : Au total, 73 patients ont bénéficié d'une septotomie endoscopique pour le traitement d'un diverticule de Zenker entre 2006 et 2020. Dix-neuf d'entre eux ont été traités à l'aide d'un diverticuloscope tandis que 54 ont été traités avec un cap. Il n'y a pas eu de différence significative en termes de complications (7,5% dans le groupe cap et 10% dans le groupe diverticuloscope, p =0,455). Parmi les 6 complications survenues dans les 2 groupes, 4 sont des microperforations (Agree II) et 2 sont des macroperforations (Agree IIIA) L'efficacité clinique est identique dans les deux groupes. A la première évaluation, les patients du groupe diverticuloscope étaient moins symptomatiques (p=0,05) alors qu'au suivi à long terme, ce sont les patients du groupe Cap qui avaient le moins de symptômes (p=0,01). A 2 ans de suivi, le taux de survie sans réintervention est semblable dans les deux groupes (environ 80% et 82%) alors qu'il était plus bas à 5 ans dans le groupe diverticuloscope sans que cette différence ne soit statistiquement significative (32% *vs* 68,2%, p=0,131).

Conclusion : Le traitement endoscopique du ZD est sûr, réalisable et efficace aussi bien avec un cap qu'avec un diverticuloscope. Dans notre cohorte, l'efficacité à long terme du traitement endoscopique semble être en faveur du cap mais cela nécessite un suivi plus long afin d'être confirmé.

P.188

Efficacité et sécurité du drainage endoscopique comparativement au drainage radiologique percutané pour la prise en charge des sténoses hilaires malignes

M. Houot [(1)], X. Orry [(2)], M. François [(2)], M. Muller [(2)], A. Lopez [(2)], J.B. Chevaux [(2)], M. Schaefer [(2)]

(1) Vandœuvre-lès-Nancy ; (2) Nancy.

Introduction : La principale étiologie des sténoses hilaires malignes est le cholangiocarcinome périhilaire. Il s'agit d'une tumeur rare mais de mauvais pronostic. Au diagnostic, 90% des patients présentent un ictère et 10% une angiocholite. Ainsi, le drainage biliaire, par voie radiologique percutanée ou endoscopique, occupe une place fondamentale dans la prise en charge de ces patients que ce soit en situation palliative ou préopératoire. Cependant, l'approche thérapeutique optimale reste débattue.

Matériels et Méthodes : Une étude monocentrique rétrospective en centre tertiaire a été menée sur la période de janvier 2015 à décembre 2021. Tous les patients ayant réalisé un drainage endoscopique ou radiologique percutané pour une sténose hilaire maligne Bismuth II, III ou IV quelle que soit l'étiologie ont été inclus. Le critère de jugement principal était l'évaluation du succès thérapeutique défini comme une régression du taux de bilirubinémie d'au moins 20% à J7. Les procédures, le taux de complications et la survie ont également été analysés.

Résultats : Au total, 106 patients ont été inclus, 73 d'entre eux ont eu un drainage endoscopique en première intention et 33 un drainage radiologique. Les deux groupes étaient comparables notamment en ce qui concerne la classification de Bismuth des lésions. Les taux de succès thérapeutique étaient de 69,9% et 60,6% respectivement dans le groupe endoscopie et radiologie sans différence significative. Les taux de complications étaient également similaires entre les deux groupes avec 46,6% des patients dans le groupe endoscopie ayant présenté au moins une complication contre 36,4% dans le groupe drainage radiologique (p=0,3260). La complication la plus fréquente était l'angiocholite aiguë qui concernait respectivement 22,5% et 36,4% des patients du groupe endoscopie et radiologie (p=0,1389). A noter un taux de 25,4% de pancréatite aiguë dans le groupe endoscopie. Cependant, le nombre moyen de procédures par patient était significativement plus élevé dans le groupe endoscopie (1,7 contre 1,2 p=0,002), suggérant un taux de complication par procédure plus faible dans le groupe endoscopie. Il n'y avait pas de différence significative en termes de mortalité, la survie médiane était de 99 jours dans le groupe endoscopie contre 59 jours dans le groupe radiologie. La survie des patients était significativement allongée en cas de procédure initiale efficace (81 jours *vs* 50 jours p=0,0175).

Conclusion : L'efficacité du drainage biliaire par voie endoscopique ou radiologique percutanée est similaire pour la prise en charge des sténoses hilaires malignes Bismuth II, III ou IV. Les complications liées aux procédures semblent moins fréquentes dans le groupe endoscopie avec des taux de complications similaires mais un nombre moyen de procédures par patient plus élevé dans le groupe endoscopie.

P.189

Duodénoscope à usage unique *versus* à usage multiple : étude de coûts

A. Belle [(1)], D. Marguerite [(1)], Q. Misandeau [(1)], B. Benoit [(1)], R. Batista [(1)], S. Chaussade [(1)]
(1) Paris.

Introduction : Les duodénoscopes sont des endoscopes utilisés pour les procédures de Cholangio-pancréatographie rétrograde par voie endoscopique (CPRE). Récemment, des duodénoscopes (DD) à usage unique (UU), concurrents à l'usage multiple (UM), ont démontré lors d'essais thérapeutiques leur non-infériorité clinique définie par la réussite de la procédure. L'objectif de notre étude est de documenter une stratégie d'utilisation des DDUU à partir d'une évaluation économique comparative et de l'impact organisationnel d'un changement de dispositif.

Matériels et Méthodes : Le coût moyen TTC d'une utilisation en 2021 a été estimé pour chaque type de DD. Pour les DDUM, celui-ci comprend l'achat et la maintenance, le lavage (désinfectants, consommables et personnel) et les prélèvements d'hygiène. Pour les DDUU, le coût global comprend les coûts d'achat et de gestion des déchets. Ces coûts ont été comparés aux valeurs de la part logistique médicale (Biomédicale, Stérilisation, Pharmacie et Hygiène) de l'Etude Nationale des Coûts (ENC) de 2018 pour les Groupes Homogènes de Malades (GHM) concernés. L'impact organisationnel a été évalué par la consultation des équipes paramédicale, médicale et biomédicale.

Résultats : Dans notre centre d'endoscopie digestive interventionnelle, le parc est constitué de 11 DDUM (9 OLYMPUS et 2 FUJIFILM) ayant permis la réalisation de 996 interventions soit 12 % de l'activité d'endoscopie en 2021. Deux DDUM (FUJIFILM) sont réservés à l'activité de garde (40 interventions) réalisée « hors les murs ». Le taux moyen d'immobilisation pour maintenance (réparations et hygiène) est de 51 % en 2021. Le coût moyen de maintenance par DDUM est estimé à 9559 euros par an. Le coût moyen d'une utilisation est de 173 euros par acte en routine dans l'unité d'endoscopie digestive et de 521 euros par acte réalisée lors de la garde. En comparaison, les coûts des DDUU sont évalués à 1906 euros (AMBU) et 2965 euros (BOSTON). Pour un même budget annuel, les tarifs des DDUU permettraient de réaliser seulement 60 à 90 interventions par an. Selon l'ENC, la part dédiée à la logistique médicale est de 94 euros par intervention, correspondant à 54 % de la dépense réelle pour les DDUM et moins de 5 % pour les DDUU.

Conclusion : Les DDUU représentent un surcoût important limitant leur utilisation à l'aide logistique. Les indications dans notre hôpital ont été restreintes soit aux patients à haut risque infectieux (pour eux-mêmes ou pour le parc des DD) soit, à une utilisation en journée ou en garde en cas d'indisponibilité des DDUM. Un frein supplémentaire à l'UU est la production de déchets non recyclés : une étude écologique comparative avec la désinfection des UM permettrait d'en apprécier l'impact.

P.190

Impact des réseaux sociaux sur la formation en gastroentérologie et endoscopie

S. Dilal [(1)], H. El Bacha [(1)], M. Konso [(1)], N. Benzzoubeir [(1)], I. Errabih [(1)]
(1) Rabat, MAROC.

Introduction : Les réseaux sociaux (RS) font partie de notre vie quotidienne. Ces nouveaux médias permettent d'enrichir les échanges entre médecins et offrent des perspectives inédites de formation. Un nombre important d'utilisateurs et notamment de gastro-entérologues sont sur les réseaux chaque jour. Mais combien de temps passent-ils à naviguer et quel impact a cela sur la formation en gastro-entérologie ?
Le but de notre travail est d'apprécier le degré d'utilisation actuelle des réseaux sociaux par les gastro-entérologues et son impact sur le processus d'apprentissage.

Matériels et Méthodes : Il s'agit d'une étude prospective descriptive internationale réalisée sur 1 mois et demi grâce à un questionnaire (Google Forms) adressé aux résidents et spécialistes en gastro-entérologie, de façon anonyme. Ce questionnaire contenait des items sur l'utilisation et l'opinion des praticien concernant les RS.

Résultats : 508 personnes ont participé à l'enquête. Les résultats ont objectivé que les réseaux sociaux étaient utilisés par tous les participants interrogés, l'âge moyen des participants était de 42 ans (+/- 1,5), avec la participation de différents pays avec une majorité de participants du Maroc 173(34%), d'Algérie 112(22%), Égypte 102(20%), France 91(18%) et (6%) pour d'autres pays. La majorité des participants étaient des spécialistes 422(83%), 86(17%) des résidents.
503(99%) des participants ont déclaré utiliser les RS également pour des raisons de formation.
Le temps moyen passé sur les réseaux sociaux était de 4,08±1,98 heures par jour, dont 2,08±1,014 heures est consacrée à l'apprentissage.
YouTube est le RS le plus utilisé pour cet objectif 426(84,7%), suivi de WhatsApp 352(70%), suivi de Facebook 350(69,5%) et Instagram de 217(43,2%).
Les vidéos d'endoscopies digestives et les images endoscopiques sont les plus recherchées dans les RS 397(78,9%) puis la proctologie 345(68,6%) et les résumés d'articles scientifiques et des congrès dans 202(40,3%).
Au total, 493(98 %) pensent que les RS peuvent améliorer leur formation et 463(92 %) pensent que ces derniers peuvent être de plus en plus exploités dans le cadre de la formation médicale.
Cependant 369(73,4%) des participants pensent ne pas pouvoir évaluer la fiabilité de l'information à travers les RS.

Conclusion : Depuis une dizaine d'années, l'émergence des réseaux sociaux a bouleversé les modes de communication, les interactions sociales, tant dans le domaine personnel que professionnel ; de par leur côté pratique et accessible ils facilitent l'accès à l'information d'où l'intérêt de les inclure à part entière dans le processus de formation.
La fiabilité des informations reste un souci qui peut être dépassé par l'implication des sociétés savantes et la certification des comptes fiables.

P.191

Angiodysplasies digestives et insuffisance rénale chronique : une étude cas-témoin

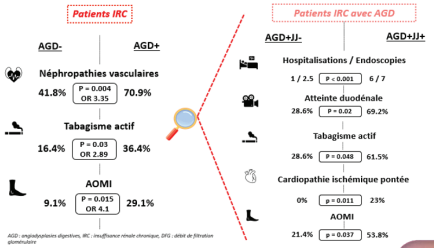
S. Azancot [(1)], X. Dray [(1)], J.J. Boffa [(1)], A. Becq [(1)]
(1) Paris.

Introduction : Les angiodysplasies digestives (AGD) sont des malformations vasculaires souvent diagnostiquées dans le contexte d'hémorragie digestive, pouvant parfois mettre en jeu le pronostic vital. L'insuffisance rénale chronique (IRC) est un facteur de risque connu de développement d'AGD. Pourtant, les mécanismes sous tendant cette association sont mal connus et peu d'études se sont intéressées aux caractéristiques cliniques des patients IRC avec AGD.
L'objectif de cette étude était de décrire ces patients et de les comparer à la population générale de patients avec IRC.

Patients et Méthodes : Les patients suivis dans le service de Néphrologie de l'hôpital Tenon, et pour lesquels un acte d'endoscopie avait été réalisé entre janvier 2012 et janvier 2022, étaient identifiés. Les patients avec IRC, définie par un débit de filtration glomérulaire (DFG) < 90 ml/min/1,73m2 pendant plus de 3 mois, pour lesquels un diagnostic d'AGD a été réalisé par endoscopie constituaient le groupe AGD+. Une population témoin de patients avec IRC, sans lésion d'AGD documentée a été appariée sur le sexe, l'âge et le stade de DFG au groupe AGD+ (groupe AGD-). Les caractéristiques démographiques, cliniques et biologique étaient collectées pour comparaison. Une analyse en sous-groupe chez les patients AGD+ a également été réalisée, afin de comparer les patients avec atteinte grêlique (duodénum exclut) (AGD+JJ+), connue pour être plus sévère, et les patients sans atteinte grêlique (AGD+JJ-).

Résultats : Au total, 55 patients étaient inclus dans le groupe AGD+, dont 70,9% d'hommes, avec un âge moyen de 71,4 ans. 98,2% (n=54) présentaient au moins un facteur de risque cardio-vasculaire, soit 92,7% (n=51) d'hypertension artérielle, 70,9% (n=39) de dyslipidémie et 36,4% (n=20) de tabagisme actif. Par ailleurs, 36,4% (n=20) avaient une cardiopathie ischémique, 29,1% (n=16) de l'artériopathie oblitérante des membres inférieurs (AOMI) et 27,3% (n=15) des troubles du rythme. L'insuffisance rénale était avancée avec un DFG moyen de 18 ml/min/1,73m2, et 40% (n=22) des patients avaient un DFG < 15 ml/min/1,73m2. Cette IRC était attribuée à une néphropathie vasculaire dans 70,9% des cas (n=49). Comparativement au groupe AGD-, il y avait significativement plus de tabagisme actif (OR=2,89, p=0,03), d'AOMI (OR=4,05, p=0,015) et de néphropathies vasculaires (OR=3,35, p=0,004). Les autres antécédents et facteurs de risques cardiovasculaires étaient équilibrés entre les groupes.
Le sous-groupe AGD+JJ+ était constitué de 13 patients (23,6% de la cohorte) qui avaient au cours du suivi plus d'endoscopies (7 *vs* 2, p=0,001), de gestes d'hémostase (3 *vs* 1, p=0,001), et d'hospitalisations (6 *vs* 1, p=0,0002) que les patients du groupe AGD+JJ-. Le nadir d'hémoglobine était plus bas (5,9 g/dL *vs* 7,75 g/dL, p=0,038) et le nombre de patients avec plus de 10 transfusions était supérieur (60% *vs* 3,7%, p=0,001). Il y avait une proportion d'atteinte duodénale supérieure également (69,2% *vs* 28,6%, p=0,02). Enfin, les taux de tabagisme actif (61,5% *vs* 28,6%, OR=3,89, p=0,048), de cardiopathies ischémiques pontées (23% *vs* 0%, p=0,011) et d'AOMI (53,8% *vs* 21,4%, OR=4,14, p=0,037) étaient supérieurs dans le groupe AGD+JJ+ également. Ces résultats sont disponibles dans la figure 1.

Figure 1 : Comparaison de patients insuffisants rénaux chroniques avec ou sans angiodysplasies et comparaison des patients avec angiodysplasies avec ou sans atteinte grêlique.



AGD : angiodysplasies digestives, IRC : insuffisance rénale chronique, DFG : débit de filtration glomérulaire

Conclusion : Parmi les patients insuffisants rénaux chroniques, ceux avec AGD ont un terrain cardiovasculaire prononcé avec plus de tabagisme actif, d'AOMI et de néphropathies vasculaires comparativement à ceux sans AGD. Au sein des patients avec AGD, l'atteinte grêlique est plus sévère, plus fréquente en cas d'atteinte duodénale, et associée à des taux plus importants de tabagisme actif, AOMI et cardiopathie ischémique pontée. Cette atteinte devrait être recherchée lorsqu'une atteinte duodénale est diagnostiquée.

P.192

Efficacité de la chimiothérapie après pose de prothèse duodénale chez les patients avec cancer pancréatique et syndrome occlusif haut

K. Bourhrara [(1)], F. Brazier [(2)], S. Hakim [(2)], L. Thomassin [(1)], M. Antonietti [(1)], S. Lecleire [(1)], A. Gangloff [(1)], P. Basile [(1)], R. Alhameedi [(1)], T. Yzet [(2)], J.P. Le Mouel [(2)], V. Hautefeuille [(2)], V. Verdier [(1)], A. Grancher [(1)], V. Vernon [(1)], M. Dutherage [(1)], P. Michel [(1)], E. Nguyen-Khac [(2)], F. Di Fiore [(1)], D. Sefrioui [(1)]

(1) Rouen ; (2) Amiens.

Introduction : le syndrome occlusif haut sur compression tumorale duodénale représente une des complications majeures des patients avec néoplasie pancréatique, retardant potentiellement l'administration de la chimiothérapie (CT). Dans ce contexte, un traitement endoscopique par pose de prothèse duodénale (PD) a été développé pour la prise en charge de ce type de syndrome occlusif. Peu de données existent actuellement sur la faisabilité et les résultats de la reprise de CT au décours de ce geste endoscopique. L'objectif de l'étude était ainsi d'évaluer la faisabilité et l'efficacité de la CT après PD chez les patients avec cancer du pancréas et syndrome occlusif haut sur sténose duodénale.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude observationnelle rétrospective bicentrique menée aux CHU de Rouen et d'Amiens entre 2006 et 2022. Les critères d'inclusion étaient les patients présentant un cancer du pancréas traités par PD pour un syndrome occlusif haut sur sténose duodénale avec une efficacité technique de la procédure endoscopique et un suivi ultérieur réalisé dans le centre de réalisation du traitement endoscopique.

Résultats : Un total de 79 patients a été inclus (Rouen, n=24 et Amiens, n=55). La reprise de CT après PD a été réalisée chez 39 (49,3 %) patients. A la première évaluation, le taux de réponse objective était de 10,5 %, le taux de contrôle néoplasique de 26,4 % soit un taux de contrôle de la maladie de 37,1%. La reprise de CT était associée à une amélioration significative de la SG (1,8 (absence de reprise) *versus* 6,5 mois (reprise), p < 0,0001). La médiane de survie globale (SG) après PD était de 4 mois. Un succès clinique endoscopique à J7 a été observé chez 62 (78,5 %) patients. Parmi ces patients, 16 (25,8%) ont présenté une récidive occlusive liée à un dysfonctionnement du stent et 14 une réintervention principalement à type de nouvelle pose de PD. La reprise de CT n'impactait pas sur le risque de récidive occlusive (p = 0,38) de même que sur la durée de perméabilité de la PD (3,4 (absence de reprise) *versus* 3,9 mois (reprise), p = 0,23).

Conclusion : La reprise de chimiothérapie après mise en place de PD est faisable et associée à une amélioration significative des données de SG chez les patients présentant un cancer du pancréas. Nos résultats montrent cependant qu'elle n'est pas associée à une diminution du risque de récidive occlusive de même qu'elle ne diminue pas le temps à la récidive occlusive.

P.193

Fermeture des perforations endoscopiques post-résection : description et résultats d'une nouvelle technique

F.S. Marin [(1)], E. Abou Ali [(1)], A. Belle [(1)], R. Coriat [(1)], S. Chaussade [(1)]

(1) Paris.

Introduction : Les techniques endoscopiques modernes (dissection sous-muqueuse (ESD), mucosectomie (EMR)) permettent la résection de tumeurs de plus en plus volumineuses (>2 cm). Dans certaines situations, une résection de l'ensemble de la paroi (résection transpariétale) est nécessaire (GIST, tumeur avec infiltration profonde de la sous muqueuse, ou fibrose importante). Il est recommandé de fermer ces perforations par des clips TTX, des macroclips ou par la chirurgie. Le but du travail était la description d'une nouvelle technique de fermeture des perforations endoscopiques utilisant une endoloop et des clips.

Patients et Méthodes : La méthode de fermeture était standardisée: utilisation d'un coloscope standard adulte avec un diamètre >3.2 mm; utilisation d'une endoloop qui était tractée en parallèle de l'endoscope ou larguée par le canal opérateur avant la fermeture; fixation de l'endoloop par des clips fixés sur les berges de la musculeuse (Boston ou Life) à 0 heures (h), 2h, 4h, 6h, 8h et 10h; fermeture musculaire bord à bord par l'endoloop soit directement, soit par récupération de l'endoloop par le mandrin de cette dernière.

Résultats : 7 patients (5 femmes, âge médian de 68.5 ans), ayant eu une résection d'un polype colo rectal (6 patients) ou d'une GIST gastrique ont eu une resection transpariétale (peritoine visible) et une fermeture de la résection par cette technique (Tableau 1).

Tableau 1: Caractéristiques de la lésion et l'indication de la fermeture

Indication fermeture	Localisation	Diamètre maximale de la lésion (mm)	Diamètre maximale de la brèche (mm)
Résection transparietale	Colon transverse	18	40
Perforation pendant ESD	Colon sigmoïde	40	10
Résection transparietale	Colon transverse	15	15
Résection transparietale	Caecum	15	10
Résection transparietale	Estomac	20	20
Perforation pendant ESD	Colon sigmoïde	40	30
Perforation pendant ESD	Rectum	30	10

La taille médiane de la lésion réséquée était de 18 mm et de la perforation de 15 mm. Un succès technique a été obtenu dans 100% des cas. Le nombre médian de clip utilisé a été de 6. L'évacuation d'un pneumopéritoine été nécessaire dans 2 cas (28%). Une antibiothérapie a été instituée dans 100% des cas pour une durée médiane de 8 jours. La durée médiane d'hospitalisation a été de 3 jours (extrêmes : 2-5 jours). Des douleurs abdominales et une fièvre ont été notées dans 4 cas (57%) et, respectivement, 1 cas (14%). Une hyperleucocytose (> 11 000 x 106/L) et une augmentation de la CRP (> 50 mg/L) à 24h étaient notées dans 3/6 cas, respectivement 3/7 cas. Une TDM a été réalisée chez tous les patients et a montré dans un cas (14%) une suspicion d'une petite collection abdominale, traitée de manière médicale. L'examen histologique de la pièce de résection a retrouvé une GIST gastrique, 2 adénomes colique en dysplasie de haut grade, un adénocarcinome intramuqueux, un T1sm3, un T2 et une lésion inflammatoire.

Conclusion : Cette nouvelle technique originale permet une fermeture des perforations endoscopiques dans 100% des cas par un rapprochement « bord à bord des berges musculaires » de la perforation. Cette méthode est simple, faisable avec un coloscope adulte standard ou un fibroscope gros canal.

P.194

Particularité de l'hémorragie digestive chez l'insuffisant rénal

S. Dilal [1], H. El Bacha [1], M. Konso [1], H. El Hamzaoui [1], N. Benzzoubeir [1], I. Errabih [1]
(1) Rabat, MAROC.

Introduction : L'hémorragie digestive est une complication fréquente en cas de maladie rénale chronique avancée. Les patients atteints d'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT) sont plus susceptibles d'avoir des problèmes gastro-intestinaux (GI), notamment des hémorragies digestives (HD) d'origine haute ou basse.
Le but de notre travail est d'étudier les particularités de HD chez les malades IRCT.

Matériels et Méthodes : Il s'agit d'une étude prospective analytique monocentrique sur une période de 28 mois : Avril 2020 à Aout 2022, incluant les malades présentant une HD ayant une IRCT au stade de dialyse ou non, y compris les patients transplantés rénaux.
En vue de pouvoir comparer les patients en IRCT avec des patients sans IR, un groupe témoins de patients admis pour HD ayant fait une endoscopie digestive au cours de la période de notre étude et à fonction rénale normale ont été recensés et groupés. Dans ce groupe de patients, nous avons pris en compte l'âge, le sexe, les indications, les résultats de l'endoscopie digestive et le séjour en réanimation.
Nous avons évalué également la mortalité toutes causes confondues, entre les groupes de patients atteints d'IRCT avec HD par rapport au groupe témoins.

Résultats : Un total de 378 patients a bénéficié d'une exploration digestive pour HD. Dans cette population, 46 (12,16 %) patients souffrant d'IRCT ont été comparé aux 332 patients sans IR.
70% (n=32) des patients souffrant d'IR étaient sous hémodialyse chronique, 26% (n=12) avaient un DFG< 60ml/min/1.73m2 mais étaient pris en charge sans l'aide de la dialyse ou de la transplantation, et 4% (n=2) patients étaient des transplantés rénaux.
Les étiologies les plus fréquentes chez les patients atteints d'IRCT étaient la maladie ulcéreuse 65,2% (n=30); les ectasies vasculaires 28,2% (n=13), les gastrites 26% (n=12), les œsophagites 10,8% (n=5) ; et les tumeurs dans 8,6% des cas (n=4).
Après analyse statistique les patients en IRCT avaient :
Un risque plus élevé d'instabilité hémodynamique 69,5% (n=32) par rapport au groupe témoins 11,14% (n=37) avec p=0,002,
Un taux de récidive plus élevé 26% (n=12) patients IRCT par rapport 9,6% (n=32) du groupe témoins avec un p=0,00.
Un taux de mortalité plus élevé 4,34% (n=2) chez les patients atteints d'IRCT par rapport au groupe témoins 1,2% (n=4) avec p=0,00.

Conclusion : L'hémorragie digestive en cas de maladie rénale chronique avancée est plus grave. Elle est accompagnée d'un risque plus élevé de récidive de séjour en réanimation et de mortalité, d'où l'intérêt d'une prise en charge rapide et d'une surveillance rapprochée. Les principales causes sont l'ulcère gastro-duodénal et les ectasies vasculaires.

P.195

Apprentissage de l'endoscopie digestive en Tunisie : les principes d'éthique médicale sont-ils respectés ?

C. Makni [1], Y. Zaimi [2], M. Shimi [2], S. Ayadi [2], E. Bel Hadj Mabrouk [2], A. Mensi [2], Y. Said [2], L. Mouelhi [2], R. Debbeche [2]
(1) Ariana, TUNISIE ; (2) Tunis, TUNISIE.

Introduction : L'enseignement des gastro-entérologues en formation, doit inclure des exercices d'entrainement et d'application pratique afin d'acquérir une expertise et une indépendance en tant qu'endoscopiste. Cette situation soulève d'importants questionnements éthiques. Néanmoins, il existe un conflit entre notre devoir éthique de respecter l'autonomie, la dignité, de veiller à l'information et au consentement du patient d'une part, et l'aspect technique et pratique de l'apprentissage des futurs spécialistes d'autre part. L'objectif de notre travail était, d'évaluer les attitudes et les connaissances générales des gastro-entérologues en matière d'éthique médicale depuis leur stade d'apprentissage.

Matériels et Méthodes : Nous avons mené, à travers un questionnaire, une étude transversale prospective et évaluative. Nous avons interrogé 162 médecins, concernant leur période d'apprentissage: 134 spécialistes en hépato-gastro-entérologie; répartis en 69 médecins hospitaliers et 65 médecins libéraux. Les 28 restants étaient des résidents en troisième et quatrième année de formation.

Résultats : Cent soixante-deux médecins ont participé à notre étude et rempli le questionnaire, soit un taux réponse de 58 %. Le sex-ratio H/F était de 0,51 et l'âge moyen était de 35 +/- 5,4 ans. La majorité des médecins, pensait que les patients avaient connaissance de l'indication de l'examen, et la moitié pensait qu'ils avaient connaissances du niveau de gêne occasionné. Cent quarante-quatre des interrogés (89%), pensaient que ces connaissances étaient expliqués par le médecin traitant.
Avant de pratiquer leurs premiers gestes endoscopiques sur les patients, 76,5% des gastro-entérologues n'avaient pas eu de formation pratique préalable.
Sous contrôle d'un superviseur, l'examen proctologique a été majoritairement (88,3%) pratiqué dès le premier trimestre de formation, l'EOGD (72,8%) durant le premier semestre de formation (premier stage), tandis que la coloscopie a été majoritairement pratiquée après la première année de formation (46,3%).
En l'absence de superviseur, l'examen proctologique a été majoritairement pratiqué dès le premier trimestre de formation (57,4% des opérateurs). L'EOGD ainsi que la coloscopie ont été majoritairement pratiquées après la première année de formation (65,4% et 91,3% respectivement).
En réponse à la question du patient : Qui est ce qui va me pratiquer l'acte endoscopique ? La majorité des gastrologues, soit 76,6% (n=124) auraient donné la bonne information et 23,4 % auraient donné des réponses fausses ou floues.
Une information simple, loyale et claire des différents aspects des soins était souvent donnée au patient ; l'indication de l'examen était expliquée par 85,8 % des interrogés (n=139), son déroulement et la gêne occasionnée par 79,6 % des interrogés (n=129). Par contre l'information concernant les éventuels effets indésirables et complications n'était pas donnée dans la majorité des cas, soit 82,7% des gastrologues (n=134).
Un minimum de deux minutes a été dédié à l'explication de l'examen endoscopique : 35,8% des apprenants accordaient deux minutes aux patients (n=58), presque la moitié, soit 51,9%, leur accordaient entre deux et cinq minutes (n=84), 11,7% leur accordaient entre cing et dix minutes, et un seul leur accordaient plus que dix minutes.
Seulement 22,2% des participants se présentaient aux patients en tant que médecin en cours de formation et 17,9% présentaient l'infirmier présent dans la salle d'endoscopie.
Une minorité des gastro-entérologues en formation soit 19,1% (n=31) exigeaient un consentement éclairé signé par le patient avant de pratiquer l'acte endoscopique (EOGD et coloscopies). Tous les interrogés accordaient un temps de réflexion aux patients avant l'endoscopie ; majoritairement entre deux et cinq minutes (52,5%).

Conclusion : Notre étude a montré qu'il existe des

lacunes évidentes en matière d'éthique médicale dans l'apprentissage de l'endoscopie digestive. Pour ce, une meilleure supervision et des programmes de formation d'éthique médicale devraient être proposés pour les résidents d'hépato-gastro-entérologie, dès leur première année de formation, afin d'assurer le développement des compétences d'une part et la sécurité des patients d'une autre part.

P.196

Echo-endoscopie des lésions sous-muqueuses gastriques : confrontations écho-endoscopique, morphologique et histologique

F. Kahlaoui [1], M. Sabbah [1], N. Bibani [1], D. Trad [1], H. Jlassi [1], K. Lassoued [1], N. Bellil [1], D. Gargouri [1]
(1) Tunis, TUNISIE.

Introduction : L'écho-endoscopie (EE) a fait ses preuves dans la caractérisation des lésions gastriques sous muqueuses (LGSM). D'introduction récente dans notre centre, nous proposons de rapporter notre expérience et d'évaluer la concordance de l'EE avec le diagnostic radiologique et histologique des LGSM.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective, monocentrique, descriptive sur une période de 3 ans (Janvier 2019- Juin 2022) incluant les patients adressés pour une écho-endoscopie indiquée après suspicion de LGSM en endoscopie et ayant eu une confirmation histologique (biopsies per endoscopiques ou pièce de résection). Nous avons utilisé un écho endoscope de type FUGIFILM® linéaire EG-580 UT ou radial EG-580 UR. Nous avons confronté les données cliniques, endoscopiques, morphologiques et histologiques.

Résultats : Sur les 33 patients présentant une suspicion de LGSM ayant eu une EE, dix patients ont été inclus avec un âge moyen de 51 ans [21 – 68 ans] et un genre-ratio H/F de 0,5. Les LGSM étaient révélées par une hémorragie digestive haute chez 4 patients.
En endoscopie, les lésions étaient antrales dans 6 cas, fundiques dans 3 cas, au niveau de la jonction œso-gastrique dans 1 cas et avaient une taille moyenne de 28 mm [5-49], d'aspect ulcéré (n=8), polypoïde (n=1) ou recouverte d'une muqueuse d'aspect normal (n=1).
En EE, les LGSM se développaient à partir de la 4ème couche dans 50% des cas, de la 3èmecouche dans 30% des cas, et de la 2ème couche dans 20 % des cas.
Les données endoscopiques, EE et morphologiques sont résumées dans le tableau ci-dessous.

Apects endoscopiques, EE et morphologiques des différentes LGSM.

Endoscopie	Imagerie	Aspect EE	Couche EE	Dg retenu (histologie)
Formation d'allure sous muqueuse ulcérée/ polypoïde	Masse solide gastrique	Aspect hypoéchogène, hétérogène	4ème	Tumeur stromale (n=6)
Formation nodulaire exulcérée	Epaississement pariétal gastrique	Lésion hypoéchogène bien limitée	2ème ou 3ème	Tumeur neuroendocrine (n=2)
Formation, arrondie, recouverte d'une muqueuse non ulcérée	Formation de densité graisseuse	Lésion hyperéchogène, homogène, bien limitée, ovalaire	3ème	Lipome (n=1)
Formation polypoïde recouverte d'une muqueuse d'aspect normal	Normale	Lésion hypoéchogène, homogène, oblongue	2ème	Léiomyome (n=1)

Au terme de l'EE, et avant la confirmation histologique, les diagnostics évoqués étaient : Tumeur stromale (n=5), tumeur neuroendocrine (n=1), lipome (n=1), léiomyome(n=1), d'aspect non univoque (n=2).
La confirmation a été obtenue par 10 biopsies per endoscopiques, et 5 sujets ont eu une confirmation définitive sur pièce de résection. Sur le plan anatomopathologique, Les diagnostics retenus étaient une tumeur stromale gastrique (n=6), tumeur neuroendocrine (n=2), lipome (n=1) et léiomyome (n=1).
Finalement, dans notre série, les résultats écho-endoscopiques étaient concordants avec l'histologie chez 8 patients (80%).

Conclusion : Les résultats de notre étude confirment l'intérêt de l'écho-endoscopie dans la caractérisation des lésions sous muqueuses gastriques permettant un diagnostic présomptif dans 80% des cas et en orientant ainsi la prise en charge thérapeutique de ces lésions.

P.197

Comparaison de l'efficacité et de la sécurité des endoprothèses duodénales WallFlex™ et Evolution™ dans le traitement endoscopique des obstructions malignes gastro-duodénales

A. Martin [(1)], A. Meyer [(1)], C. Bellanger [(1)], F. Carbonnel [(1)], I. Boytchev [(1)]

(1) Le Kremlin-Bicêtre.

Introduction : Différents types de stents duodénaux sont disponibles pour traiter les obstructions malignes gastro-duodénales. Notre objectif était de comparer l'efficacité et la sécurité des endoprothèses duodénales WallFlex (Boston Scientific, Natick, MA, USA) et Evolution (Cook Medical, Winston-Salem, NC, USA) pour le traitement de l'obstruction maligne gastro-duodénale.

Matériels et Méthodes : Nous avons inclus tous les patients consécutifs qui ont été traités pour une obstruction maligne gastro-duodénale avec des stents duodénaux métalliques non couverts auto-expansibles WallFlex ou Evolution dans l'unité d'endoscopie interventionnelle d'un hôpital universitaire entre 2013 et 2020. Le type de stent était choisi par l'hôpital, et non par l'endoscopiste, et variait au cours de la période d'étude ; par conséquent, le biais d'indication était limité. Des modèles de Cox multivariables ont été réalisés pour évaluer le risque d'échec du stent duodénal, défini par une récidive de l'obstruction nécessitant un autre stent duodénal.

Résultats : Nous avons inclus 129 patients ; 74 ont reçu un stent WallFlex et 55 un stent Evolution. Le taux de réussite était de 68% (95%CI : 55-84) et 65% (95%CI : 50-84) à 6 mois et de 48% (95%CI : 32-73) et 45% (95%CI : 27-74) à un an, avec les stents WallFlex et Evolution, respectivement. Le délai médian avant échec de l'endoprothèse duodénale était de 10,5 mois dans le groupe WallFlex et de 9,3 mois dans le groupe Evolution. Le type de stent duodénal n'était pas associé à l'échec de l'endoprothèse duodénale (p logrank=0,43, hazard ratio ajusté 1,34 ; 95%CI : 0,73-2,85 ; p=0,29). La survie globale était similaire entre les deux groupes (p logrank=0,92). Trois patients ont eu des complications dues aux stents Evolution ; il s'agissait de stents démantelés dans leur partie proximale, qui ont conduit à une hémorragie sévère chez un patient. Ces trois patients ont eu une nouvelle endoprothèse duodénale pour écraser les mailles démantelées entre l'endoprothèse et la muqueuse, et n'ont pas eu d'autres complications. Ces incidents ont nécessité une déclaration de matériovigilance auprès des autorités compétentes et a abouti à une exclusion de l'utilisation de ces endoprothèses dans notre centre. Il est important de souligner que les endoprothèses défectueuses ne faisaient pas partie des mêmes lots.

Conclusion : Les stents duodénaux WallFlex et Evolution avaient une efficacité similaire pour le traitement endoscopique des obstructions malignes gastro-duodénales. Les événements indésirables ont été plus nombreux avec les stents Evolution.

P.198

Résultats de la sphinctérotomie dans les fistules bilio-bronchiques

H. Cherkaoui [(1)], I. Ouchicha [(1)], M. Lahlali [(1)], A. Lamine [(1)], H. Abid [(1)], N. Lahmidani [(1)], M. El Yousfi [(1)], D.A. Benajah [(1)], S.A. Ibrahimi [(1)], M. El Abkari [(1)], A. El Mekkaoui [(2)]

(1) Fès, MAROC ; (2) Oujda, MAROC.

Introduction : La fistule bilio-bronchique est une complication exceptionnelle du kyste hydatique pulmonaire. Le principal symptôme est la biliptysie. Leur prise en charge consiste en une sphinctérotomie première puis une chirurgie de réparation des lésions pulmonaires hépatique et diaphragmatique. L'objectif de notre travail est d'étudier les résultats de la sphinctérotomie dans les fistules bilio-bronchiques

Patients et Méthodes : Notre étude est une étude rétrospective descriptive étalée sur une durée de 12 ans colligeant tous les patients ayant bénéficié d'une sphinctérotomie pour fistule bilio-bronchique dans notre formation. Le diagnostic était basé sur des arguments cliniques, radiologiques et endoscopique.

Résultats : Sur une durée de 12 ans (2010-2022), nous avons colligé 8 cas de patients suivis dans notre formation pour kyste hydatique pulmonaire compliqué d'une fistule bilio-bronchique. La moyenne d'âge était de 44 ans (33-65 ans), la notion de contact avec les chiens était retrouvée chez 62,5% des patients, la majorité des patients était de sexe masculin, avec un Sexe ration H/F de 0,87. Dans notre série, la dyspnée était le principal symptôme (62%), suivie par la biliptysie (37%), l'ictère (25%), l'hémoptysie (25%), angiocholite (25%). L'examen clinique trouve un épanchement pleural (62,5%), une dénutrition (12,5%). La radiographie thoracique, réalisée chez tous les patients, avaient trouvé une opacité basithoracique droite chez 62% des patients et une collection pleurale chez 38%. Le bilan biologique avait trouvé une hyperleucocytose avec une CRP élevée chez tous les patients. Un bilan hépatique perturbé était retrouvé chez 38% des patients. L'échographie abdominale réalisée chez tous les patients avait retrouvé un KHF du dôme hépatique chez 62.5% des cas, une dilatation des voies biliaires chez 25% des patients. La TDM thoraco-abdominale avait montré une fistule bilio-bronchique chez tous les patients. Une bronchoscopie était réalisée chez tous les patients et avait montré un liquide bilieux chez la moitié des patients. Le traitement avait consisté en un traitement médical fait d'antibiothérapie et traitement antihelminthique avec drainage thoracique des patients ayant une collection pleurale. La cholangiographie était réalisée chez tous les patients et avait montré un doute sur la présence de membranes dans 62,5 % des cas, une voie biliaire dilatée dans 75%. Une sphinctérotomie était faite chez tous les patients, avec extraction des membranes (88%). Une TDM thoraco-abdominale de contrôle réalisée à un mois était satisfaisante chez 62,5% des patients. Chez 25% des patients, elle était non satisfaisante d'où le recours à un traitement chirurgical de destruction de la fistule broncho-pulmonaire avec suites opératoires simples. Nous avons noté un décès dans les suites d'une sphinctérotomie chez un patient en angiocholite grave avec état de choc septique.

Conclusion : Dans notre série, la sphinctérotomie associée au traitement médical ont de bons résultats chez la majorité des patients, ceci permettrait de diminuer le recours au traitement chirurgical chez cette population.

P.199

Influence de l'intervention téléphonique sur la qualité de la coloscopie diagnostique sans sédation : étude cas-témoin simple aveugle

W. Khemiri [1], N. Ben Safta [1], N. Ben Mustapha [1], M. Fekih [1], M. Serghini [1], A. Labidi [1], J. Boubaker [1]
(1) Tunis, TUNISIE.

Introduction : La coloscopie est l'examen le plus performant pour l'exploration de la muqueuse colo-rectale, au prix d'une bonne préparation. Néanmoins, une tolérance optimale, en l'absence de sédation, est requise. L'objectif de notre étude est d'évaluer l'effet d'une intervention téléphonique sur la qualité et la tolérance de la coloscopie.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude prospective, de type cas-témoin en simple aveugle, menée sur une durée de 6 semaines. Nous avons inclus les patients qui se prêtaient à une première coloscopie sans sédation, après exclusion d'une pathologie colo-rectale connue. Les patients dont les coordonnées téléphoniques étaient notées dans nos archives ont été appelés, les incluant ainsi au groupe 1. Le groupe 2 représentait le groupe témoin, incluant ceux qui n'ont pas été appelés faute de numéro enregistré ou qui étaient injoignables. L'appel téléphonique, 7 jours avant l'acte, était d'une durée de 7 à 10 minutes et comportait 3 volets :
- Rappel du rendez-vous et explication de l'acte.
- Education sur le régime sans résidus (RSR) et la préparation colique.
- Information sur les bénéfices d'ingestion d'aliments sucrés 1h avant l'acte.

Les deux groupes de patients ont reçu le même protocole de préparation. Le jour de l'acte, l'opérateur n'était pas informé du groupe du patient. Nous avons comparé les 2 groupes en ce qui concerne : la préparation colique, le déroulement et le résultat de la coloscopie ainsi que la tolérance de l'acte, qui était évaluée selon l'échelle numérique (EN) et l'échelle visuelle analogique (EVA). Pour les échelles, la mesure variait de 0 (pas de douleur) à 10 (le maximum de douleur imaginable).

Résultats : Trente patients ont été inclus avec 15 patients dans chaque groupe. L'âge moyen de nos patients était de 52,7 ± 20,3 ans avec un sexe ratio H/F=1,14. Dix patients avaient plus de 2 selles/24h et 7 avaient une constipation. L'indication principale de la coloscopie était des rectorragies (n=8) suivie par les troubles du transit (n=13). Les 2 groupes étaient comparables en ce qui concerne les caractéristiques démographiques. Le suivi du RSR était statistiquement plus élevé chez les patients du groupe 1 (p=0.001),avec une durée moyenne optimale de 6 jours. Concernant l'aspect des selles à la dernière défécation, 11 patients du groupe 1 présentaient des selles liquides claires contre 2 uniquement du groupe 2. Les patients des 2 groupes ont présenté des effets secondaires à l'ingestion du liquide de préparation de façon comparable (p=0,13), représentés principalement par les douleurs abdominales (n=14). La totalisation de l'ingestion du liquide de préparation était significativement plus observée chez les patients du groupe 1 (p=0,042). Il n'y avait pas de différence quant à l'ingestion d'aliments sucrés avant l'acte entre les 2 groupes. La majorité des coloscopies était totale (n=23). Cependant, le taux de coloscopie totale était plus élevé dans le groupe 1 (p=0,031). Le score de boston total moyen était de 7,6 dans le groupe 1 et 5,7 dans le groupe 2 avec un p < 0,001. La différence des scores était également statistiquement significative dans les différents segments coliques. Le temps de progression était plus prolongé dans le groupe 2 avec un p=0.001. Par contre, il n'y avait pas de différence concernant le temps de retrait du coloscope. Il n'y avait pas non plus une différence pour le taux de détection des polypes mais le diamètre minimal des polypes était inférieur dans le groupe 1 (5mm contre 6,5mm, p=0,4). En ce qui concerne la tolérance, les valeurs moyennes de l'EN étaient de 3 et 5,6 dans le groupe 1 et 2, respectivement. Les valeurs moyennes de l'EVA étaient de 2,1 et 4,9 dans le groupe 1 et 2, respectivement. La différence était statistiquement significative pour les 2 échelles, avec un p de 0,001 pour l'EN et un p<0,001 pour l'EVA.

Conclusion : Notre étude conclut à l'importance de l'éducation et l'information du patient sur le résultat de la coloscopie et sa tolérance.

P.200

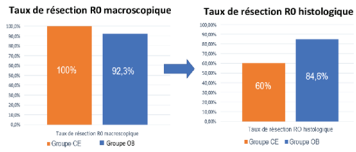
La dissection sous-muqueuse (ESD) dans l'œsophage : une technique sûre et efficace en pratique ?

I. Ben Ayed [1], V. Lepilliez [2], P. Bichard [3], P. Giacomo [3], S. Mönig [3], J.L. Frossard [3], E. Coron [3]
(1) Toulouse ; (2) Lyon ; (3) Genève, SUISSE.

Introduction : La dissection sous-muqueuse (ESD) est un traitement curatif des lésions œsophagiennes superficielles, conforme aux recommandations de l'ESGE (1). Cependant, les données concernant son efficacité et sa sécurité dans la pratique courante sont rares, car peu de centres francophones hors de France ont adopté cette nouvelle technique mini-invasive. Notre étude a évalué la faisabilité, l'efficacité et la morbidité de l'ESD dans l'œsophage pour les lésions associées à l'œsophage de Barrett (OB) et pour le carcinome épidermoïde (CE).

Matériels et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective menée chez des patients traités par ESD pour des lésions œsophagiennes superficielles entre novembre 2014 et septembre 2021 dans un centre hospitalier universitaire. Toutes les procédures étaient effectuées par un endoscopiste expert sous anesthésie générale avec intubation. Les indications de ESD étaient une dysplasie de haut grade (DHG) ou un adénocarcinome superficiel sur un œsophage de barrett (groupe OB) ou un CE (groupe CE). Une gastroscopie de contrôle était réalisée à 3 mois sous anesthésie générale ou sédation par propofol. Le critère de jugement principal était le taux de résection R0 macroscopique « en bloc ». Les critères de jugement secondaires étaient le taux de résection R0 histologique, la durée de procédure, les effets indésirables graves (EIG) et le taux de recours à un traitement complémentaire après ESD en raison d'une résection non curative ou d'une récidive.

Résultats : Dix-huit patients (âge moyen de 65 ans, 66,7% d'homme) étaient traités par ESD au cours de la période d'étude. Aucun EIG n'était observé après ESD, avec une durée d'hospitalisation moyenne de 1,2 et 1,6 jours chez les patients du groupe OB (n=13) et CE (n=5), respectivement. Le suivi moyen était de 32 mois pour le groupe OB et de 10 mois pour le groupe CE. Le diamètre moyen des lésions était de à 35±13 mm et de 40±18mm dans le groupe CE (p=0,62). Le taux de résection « en bloc » était de 92 % et de 100 %, avec une durée moyenne de procédure de 46±14 min et de 58±16 min dans le groupe OB et le groupe CE, respectivement. Le R0 histologique (c.-à-d. des marges exemptes de carcinome) était confirmé dans 85 % et 60 % des cas du groupe OB et du groupe CE, respectivement. Dans le groupe OB, 38 % des patients requéraient un traitement oncologique complémentaire ; chirurgie ou radiochimiothérapie dans respectivement, 60 % et 20 % des cas. L'éradication de l'OB par radiofréquence était réalisée chez 61 % des patients. Au cours du suivi, un adénocarcinome intramuqueux sur OB résiduel était détecté chez 1 seul patient, et traité de façon curative par une deuxième séance d'ESD. Dans le groupe CE, un traitement complémentaire était nécessaire chez 3/5 patients ; chirurgie seule (n=1), radiochimiothérapie en plus de la chirurgie (n=1) et radiochimiothérapie seule (n=1).



Conclusion : L'ESD est une technique sûre et efficace pour l'obtention d'une résection « en bloc » et histologiquement R0 dans l'œsophage. Les EIG apparaissant rares, l'ESD devrait être considérée comme un traitement de première intention pour l'évaluation et le traitement potentiel des lésions précancéreuses et cancéreuses superficielles œsophagiennes. En cas d'ESD non curative, un traitement complémentaire doit être discuté lors de réunions multidisciplinaires.

P.201

Evaluation du risque de chute d'escarre lors de la ligature de varices œsophagiennes

H. Cherkaoui [1], I. Ouchicha [1], A. Lamine [1], M. Lahlali [1], H. Abid [1], A. El Mekkaoui [2], M. El Yousfi [1], D.A. Benajah [1], M. El Abkari [1], S.A. Ibrahimi [1], N. Lahmidani [1]

(1) Fès, MAROC ; (2) Oujda, MAROC.

Introduction : La ligature endoscopique (LVO) est le traitement de choix de l'hémorragie variqueuse chez le patient cirrhotique. La chute d'escarre est une complication rare dont le pronostic est sévère. Notre objectif est de déterminer les facteurs prédictifs de survenue de la chute d'escarre après ligature des varices œsophagiennes ainsi que la morbi-mortalité liée à cette complication.

Patients et Méthodes : Notre étude est une étude rétrospective analytique étendue sur une durée de 12 ans (septembre 2010-septembre 2022), incluant tous les patients suivis pour HTP dans notre formation et qui ont bénéficié d'une ligature au sein de notre unité d'endoscopie. Durant cette période, 830 ligatures ont été réalisées au sein de l'unité d'endoscopie chez 590 patients atteints d'hypertension portale cirrhotique. Des analyses uni et multivariées ont été réalisées afin de déterminer les facteurs prédictifs d'hémorragie par chute d'escarre.

Résultats : La chute d'escarre est survenue chez 48 patients (8,56%) dont l'âge moyen était de 53 ans [25-80], avec un sexe ratio M/F de 1,4. 80% des patients étaient admis par le biais des urgences pour hémorragies digestives alors que 20% étaient sous protocole de prévention secondaire par ligature. La cirrhose était non B non C chez 53% des patients, d'origine virale B chez 19% malades, d'origine virale C dans 16% des cas, auto-immune dans 7% des cas, et éthylique dans 3% des cas. Dix-sept pourcents des patients avaient un Child avancé. Sur le plan thérapeutique : 47% des malades étaient sous bêta-bloquants et 10% des patients sous anticoagulants. La 1ère FOGD a objectivé la présence de VO stade III dans 56%. Cette FOGD a été réalisée par un médecin junior dans la majorité des cas (67%) avec la mise en place en moyenne de 4,3 anneaux . L'hémorragie par chute d'escarre survenait dans un délai moyen de 6,9 jours (1-16). Elle a induit une instabilité hémodynamique chez 25% des patients nécessitant une transfusion chez 78% des patients. Selon l'analyse univariée, les facteurs de risque de survenue de cet événement hémorragique 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 <100 000 (p=0,04),la présence de gastropathie d'HTP (p=0,001), un score child Pugh avancé (p=0,0036) et la réalisation de la FOGD par un junior (p=0,004).L'analyse multi variée a permis de conclure que seul un taux de plaquettes bas (moins de 70.000) est statistiquement associé à la survenue de chute d'escarre (OR : 0,34, IC à 95% [0.1-2,1]. 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 chez un tiers des patients.

P.202

CPRE : résultats et complications à propos d'une série de 3 680 cas

A.F.Z. Mejait [1], A. Hakima [1], A. El Mekkaoui [1], M. El Yousfi [1], M. El Abkari [1], S.A. Ibrahimi [1], D.A. Benajah [1], N. Lahmidani [1]

(1) Fès, MAROC.

Introduction : Le cathétérisme bilio-pancréatique rétrograde (CPRE) par voie endoscopique garde une place prépondérante dans la prise en charge thérapeutique des pathologies biliaires et pancréatiques dominées par la maladie lithiasique et les sténoses tumorales. Ses complications sont désormais bien connues et largement dépendantes de la complexité de la procédure et des données individuelles du patient. L'objectif de notre étude est de déterminer les résultats ainsi que les complications liés à cette technique.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective à visée descriptive.Nous avons colligés tous les patients chez qui une CPRE a été réalisée durant la période s étalant entre janvier 2011 et décembre 2021. Les données des patients ont été exploitées à partir des registres de la cholangio pancréatographie rétrograde endoscopique (CPRE).

Résultats : 3680 patients ont été inclus, représentés par 60.5 % de femmes et 39.5 % d'hommes soit un sex ratio de 1.5 (F/H). L'âge moyen était de 54 ans avec des extrêmes allant de 14 ans à 95 ans. Les symptômes cliniques étaient représentés essentiellement par l'ictère cholestatique et les coliques hépatiques (58 %, 42 % respectivement).Le taux moyen de la bilirubine directe était de 125 mg/L, celui de la cholestase à 5.5*LSN tandis que celui de la cytolyse était à 4.3*LSN. Les indications de la CPRE étaient comme suit : l'angiocholite (40 %) (22 % grade I selon la classification de Tokyo,15 % grade III et 63 % grade II) ,la pancréatite (19 %),sténose tumorale de la VBP (28%), lithiase de la VBP(7 %), kyste hydatique fistulisé dans les voies biliaires (6 %).L'exploration endoscopique a révélé une lithiase de la VBP dans 52 % des cas, une sténose tumorale dans 35 % des cas, un Kh fistulisé dans les voies biliaires dans 8 % des cas, une VBP fine dans 5 % des cas.Une sphinctérotomie endoscopique a été réalisée dans 83 % des cas. La taille moyenne de la VBP en cholangiographie était de 12.6 mm. Le taux de réussite pour le traitement de la lithiase biliaire était de 92 % (utilisation du ballonet dans 64 % des cas, de la dormia dans 30 % des cas et de la lithotritie mécanique dans 06 % des cas).Dans les sténoses biliaires malignes,le taux de réussite a été estimé à 91 % (mise en place de prothèses plastique dans 77 % des cas *vs* 23 % de stents métalliques. La complication la plus fréquente dans notre série est la pancréatite aigue avec un taux de 2.2 %, vient en 2ème position la perforation avec un taux de 1.2 % tandis que l'hémorragie et l'angiocholite venaient en 3 ème position avec un taux estimé à 0.11 %.

Conclusion : La CPRE est une procédure sure et efficace avec un rendement diagnostique et thérapeutique élevé quoiqu'elle est liée à une morbi-mortalité non négligeable, la raison pour laquelle il faudrait bien poser ses indications .

P.203

Panniculite mésentérique “idiopathique” : facteur prédictif de néoplasie future ?

R. Radjabaly [1], N. Tetelboum [1], I. Ghosn [1], H. Soliman [2], H. Duboc [1], B. Coffin [1], N. Siauve [1]
(1) Colombes ; (2) Paris.

Introduction : Déterminer si le diagnostic de panniculite mésentérique sans étiologie retrouvée lors du bilan initial est associé à une augmentation du risque carcinologique à court ou moyen terme.

Matériels et Méthodes : L'ensemble des scanners ayant concerné la région abdomino-pelvienne, réalisés entre le 1er janvier 2016 et le 30 juin 2017 à l'hôpital ***** ont été rétrospectivement réanalysés à la recherche d'une panniculite mésentérique. Les patients avec un diagnostic de panniculite mésentérique dite idiopathique sans étiologie notamment néoplasique associée, ni antécédent néoplasique connue, ont été inclus dans l'étude et appariés chacun à deux témoins. Le taux de cancer diagnostiqué dans les 5 ans chez les patients inclus a ensuite été analysé comparativement au groupe contrôle.

Résultats : 254 patients remplissant les critères tomodensitométriques de panniculite mésentérique ont été identifiés (âge moyen = 59.8 ans (21-95) ; 54% d'hommes). 84 (34.5%) patients ont été exclus en raison d'un antécédent de cancer, un cancer actif ou une autre étiologie associée. Parmi les 159 patients inclus, 2.5% ont développé un cancer durant la période d'intérêt, contre 2.8% pour le groupe contrôle, soit une différence non significative (RR=0.89, IC 95% [0.28-2.84], p>0.05).

Conclusion : Le diagnostic de panniculite mésentérique dite “idiopathique” n'a pas été associé à une augmentation du risque carcinologique à court ou moyen terme, il n'existerait donc pas d'argument formel pour majorer la surveillance des patients pour lesquels une panniculite mésentérique a été diagnostiquée et pour lesquels aucun cancer n'a été détecté lors du bilan initial de cette PM. Pour autant, d'autres études avec des niveaux de preuve plus élevés sont nécessaires pour exclure formellement cette association, notamment des études de cohorte prospective multicentrique avec des effectifs plus importants, un appariement sur d'autres facteurs de confusion et une période d'étude plus longue.

P.204

Coloscopie chez les sujet âgés et sujet jeunes : quelles indications sont associées aux lésions à haut risque de néoplasies colorectales ?

A. Benhamdane [1], A. Sair [1], T. Addajou [1], S. Mrabti [1], R. Berraida [1], I. El Koti [1], F. Rouibaa [2], A. Benkirane [1], H. Seddik [1]
(1) Rabat, MAROC ; (2) Casablanca, MAROC.

Introduction : Les indications de la coloscopie sont clairement définies, avec comme principal objectif rechercher des néoplasies ou lésions à haut risque de néoplasies colorectales, même si les causes bénignes, sont beaucoup plus fréquentes. Les indications courantes pour les jeunes adultes < 50 ans comprennent les rectorragies et la diarrhée, alors que pour les sujets de plus de 50 ans les indications peuvent être plus large vu le risque de cancer colorectal, malgré la recrudescence récente des lésions néoplasiques chez les jeunes adultes.
Le but de notre étude est de comparer les indications et résultats de la coloscopie entre les moins et plus de 50ans, et déterminer les indications associées à un risque de lésions néoplasique.

Matériels et Méthodes : Une étude rétrospective descriptive et analytique, incluant 1518 patients a été réalisée sur 3ans et demi. Les patients ont été répartis en 2 groupes : groupe A pour les patients d'âge inférieur à 50 ans, groupe B pour les patients d'âge supérieur à 50 ans. Nous avons comparé les données épidémiologiques, cliniques et endoscopiques entre les deux groupes. Les patients connus porteurs de maladie inflammatoire chronique de l'intestin (MICI) ont été exclus de notre étude. L'analyse statistique a été réalisée par le logiciel SPSS21.0.

Résultats : 65,1% des patients avaient plus de 50 ans et 34,9% moins de 50 ans. L'âge moyen était : groupe A 37,5 ± 9 ans, du groupe B 64,4 ± 9 ans. Le sexe féminin prédominait chez les moins de 50 ans (55,3%), tandis que le sexe masculin prédominait chez les plus de 50 ans (56,3%) (p<0,001). L'antécédent de cancer colorectal personnel prédominait chez les plus de 50 ans 10,5% (*vs* 4,4% ; p<0,001). Les indications de la coloscopie étaient dominés par la constipation chez les patients du groupe B 29,1% (*vs* 22% ; p=0,01), et par la diarrhée chez les patients du groupe A 33,3%(*vs* 19,3% ; p<0,001).
La coloscopie était pathologique chez 49,1% des patients du groupe B *vs* 32,9% des patients du groupe A (p<0,001), dominait par la colite ou rectocolite (47,9%) chez les sujets de moins de 50 ans(*vs* 11,7% ; p<0,001), par les polypes (61,5%*vs* 41,3% ; p<0,001) et les néoplasies recto-coliques (16% *vs* 5% ; p=0,002) chez les sujets plus âgés. Les indications associés à un risque plus élevé de lésions néoplasiques étaient la constipation chez les sujets < 50 ans (p=0,007) et la rectorragie et constipation (p<0,001) chez les sujets >50ans.

Conclusion : La présence de lésions néoplasique était fortement associée à la présence d'une constipation chez les sujets < 50 ans et aux rectorragies et à la constipation chez les sujets >50ans. Déterminer ces indications dans plus d'études pourrait contribuer à améliorer la pertinence de la coloscopie essentiellement chez les plus jeunes.

P.205

Etude de la concordance entre les épaississements digestifs à l'imagerie et les constatations endoscopiques

K. Bouslama [1], F. Zine El Abidine [1], M. Ben Abdelwahed [1], I. Jemni [1], R. Baklouti [1], M. Zakhama [1], A. Sabbek [1], A. Guediche [1], W. Bouhlel [1], N. Ben Chaaben [1], M.H. Loghmari [1], L. Safer [1]

(1) Monastir, TUNISIE.

Introduction : La découverte d'un épaississement digestif radiologique demeure une situation fréquente en pratique courante. Qu'il soit de découverte fortuite ou pas, l'intérêt de l'exploration endoscopique est majeur. Nous étudierons les facteurs cliniques et radiologiques associés à la présence d'une anomalie endoscopique ainsi que la corrélation entre les données de l'imagerie et de l'endoscopie.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'un travail rétrospectif réalisé sur une période 5 ans entre janvier 2018 et septembre 2022, incluant tous les patients ayant un épaississement digestif à l'imagerie et qui ont été explorés par une iléo-coloscopie. Nous avons exclu de cette étude les patients suivis pour une MICI ou pour une néoplasie colorectale. Les coloscopies incomplètes ou avec une mauvaise préparation ont également été exclues. Pour chaque patient, des données cliniques, radiologiques et endoscopiques ont été collectées.

Résultats : Deux cents patients ont été inclus dans notre étude. L'âge moyen était de 54 ans avec une légère prédominance masculine (52% *vs* 48%). L'épaississement digestif était de découverte fortuite à l'imagerie dans 28% des cas (n=56).

Parmi les patients symptomatiques, 83 % avaient une symptomatologie chronique faite de douleurs abdominales chroniques dans 41% des cas, de syndromes subocclusifs dans 25% des cas et de troubles du transit dans 27% des cas. Un amaigrissement a été rapporté chez 13% des patients. Concernant ceux qui ont consulté pour une symptomatologie aigue, 14% patients étaient fébriles, 48% avaient des douleurs abdominales aigues, 16% avaient une diarrhée aiguë, 9% avaient une hémorragie digestive et 18% avaient un syndrome inflammatoire biologique.

Les patients ont été explorés par une TDM dans 87% des cas et par une échographie dans le reste des cas. La localisation de l'épaississement était au niveau de la DAI dans 26% des cas, sigmoïdienne dans 25%, colique droite dans 25%, rectale dans 8% des cas, colique gauche dans 7% des cas, au niveau du colon transverse dans 3% des cas, et pancolique dans 3% des cas. L'épaississement était radiologiquement sténosant chez 34 patients (17%) et irrégulier dans 49 des cas (24%). Des adénopathies intra abdominales étaient présentes chez 17% patients. Une densification de la graisse était notée dans 20% des examens et une hyperhémie mésentérique dans 14 cas.

L'exploration par endoscopie basse était normale dans 45% des cas (n=90). Les lésions objectivées au cours des coloscopies anormales étaient une masse dans 32% des cas et des lésions inflammatoires à type de congestion ou d'ulcérations dans 22% des cas. L'épaississement était endoscopiquement sténosant dans 19% des cas.

En présence d'une anomalie endoscopique, le diagnostic finalement retenu après étude histologique, était une néoplasie colique dans 49% des cas, une MICI chez 23.6% des patients, une origine infectieuse dans 8.2% des cas dont 5 cas de tuberculose colique, des polypes centimétriques en dysplasie chez 7.3% des patients, une origine ischémique chez 3.6% patients, 2 cas de lipomes et un cas d'ulcère solitaire du rectum.

En analyse univariée, les facteurs associés à la présence d'une anomalie endoscopique étaient la présence de symptômes (78,2% *vs* 64,4%, p=0.031) en particulier une symptomatologie chronique (89,5% *vs* 74,1%, p=0.015), la présence d'un amaigrissement (20,9% *vs* 4,4%, p=0,001) ainsi que la présence de syndrome subocclusifs (34,5% *vs* 13,3%, p<0,0005).

Un délai inférieur à un mois entre la coloscopie et la découverte de l'épaississement à l'imagerie (65% *vs* 43,5%, p=0,015) était également associé à la présence d'une anomalie à l'endoscopie.

En revanche, la présence d'une sténose radiologique (p=0,2) ainsi que l'exploration par une imagerie en coupe (p=0,89) n'étaient pas associées à la présence d'anomalies endoscopiques.

Notre étude a également montré que la présence d'un épaississement irrégulier à l'imagerie était significativement corrélée à la présence d'une néoplasie confirmée histologiquement (66,6% *vs* 8,9%, p<0,0005).

En analyse multivariée, seul l'amaigrissement était significativement corrélé à la présence d'une anomalie endoscopique avec un ORa = 5,6 IC95% [1,8 – 17] p = 0,002.

Conclusion : La présence d'un épaississement digestif à l'imagerie n'est pas forcément en rapport avec une anomalie endoscopique mais cela ne devrait pas nous dispenser de réaliser une coloscopie dans les plus brefs délais d'autant plus qu'un épaississement digestif sur quatre était en rapport avec une néoplasie colorectale.

P.206

Efficacité et innocuité de l'obturation par colle biologique des varices gastriques hémorragique

K. Belhaj [(1)], C. Boukhars [(1)], F. Haddad [(1)], F.Z. Elrhaoussi [(1)], M. Tahiri [(1)], W. Hliwa [(1)], A. Bellabah [(1)], W. Badre [(1)]

(1) Casablanca, MAROC.

Introduction : L'hémorragie digestive par rupture de varices gastriques est une complication sévère de l'hypertension portale (HTP). L'hémostase endoscopique par injection de cyano-acrylate constitue la méthode de référence pour sa prise en charge. Le but de notre travail est d'évaluer l'efficacité et l'innocuité de l'obturation par colle biologique des varices gastriques hémorragique.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective, s'étalant de Janvier 2018 à Mai 2022, colligeant tous les patients admis au service pour hémorragie digestive par rupture de varices gastriques et traités par injection endoscopique de colle biologique. L'efficacité a été appréciée par l'arrêt du saignement et l'innocuité par la recherche de complications.

Résultats : 34 encollages ont été effectués chez 32 patients, répartis en 16 femmes et 16 hommes (sex-ratio H/F à 1), avec un âge moyen de 50 ans (20-88). L'HTP était secondaire à un bloc intra hépatique (cirrhose) dans 67% des cas, un bloc supra hépatique dans 7% des cas, un bloc infra hépatique dans 4% des cas et d'origine indéterminée dans 22% des cas. Tous nos patients étaient admis en urgence pour hémorragie digestive haute faite principalement d'hématémèse et de méléna (66 % des cas). Le taux moyen d'Hb à l'admission était de 6.6 g/dl (2.1–11.9). Un traitement vaso-actif était instauré chez tous les patients et 34% des patients ont bénéficié d'une transfusion de culots globulaires. La FOGD, réalisée en urgence, avait objectivé des GOV 2 dans 69 % des cas, des IGV 1 dans 26 %, des IGV 2 dans 5% des cas. Le cyano-acrylate, toujours dilué avec du Lipiodol à proportion égale (1cc-1 cc), était administré chez tous nos patients, avec une moyenne de 2 points d'injection par varice. Un arrêt immédiat du saignement était observé chez tous nos patients. Une fièvre transitoire était notée chez 2 patients et une récidive précoce de l'hémorragie digestive (dans les 24 h) chez 1 patient. Des complications majeures sont survenues chez 7 patients (21 % des cas) à type d'embolie pulmonaire (6 cas) et de migration de colle vers l'oreillette droite (1 cas). Un décès était noté, le reste des patients ont bien évolué sous traitement.

Conclusion : La colle biologique est efficace dans le traitement de l'hémorragie digestive par rupture de varices gastriques. Cependant, des complications majeures, telles que les embolies systémiques, peuvent survenir.

P.207

Création d'un simulateur hybride d'endoscopie interventionnelle : résultats préliminaires pour validation de deux modules de base (polypectomie et mise en place d'un clip hémostatique)

O. Nacir [(1)], A. Ait Errami [(1)], S. Oubaha [(1)], Z. Samlani [(1)], K. Krati [(1)]

(1) Marrakech, MAROC.

Introduction : La formation à l'endoscopie digestive sur simulateur s'est imposée au cours des dernières décennies et a fait l'objet de nombreuses études. Plusieurs types de simulateurs ont été validés et il a été démontré que l'utilisation de simulateurs dans le cadre de la formation initiale accélère la courbe d'apprentissage des compétences de base. Les simulateurs actuels d'endoscopie gastro-intestinale n'ont pas le degré de réalisme nécessaire pour assurer une formation permettant d'atteindre une compétence complète ou pour être applicable à la certification. La réalité virtuelle et les simulateurs mécaniques sont couramment utilisés pour la formation de base en endoscopie flexible, tandis que les modèles *in vivo* et hybrides sont utilisés pour la formation aux procédures endoscopiques les plus avancées. Les modèles validés pour la formation aux interventions thérapeutiques plus courantes comme la polypectomie, la pose de clip hémostatique sont quasi inexistants ou rares et les développements dans ces domaines doivent être encouragés.
L'objectif de notre étude est de décrire et d'établir la validité conceptuelle de face, de contenu et de construction d'un simulateur hybride bio-mécanique pour la réalisation de polypectomie et la mise en place d'un clip hémostatique et d'évaluer leur utilité perçue en tant qu'outils de formation et d'évaluation.

Matériels et Méthodes : Non allons présenter dans ce travail un guide descriptif -étape par étape- du prototype de construction d'une boîte de formation endoscopique peu coûteuse et facile à assembler, capable de simuler l'environnement endoscopique digestif. La combinaison entre des matériaux mécaniques et biologiques a permis à notre modèle d'échapper aux limites des modèles antérieurs purement mécaniques ou animales à savoir : la nécessité des endoscopes spéciaux pour animaux, la procédure de préparation des organes pour chaque session et la dégradation rapide et couteuse des matériaux.

Résultats : Le modèle de base a été élaboré initialement par une équipe de gastroentérologues ayant une expérience satisfaisante en endoscopie interventionnelle et en apprentissage par simulation sur une durée de 4 mois, en suivant un croquet théorique original innové localement. Une amélioration des mesures, du poids, des angles, des matériaux utilisées et du cout, a été réalisée par la suite afin de permettre une utilisation sans dégâts de l'endoscope réel lors des sessions de formations. Puis une étape ultérieure intégrant des produits biologiques a facilité l'innovation dans les procédures d'apprentissage visées (la polypectomie te la mise en place d'un clip hémostatique étaient les deux premières convenues).
Sur le plan technique, le boîtier se compose d'une partie cylindrique, qui peut être dévissée, et d'un module de base. Le côlon est fourni en deux versions (deux parties sur le même modèle) : une première comportant des trous sur lesquels sont fixées des polypes à base de tissus animaux dans différents angles selon un échelle de difficulté, et une deuxième contenant des points de saignement simulés pour mise en place des clips et vérification de l'hémostase simulé. Le module peut être facilement changé après avoir dévissé le boîtier-support. Par ailleurs, le coût total pour la construction de ce module de base hybride était de 100 Dirhams.

Conclusion : Cette étude fournit une validation préliminaire d'un simulateur hybride des procédures de base en endoscopie interventionnelle digestive en tant qu'outil de formation utile dans un cadre préclinique ainsi que pendant la formation en coloscopie. L'alternative économique et efficace proposée peut contribuer à l'enseignement et à la pratique des gestes thérapeutiques d'endoscopie en utilisant une endoscope réel dans milieu hybride simulant au maximum le colon humain.

P.208

Facteurs associés au succès du traitement endoscopique des gros calculs et de l'empierrement cholédocien : résultats d'une étude de 19 ans

A. Benhamdane [(1)], S. Mrabti [(1)], T. Addajou [(1)], A. Sair [(1)], B. Aourarh [(1)], K. Boualiten [(1)], J. Benass [(1)], M. Ahmed [(1)], R. Berraida [(1)], I. El Koti [(1)], F. Rouibaa [(2)], A. Benkirane [(1)], H. Seddik [(1)]

(1) Rabat, MAROC ; (2) Casablanca, MAROC.

Introduction : La Sphinctérotomie biliaire endoscopique est efficace dans le traitement de la lithiase de la voie biliaire principale. Toutefois ses résultats peuvent être limités par la présence de gros calculs ou d'un empierrement cholédocien. Le but de notre travail est d'évaluer l'efficacité de la cholangio pancréatographie rétrograde endoscopique (CPRE) chez les patients ayant un gros calcul obstructif mesurant plus de 15mm et les patients ayant un ou deux calculs, ou un empierrement cholédocien et d'identifier les facteurs influençant le drainage endoscopique ainsi que ses complications dans la prise en charge des gros calculs cholédocien.

Matériels et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive et analytique menée au sein de notre service sur une période de 19 ans entre Avril 2003 et Septembre 2022.
1011 patients inclus dans l'étude ont bénéficié d'une CPRE pour lithiase de la VBP. L'empierrement cholédocien était défini par la présence de multiples calculs (plus de 3) et le gros calcul par un calcul obstructif (faisant plus de 15mm). Nos patients ont été divisés en 2 groupes :
Groupe I (n= 143) : Patients ayant un gros calcul obstructif mesurant plus de 15mm.
Groupe II (n=868) : Patients ayant un ou deux calculs, ou un empierrement cholédocien.

Résultats : Les patients présentant un gros calcul (groupe I) représentaient 14,1%(n=143) de l'ensemble des malades inclus. Le groupe II comportait 868 patients (85,9 %). Le taux de succès au terme d'un seul cathétérisme était de 55,2% dans le groupe I *versus* 81% dans le groupe II (p<0,001). Une reprise du malade a été notée dans 14,7% des cas dans le groupe I *versus* 8% dans le groupe II (p=0,009). Des manœuvres complémentaires ont été réalisées dans 46,2% des cas dans le groupe I *versus* 16,1% dans le groupe II. Le taux de succès global après reprise du malade et/ou réalisation de manœuvres complémentaires était de 88,7% dans le groupe I *versus* 92,5% dans le groupe II (p = 0,125)
Le taux global des complications précoces était de 10,5% dans le groupe I *versus* 5,1% dans le groupe II avec une différence statistiquement significative entre les deux groupes (p=0,017).
En analyse univariée, les facteurs qui diminuent significativement le succès global du traitement endoscopique étaient : l'âge, l'angiocholite, la présence d'une sténose de la VBP ou d'une dilatation importante de celle-ci (diamètre supérieur à 15mm).
En analyse multivariée en ajustant sur les facteurs étudiés (âge, sexe, antécédents chirurgicaux, pancréatite aiguë, angiocholite aigue, diverticule péri-ampullaire, diamètre de la VBP, sténose cholédocienne) : Seuls la présence d'une angiocholite aigue (OR: 0,295 IC 95% : [0,164 – 0,532] p<0,001) et la présence d'une sténose de la VBP (OR: 0,53 IC 95% : [0,922 – 1,051] p: 0,001)) étaient associés de façon statistiquement significative à la diminution du succès global du traitement endoscopique

Conclusion : Notre étude a montré qu'il n'existe pas de différence statistiquement significative de l'efficacité du traitement endoscopique des patient présentant un gros calcul et ceux ayant une lithiase simple. La présence d'une angiocholite et d'une sténose de la voie biliaire principale semblent être des facteurs associés à la diminution du succès global du traitement endoscopique

P.209

Efficacité et innocuité de la cholangio-pancréatographie rétrograde endoscopique chez les patients atteints de cirrhose

M. Yakoubi [(1)], A. Ben Mohamed [(1)], A. Khsiba [(2)], M. Mahmoudi [(2)], L. Hamzaoui [(2)], M. Medhioub [(2)], M. Azouz [(2)]

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

Introduction : La cholangiopancréatographie rétrograde endoscopique (CPRE) peut être grevée de complications telle que l'hémorragie. Le risque de survenue de cette complication semble supplémentaire chez le patient cirrhotique devant la présence de troubles de l'hémostase.
Le but de cette étude était d'évaluer l'efficacité et l'innocuité de la CPRE chez les patients cirrhotiques

Patients et Méthodes : Etude rétrospective descriptive incluant les CPRE réalisées entre 2016 et 2022. Les données cliniques et endoscopiques ont été recueillies chez les patients cirrhotiques.

Résultats : Durant la période d'étude,un total de 1441 CPRE a été inclus. Vingt interventions (1.3%) ont été réalisées chez 13 patients cirrhotiques. L'âge moyen était de 60.3 ans (45-82) avec un sexe ratio (H/F) de 2.2. La cirrhose était classée Child-Pugh A, B et C chez respectivement 7, 4 et 2 patients. Le temps de prothrombine était supérieur à 50% chez tous les patients (51-95%). Un seul patient avait un nombre de plaquettes inférieur à 50x10³/mm³. La CPRE était principalement indiquée pour lithiase biliaire (n=9). Deux patients avaient une obstruction tumorale du cholédoque. Une biliopathie portale était observée chez un patient tandis qu'un autre avait une fistule biliaire externe. Le traitement endoscopique était réussi dans 12 procédures (60 %).Une sphinctérotomie endoscopique a été réalisée chez 9 patients. La fistulotomie a été utilisée chez 4 patients. Un saignement est survenu au cours de 6 procédures (30%).Le saignement a été jugulé par électrocoagulation dans 2 CPRE tandis l'intervention a été interrompue dans les 4 autres cas. Aucune perforation ou pancréatite post-CPRE n'a été notée.

Conclusion : Dans notre étude, l'efficacité de la CPRE chez les patients cirrhotiques a été notée dans 60% des cas. L'incidence des hémorragies post-CPRE était de 30% et a entrainé l'interruption des deux tiers des procédures. Ainsi la CPRE demeure un challenge chez ces patients à cause des troubles de l'hémostase

P.210

Quel intérêt de la coloscopie après un premier épisode de diverticulite aiguë ?

E. Souilem [(1)], I. Jemni [(1)], S. Zaouga [(2)], R. Baklouti [(1)], N. Ben Chaaben [(1)], L. Safer [(1)]

(1) Monastir, TUNISIE ; (2) Sousse, TUNISIE.

Introduction : La coloscopie est souvent indiquée à distance d'une diverticulite aigue pour éliminer une néoplasie colique. Cependant, dans le cas d'une diverticulite non compliquée la pertinence d'une exploration endoscopique est de plus en plus débattue.L'intérêt de notre étude est de déterminer la performance de l'exploration endoscopique au décours d'un épisode de diverticulite aigue.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective sur une période de 5 ans, entre 2016 et 2021, incluant 70 patients ayant bénéficiés d'une coloscopie au décours d'un épisode de diverticulite aigue. Les constatations clinico--radiologiques ainsi que les différentes lésions endoscopiques ont été notés.

Résultats : Nous avons inclus 70 patients (34 femmes et 36 hommes) d'âge moyen de 52 ans. Un seul patient avait des antécédents familiaux de cancer colorectal. Le diagnostic de diverticulite a été retenu chez tous les patients sur les données de la tomodensitométrie abdominale. La diverticulite était non compliquée dans 76 % des cas. Les complications constatées étaient : Un abcès diverticulaire chez 9 patients (52 %), une perforation chez 6 patients (35 %) et une sténose chez 2 patients.Le délai médian entre la diverticulite aigue et la coloscopie était de 2 mois [1 – 6 mois].La coloscopie n'a pas objectivé de lésions dans 72 % des cas (n = 51). La présence de polypes coliques a été notée dans 18 % des cas (n = 13),. La moitié des polypes décrits avaient une taille inférieure à 5mm. Un seul patient avait un néoplasie colique.L'étude analytique avait montré une corrélation statistiquement significative entre la présence de complications détectées à l'imagerie initiale et la présence de lésions endoscopiques (53 % *vs* 20 %, p = 0.038).

Conclusion : La faible rentabilité de la coloscopie à distance d'une diverticulite aigue explique la limitation des indications aux formes compliquées et aux sujets à risque de cancers colorectal.

P.211

Changement organisationnel dans le service de gastroentérologie au cours de la pandémie Covid-19 : point de vue du personnel

M. Boudabbous [(1)], H. Gdoura [(1)], M. Moalla [(1)], M. Mhadhebi [(1)], L. Mnif [(1)], A. Amouri [(1)], L. Chtourou [(1)], N. Tahri [(1)]

(1) Sfax, TUNISIE.

Introduction : L'évaluation de la réussite de la gestion du changement a été qualifiée de problématique majeure pour la recherche sur le changement organisationnel. Dans ce cadre, plus de recherches sur les réactions des salariés envers le changement semblent nécessaires afin de mieux aider les managers pour réussir les projets de changement.
Le personnel médical et paramédical du service de gastroentérologie a subi un changement radical et brutal des locaux et avec arrêt prolongé des activités endoscopiques suite à la pandémie Covid-19.
Le but de cette étude était d'évaluer l'impact psychologique et professionnel de ce changement pour le personnel afin de recommander les bonnes pratiques et rechercher d'éventuelles défaillances à éviter lors des prochaines circonstances similaires.

Matériels et Méthodes : Il s'agit d'une étude transversale, ayant inclus tout le personnel du service ayant une ancienété supérieure à 6 mois, menée du 15/07/21 au 15/08/21 à l'aide d'un questionnaire.

Résultats : Parmi le personnel conserné, 36 ont répondu au questionnaire. La majorité du personnel ayant répondu au questionnaire était des médecins (41,66%). Parmi ces participants, 9,37% seulement avaient déclaré comprendre à 100% les objectifs et les modalités du changement et 84,84% voyaient le changement en tant que « contrainte ».
Le principal problème rencontré par les participants était la mauvaise communication (86,2%), suivie par le manque de clarté des objectifs (72,4%) et le manque d'implication des responsables (72,4%). Plus de 75% des participants ont eu une démotivation suite au changement avec une sensation de baisse de la performance chez plus de la moitié d'eux (57,57%). La majorité des participants a déclaré que la principale faute commise par les responsables du changement était l'absence d'implication du personnel aussi bien dans la planification (77,7%) que dans la prise des décisions au cours du changement (50%), suivie par l'absence de l'écoute des inquiétudes du personnel (61,1%) et l'absence de son information (52,7%). Parmi les participants,54,5% ont déclaré avoir résisté au changement. La principale cause de résistance déclarée par les participants était la qualité de l'organisation du changement (42,4%) suivie par la stratégie du changement (36,3%).

Conclusion : Notre étude illustre les difficultés rencontrées par les acteurs impliqués dans le changement organisationnel et le risque élevé de leur résistance à ce changement en particulier quand il s'agit d'un changement radical, réalisé sous la contrainte, en l'absence d'une communication suffisante entre les leaders du changement et ses acteurs.
A la lumière de nos résultas et une revue de la littérature, nous recommandons des éléments clés nécessaires pour que le changement se produise et soit soutenu, en particulier dans le domaine de la santé. Ces éléments clés incluent l'exploration des raisons pour lesquelles le changement est nécessaire et l'élaboration des messages clairs pour les parties prenantes à chaque étape afin de les accompagner sur le chemin du changement. L'adoption de cette stratégie aurait aidé nos participants à accepter le changement et à mieux s'y adapter.

P.212

La place du test respiratoire à l'urée marquée au C13 (Urea Breath Test) dans le diagnostic et le contrôle du traitement d'éradication de l'infection à *Helicobacter pylori*

A. Meddah [(1)], A. Rehamnia [(1)]
(1) Constantine, ALGÉRIE.

Introduction : L'infection à *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) joue un rôle majeur dans le développement des ulcères gastroduodénaux et des cancers gastriques (adénocarcinomes et lymphomes du MALT). Le traitement de l'infection a montré son efficacité pour prévenir la survenue des cancers gastriques et des récidives d'ulcères gastriques et duodénaux ; il entraîne une rémission durable des lymphomes gastriques du MALT de bas grade
Le test respiratoire à l'urée marquée au C13 est considéré actuellement comme le meilleur test diagnostique de l'infection à *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) et surtout pour l'évaluation du traitement d'éradication de la bactérie
Le but de notre travail était d'évaluer ce test pour le diagnostic de l'infection à *H. pylori*

Patients et Méthodes : Sur une période de six mois(1/01/2022-30/06/2022), tous les patients âgés entre 20 et 70 ans, consentants, se présentant à notre service pour une endoscope digestive haute ont été inclus. Ont été exclus ceux ayant reçu une antibiothérapie durant le dernier mois ou un traitement anti sécrétoire durant les derniers quinze jours, de même que les patients présentant une hémorragie digestive active et les femmes enceintes. Des biopsies per endoscopiques ont été systématiquement réalisées et ont été acheminés pour étude anatomopathologique par un examen direct sans coloration spécifique. Un test respiratoire à l'urée marquée a été réalisé le jour même, au décours de l'endoscopie,

Résultats : Nous avons inclut 390 patients, d'âge moyen 36 ans [extrêmes :20-70 ans] avec un sexe ratio de 2.3,dont 77 % tabagiques Le motif de la réalisation de l'endoscopie était des épigastralgies de type ulcéreuse dans 60% des cas. La présence de symptômes de dyspepsie était rapportée dans 49% des cas.Les patients présentaient des aspects macroscopiques variés de la muqueuse gastrique (érythème,congestion,aspect nodulaire bigarrée..) L'examen anatomopathologique avait conclu à la présence d'Hélico Bacter Pylori dans 90 % des cas. Le Breath test n'était en revanche positif que dans 95 % des cas. A l'histologie la densité de la colonisation muqueuse à l'Hp était minime (+) chez 241 patients (61%), modérée (++) chez 97 patients (24%) et importante (+++) chez patients (13%) La sensibilité, la spécificité, la valeur prédictive positive et la valeur prédictive négative du test respiratoire ont été de : 99 % ; 100 % ; 100 % et 94 % avant traitement

Discussion : Helicobacter Pylori a été cultivée pour la première fois en 1982 et sa découverte a révolutionné l'idée que l'ulcère gastrique pouvait être dû à un stress augmentant l'acidité gastrique. Il est désormais bien établi que la majorité des ulcères gastriques (70 %) et duodénaux (90 %) sont dus à *H. pylori*. Par ailleurs, H. pylori a été déclaré agent carcinogène de classe I par l'OMS en 1994 (85 % des adénocarcinomes gastriques sont secondaires à une infection à H. pylori, première cause mondiale de néoplasie d'origine infectieuse (810 000 cas/an) bien avant le VHB, VHC ou HPV Le test respiratoire à l'urée marquée détecte une infection active par la mise en évidence d'une activité uréasique que possède *H. pylori*. En présence quantité peut être mesurée.de *H. pylori*, l'ingestion d'urée marquée par un isotope non radioactif du carbone (13C) est suivie du rejet de 13C0 dans les gaz expirés dont la quantité peut être mesurée.

Conclusion : La sensibilité et spécificité du test respiratoire à l'urée marquée au C13, par ailleurs est très reproductible, dépassent les 95 %. Il possède d'excellentes performances pour poser le diagnostic d'infection à *H. pylori* mais également pour le contrôle du traitement d'éradication de la bactérie, sous réserve qu'il soit réalisé à distance de l'arrêt des ATB (4 semaines) et des IPP (2 semaines). La prise d'anti-H2 influence peu le résultat du test (arrêt recommandé de 48 heures), celle d'antiacides (sels d'aluminium, etc.) ne le modifie pas.

P.213

Dissection sous-muqueuse des lésions colorectales : état des lieux

F. Ben Farhat [(1)], K. Benghalia [(1)], A. Hdiji [(1)], H. Blondon [(1)]
(1) Le Chesnay-Rocquencourt.

Introduction : La dissection sous-muqueuse (DSM) est une alternative de traitement des lésions colorectales à potentiel cancéreux afin d'assurer une résection R0 en monobloc. Toutefois, cette technique n'est pas dénuée de risques étant donné que le risque de perforation fluctue entre 0 et 3,3%. Les objectifs de notre étude étaient d'évaluer l'efficacité et la sécurité de la technique de DSM dans le cadre du traitement des lésions colorectales superficielles.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive mono-centrique menée de 2016 à 2021 ayant inclus les patients avec des lésions colorectales superficielles candidats à un traitement endoscopique par DSM. L'examen a été réalisé par le même opérateur après une bonne explication du geste, son intérêt et ses complications. Un consentement écrit a été également obtenu. La classification de CONNECT a été utilisée pour la caractérisation des lésions. Les données cliniques, endoscopiques, histologiques et évolutives ont été recueillies à partir du dossier médical informatisé.

Résultats : Nous avons inclus 20 patients. L'âge moyen était de 68ans [42-88]. Une nette prédominance féminine a été notée (68% *versus* 32%). La taille moyenne des lésions réséquées était de 45mm [25-80]. La localisation la plus fréquente était le rectum, puis le sigmoïde puis le cæcum. Les lésions étaient classées CONNECT IIc chez 50%, CONNECT IIa chez 30% et CONNECT IIa+IIc chez 20% des patients. La technique utilisée était soit une DSM seule (50%) soit associée à une mucosectomie (50%). La résection était en monobloc chez 80% des patients. La durée moyenne de l'intervention était de 80,6 min. Les complications rapportées étaient de l'ordre de 3 : une perforation per-acte traitée par mise en place de clip OVESCO chez un patient, une perforation post acte traitée par chirurgie chez un patient et une hémorragie traitée par clips chez un patient. Pour les différentes lésions réséquées, la nature histologique a été déterminée. Quatorze lésions (70%) étaient adénomateuse en dysplasie de bas grade ou de haut grade. Six patients avaient des adénocarcinomes : superficiels chez trois patients et avec invasion profonde chez trois patients dont deux ont été opérés et le dernier a été surveillé par des coloscopies car la chirurgie a été récusée. Absence de récidive à 3ans.

Conclusion : La DSM peut être proposée comme un traitement de première ligne pour les larges lésions colorectales à potentiel cancéreux afin d'assurer une resection en monobloc sous réserve d'une bonne gestion des complications dont le taux reste acceptable. Toutefois, une bonne caractérisation des lésions avant résection est indispensable afin d'adresser les patients avec suspicion d'adénocarcinome invasif directement aux chirurgiens.

P.214

Ingestion de produits toxiques : facteurs prédictifs de lésions endoscopiques sévères ?

O. Chatti [(1)], W. Dahmani [(1)], H. Jaziri [(1)], A. Hammami [(1)], W. Ben Ameur [(1)], A. Ben Slama [(1)], M. Ksiaa [(1)], S. Ajmi [(1)], A. Braham [(1)], N. Elleuch [(1)], A. Jmaa [(1)]

(1) Sousse, TUNISIE.

Introduction : L'ingestion de substances caustiques est un véritable problème de santé, avec des conséquences souvent dévastatrices sur l'œsophage et l'estomac.
C'est une urgence diagnostique et thérapeutique qui doit être prise en charge en milieu spécialisé.
Le but de cette étude est d'évaluer la corrélation entre les caractéristiques du produit ingéré, la symptomatologie clinique et les lésions endoscopiques.

Matériels et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive incluant les malades pris en charge pour ingestion de produit caustique dans notre service d'hépato-gastroentérologie, entre janvier 2017 et mars 2022.Nous avons répartis les patients en deux groupes en fonction de leur grade endoscopique selon la classification de Zargar : le premier groupe incluait les patients dont le grade endoscopique était inférieur ou égale à 2B (lésions non sévères), et l'autre groupe regroupant tous les patients avec un grade endoscopique supérieur ou égale à 3A (lésions sévères). Le grade le plus élevé était retenu entre le grade œsophagien et le grade gastrique.

Résultats : Durant la période d'étude, 86 patients ont été inclus. L'âge moyen des patients était de 29,3 ± 23 ans avec des extrêmes allant de 1 an à 71 ans. Une légère prédominance féminine a été notée avec 45 femmes (59,3%) et 41 hommes (47,7%).L'ingestion était volontaire dans 52,3 % des cas.Le produit ingéré était un acide chez 30,2 % des patients, un oxydant chez 19,5% et une base chez 50,3%. L'endoscopie digestive haute était normale chez 23 patients (26,7%). Elle a montré des lésions non sévères chez 57 malades (66,3%), classées IA, IB, IIA et IIB dans respectivement 19,3%, 8,6%, 10,5% et 27,9% cas. Par ailleurs, des lésions sévères ont été retrouvées chez 6 patients (7%), classées IIIA chez 3,5% patients et IIIB chez 3,5% des patients.
Aucune différence significative n'a été mise en évidence entre les deux groupes en terme d'âge (p=0,33), de sexe (p=0,99) et le contexte volontaire ou accidentel de l'ingestion (p=0,38). Par contre, la survenue d'une hématémèse, la présence d'une dysphagie et la nature acide du produit ingéré étaient plus retrouvées dans le deuxième groupe avec une différence statistiquement significative (p<0,001 et p=0,01 et p=0,008 respectivement).

Conclusion : Les facteurs prédictifs de la gravité des lésions endoscopiques secondaires à une ingestion caustique identifiés dans notre étude étaient la nature acide du caustique, la présence d'une dysphagie ou d'hématémèse à l'admission. La présence de ces facteurs pourrait ainsi aider à discriminer les patients graves, relevant d'une éventuelle indication chirurgicale, des autres patients ne nécessitant qu'un traitement médical.

P.215

CPRE chez la femme enceinte : à propos de 19 cas

A.F.Z. Mejait [(1)], N. Lahmidani [(1)], A. El Mekkaoui [(1)], M. El Yousfi [(1)], M. El Abkari [(1)], S.A. Ibrahimi [(1)], D.A. Benajah [(1)], A. Hakima [(1)]

(1) Fès, MAROC.

Introduction : La grossesse est un facteur de risque de pathologie biliaire. La survenue d'une angiocholite ou d'une pancréatite au cours de la grossesse est un phénomène rare mais non exceptionnel. Cet état physiologique est considéré comme étant une des situations à haut risque en endoscopie digestive, il requiert donc une procédure plus personnalisée.L'objectif de notre étude est faire une mise au point sur les difficultés et les risques encourus lors de la pratique d'une CPRE chez la femme enceinte.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude descriptive rétrospective portant sur 19 patientes ayant bénéficié d'une CPRE au cours de la grossesse sur une période de 10 ans (de 2011 à 2021).Les données des patientes ont été exploitées à partir des registres de la cholangio pancréatographie rétrograde endoscopique (CPRE).

Résultats : Concernant les 19 cas colligés l'âge moyen des patientes est de 26ans, (24ans – 32 ans). 7 patientes étaient porteuses de vésicule biliaire multi lithiasique , 2 ont été cholécystectomisées .Les indications de la CPRE ont été les suivantes : 4 cas de pancréatite aigue lithiasique survenue au cours du 2ème et 3ème trimestre et 15 cas d'angiocholites lithiasiques survenus au cours du 3ème trimestre.La symptomatologie clinique a été représentée essentiellement par des coliques hépatiques (75%), un ictère cholestatique (50 %) et secondairement par des épigastralgies. Toutes les patientes ont bénéficié d'un bilan biologique dont hépatique ayant objectivé une cytolyse avec cholestase biologique , d'un bilan radiologique fait d'échographie abdominale et de bili IRM (chez 3 malades) ainsi que d'une évaluation obstétricale rapprochée. Des mesures particulières ont été adopté lors de la réalisation du geste à savoir le port de tablier plombé par la patiente et la réduction du temps de fluoroscopie. Toutes les malades ont bénéficié d'une sphinctérotomie endoscopique avec extraction de calculs.
1 seule malade est décédée par choc septique en post geste tandis que les autres malades n'ont présenté aucune complication.

Conclusion : La réalisation de la CPRE pendant la grossesse représente un véritable challenge pour l'endoscopiste .Des mesures personnalisées doivent être respectées afin de réduire la morbidité materno-fœtale.

P.216

Lithiase de la VBP : facteurs prédictifs d'échec d'extraction de calculs

S. Mrabti [1], A. Sair [1], A. Benhamdane [1], B. Aourarh [1], K. Boualiten [1], J. Benass [1], M. Ahmed [1], T. Addajou [1], R. Berraida [1], I. El Koti [1], F. Rouibaa [2], A. Benkirane [1], H. Seddik [1]
(1) Rabat, MAROC ; (2) Casablanca, MAROC.

Introduction : La cholangiopancréatographie rétrograde endoscopique(CPRE) représente le traitement de choix de la lithiase de la voie biliaire principale (VBP). Elle permet l'extraction des calculs soit par l'utilisation des manœuvres standards notamment le ballon d'extraction biliaire ou le panier de Dormia, ou dans le cas échéant par des manœuvres supplémentaires.
L'objectif de notre étude est d'étudier les facteurs prédictifs d'échec du taux de vacuité primaire de la VBP au cours de la CPRE dans la pathologie lithiasique.

Matériels et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive et analytique incluant tous les patients ayant bénéficié d'une CPRE pour pathologie lithiasique, entre septembre 2002 et Septembre 2022.
Tous les patients ont bénéficié d'une CPRE avec Sphinctérotomie biliaire endoscopique (SBE) et extraction de calculs par les manœuvres standards (ballon d'extraction biliaire ou panier de Dormia).
Les facteurs associés à l'échec du taux de vacuité primaire de la VBP ont été étudiés par la régression logistique.
L'analyse statistique a été réalisée par le logiciel Jamovi.

Résultats : Parmi 1080 patients ayant bénéficié d'une CPRE pour pathologie lithiasique, 606 (54,2%)avaient une lithiase simple, 315 (29,2%) avaient un empierrement cholédocien et 179 (16,6%) avaient de gros calculs.
L'âge moyen des patients était de 58,9 +/- 14,4 ans avec des extrêmes allant de 19 à 98 ans. Le sexe ratio (H/F) était de 0,67 avec une prédominance féminine dans 59,5%.
18,2% des patients avaient une angiocholite aigue et 9,2% avaient une pancréatite aiguë.
355 patients étaient cholécystectomisés (32,9%), 67 patients avaient un antécédent de SBE (6,2%) et 5 patients avaient un antécédent de chirurgie de la VBP (0,4%).
Le diverticule péri ampullaire était retrouvé chez 9,1% des cas (n=98).
Le diamètre moyen de la VBP était de 13,4 mm +/- 4,31. La sténose de la VBP était présente chez 6,3% des patients (n=68).
Le taux de vacuité primaire était de 75,1%. On a eu recours aux manœuvres supplémentaires dans 22,7% des cas.
Après analyse univariée, les facteurs prédictifs d'échec après utilisation des manœuvres standards étaient : l'âge (OR : 0,9 ; IC95% :[-0,03- -0,01] ; p<0,001) ; le sexe (OR : 0,7 ; IC95% : [-0 ,5- -0,02] ; p=0,036) ; l'antécédent de cholécystectomie (OR : 1,3, IC95% : [0,02-0,6] ; p=0,035) ; la présence d'une angiocholite (OR : 0,4 ; IC95% : [-1,1- -0,4] ; p<0,001) ; une dilatation importante de la VBP > 15mm (OR : 0 ,8, IC95% :[-0,2- -0,1] ;p<0,001), une sténose de la VBP (OR : 0,3 ; IC95% : [-1,7- -0,7] ; p<0,001) et la présence d'un empierrement et/ ou gros calcul (OR : 0,1 ; IC95% :[-2- -1] ; p<0,001).
Après analyse multivariée, et en ajustant sur les facteurs étudiés, seule la présence d'une angiocholite (OR : 1,9 ; IC95% : [0,2-1] ; p=0,001), un empierrement et/ou gros calcul (OR :2,5 ; IC95% : [0,5-1,3] ; p<0,001), une dilatation importante de la VBP > 15mm (OR : 0,88 ; IC95% : [-0,17- -0,07] ; p<0,001), et une sténose de la VBP (OR : 2,9 ; IC95% : [0,4-1,7] ; p=0,002) étaient significativement associés à l'échec du taux de vacuité primaire de la VBP.
Le taux de vacuité globale après utilisation des manœuvres supplémentaires était de 92,4%.

Conclusion : Dans notre étude, le taux de vacuité primaire de la VBP était de 75,1%.
Les facteurs prédictifs d'échec du taux de vacuité primaire de la VBP étaient la présence d'une angiocholite, d'un empierrement et/ou gros calcul, une dilatation importante de la VBP (>15mm) et une sténose de la VBP.

P.217

Résection endoscopique des tumeurs superficielles à extension latérale

H. Cherkaoui [1], I. Ouchicha [1], A. Lamine [1], M. Lahlali [1], N. Lahmidani [1], A. El Mekkaoui [2], M. El Yousfi [1], D.A. Benajah [1], S.A. Ibrahimi [1], M. El Abkari [1], H. Abid [1]
(1) Fès, MAROC ; (2) Oujda, MAROC.

Introduction : Les tumeurs superficielles à extension latérale (LST) sont définies comme des lésions >10 mm de diamètre, avec une hauteur verticale minime et une extension latérale. Elles sont classées en 2 catégories chacune séparés en 2 sous types : granulaire (LST-G) avec ou sans macronodule, ou non granulaire (LST-NG) plane (IIa) ou déprimée (IIc). La profondeur de l'invasion de la sous-muqueuse permet de déterminer le traitement le plus adapté (mucosectomie, dissection sous muqueuse voire traitement chirurgical). L'objectif de notre étude était de rapporter les caractéristiques des LST traitées endoscopiquement et d'évaluer la capacité de détection du cancer par l'endoscopiste avant la réalisation du geste.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective analytique étendue sur une durée de 10 ans incluant tous les patients ayant eu une résection endoscopique d'une LST colo-rectale dont la taille est > 20mm entre septembre 2012 et septembre 2022. Les données concernant les lésions (classification LST, taille, localisation, aspects endoscopiques), le traitement endoscopique, les résultats histologiques, la suspicion pré-thérapeutique du cancer par l'endoscopiste et le suivi à 1 an ont été recueillis.

Résultats : Sur une durée de 10 ans, nous avons inclus 25 patients dont l'âge moyen était de 54 ans (19-82 ans) avec une nette prédominance féminine (SR F/H : 2,57). Les antécédents de néoplasies recto-colique était retrouvés chez 10% des cas. Les indications de la coloscopie étaient pour rectorragies (72%), dépistage (25%) et douleur abdominale (16%). Dans la majorité des cas, les lésions étaient rectales (84%) avec une taille moyenne de 30mm (20-50mm). Selon la classification des LST, 60% des patients présentaient une LST-G homogène et 40% présentaient une LST-G nodulaire et mixte. Cinquante-deux pourcent des lésions étaient réséquées par dissection sous-muqueuse, mucosectomie monobloc chez 28% et piecemeal chez 20%. La suspicion de cancer à l'examen macroscopique de la lésion en endoscopie était de 44% avec pourcentage de corrélation de 84%. La proportion de cancer à l'examen anatomopathologique était de 24%. Le taux de résection R1 avec des marges latérales positives pour cancer était de 20% d'où la nécessité d'un traitement chirurgical complémentaire. La survenue d'hémorragie minime au cours du geste était rapportée chez 28%. A 1 an, aucune récidive n'a été détectée.

Conclusion : Les LST de grande taille ont un taux élevé de malignité et peuvent être traité endoscopiquement. L'entrainement de l'endoscopiste à la reconnaissance des lésions et à leur traitement permettrait d'améliorer le pronostic chez cette population.

P.218

Apport de l'écho-endoscopie dans les dilatations des voies biliaires sans obstacle visible à l'imagerie

K. Boualiten [(1)], M. Ahmed [(1)], A. Benhamdane [(1)], J. Benass [(1)], B. Aourarh [(1)], A. Sair [(1)], T. Addajou [(1)], S. Mrabti [(1)], R. Berraida [(1)], I. El Koti [(1)], F. Rouibaa [(2)], A. Benkirane [(1)], H. Seddik [(1)]

(1) Rabat, MAROC ; (2) Casablanca, MAROC.

Introduction : L'Echoendoscopie est une technique indispensable dans l'exploration des anomalies du carrefour bilio-pancréatique. Cependant elle pose des problèmes de disponibilité et d'expertise des opérateurs. Le but de notre étude est de déterminer la place de l'échoendoscopie dans le diagnostic étiologique des dilatations des voies biliaires quand l'imagerie conventionnelle n'est pas concluante.

Matériels et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive et analytique menée entre Janvier 2008 et Mars 2022, incluant 51 patients présentant une dilatation des voies biliaires intra et/ou extra hépatique à l'imagerie sans obstacle visible. Pour les dilatations kystiques de la voie biliaire principale on a pris en considération la classification de TODANI. L'analyse statistique a été réalisée par le logiciel SPSS version 24.0.

Résultats : 51 patients ont été colligés ce qui représente environ 11% de l'ensemble des indications de l'échoendoscopie dans notre service. L'âge moyen de nos patients était de 60± 12,10 ans, avec des extrêmes allant de 28 à 80 ans, notre série a été caractérisée par une nette prédominance féminine à 78 % soit un sex ratio H/F : 0,28.
L'échoendoscopie a confirmé la dilatation chez 56,9% (n=29) de nos patients, et la dilatation bi-canalaire a été retrouvé chez 5,9% (n=3) des patients.
L'exploration par l'échoendoscopie a révélé dans 43,1% (n=22) des cas une dilatation kystique des voies biliaires de type I selon la classification de TODANI, une lithiase de la VBP dans 5,9% (n=3) des cas, un ampullome chez 3,9% des patients (n=2), un cancer de la tête du pancréas a été suspecté au cours de l'échoendoscopie puis confirmé histologiquement chez 2% des patients (n=1), et une papillomatose des voies biliaires a été diagnostiquée chez 2% des patients (n=1). Néanmoins, l'échoendoscopie nous a permis d'écarter la dilatation des voies biliaires chez 43,1% (n=22) de nos patients.

Conclusion : Notre étude a montré que l'échoendoscopie prend une place primordiale dans la démarche diagnostic des dilatations des voies biliaires lorsque l'imagerie n'est pas concluante.

P.219

Performance du scanner abdominal dans la distinction entre tuberculose et carcinose péritonéale

S. Harrathi [(1)], M. Yakoubi [(1)], A. Ben Mohamed [(1)], M. Medhioub [(1)], M. Mahmoudi [(1)], A. Khsiba [(1)], L. Hamzaoui [(1)], M. Azouz [(1)]

(1) Nabeul, TUNISIE.

Introduction : Les étiologies de l'ascite exsudative sont dominées par la tuberculose et la carcinose péritonéale. Ces deux affections, de pronostic complètement différent, peuvent partager la même présentation clinique, biologique et radiologique. La distinction entre ces deux diagnostics nécessite ainsi le plus souvent le recours à une chirurgie pour confirmation histologique.
L'objectif de notre étude était d'évaluer la performance du scanner abdominal dans la distinction entre tuberculose et carcinose péritonéale.

Matériels et Méthodes : Une étude descriptive rétrospective sur une période de 7 ans (2015- 2021) a été menée. Nous avons colligé tous les patients hospitalisés durant cette période au sein du service de gastroentérologie pour une ascite exsudative en rapport avec une tuberculose ou une carcinose péritonéale. Les données cliniques,scannographiques et anatomopathologiques ont été relevées. Le test Khi deux de Pearson a été utilisé avec un p significatif si <0,05. La sensibilité (Se) et la spécificité (Sp) des paramètres radiologiques ont été évaluées.

Résultats : Cinquante et un patients ont été inclus. L'âge moyen était de 55,8 ans avec des extrêmes allant de 10 à 81 ans. Le sexe ratio H/F était de 0,5 (H/F= 18/33).L'ascite exsudative était en rapport avec une carcinoseou une tuberculose péritonéale dans respectivement 76,4% et 23,6%. Une preuve anatomopathologie des deux affections a été obtenue chez tous les patients. Il s'agissait majoritairement d'une biopsie péritonéale sous coelioscopieou par laparotomie dans 60,7% des cas. Seize patients (31, 3%) ont eu une biopsie ganglionnaire.Une biopsie pleurale a été effectuée chez 4 patients (8%). Les paramètres suivants ont été relevés au scanner abdominal : l'abondance de l'ascite, son caractère libre ou cloisonné, l'infiltration nodulaire du péritoine, l'aspect de gâteau épiploique, la présence d'adénopathies profondes calcifiées ou nécrosées, la présence d'une masse intraabdominale ou d'un épaississement digestif.Les paramètres permettant une distinction entre carcinose et tuberculose péritonéale étaient : l'infiltration macronodulaire du péritoine (p= 0,03) la présence d'adénopathies profondes calcifiées (p=0,024) et de masse intraabdominale (p< 0,001). La présence d'adénopathies calcifiées prédisait avec une Se et Sp de 100% le diagnostic de tuberculose péritonéale. La Se et la Sp de l'infiltration macronodulaire dans le diagnostic de la carcinose péritonéale était respectivement de 76% et 93,8%. La présence d'une masse péritonéale avait une sensibilité de 31,3% et une spécificité de 100% au cours de la carcinose péritonéale.

Conclusion : Dans notre étude, les paramètres scannographiques permettant une distinction entre tuberculose et carcinose péritonéale étaient : l'infiltration macronodulaire du péritoine, la présence d'adénopathies calcifiées et de masse intraabdominale. Certains signes à l'imagerie orientent le diagnostic vers l'une de ces entités sans pour autant permettre de poser le diagnostic avec certitude.

P.220

Petits polypes sporadiques colorectaux : peut-on prédire la nature histologique ? A travers une série hospitalière étalée sur 3 ans

O. Nacir [1], A. Ait Errami [1], S. Oubaha [1], Z. Samlani [1], K. Krati [1]
(1) Marrakech, MAROC.

Introduction : Les polypes diminutifs, définis comme inférieurs à 5 mm, présentent un risque de dégénérescence très faible. Leur résection avec analyse anatomo-pathologique systématique sont associées à un coût élevé. Le but de notre travail est de déterminer la nature histologique des polypes diminutifs du recto-sigmoïde, particulièrement ceux de taille<=3mm, afin de pouvoir déterminer l'intérêt ou pas de les réséquer.

Patients et Méthodes : On a recueilli sur une période de 3 ans (2019-2021), parmi les patients ayant eu une polypectomie colique à l'unité d'endoscopie digestive du service d'hépato-gastroentérologie du centre hospitalier universitaire Mohammed VI de Marrakech, ceux ayant des polypes diminutifs siégeant au niveau du rectum et du sigmoïde. Ces derniers ont été divisés en 2 groupes :

- Groupe 1 (G1) : Les polypes recto-sigmoïdiens de taille<=3mm
- Groupe 2 (G2) : Les polypes diminutifs du recto-sigmoïde, dont la taille est supérieure à 3mm

Une fiche d'exploitation contenant des paramètres permettant le recueil et l'analyse de l'ensemble des aspects en rapport avec le patient d'une part et à but de caractériser le polype d'une autre part, a été choisi comme moyen d'investigation. La collecte des données a été faite à partir des registres des explorations endoscopiques, des dossiers médicaux des patients, du système informatisé «Hosix», et la collaboration du personnel médical et paramédical du service de gastroentérologie, de l'unité d'endoscopie ainsi que le service d'anatomopathologie. L'analyse statistique a été effectuée à l'aide du logiciel SPSS version 19.0. Le recueil des données a été fait en prenant en considération les règles globales d'éthiques relatives au respect de la confidentialité et la protection des données propres aux patients. Une étude descriptive analytique puis comparative (p significatif si <=0,05) a été réalisée par la suite entre les deux groupes.

Résultats : Au total, 102 patients avec un âge moyen de 61,93±11.5 ans et un sex ratio H/F de 1.92 ont été colligés. 212 polypes ont été récupérés. Les polypes diminutifs du recto sigmoïde représentaient 42.5% de l'ensemble des polypes. Parmi ces 90 polypes, 89 (99%) ont été réséqués par biopsie-exérèse à la pince froide. 81.1% de ces lésions étaient sessiles et 85% avaient une taille <=3mm (G1).
En histologie, 49 (54.5%) polypes étaient hyperplasiques et 21 (23.4%) étaient des adénomes, tous en dysplasie de bas grade. Les polypes de taille <=3mm (G1) étaient associés à une meilleure résection en monobloc par biopsie-exérèse (p<0.001) avec des limites d'exérèse plus précis (p<0.001). Il n'y avait pas de différence significative entre les 2 groupes concernant le type histologique des lésions (présence ou pas d'adénomes, degré de dysplasie) (p=0.072). Toutefois, une composante villeuse était plus représentée dans le 2ème groupe (p=0.014).

Conclusion : Notre étude a démontré une prévalence non négligeable des adénomes au sein des polypes diminutifs du recto-sigmoïde, même pour ceux de taille<=3mm. Par conséquence, leur exérèse endoscopique avec examen anatomo-pathologique systématique sont encore indispensables, en l'absence de chromo- endoscopie permettant de prédire la nature histologique des lésions avec une VPN>90%.

P.221

Les impactions alimentaires au niveau de l'œsophage : peuvent-elles révéler des anomalies œsophagiennes sous-jacentes ?

N. Trad [1], S. Ayadi [1], Y. Zaimi [1], A. Mensi [1], E. Bel Hadj Mabrouk [1], Y. Said [1], L. Mouelhi [1], R. Debbeche [1]
(1) Tunis, TUNISIE.

Introduction : L'ingestion de corps étrangers représente la deuxième indication d'endoscopie en urgence. Chez l'adulte, ce sont les impactions alimentaires qui sont les plus fréquentes. Il a été suggéré que ces impactions pourraient être le mode révélateur de certaines anomalies œsophagiennes sous-jacentes.
Notre objectif était de décrire les différentes anomalies endoscopiques sous jacentes en cas d'impaction alimentaire œsophagienne.

Patients et Méthodes : Nous avons mené une étude rétrospective incluant, entre Janvier 1991 et Septembre 2022, des patients consécutifs ayant bénéficié d'une endoscopie digestive haute pour extraction de corps étrangers. Les données démographiques, cliniques et paracliniques ont été collectées.

Résultats : Au total, 117 patients ont été colligés avec un âge moyen de 27,76 ± 18,44 ans et un sex-ratio (H/F) de 2.54. L'estomac était le siège le plus fréquent d'impaction du CE. Chez 32 patients (29,6%), l'œsophage était le siège d'impaction du CE. Ce CE était de type alimentaire chez 26 patients (81,2%). Il s'agissait de 19 hommes et sept femmes avec un âge moyen de 38,80 ± 19,54 ans. L'endoscopie digestive haute a objectivé une anomalie œsophagienne sous-jacente chez 15 patients (57,7%). L'œsophagite peptique était l'anomalie la plus fréquente (sept cas soit 46,6% des cas). Cette œsophagite a été compliquée de sténose franchissable chez deux patients et d'endobrachyœsophage chez un patient. D'autres types d'anomalies œsophagiennes sous-jacentes ont été également notés: sténose régulière chez quatre patients (20%), un anneau de Schatzki chez deux patients (13,3%), un cas d'œsophagite mycotique (6,6%) et un cas de sténose caustique (6,6%). L'endoscopie digestive haute n'a pas montré d'anomalie œsophagienne endoscopique chez 11 patients. Ces patients ont bénéficié de biopsies œsophagiennes à la recherche d'œsophagite à éosinophile. Une sensation de ressaut au franchissement du cardia par le fibroscope en faveur d'un trouble moteur de l'œsophage a été noté chez un patient. Un complément d'exploration manométrique a confirmé le diagnostic d'achalasie type II.
Une résolution spontanée de ces impactions alimentaires a été rapportée chez cinq patients (19,2%), alors que, 21 patients ont nécessité une intervention endoscopique (80,7%). Le CE a été repoussé dans l'estomac chez six patients (23%). Le recours à une extraction endoscopique a été nécessaire chez 15 patients (57,6%). La pince à crocodile (six cas) et l'anse diathermique (huit cas) étaient le matériel d'extraction le plus utilisés. Un suintement hémorragique de faible abondance a été rapporté après l'extraction d'un os de viande chez un patient. Aucune autre complication n'a été notée par ailleurs.

Conclusion : Dans notre étude, les impactions alimentaires œsophagiennes ont révélé des anomalies sous-jacentes dans 57,7% des cas. Ainsi, l'exploration endoscopique doit être systématique même après la résolution spontanée de cette impaction.

P.222

Coloscopie de dépistage chez les patients avec acromégalie asymptomatiques sur le plan digestif

T.Z. Benjelloun [(1)], S. Roudi [(1)], A. Ait Errami [(1)], S. Oubaha [(1)], Z. Samlani [(1)], K. Krati [(1)]
(1) Marrakech, 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.

Matériels 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 5 ans (Janvier 2018 – Juillet 2022).

Résultats : 50 patients ont bénéficié d'une coloscopie totale de dépistage qui a objectivé la présence de polypes chez 18 malades, avec un nombre de polypes variant de 1 à 5 polypes sauf chez une seule patiente ou la coloscopie a révélé la présence une polypose recto-colique. La taille moyenne des polypes était de 9 mm, avec un aspect sessile chez 15 malades. Concernant la localisation, 10 malades avaient des polypes au niveau de l'angle colique droit, 3 patient avaient des polypes colo-rectaux, 3 patients avaient des polypes sigmoïdiens, un patient avait un polype rectal isolé, alors qu'une patiente avait une polypose recto-colique. Tous les polypes ont été réséqués alors que pour la patiente avec polypose des biopsies-Exérèses ont été réalisées. L'étude anatomopathologique était en faveur d'adénome chez tous les malades, sans dysplasie chez 17 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 polypose 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.

P.223

Drainage endoscopique des sténoses biliaires malignes : comparaison entre prothèses plastique et métallique

F.Z. El Hajoubi [(1)], H. El Bacha [(1)], A. El Karimi [(1)], N. Benzzoubeir [(1)], I. Errabih [(1)]
(1) Rabat, MAROC.

Introduction : Le développement de l'endoscopie interventionnelle a permis de révolutionner la prise en charge des sténoses biliaires malignes. Le but de notre travail est de rapporter l'expérience de notre service en matière de drainage endoscopique des sténoses biliaires malignes et de comparer les résultats du drainage biliaire par prothèse plastique par rapport à la prothèse métallique.

Matériels et Méthodes : Il s'agit d'une étude descriptive prospective monocentrique réalisée au sein de notre service sur la période s'étalant de Janvier 2020 à Juillet 2022. Nous avons inclus tous les patients drainés endoscopiquement pour une sténose biliaire sur tumeur maligne du carrefour bilio-pancréatique.

Résultats : Durant cette période, 71 drainages endoscopiques pour sténose biliaire maligne ont été réalisés. La moyenne d'âge était de 57 ans et le sexe ratio H/F était de 0,62. L'étiologie la plus fréquente était le cholangiocarcinome rencontré chez 50,7 % des patients (n=36) suivie de l'ADK du pancréas chez 43,7 % des patients (n=31) suivie de la compression extrinsèque chez 4,2% des patients (n=3) (dont un cas de linite gastrique et un cas de tumeur rétro-péritonéale ainsi qu'un cas de tumeur colique), suivi du cancer de la vésicule biliaire exerçant une compression de la VBP (syndrome de Mirizzi) dans 1,4% des (n=1) et un amupllome vatérien dans 1,4% des (n=1).
Le drainage biliaire a été réalisé par la mise en place de prothèse biliaire plastique chez 36 patients (50,70%) et par mise en place de prothèse biliaire métallique chez 35 patients (49,30% des patients).
L'évolution immédiate était favorable chez 90,1 % des patients (n=64) avec amélioration clinique marquée par disparition de la douleur abdominale, régression progressive de l'ictère, et biologique avec diminution de la CRP et du taux des globules blancs chez les patients qui s'étaient présentés avec un tableau d'angiocholite et une régression de la cholestase. Quatre patients ont présenté une pancréatite post-CPRE (5,63%) et un patient a présenté une angiocholite post-CPRE (5,63%), un patient a présenté une migration intrapéritonéale de la prothèse (5,63%) . On déplore un cas de décès par choc septique secondaire à une perforation duodénale post CPRE (5,63%).
L'évolution à moyen terme a été marquée par la récidive de l'ictère chez 5 patients (7% des cas) dans un délai moyen de 5,3 mois dont 4 avaient bénéficiés d'un drainage biliaire par prothèse plastique (80% des cas) et un patient d'un drainage biliaire par prothèse métallique (20% des cas) : ces patients ont bénéficié d'un deuxième drainage par la mise en place d'une prothèse biliaire métallique.

Conclusion : Toutes les études disponibles y compris la notre sont en faveur de la prothèse métallique par rapport à la prothèse plastique en matière de récidives et donc de ré-intervention endoscopique.

P.224

Ulcère bulbaire hémorragique : corrélation entre la topographie et la sévérité clinique

A. Aboullait [(1)], H. El Bacha [(2)], E.M. Amrharhe [(2)], N. Benzzoubeir [(2)], I. Errabih [(2)]
(1) RABAT ; (2) Rabat, MAROC.

Introduction : L'hémorragie ulcéreuse bulbaire reste une pathologie fréquente. L'avènement des inhibiteurs de la pompe à protons et l'éradication de l'*Helicobacter pylori* ont permis une diminution de cette pathologie.
Le but de notre étude est de déterminer la corrélation entre la topographie de l'ulcère bulbaire (UB) et la sévérité clinique.

Matériels et Méthodes : Il s'agit d'une étude prospective analytique intéressant une période de 28 mois, allant du : avril 2020 à aout 2022, colligeant tous les malades admis dans un tableau d'urgence pour hémorragie digestive haute secondaire à un UB.
Tous les patients ont bénéficié d'un examen clinique, d'une numération formule sanguine et d'une fibroscopie œso-gastro-duodénale(FOGD). Le stade de l'ulcère a été précisé à l'aide de la classification FORREST.
Les données recueillies grâce à une base de données Excel, qui a permis de les transférer dans le logiciel SPSS où l'analyse statistique a été faite.

Résultats : 70 cas d'ulcère bulbaire hémorragique ont été diagnostiqués sur un total de 231 cas d'hémorragie digestive haute ayant consulté aux urgences, avec une prévalence de 30.30%.
L'âge moyen de nos malades était de 57.6 ans (22-86ans) avec une prédominance masculine, sexe ratio H/F : 3.37.
Un antécédent de tabagisme était retrouvé chez 16 malades (22.85%), de maladie ulcéreuse ou d'hémorragie digestive chez 8 malades (11.42%), la prise d'AINS chez 7 malades (10%), d'HP chez 4 malades (5.71%).

L'UB siégeait au niveau de :

Localisation de l'UB	Forrest 3	Forrest 2c	Forrest 2b	Forrest 2a	Forrest 1b	Forrest 1a
	43(61.42%)	10(14.28%)	7(10%)	4(5.71%)	6(8.57%)	0%
Face antérieure 31 (44.28%)	23(74%)	3(9.67%)	2(6.45%)	2(6.45%)	1(3.22%)	0
Face postérieure 12 (17.14%)	4(33.33%)	4(33.33%)	3(12%)	1(8.33%)	0	0
Plancher 11(15.71%)	8(72.72%)	1(9.09%)	0	0	2(18.18%)	0
Le toit 16(22.85%)	8(50%)	2(12.5%)	2(12.5%)	1(6.25%)	3(18.75%)	0

17 malades (24.28%) avaient un état de choc hémorragique avec une instabilité hémodynamique, dont 5 malades (29.41%) avaient un UB siégeant au niveau de la face antérieure, 4(23.52%) au niveau de la face postérieure, 4(23.52%)au niveau du plancher et 4(23.52%)au niveau du toit.
34 malades (48.57%) avaient à l'admission un taux d'hémoglobine inférieur à 8g/dl ayant nécessité une transfusion sanguine, dont 10 malades (29.41%) avaient un UB siégeant au niveau de la face antérieure, 9(26.47%) au niveau du toit, 8(23.52%) au niveau de la face postérieure et 7(20.58%) au niveau du plancher.
L'étude de comparaison a montré une différence statistiquement significative entre la sévérité clinique (instabilité hémodynamique) et la localisation de l'ulcère bulbaire au niveau de la face antérieure avec un p=0.049
Tous les malades ont reçu un traitement médical par les IPP. Le traitement endoscopique à base d'injection de sérum adrénaliné et la mise en place de clip hémostatique a été réalisé chez 16 malades (22.85%).

Conclusion : La prise d'AINS et le tabac sont les principaux facteurs de risque de l'UB. On note une prédominance masculine avec une localisation au niveau de la face antérieure était associé à un plus grand risque d'instabilité hémodynamique.

P.225

Angiodysplasies du tube digestif : apport de la coagulation au plasma argon (APC)

S. Douihi Touzani [(1)], H. El Bacha [(1)], S. Belmaqrout [(1)], N. Benzzoubeir [(1)], I. Errabih [(1)]
(1) Rabat, MAROC.

Introduction : Les angiodysplasies se définissent par une altération acquise des structures vasculaires de la paroi digestive. Certaines pathololologies peuvent y être associées comme le rétrécissement aortique, l'insuffisance rénale chronique et plus rarement l'hépatopathie chronique. L'attitude thérapeutique consensuelle est la destruction des angiodysplasies digestives hémorragiques par voie endoscopique avec une coagulation au plasma argon (APC).
L'objectif de notre travail est d'étudier le profil épidémiologique des angiodysplasies du tube digestif et d'évaluer l'efficacité thérapeutique de l'APC.

Matériels et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive, monocentrique menée de janvier 2019 à juillet 2022. Ont été inclus dans notre étude les patients traités par APC pour des lésions d'angiodysplasies du tube digestif.
Tous nos patients ont bénéficié d'un examen clinique et endoscopique. L'efficacité de l'APC a été jugée par l'ascension du taux d'hémoglobine après APC et par le taux de récidive hémorragique.

Résultats : Des angiodysplasies ont été découvertes chez 26 patients. L'âge moyen était de 61 ans, le sex ratio H/F 2.2. 6 patients (23 %) étaient suivis pour une cardiopathie, 2 patients (7,69 %) étaient cirrhotiques, 2 patients (7,69 %) avaient une insuffisance rénale chronique au stade d'hémodialyse, 1 patient (3,84 %) était diabétique.
Le mode de révélation le plus fréquent était un saignement digestif extériorisé, 16 patients (61,5 %) avaient présenté une hémorragie digestive haute, 5 patients (19,2 %) des rectorragies. Une anémie ferriprive a été notée chez 9 patients (34,6 %).
Les angiodysplasies gastriques ont été notées chez 14 patients (53,8 %), bulbaires et duodénales chez 6 patients (23 %), coliques chez 4 patients (15,3 %) et rectales chez 1 patient (3,84 %).
13 patients ont bénéficié d'un traitement endoscopique par APC (50 %), il a permis l'arrêt du saignement et l'élévation du taux d'hémoglobine chez 10 patients (76,9 %). Une récidive hémorragique a été notée chez 3 patients (23 %). On note un décès (7,6 %) suite à un choc hémorragique.

Conclusion : L'angiodysplasie intestinale est la malformation vasculaire la plus fréquente du tube digestif. Le diagnostic et le traitement reposent essentiellement sur les techniques endoscopiques. L'attitude consensuelle actuelle qui repose sur la destruction des angiodysplasies hémorragiques par voie endoscopique avec une coagulation au plasma argon en première ligne s'avère être un traitement efficace permettant un contrôle de l'hémorragie chez la majorité des cas.

P.226

Le drainage biliaire endoscopique dans le traitement palliatif des tumeurs de Klatskin : résultats et facteurs associés au succès ou à l'échec

A. Benhamdane [(1)], T. Addajou [(1)], S. Mrabti [(1)], A. Sair [(1)], B. Aourarh [(1)], K. Boualiten [(1)], J. Benass [(1)], M. Ahmed [(1)], R. Berraida [(1)], I. El Koti [(1)], F. Rouibaa [(2)], A. Benkirane [(1)], H. Seddik [(1)]

(1) Rabat, MAROC ; (2) Casablanca, MAROC.

Introduction : La tumeur de Klatskin est un cholangiocarcinome qui se développe à partir des canaux biliaires droit ou gauche et de la partie supérieure de la voie biliaire principale (VBP). Elles sont habituellement diagnostiquées à un stade avancé inopérable, et leur pronostic est extrêmement mauvais. Le drainage biliaire est proposé en situation palliative et comporte un risque élevé de complications infectieuses.
Le but de notre travail est de rapporter les résultats de drainage biliaire endoscopique ainsi que les facteurs associés à son succès ou à son échec.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective et analytique colligeant 75 patients, menée entre juillet 2010 et août 2022, incluant tous les patients admis pour une tumeur de Klatskin et dont l'indication du drainage endoscopique a été posée.
Les facteurs associés au succès ou à l'échec du traitement endoscopique ont été étudiés par analyse de régression logistique.L'analyse statistique a été réalisée par le logiciel SPSS version 22.0.

Résultats : L'âge moyen de nos patients était de 62,67 +/-12 ans avec des extrêmes allant de 31 ans à 93 ans. Notre série a été caractérisée par une prédominance masculine à 68% soit un sex ratio de 2,12.
Le cholangiocarcinome a été classé bismuth IV chez 50,6% des patients, bismuth IIIa chez 30% des patients, bismuth IIIb chez 13% des patients et bismuth II chez 6 % des patients. Seize pourcent des patients avaient des métastases hépatiques.
Le drainage endoscopique a été réalisé avec succès chez 81,3% des patients par une prothèse plastique dans 32% des cas (n=24), par une prothèse métallique dans 45,2% cas (n=34) et par drain nasobiliaire dans 4,1 % cas (n=3). Quarante sept pourcent des patients (n=35) ont bénéficiés d'une dilatation de la sténose avant la mise en place de la prothèse.
Les causes d'échec de la mise en place de prothèse étaient essentiellement liées à l'échec du cathétérisme de la papille, l'échec du passage du fil-guide à travers la sténose, ou à l'envahissement duodénal par la tumeur.
En analyse multivariée et en ajustant sur les paramètres étudiés, à savoir l'âge, le sexe, le type de la tumeur selon la classification de bismuth, la présence de métastases et la dilatation endoscopique de la sténose, seules la présence de métastases, la dilatation endoscopique de la sténose et le type de la tumeur selon la classification de bismuth modifient le taux de succès.
En effet, la dilatation endoscopique de la sténose avant la mise en place de prothèse multiplie par 4 le taux de succès [OR=4 ; p=0,01], alors que la présence de métastases diminue ce taux de 65% [OR=0,35; p<0,001]. Cependant, les tumeurs classé Bismuth IV [OR=8 ; p<0,001] ou Bismuth IIIa [OR=5 ; p=0,004] étaient associés à un risque d'échec du traitement endoscopique.

Conclusion : Notre étude suggère que la présence de métastases, d'un cholangiocarcinome hilaire classé Bismuth IV ou Bismuth IIIa semblent être associée à l'échec du drainage biliaire endoscopique des tumeurs de Klatskin alors que la dilatation endoscopique avant la mise en place de la prothèse semble être associée à son succès.

P.227

Dilatation endoscopique des sténoses peptiques : évaluation clinique et facteurs prédictifs d'échec

C. Louati [(1)], E. Bel Hadj Mabrouk [(2)], A. Mensi [(2)], N. Trad [(2)], S. Ayadi [(2)], Y. Zaimi [(2)], L. Mouelhi [(2)], Y. Said [(2)], R. Debbeche [(2)]

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

Introduction : Les sténoses bénignes œsophagiennes ont plusieurs étiologies dont la plus fréquente est la sténose peptique. Elle représente environ 70%.
Le reflux gastro-œsophagien à travers l'exposition chronique à l'acidité gastrique est le primum movens de ces sténoses.
L'endoscopie digestive haute représente le principal moyen pour le diagnostic positif, la prise en charge thérapeutique ainsi que le suivi des patients encore symptomatique .
C'est dans ce cadre que s'inscrit notre travail qui s'intéresse au profil clinique et évolutif de nos patients ainsi que d'évaluer le traitement endoscopique.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective sur 21 ans incluant tous les patients atteint d'une sténose peptique pris en charge dans l'unité d'endoscopie du service de gastroentérologie de l'hôpital Charles Nicole durant la période allant de janvier 2002 jusqu'à septembre 2022.
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 définit par la récidive de la dysphagie ou le recours à la chirurgie.

Résultats : 59 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=1,9 (38 hommes/20 femmes). Un tabagisme actif a été retrouvé chez 41% des patients. Un antécédent de reflux gasto-œsophagien (RGO) était présente chez 54,9% 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 58,4% 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 20,3% des cas. Cette sténose était régulière dans 89,5% des cas. Une hernie hiatale était associée dans 22,2% des cas et un endobrachyœsophage a été retrouvé dans 10,16% 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 : 0,031 ; 0,007 et 0,0001). Par contre en étude multi variée, seul l'âge inférieur à 60 ans était corrélé à un recours à la chirurgie (p<0,0001). Une récidive de la symptomatologie après dilatation est survenue chez 23,7% des malades avec un délai moyen de 24 mois (2-72 mois). Les facteurs prédictifs de récidive 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 récidive (p respectives égales à 0,08 et 0,083).

Conclusion : Malgré son caractère bénin, la sténose peptique altère la qualité de vie et nécessite une prise en charge adéquate associant selon notre étude la dilatation endoscopique aux IPP ce qui permet souvent la rémission avec un taux faible de complications.

P.228

Vécu et satisfaction des patients lors de la coloscopie sans sédation : quelle attitude devrons-nous adopter ?

A. Medhioub [(1)], B. Bouchabou [(2)], H. Smaoui [(3)], N. Hemdani [(2)], A. Nakhli [(2)], R. Ennaifer [(2)]
(1) Tunis, TUNISIE ; (2) La Marsa, TUNISIE ; (3) Sfax, TUNISIE.

Introduction : La satisfaction des patients représente désormais un pilier considérable afin d'évaluer la qualité des soins selon l'organisation mondiale de la santé (OMS). Ceci permettrait de développer des soins de santé centrés sur le patient et d'établir un plan de perfectionnement.
L'objectif de cette étude était de recueillir les souhaits et les préférences des patients avant, durant et après une coloscopie sans sédation.

Patients et Méthodes : Il s'agissait d'une étude transversale à visée descriptive et analytique ayant colligé des patients programmés pour une coloscopie sans sédation dans une unité d'endoscopie. Un questionnaire de satisfaction d'endoscopie a été soumis à tous les patients après leur coloscopie. Les données suivantes ont été recueillies: les caractéristiques démographiques, les niveaux d'anxiété (évalués selon l'échelle de Likert), les sources d'anxiété, les antécédents d'une coloscopie jugée inconfortable, les rôles du personnel soignant et l'environnement de l'endoscopie. Les préférences des patients ont été classées du plus important au moins important. Un p<0,05 était considéré comme significatif.

Résultats : Au total 50 patients ont été inclus avec un âge moyen de 55 ans [23-85] et un sex-ratio H/F de 1,45. quatorze patients (28 %) avaient une anxiété légère, 12 (24 %) avaient une anxiété modérée et 8 (16 %) avaient une anxiété sévère à très sévère. L'anticipation de la douleur était la source d'anxiété la plus fréquente (77,8%) suivie par la nature des résultats (22,2 %). Les patients qui avaient subi une coloscopie auparavant (56%) avaient une anxiété modérée à sévère similaire par rapport à ceux qui n'en n'avaient pas (p = 0,15). L'explication des résultats de la coloscopie par l'endoscopiste était préférée par la majorité des patients (80%) alors que 20 % n'ont exprimé aucune préférence entre le médecin endoscopiste et le médecin traitant (p < 0,001). La majorité des patients (70%) préférait recevoir autant d'explications des résultats que leurs membres de famille. Concernant les conditions de satisfaction des patients lors de l'acte, une coloscopie satisfaisante ou très satisfaisante était corrélée de façon significative aux compétences techniques de l'endoscopiste (n=50,100%), à une communication médecin-malade adaptée au niveau d'éducation du patient (n=50, 100%), à la propreté dans la salle d'examen (n=46,96%,p=0,04) et à une explication détaillée des résultats par l'endoscopiste (n= 40,80%, p<0,001). La plupart des patients considéraient qu'un environnement non mixte est peu important (68% des cas) avec une différence statistiquement significative (p< 0,001). Seulement 7 patients (14%) étaient prêts à attendre plus longtemps pour avoir un rendez-vous dans un environnement non mixte. Cette différence était statistiquement significative (p < 0,001). De même, le temps d'attente et le niveau de bruit dans la salle d'examen étaient considérés comme peu importants pour la majorité des patients (dans 60% et 62% des cas respectivement).

Conclusion : Au terme de cette étude, l'interaction entre l'endoscopiste et le patient ainsi que la communcation détaillée des résultats revêt une importance majeure pour la satisfaction des patients. Les facteurs environnementaux sont considérés comme moins importants.

P.229

Prise en charge endoscopique des œsophagites caustiques de l'enfant à l'hôpital principal de Dakar

O. Toure [(1)], A. Sow [(1)], I. Diallo [(1)], Y. Ndiaye [(1)], M. Fall [(1)], T. Niang [(1)], B. Ndiaye [(1)], F. Fall [(1)]
(1) Dakar, SÉNÉGAL.

Introduction : L'ingestion de produit caustique est un accident domestique fréquent chez l'enfant au Sénégal. La gravité des lésions du tractus digestif dépend de la nature du produit et de la quantité ingérée. La réalisation de l'endoscopie digestive haute est capitale pour l'évaluation initiale des lésions et le suivi à long terme. La sténose est la principale complication.
OBJECTIF : Décrire les aspects épidémiologiques, cliniques, endoscopiques thérapeutiques et évolutifs des œsophagites caustiques chez l'enfant à l'Hôpital Principal de Dakar.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive ayant inclus tous les enfants de 0 à 15 ans hospitalisés au service de pédiatrie pour une ingestion de produit caustique et ayant bénéficié d'une d'endoscopie digestive durant la période de janvier 2017 à Décembre 2021.

Résultats : Au total, 67 enfants (44 garçons et 23 filles) ont été inclus. L'âge moyen était de 2,83 ans. L'ingestion était accidentelle dans tous les cas. L'eau de Javel était le produit le plus retrouvé (50,7% des cas) suivi de la soude caustique (32,8%), du pétrole et du diluant. La quantité de produit ingéré était faible dans 28,4% des cas et non précisée dans 71,6%. Des vomissements étaient provoqués par les parents chez 2 enfants et une prise de lait était notée. Sur le plan clinique une hyper sialorrhée était notée chez 5 enfants, des lésions oro-pharyngées chez 3 enfants et une dysphagie dans 2 cas. L'endoscopie digestive haute était réalisée dans les 48 premières heures chez 58 enfants (86,6%). L'ingestion de produit caustique était ancienne dans 9 cas. Les lésions œsophagiennes étaient classées au stade 0 dans 59,7%, stade I dans 17,91% des cas, stade II et III dans 16,41% et 5,98% des cas respectivement. Quel était le traitement à la phase aiguë ?
Aucune corrélation entre la nature du produit ou la présence de lésion oropharyngée et la sévérité des lésions endoscopiques n'était notée. L'évolution était favorable chez 54 enfants (80,59%) et une sténose était survenue chez 13 enfants (19,4%). Dix enfants (14,92%) avaient bénéficié de dilatation de sténose œsophagienne sous anesthésie générale à l'aide des bougies de SAVARY. La dilatation était complète chez sept patients et aucune complication n'était observée. Un patient était décédé des complications de dénutrition. La rémission était complète chez 7 enfants (70%).

Conclusion : L'ingestion de produit caustique est fréquente chez les enfants au Sénégal. L'eau de javel est le plus souvent responsable et les lésions muqueuses sont absentes ou minimes dans plus de la moitié des cas. La sténose de l'œsophage est la principale complication. En phase aiguë, le traitement des formes modérées à sévères est basé sur la mise au repos du tube digestif associée à une réhydratation hydroelectrolytique et une alimentation parentérale ou entérale. Le traitement des sténoses est basé sur les dilatations endoscopiques à l'aide de bougies. Dans le cas difficile, un traitement chirurgical par plastie œsophagienne sera nécessaire. La prévention repose sur la sensibilisation de la population.

P.230

Particularités de l'hémorragie digestive chez le patient cardiaque

M. Konso [(1)], H. El Bacha [(1)], S. Dilal [(1)], H. El Hamzaoui [(1)], N. Benzzoubeir [(1)], I. Errabih [(1)]
(1) Rabat, MAROC.

Introduction : L'hémorragie digestive (HD) constitue un motif fréquent de consultation aux urgences et l'une des principales urgences digestives. Les anticoagulants oraux directs (AOD), antivitamine K (AVK) et les anti-agrégants plaquettaires (AAP) fréquemment prescrits chez les patients cardiaques augmentent le risque d'HD. Le but de notre travail est d'étudier les caractéristiques de l'HD chez le patient cardiaque.

Matériels et Méthodes : Il s'agit d'une étude prospective comparative et analytique entre Avril 2020 et Aout 2022. Nous avons inclus les patients cardiaques ayant présenté une HD et bénéficié d'une exploration endoscopique au sein de notre formation, que nous avons comparé à un groupe témoin de patients explorés pour HD n'ayant pas de comorbidité cardiaque. Nous avons pris en compte l'âge, le sexe, les antécédents, la durée moyenne d'hospitalisation, la nécessité de transfusion et de séjour en réanimation ainsi que l'évolution après l'épisode hémorragique. Le logiciel SPSS 20.0 a été utilisé pour l'analyse statistique.

Résultats : 378 patients ont bénéficié d'une exploration endoscopique pour HD au cours de cette période, dont 231 fibroscopies œso-gastro-duodénales (FOGD) et 147 coloscopies.
Nous avons colligé 47 patients ayant une pathologie cardiaque sous-jacente et 331 patients non cardiaques. L'âge moyen est de 70,76 ans [34-90]. Le sexe ratio est de H/F=1,13.
18 patients (38,3%) avaient une cardiopathie ischémique, 11 (23,4%) avaient une cardiopathie arythmique, 8 (17%) avaient une cardiopathie valvulaire et 10 (21,27%) avaient une cardiopathie d'autres étiologies.
14 patients (29,78%) étaient sous anticoagulants (AC) seuls, dont 13 (92,86%) sous AVK et 1 (7,14%) sous AOD, 13 étaient (27,66%) sous AAP seuls, 12 (25,53%) étaient sous AAP en association avec les AC (11 AVK et 1 AOD) et 8 (17%) sous aucun traitement. 19 (79,16%) patients sous AVK avaient un surdosage.
Les patients cardiaques avaient un risque plus élevé de transfusion sanguine 51,06 % (n=24) *vs* 28,7 % (n=95) p= 0,002, ainsi que de séjour en réanimation 25,53 % (n=12) *vs* 7,55% (n=25) p=0,00.
La durée moyenne d'hospitalisation était plus élevée chez les patients cardiaques : 6 jours *vs* 4 jours chez les non cardiaques.
Le risque de récidive était plus élevé chez les cardiaques 17 % (n=8) *vs* 4,83 % (n=16) p=0,00, ainsi que la mortalité 4,25% (n=2) *vs* 1,2% (n=4) p=0,002.

Conclusion : La survenue d'HD est plus grave chez le sujet cardiaque de par la morbidité et la mortalité qui sont plus élevées par rapport aux patients non cardiaques, d'où l'intérêt d'une prise en charge rapide et optimale. Les patients sous AVK sont les plus exposés au risque d'HD, surtout en cas de surdosage.

P.231

Cholangio-pancréatographie rétrograde endoscopique (CPRE) chez les sujets âgés : quelles particularités ?

F.E. Aharbil [(1)], N. El Azzam [(1)], M. Jarti [(1)], A. Ait Errami [(1)], S. Oubaha [(1)], Z. Samlani [(1)], K. Krati [(1)]
(1) Marrakech, MAROC.

Introduction : La cholangio-pancréatographie rétrograde endoscopique (CPRE) est une technique endoscopique invasive dans le diagnostic et le traitement des pathologies du carrefour bilio pancréatique avec un apport supérieur à la chirurgie. Le succès de la CPRE et la morbidité post-CPRE sont liés au niveau d'activité du centre. Le but de notre travail est de décrire les indications, les résultats et les complications de la CPRE chez les patients âgés de plus de 65 ans.

Patients et Méthodes : Une étude rétrospective descriptive incluant toutes les CPRE pratiquées entre Juillet 2020 et Juillet 2022 chez des sujets âgés de plus de 65ans.

Résultats : 117 patients ont été inclus dans notre étude. L'âge moyen était de 72ans [65-85] et le sexe masculin était prédominant avec un sexe ratio H/F de 1,43 (69 hommes *vs* 48 femmes). LA principale indication de CPRE était les calculs résiduels dans 56% des cas suivis des carcinomes de la région ampullaire dans 24% et le traitement séquentiel des calculs de la vésicule biliaire associée aux calculs de la voie biliaire principale (VBP) dans 14 %. 4 malades ont été admis dans un tableau d'angiocholite soit 3 % des cas. Avant la procédure, une prémédication avec un suppositoire à l'indométacine a été instaurée chez tous nos malades. A l'exploration, une lithiase de la VBP a été retrouvée dans 41 % des cas, avec un nombre moyen de 2,5 et une taille moyenne de 7,6 mm. Un empierrement cholédocien a été retrouvé chez 14 % des patients. La sphinctérotomie a été pratique chez 58 patients (49%). Une prothèse biliaire a été mise en place chez 23 malades pour défaut d'extraction de calculs ou pour le drainage d'une sténose biliaire. Et une double prothèse chez 11 malades soit 9%. Un échec de la procédure a été noté chez 9 patients (7,6%). Des complications per et post acte ont été observées dans 4 % des cas avec 3 pancréatites (2,5%), 1 saignement (0,8%), 1 perforation duodénale (0,8%). Nous n'avons eu aucun décès.

Conclusion : Dans notre série, la pathologie lithiasique était la principale indication de CPRE chez les sujets âgés avec une efficacité de plus que 90% des patients. La morbidité spécifique à la procédure était inférieure à 5 %, malgré la gravité croissante des affections traitées. L'amélioration de la qualité nécessitera sans aucun doute une évaluation détaillée des facteurs de risque des complications redoutables.

P.232

Facteurs influençant le taux de détection de polypes et d'adénomes au cours de la coloscopie

G. Gharbi [1], M. Mahmoudi [1], A. Khsiba [1], M. Azouz [1], A. Ben Mohamed [1], M. Yakoubi [1], M. Medhioub [1], L. Hamzaoui [1], M. Azouz [1]

(1) Nabeul, TUNISIE.

Introduction : Le taux de détection de polypes et d'adénomes est corrélé au risque de cancer d'intervalle. Il constitue un critère de qualité de la coloscopie. L'objectif de notre travail était de déterminer le taux de détection des polypes et adénomes dans notre unité hospitalière d'endoscopie digestive et les facteurs l'influençant.

Patients et Méthodes : Etude prospective descriptive étalée sur trois ans et six mois au sein de l'unité d'endoscopie de notre service de gastroentérologie colligeant tous les patients inscrits pour une coloscopie. Nous avons exclu les coloscopies urgentes, à visée thérapeutique et les coloscopies pour MICI.

Résultats : Nous avons inclus 2359 patients. L'âge moyen de ces patients était de 58 ans [13-97]. Le temps alloué à la coloscopie était de 45minutes +/- 15. Le taux de préparation colique adéquate était de 44,1 %. L'accès à des coloscopes haute définition (HD) était de 12,4%. Le taux d'intubation caecale était de 85,7%. Le taux de détection des polypes était de 29,2%. En analyse univarié, le taux de détection de polypes était associé à un âge ≥45 ans (p<0,001), au sexe masculin (p<0,001), à l'expérience de l'endoscopiste (p<0,0001), à la réalisation de la coloscopie sous anesthésie générale (p<0,001), à l'intubation caecale (p=0,016) et l'utilisation d'un coloscope HD (p<0,001). En analyse multivarié, les facteurs indépendants de détection de polypes étaient l'âge ≥ 45 ans (RR=2,5), l'expérience de l'endoscopiste (RR=2,5) et l'utilisation du coloscope HD (RR=2,3). Le taux de détection d'adénomes était de 11,2% des coloscopies. En analyse univarié, les facteurs associés à un taux élevé de détection d'adénomes était l'âge du patient ≥ 45 ans (p<0,001) ; l'indication de la coloscopie : la diarrhée (p=0,001), le contrôle d'une polypectomie (p<0,001), le contrôle d'adénomes (p=0,008) ; l'expérience de l'endoscopiste (p<0,001) ; la réalisation de la coloscopie sous anesthésie (p<0,001) ; la bonne qualité de la préparation (p<0,001) ; l'intubation caecale (p<0,001) et la a qualité HD du coloscope (p<0,001). En analyse multivariée les facteurs indépendants de détection d'adénomes étaient l'expérience de l'endoscopiste (RR=4,6), l'utilisation d'un coloscope HD (RR=3,2) et une bonne qualité de la préparation (RR=1,4).

Conclusion : Notre étude a montré que la détection des polypes et d'adénomes au cours de la coloscopie dépend de plusieurs facteurs dont l'expérience de l'endoscopiste et l'utilisation d'un coloscope HD. Ainsi, on insiste sur la qualité du matériel utilisé qui doit être conforme aux recommandations des sociétés savantes et l'apprentissage des endoscopistes afin de garantir une meilleure détection des lésions.

P.233

La pathologie du carrefour iléo-cæcal : corrélation entre l'endoscopie et l'histologie. A propos de 127 cas

I. Ouchicha [1], H. Cherkaoui [1], M. Lahlali [1], A. Lamine [1], N. Lahmidani [1], A. El Mekkaoui [2], M. El Yousfi [1], D.A. Benajah [1], S.A. Ibrahimi [1], M. El Abkari [1], H. Abid [1]

(1) Fès, MAROC ; (2) Oujda, MAROC.

Introduction : La région iléo-cæcale est un carrefour complexe, formé par le cæcum, la dernière anse iléale, la valvule iléo-cæcale 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 cathétérisation 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-cæcale et d'étudier la corrélation entre ces aspects endoscopiques et les données de l'histologie

Matériels et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive et analytique étalée du Janvier 2010 jusqu'au Aout 2022, ont été inclus 127 patients ayant bénéficié d'une imagerie et d'une coloscopie objectivant une pathologie du carrefour iléo caecal.

Résultats : L'âge moyen était de =37 ans avec des extrêmes d'âge allant de 16 à 73 ans avec un sexe ratio H/F= 1,04
Les antécédents (ATCD) médicaux retrouvés: ATCD de maladie inflammatoire chronique del'intestin dans la famille dans 1 cas (0.7%), Tuberculose (extra-digestive) dans 5 cas (3.9%), Tabagisme chronique dans 21 cas (16.5%), Spondylarthrite ankylosante dans 3 cas (2.4%).
Les ATCDS chirurgicaux retrouvés étaient : une appendicectomie dans 13 cas (10.2%), une fistule anale dans 5 cas (3.9%), un abcès dans 3 cas « 02 au niveau de la FID, abcès de Psoas chez un cas » occlusion grêlique dans 02 cas (1.6%)
Les signes cliniques prédominants étaient représentés par les diarrhées chroniques dans 39 cas (30.7%), douleurs FID dans 35 cas (27.6%)
La coloscopie a montré plusieurs types de lésions au niveau de la région iléo-caecale : un aspect ulcéré du coecum dans 30,7% des cas, un processus caecal dans 15,7% des cas, une sténose franchissable de la valvule iléo caecale dans 26,8% des cas et infranchissable dans 12,6% des cas, un aspect tuméfié de la valvule dans 37,75% des cas, un aspect ulcéré de la dernière anse iléale (DAI) dans 28,3% des cas et une sténose infranchissable de la DAI dans 32,3% des cas.
L'étude anatomopathologique a permis de poser le diagnostic d'une maladie Crohn dans 41.7%, de tuberculose dans 7.9%, d'un processus tumoral dans 8.7% des cas, et était non concluante dans 41,7% 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.

P.234

Variation des paramètres cardio-respiratoires au cours d'une endoscopie sans sédation : résultats d'une étude longitudinale monocentrique

R. Chaouachi [1], F. Ghrab [1], S. Hamza [1], C. Makni [1], R. Tlili [1], M. Abbess [1], A.L. Belhaj [1], S. Nsibi [1], T. Mestiri [1], L. Kallel [1]
(1) Ariana, TUNISIE.

Introduction : Sous nos cieux et dans le secteur public, l'endoscopie continue à être réalisée sans sédation. Les variations des paramètres hémodynamiques et respiratoires avec ce mode d'endoscopie, demeurent peu rapportées.
Nous avons cherché à évaluer les changements des paramètres hémodynamiques et de la saturation en oxygène (SaO2) au cours d'une endoscopie digestive sans anesthésie générale et identifier les facteurs de risques de leur survenue.

Matériels et Méthodes : Nous avons mené une étude prospective incluant les patients se présentant pour une endoscopie digestive sans sédation, colligés dans l'unité d'endoscopie digestive de l'hôpital Mahmoud El Matri à Tunis, sur une période s'étalant de Mars 2022 au Juin 2022.
Les patients présentant une pathologie respiratoire ou cardio-circulatoire impactant la SaO2 et/ou les constantes hémodynamiquesont été exclus. La SaO2, la tension artérielle (TA) et la fréquence cardiaque (FC) ont été mesurées avant le début de l'examen puis surveillées durant l'examen jusqu'à cinq minutes après la fin de l'endoscopie
Une hypoxie légère à modérée était définie par une SaO2 entre 90-94% et sévère si la SaO2 baisse à moins de 90%. Une hypertension artérielle était définie par une TA systolique > 160 mmHg et une tachycardie était définie par une FC>100 bpm ou une augmentation de >20 bpm par rapport à la valeur initiale. Une étude statistique descriptive puis analytique utilisant le logiciel SPSS (version 22, test khi 2 et Fisher, p significatif si <0,05) ont été réalisés.

Résultats : Durant la période d'étude, soixante patients ont été colligés. Trente-trois patients (soit 55%) étaient des hommes, l'âge moyen était de 50 ±16 ans. Trente-sept (soit 61,7 %) patients ont bénéficiéd'une EOGD et 23 (soit 38,3 %) d'une coloscopie.
La saturation moyenne en oxygène au départ était de 98,55±1,14% ; avec une diminution statistiquement significative (p<0,001) à 95,78±2,93% au cours de l'EOGD et à 96,35±2,3% au cours de la coloscopie.
Une hypoxie légère à modérée a été observée chez 11 patients(29,7%) au cours de l'EOGD et chez 4 patients (17,4%) au cours de la coloscopie et sévère chez 2 patients (3,3%) dont un au cours de l'EOGD et l'autre au cours de la coloscopie, n'ayant pas dépassée 3 minutes nécessitant l'arrêt de l'examen. La SaO2 s'est améliorée spontanément 5 minutes après la fin de l'examen (98,44±1,37%).
La TA systolique moyenne initiale était de 125±18,8 mmHg. Une augmentation statistiquement significative à 141,33±32,22 mmHg (p<0,001) a été observéeau cours de l'EOGD et à 139,91±19,78 mmHg (p<0,001) au cours de la coloscopie. Dix-sept (28,3 %) patients ont développé une hypertension artérielle transitoire dont 12 (32,4%) patients ayant eu une EOGD et 5 (21,7%) patients ayant eu une coloscopie.
La FC augmentait significativement au cours de l'exploration endoscopique, de 79,52±15,52 à 162±22,97 bpm (p<0,001). Une tachycardie a été observée chez 32 patients (86,5%) parmi ceux ayant eu une EOGD et 10 patients (43,5%) parmi ceux ayant eu une coloscopie avec une différence statistiquement significative (p=0,001). Cependant, la FC s'est rapprochée de la valeur normale à la fin de la procédure(84,62±14,73 bpm).
En analyse analytique, que la tachycardie était plus fréquente au cours de l'EOGD (p=0,001). Par ailleurs, la survenue d'une hypoxie ainsi que l'hypertension artérielle transitoire étaient plus fréquentes au cours de l'EOGD par rapport à la coloscopie sans différence statistiquement significative.
Les modifications de la TA systolique au cours d'une endoscopie digestive étaient corrélées significativement à l'âge (p=0,007). Dans l'analyse ROC (receiver operating characteristic), l'aire sous la courbe ROC (AUC) était de 0,711 (intervalle de confiance à 95 % [IC] : 0,574-0,849). Un âge supérieur à 54 ans permettait de prédire une hypertension artérielle pendant l'endoscopie digestive (sensibilité : 82,4 %, spécificité : 60,5 %).

Résultats :

Soixante (60) patients ont été colligés

Age moyen : 50 ans [16-83]

EOGD	61,7% (37)
Coloscopie	38,3% (23)

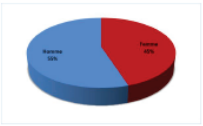


Figure 1 : Répartition des patients selon le sexe

Valeur moyenne	Avant l'endoscopie	Au cours de l'endoscopie	
SaO2 (%)	98,55±1,14%	95,78±2,93	p<0,001
TA (mmHg)	125±18,8	141,33±32,22	p<0,001
FC (bpm)	79,52±15,52	162±22,97	p<0,001

Tableau 1 : variation des paramètres hémodynamiques et de la SaO2 au cours de l'examen endoscopique

- La SaO2 s'est améliorée spontanément 5 minutes après la fin de l'examen (98,44±1,37%).
- La FC s'est rapprochée de la valeur normale à la fin de la procédure (84,62±14,73 bpm).

	EOGD	Coloscopie	
Hypoxie : -Légère à modérée -Sévère	27,9% 2,7%	17,4% 4,3%	p=0,547
Hypertension artérielle transitoire	32,4%	21,7%	p=0,557
Tachycardie	86,5%	43,5%	p=0,001

Tableau 2 : Anomalies des paramètres hémodynamiques et de la SaO2 durant l'examen endoscopique

Conclusion : D'après notre étude, une hypoxie légère à modérée, une tachycardie et une hypertension artérielle ne sont pas rares au cours d'une endoscopie digestive sans anesthésie générale. Ils sont généralement transitoires et sans retentissements majeurs. Toutefois, une surveillance des paramètres cardio-respiratoires au cours d'une endoscopie digestive est nécessaire chez les patients âgés ou ayant des comorbidités respiratoires et/ou cardiaques.

P.235

Cholangio-pancréatographie rétrograde endoscopique : expérience d'un centre hospitalier général français

N. Seugoue Toko [1], L. Kabbage [1], C. Tefoung [1], I. Dadamessi [1]
(1) Saint-Quentin.

Introduction : La cholangio-pancréatographie rétrograde endoscopique (CPRE) est une technique de référence dans le traitement des affections biliaires et pancréatiques. Les indications de la CPRE, initialement diagnostiques, sont devenues essentiellement thérapeutiques en raison de son caractère invasif. Le but de cette étude est d'analyser les indications de la CPRE, d'évaluer la prévalence des complications et d'identifier les difficultés rencontrées au cours de l'examen.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective menée sur une période d'un an entre le 1er Janvier 2021 et le 31 Décembre 2021, incluant tous les patients ayant bénéficié d'une CPRE. Les données ont été recueillies à partir des dossiers médicaux informatisés des patients : courriers de consultation, observations médicales et comptes rendus de CPRE. Toutes les ré-interventions effectuées au cours de la même année ont été incluses.
Le succès de l'intervention était défini par le cathétérisme de la voie biliaire principale (VBP) avec vidange de la voie biliaire (VB) en cas de pathologie lithiasique et la mise en place d'une prothèse biliaire en cas de pathologie sténosante quel que soit l'étiologie. L'échec était déterminé par la non résolution de l'indication posée nécessitant parfois une deuxième intervention.

Résultats : Cent soixante-douze (172) CPRE ont été réalisées au cours de l'année 2021. L'âge moyen de nos patients était de 72 ans. Il s'agissait de 40.7% d'hommes avec un sex-ratio H/F de 0.68. Les CPRE étaient essentiellement à visée thérapeutique. Les principales indications étaient le traitement d'une lithiase de la VBP quel qu'en soit le contexte dans 73.9% des cas ; le drainage d'obstacles biliaires tumoraux dans 13.9% des cas ; une sténose biliaire bénigne dans 6.4% des cas; la prise en charge des complications de la pancréatite chronique dans 4.6% des cas et le traitement des fistules biliaires dans 1.2% des cas. La durée moyenne de l'intervention était de 21 minutes.
Le taux de succès de l'intervention était de 87.8% (151 cas), permettant l'extraction de calculs dans 77.5% des cas et la mise en place d'une prothèse biliaire dans 22.5% des cas. La prothèse était indiquée pour le drainage de la VBP sur une pathologie tumorale dans 15.9% des cas et pour un geste d'hémostase dans 6.6% des cas.
Les difficultés lors de l'intervention étaient retrouvées dans 26.2% des CPRE (45 cas) et, essentiellement en rapport avec une papille indurée ou congestive dans 12.2% des cas (21 cas), une papille intra ou péri-diverticulaire dans 6.4 % des cas (11 cas). Les autres causes de difficultés étaient : une sténose serrée du cholédoque dans 3.5% des cas (6 cas) ; une inexpansibilité de la paroi duodénale dans 2.3% des cas (4 cas) ; un défaut d'opacification de la voie biliaire dans 1.2% des cas (2 cas) et une papille difficile à localiser dans 0.6% des cas (1 cas). Le cathétérisme de la VBP était réussi malgré ces difficultés dans 14% des cas (24 cas).
Le taux d'échec était de 12.2% (21 cas) et était essentiellement associé à une papille indurée ou congestive dans 3.5% des cas (6 cas) et une papille intra ou péri-diverticulaire dans 2.9% des cas (5 cas).
Le taux de complications était de 6.4% des cas (11 cas), en rapport avec une pancréatite post CPRE dans 1.7% des cas (3 cas), une hémorragie dans 4.1% des cas (7 cas) et une perforation dans 0.6% des cas (1 cas).

Conclusion : Notre étude montre que la CPRE est une procédure efficace pour le traitement de la pathologie bilio-pancréatique avec un taux de succès de 87.8%. Nous avons noté quelques complications justifiant la réalisation par un endoscopiste bien entraîné.

P.236

Les hémorragies digestives hautes à l'ère des anticoagulants oraux directs

I. El Hamraoui [1], H. El Bacha [1], A. Hmina [1], N. Benzzoubeir [1], I. Errabih [1]
(1) Rabat, MAROC.

Introduction : L'apparition des anticoagulants oraux directs (AODs) a constitué une avancée thérapeutique importante dans le traitement de la fibrillation auriculaire non valvulaire (FANV) et de la maladie thromboembolique veineuse (MTE). Malgré un meilleur profil de tolérence leur utilisation peut causer des accidents hémorragiques notamment : les hémorragies digestives hautes (HDH). Le but de ce travail est de décrire les particularités épidémiologiques,cliniques, endoscopiques et thérapeutiques des patients présentant une hémorragie digestive haute sous AODs.

Matériels et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive monocentrique étalée sur 5 ans de juillet 2017 à juillet 2022. Ont été inclus tous les patients sous AODs ayant présenté une HDH et ayant bénéficié d'une fibroscopie œso-gastroduodénale.Les données ont été collectées à partir des dossiers médicaux des patients et consignées surune fiche d'exploitation pré établie après revue de littérature.

Résultats : Sur 498 cas ayant présenté une HDH, 15 cas sous AODs ont été colligés durant la période de l'étude répartis en 9 hommes et 6 femmes avec un sex-ratio H/F 1,5, avec un âge moyen de 62 ans (extrêmes 24-75ans).
5 (33,33%) d'entre eux avaient une HTA, 4 (26,66) étaient cardiaques, 4 (26,66%) diabétiques, 1 (6,66%) hémodialysé chronique, 2 (13,33%) étaient suivis pour hypertension portale.
L'indication principale des AODs était la prévention du risque thromboembolique sur fibrillation atriale retrouvée chez 9 (60%) patients ; le traitement curatif de thromboses veineuses chez 6 cas(40%).
La prise d'AOD était associée à celle d'un antiagrégant plaquettaire chez 4 (26,66%) patients. A l'admission, l'hémoglobine était < à 10g/dl chez 10 (66,66%) et les patients présentaient une insuffisance rénale (clairance <80 mL/min) dans 60% des cas soit 9 patients.
La transfusion par culots globulaires sanguins était nécessaire chez 6 (40%) malades.
La première endoscopie était réalisée entre 12h et 24h suivant l'admission chez 10 patients (66,66%). Les causes de saignement étaient l'ulcère gastroduodénal chez 6 patients (40%), la rupture de varices œsophagiennes (VO) chez 3 patients (20%), des angiodysplasies chez 1 patient(6,66%), une lésion tumorale gastrique retrouvée chez 1 patient (6,66%), et enfin une gastrite pétéchiale et érythémateuse chez 1 seul cas (6,66%). Aucune cause n'a été retrouvée chez 3(20%) cas. Un geste hémostatique a été réalisé chez 7 (46,66%) patients (ligature de VO,clips hémostatiques et électrocoagulation au plasma argon).
Les inhibiteurs de pompes à protons (IPP) ont été administrés chez 11 patients (73,33%). Les AODs ont été repris après l'arrêt de l'épisode hémorragique chez 12 (80%) patients avec diminution de la dose chez 4 (26,66%) patients.
L'évolution était favorable chez la plupart des patients.

Conclusion : Les AODs constituent une avancée significative grâce à leur gestion simplifiée par l'absence de monitoring biologique et d'adaptation posologique. Dans cette cohorte, la principale cause d'hémorragie digestive sous AOD semble être l'ulcère gastroduodénal. Une bonne évolution avec absence de récidive est notée grâce à un geste d'hémostase adéquat et à l'adjonction des IPP.

P.237

Polypes gastriques : prévalence, caractéristiques cliniques, endoscopiques, anatomopathologiques et facteurs associés aux principaux types histologiques

F.Z. Boubakr [(1)], S. Noubail [(1)], A. Snoussi [(1)], M. Zouaoui [(1)], N. Elmoutaoukil [(1)], M. Boussouab [(1)], M. Azouaoui [(1)], Y. Hnach [(1)], N. Aqodad [(1)]

(1) Agadir, MAROC.

Introduction : Un polype gastrique (PG) est une lésion en relief faisant saillie dans la lumière gastrique. Ils sont observés au cours de 2 à 5% des endoscopies hautes. La majorité de ces polypes sont asymptomatiques. Le but de notre travail était d'étudier la prévalence, les caractéristiques cliniques, endoscopiques et anatomopathologiques, ainsi que les facteurs associés au deux types histologiques les plus fréquents.

Patients et Méthodes : Il s'agissait d'une étude rétrospective sur une période de 8 ans (2014-2021), portant sur les endoscopies digestives hautes (FOGD) réalisées dans notre service. Les données ont été analysées par SPSS.

Résultats : Sur 3072 FOGD réalisées, les PGs ont été diagnostiqués chez 119 patients (3,9%). L'âge moyen était de 56,6 +/-10,4 avec une prédominance féminine (sexe ratio de 0,75). Les indications de la FOGD étaient principalement les épigastralgies (n=42, 35,3%), l'anémie (n=22, 18,5%) et les hémorragies digestives (n=18, 15,1%). Les PGs étaient sessiles dans 83 cas (69,7%) et pédiculés dans 36 cas (30,3%). Ils étaient uniques chez 90 cas (75,6%) et multiples dans 29 cas (24,4%). La localisation la plus fréquente était l'antre (n=58, 48,7%) suivie par le fundus (n=50, 42,02%) et le cardia (n=7, 5,9%). Leur taille variait de <0,5cm à >2cm. L'examen anatomo-pathologique a révélé 51 polypes hyperplasiques (42,9%) sans lésions de dysplasie, 38 polypes fundiques glandulo-kystiques (PFGKs) (31,9%), 20 adénomes (16,8%) dont 09 en dysplasie de haut grade et 11 en dysplasie de bas grade, 2 adénocarcinomes (1,7%), un polype de Peutz-jeghers, une tumeur stromale et une tumeur endocrine. La muqueuse adjacente était normale dans 42 cas (35,3%) ; elle présentait une gastrite à *Helicobacter pylori* (Hp) dans 77 cas (64,7%) dont 35 cas avaient un polype hyperplasique et 14 cas un polype adénomateux. Tous les 77 cas avaient bénéficié d'une trithérapie. En analyse univariée, les facteurs associés aux PGs hyperplasiques étaient une taille ≥ 5mm (p=0,047) et une localisation antrale (p=0,025). Il n'y avait pas de corrélation entre la présence de l'Hp et les polypes hyperplasiques (p=0,301). Par ailleurs, les facteurs associés aux PFGKs étaient une taille <5mm (p<10-3) et une localisation fundique (p= 0.041).

Conclusion : La prévalence des PGs dans notre population étudiée était de 3.9% avec une prédominance des polypes hyperplasiques et des PFGKs. Les polypes hyperplasiques ont souvent une taille ≥5mm et une localisation antrale alors que les PFGKs ont une taille < 5mm et une localisation fundique.

P.238

Endoscopie digestive pratiquée par un résident en formation : évaluation de l'acceptabilité du patient

C. Makni [(1)], Y. Zaimi [(2)], M. Shimi [(2)], S. Ayadi [(2)], E. Bel Hadj Mabrouk [(2)], A. Mensi [(2)], Y. Said [(2)], L. Mouelhi [(2)], R. Debbeche [(2)]

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

Introduction : L'apprentissage de l'endoscopie digestive semble être en conflit avec le contrat médecin gastrologue - malade. Il est clair que les droits du patient se heurtent aux devoirs de l'endoscopiste et des apprenants.
L'objectif de notre étude était d'évaluer l'acceptabilité ainsi que le vécu des patients, ayant eu un acte endoscopique pratiqué par un résident en formation.

Patients et Méthodes : Nous avons soumis un questionnaire, sur une période de six mois, pour 146 patients ayant subi une exploration endoscopique diagnostique, Endoscopie Œso-Gastro-Duodénale (EOGD) ou Coloscopie, 30 minutes après l'examen, qui a été pratiqué par un résident en cours de formation. Le formulaire avait été rempli manuellement par le résident opérateur. Les patients n'ont pas été informé du niveau de formation de l'opérateur.
Le questionnaire comportait des données démographiques du patient (l'âge et le sexe), le type de l'examen subit, ainsi que 20 questions fermées regroupées en quatre domaines (Information fournie au patient, Déroulement de l'acte endoscopique, Estimation du patient concernant l'opérateur, Confiance du patient envers l'opérateur)

Résultats : Nous avons interrogé cent quarante-six patients, après la fin de l'examen endoscopique (EOGD ou coloscopie) ; dont 91 avaient eu une EOGD (soit 62,3%) et 55 (soit 37,7%) une coloscopie programmée.
Le sex-ratio était de 1,17 et l'âge moyen de 50 ans.
Les indications étaient diverses (épigastalgies, anémie ferriprive, douleurs abdominales, constipation). Le délai moyen de la symptomatologie était de 17,75 mois [quatre jours, 84 mois].
Avant l'examen endoscopique, la majorité des patients (79%) avaient eu une explication claire et correcte de l'examen indiqué, principalement le jour du rendez-vous. Le temps dédié à cette explication était de moins de deux minutes dans 55% des cas.
Aucun patient n'avait signé de consentement éclairé avant le début de l'exploration endoscopique.
Au cours de l'EOGD, pratiqué à vif, une gêne était ressentie chez tous les patients. Le niveau de gêne était modéré pour la plupart d'entre eux (soit 52,7% des patients).
Au cours de la coloscopie, pratiqué à vif, une gêne était ressentie chez tous les patients. Le niveau de gêne était modéré pour la plupart d'entre eux (soit 47,3% des patients ayant eu une coloscopie).
Selon les patients, l'âge moyen de l'opérateur était de 29 ans [20-50].
Le niveau scientifique était surestimé par la majorité des patients (69,9%) : 62,3% pensaient que le médecin opérateur était un spécialiste diplômé et 7,6% pensaient qu'il était un professeur.
La majorité des patients (90,4%) savaient déjà, qu'en venant se soigner dans un centre hospitalo-universitaire, ils pourraient être pris en charge par un médecin en formation.
Le degré de confiance était en moyenne de 8,29 sur une échelle de 0 jusqu'à 10 [4-10].
Tous nos patients ont accepté de se faire explorer par l'endoscopiste présent dans la salle, avant sa présentation. Cependant, 26,7% auraient refusé d'être exploré par un résident s'ils l'avaient su auparavant.
Une minorité des patients aurait préféré une exploration par un médecin plus âgé (16,4%) ou un médecin de sexe opposé (5,5%).

Conclusion : Notre travail a montré que même si les principes d'éthique médicale semblaient être abordés dans notre pratique quotidienne d'endoscopie digestive, il existe un manquement et des lacunes évidentes. Pour ce, des efforts supplémentaires devraient être déployés par l'endoscopiste, en veillant sur le droit du patient à l'information, sur le respect de sa dignité, ainsi que son autonomie et son consentement.

P.239

Apport du système d'intelligence artificielle GI Genius™ dans le dépistage des polypes coliques en pratique de routine : étude prospective controlée randomisée COLO-GENIUS

D. Karsenti [1], G. Tharsis [2], B. Perrot [3], P. Cattan [2], A. Percie du Sert [2], F. Venezia [2], E. Zrihen [2], A. Gillet [2], G. Tordjman [4], M. Cavicchi [2]

(1) Paris ; (2) Charenton-le-Pont ; (3) Nantes ; (4) Créteil.

Introduction : Le taux de détection des polypes (TDP) et des adénomes (TDA) sont des indicateurs de qualité de la coloscopie et sont directement corrélés aux risques de cancer d'intervalle et de décès par cancer. Plus récemment, il a été suggéré que le taux de polypes festonnés (TDPF) notamment du colon proximal était également un indicateur pertinent. Plus de la moitié des cancers d'intervalle serait liée à des lésions non détectées. Des systèmes d'aide à la détection des polypes, reposant sur l'intelligence artificielle ont récemment été développés. L'objectif de cette étude était d'évaluer l'intérêt de l'utilisation du système Genius® (Medtronic) dans le dépistage des polypes et notamment des adénomes et des polypes festonnés en coloscopie de routine dans une large cohorte de patients explorés dans un centre endoscopique en milieu libéral.

Patients et Méthodes : Étude mono-centrique (équipe de 20 gastroentérologues) avec randomisation 1 :1 sur un effectif prévu de 2100 patients.
Objectif principal : Comparaison des taux de TDA entre la coloscopie standard et la coloscopie assistée par le système Genius®, Medtronic.
Objectif(s) secondaire(s) : Comparaison des taux de polypes (TDP), de polypes festonnés (TDPF), d'adénomes avancés (TDAv) de détection de néoplasie (TDN), de nombre moyen de polypes (NMP) et d'andénomes (NMA) entre la coloscopie standard et la coloscopie assistée par le système Genius®.
Enregistrement : ID-RCB : 2019-A03189-4. Clinical Trial : NCT04440865.

Résultats : L'étude a été menée du 1er mai 2021 au 1er mai 2022 et a inclus 2104 patients, sur lesquels 2039 ont pu être randomisés.

Conclusion : Les résultats de l'étude COLO-GENIUS seront présentés lors des Journées Francophones d'Hépato-Gastroentérologie et d'Oncologie Digestive.

Remerciements, financements, autres :
Nous remercions tous ceux qui ont collaboré à ce travail :
Le Endoscopistes : Dr Felipe AZRIA, Dr Franck BUMSEL, Dr Philippe CATTAN, Dr Maryan CAVICCHI, Dr Ariane. CHRYSSOSTALIS, Dr Khaldoun ELRIZ, Dr Agnès GILLET, Dr Christine GRATEAU, Dr Charles HAGEGE, Dr David KARSENTI, Dr. Thierry LONS, Dr Karine NAHON-UZAN, Dr Olivier PECRIAUX, Dr Alice PERCIE DU SERT, Dr Nicolas PETITDIDIER, Dr Anne-Marie ROYCOURT, Dr Gilles TORDJMAN, Dr Franck VENEZIA, Dr Jean-David ZEITOUN, Dr Elie ZRIHEN.
Les Infirmières et Infirmiers d'Endoscopie de l'Unité : Mme Marie-Laure BOSSOU, Mme Cindy BRAS-PEREIRA, Mr Arnaud FLOIRAT, Mme Adelaïde HAZOUME, Mme Sandrine JACQUET, Mme Émilie RICQ, Mme Koumba SOUMARE, Mme Gaëlle THARSIS, Mme Anne TSELIKAS, Mr Yuthy TIEV.
Les Médecins anatomopathologistes : Dr Bernard GUIGUI, Dr Philippe DENIS, Dr Jean-Philippe LAB, Dr Odile LANGUILLE-MIMOUNE, Dr Jacqueline ZAGO
Les Attachés de Recherche Clinique : Mr Hamouda ABASSI, Mme Bouchra BENKHESSOU, Mme Carla LIPPENS.
Cette étude a été intégralement financée par les fonds de recherche du Comité de Recherche Clinique de la Clinique Paris-Bercy (Groupe OC Santé).

P.240

Evaluation des lésions pré-cancéreuses au cours de l'infection par *Helicobacter pylori*

N. Elmoutaoukil [1], M. Boussouab [1], M. Zouaoui [1], Y. Hnach [1], M. Azouaoui [1], N. Aqodad [1]

(1) Agadir, MAROC.

Introduction : L'Hélicobacter pylori (HP) est responsable de l'infection la plus répandue à l'échelle mondiale, principalement dans les pays en voie de développement. La prévalence de l'infection en Afrique est estimée à 79,1% (1). L'HP est incriminée dans de multiples affections gastro-duodénales à partir de la gastrite jusqu'à la pathologie néoplasique, d'où sa dénomination comme agent pathogène classe I par l'OMS depuis 1994.
L'objectif de notre travail est de déterminer la prévalence de l'HP en endoscopie et d'évaluer le taux de lésions pré cancéreuses chez la population étudiée.

Matériels et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective où nous avons inclus tous les patients ayant bénéficié d'une endoscopie œso-gastroduodénale (EOGD) avec biopsie entre Janvier 2016 et Mai 2022.
L'analyse statistique a été réalisée par le logiciel Jamovi.

Résultats : Quatre cent sept patients ont été inclus (n=407), tous les malades avaient bénéficié d'une gastroscopie avec biopsies et recherche d'HP par l'histologie. L'HP était présente dans 91,5% des cas (groupe 1 : HP positif n=372) *versus* 8,6% (groupe 2 : HP négatif n=35). La prévalence de l'HP dans notre étude était de 37,2%.
Le sexe-ratio homme/femme était de 0,9 dans les deux groupes 1 et 2 sans différence statistiquement significative (p=1). L'âge moyen était de 47,8 ans +/- 16 dans le groupe 1 contre 49,6 ans +/- 15,4 dans le groupe 2 avec un p=0,5.
L'EOGD a révélé les aspects suivants : une pangastrite érythémateuse dans 36,4%, une antrite érythémateuse chez 17,4% des patients et l'ulcère bulbaire dans 8% des EOGD. L'infection à l'HP était statistiquement corrélée aux lésions endoscopiques (p<0.001).
Concernant les résultats de l'anatomopathologie : Une gastrite chronique était retrouvée chez tous les malades. L'évaluation de la charge bactérienne retrouvait : HP + : 10.8% (n = 41), HP++ : 35.4% (n =135) et HP+++ : 53.5 % (n = 204). La gastrite à HP était active dans 93% des cas (n =380). Son intensité était minime dans 11% des cas (n = 42), modérée dans 85.5 % des cas (n = 325) et sévère dans 3.2% des cas (n = 12). L'infection à HP était significativement corrélée à l'activité de la gastrite (p=0.003) ainsi que la charge bactérienne (p<0.001).
La fréquence de l'atrophie gastrique et la métaplasie intestinale diffuse était respectivement 24.2% et 7,1%, la dysplasie était présente dans 1,4% des cas (n=5). La présence de follicules lymphoïdes était notée chez 13,4% des patients infectés par l'HP. Aucun cas de Lymphome ou de cancer gastrique n'a été retrouvé.

Conclusion : La métaplasie intestinale non traitée constitue le point de non retour des lésions précancéreuses induites par l'HP, sa fréquence est relativement élevée chez notre population; d'où l'indication d'éradication et de surveillance endoscopique systématique.

P.241

Apport de la coloscopie chez le sujet âgé de plus de 45 ans suivi pour pathologie hémorroïdaire : à propos de 60 cas

F. Benahsin [(1)], M. Lahlali [(1)], A. Lamine [(1)], N. Lahmidani [(1)], A. El Mekkaoui [(1)], M. El Yousfi [(1)], D.A. Benajah [(1)], S.A. Ibrahimi [(1)], M. El Abkari [(1)], H. Abid [(1)]

(1) Fès, MAROC.

Introduction : La pathologie hémorroïdaire constitue la première cause de rectorragie, mais c'est un diagnostic d'élimination, il faut se méfier de la pathologie tumorale chez le sujet agé d'où l'intérêt de la réalisation de la coloscopie.
L'bjectif de notre étude est de déterminer la nécessité de réaliser une coloscopie totale chez les patients âgés de 45 ans ou plus ayant déjà bénéficié un examen proctologique objectivant la présence des hémorroides.

Patients et Méthodes : Il s'agit d' une étude rétrospective colligeant 60 patients âgés de plus de 45 ans, allant de janvier 2017 au juin 2022 suivis pour une 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.

Résultats : L'âge moyen était de 55 ans [45 ans -83 ans], avec une prédominance masculine chez 73.3 % *versus* 26.7%. Tous les patients avaient consulté pour des rectorragies. Les symptômes associés étaient les proctalgies (18.3 %) des cas et de la constipation (18.3 %) des cas ; les hémorroïdes internes étaient retrouvées chez tous les patients : stade I dans 28.3 %, stade II dans 58.3 % et stade III chez 11 % et stade IV chez 3.3 %, une association a une fissure anale était retrouvé chez 16.7 % des cas et une fistule chez 6.7 %. La coloscopie était pathologique chez 36.7 % des cas. Après l'étude anatomopathologique, les lésions retrouvées étaient : un cancer colorectal chez 11.7 %, des polypes en dysplasie de haut grade chez 10 %, une maladie de crohn chez 3.3 % et une RCH chez 3.3%, des angiodysplasies dans 3.3%, une diverticulose chez 1.7 %, une lésion congestive dans 1.7%.

Conclusion : Dans notre travail 36.7% des patients ont une coloscopie totale pathologique avec un cancer colorectal chez 11.7%. La pathologie hémorroïdaire ne peut pas être retenue comme diagnostic devant les rectorragies chez le sujet agé plus de 45 ans d'où l'intérêt de la réalisation systématique de la coloscopie.

P.242

Faut-il explorer endoscopiquement tout épaississement digestif décrit sur l'imagerie ?

S. Bostani [(1)], A. Nakhli [(1)], E. Rym [(2)], B. Bouchabou [(1)], N. Hemdani [(1)], S. Fyras [(2)]

(1) La Marsa, TUNISIE ; (2) CHU Monji Slim la marsa, TUNISIE.

Introduction : A cause de l'augmentation du recours aux examens radiologiques, les épaississements pariétaux digestifs décrits sur l'imagerie en coupe constituent un motif de plus en plus fréquent de demande d'explorations endoscopiques. Ceci pose un problème en termes d'économie de santé. Le but de notre étude était d'évaluer l'intérêt de l'exploration endoscopique en cas d'épaississement digestif à l'imagerie.

Patients et Méthodes : Nous avons mené une étude rétrospective entre Janvier 2018 et octobre 2022, incluant les patients dont l'indication d'un examen endoscopique (fibroscope œso-gastro-duodénale ou iléo-coloscopie) était un épaississement digestif à l'imagerie. Les patients qui ont eu une résection intestinale avec anastomose ont été exclus de cette étude.

Résultats : Soixante et onze patients d'âge moyen égal à 53.15 ans [15 et 89] avec un sexe ratio H/F de 1.53 ont été inclus.Vingt sept patients présentaient des antécédents, dont sept de néoplasies digestives, deux de MICI et deux de maladie ulcéreuse gastro-duodénale. Trois quarts des patients étaient symptomatiques lors de la demande d'examen (*versus* 23.9% asymptomatiques avec une découverte fortuite d'un épaississement sur l'imagerie). La présentation était aigue dans 47.9% des cas. Les symptômes décrits étaient comme suit : des douleurs abdominales diffuses (26.8%), des épigastralgies avec des vomissements (21.1%), une diarrhée (15.5%), ou des rectorragies (4.2%).
Une anomalie à l'examen endoscopique a été retrouvée chez 51 patients (71.8%) : 83% des coloscopies et 50% des fibroscopies œso-gastro-duodénales. Une néoplasie a été diagnostiquée dans 25.4% des explorations, une maladie inflammatoire chronique de l'intestin dans 16.9% des cas, un polype dans 9.9% et un ulcère dans 1.4% des cas. Aucun facteur prédictif de la présence d'une anomalie à l'endoscopie n'a été identifié. En effet ni l'âge du patient (p=0.64), ni le sexe (p=0.92), ni les antécédents (p=0.45), ni les symptômes (p=0.46), ni les caractéristiques de l'épaississement à l'imagerie: sa nature circonférentielle (p=0.63) ou sa régularité (p=0.72) n'étaient statistiquement associés à un risque plus important de présence d'une anomalie endoscopique.

Conclusion : Dans notre série, un épaississement digestif à l'imagerie est synonyme de néoplasie chez un quart des patients. Aucun facteur prédictif de la présence d'une anomalie endoscopique n'a été identifié. Ainsi tout épaississement à l'imagerie devra à priori être exploré.

P.243

Performance de la vidéocapsule endoscopique PillCam™ SB 3 dans les lésions hémorragiques non grêliques

Y. Essadni [(1)], M. Salihoun [(1)], I. Serraj [(1)], M. Acharki [(1)], N. Kabbaj [(1)]
(1) Rabat, MAROC.

Introduction : La vidéo-capsule endoscopique (VCE) est une technique non invasive d'exploration du tube digestif et plus particulièrement de l'intestin grêle. Elle est principalement indiquée dans le diagnostic des saignements digestifs inexpliqués et/ou des anémies isolées. Le but de cette étude est d'évaluer les performances diagnostiques de la VCE après une endoscopie digestive haute et basse non concluante dans les lésions hémorragiques non grêliques.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude monocentrique, descriptive incluant tous les patients ayant bénéficié d'une VCE, de juillet 2018 à août 2022, après une gastroscopie et une iléocoloscopie normales. Tous les patients ont reçu une préparation par PEG (2L la veille de l'ingestion de la capsule) avec du bouillon clair la veille de l'examen, et un arrêt du fer oral de 10 jours en cas de prise auparavant.

Résultats : 59 VCE ont été réalisées dont 25% ont permis de diagnostiquer des lésions hémorragiques non grêliques, non détectées par l'endoscopie haute ou basse.
La principale indication de la VCE était un saignement digestif inexpliqué (73%) avec un taux d'hémoglobine moyen de 5,4g/dL.
L'âge moyen était de 59 ans (23-90 ans) avec une prédominance féminine (sex-ratio:0,6).
40% des patients avaient une insuffisance rénale chronique, 13% avaient une hypertension portale, 13% avaient des antécédents cardiaques, 6% avaient une maladie de Rendu-Osler.
13% des patients étaient sous antiplaquettaires, 6% sous anticoagulants et 6% sous anti-inflammatoires non stéroïdiens.
Le délai moyen entre l'apparition des symptômes et la VCE était de 26,3 mois.
Les lésions objectivées par la VCE : angiodysplasies dans 80% des cas, localisées dans l'estomac dans 46%, duodénum dans 23%, cæcum dans 23% et le bulbe dans 15% des cas et ulcérations gastriques de Forrest III dans 20%.
Le rendement diagnostique de la VCE dans les lésions hémorragiques non grêliques était de 25%.

Conclusion : La VCE est indiqué pour le diagnostic des lésions de l'intestin grêle, mais elle peut également détecter des lésions digestives supérieures et inférieures. Dans notre série, la VCE a un rendement diagnostique global de 25% pour les lésions hémorragiques de l'intestin grêle.

P.244

La gastrostomie percutanée endoscopique : expérience d'un centre hospitalier général français

K. Belhaj [(1)], L. Kabbage [(2)], C. Tefoung [(2)], I. Dadamessi [(2)]
(1) Casablanca, MAROC ; (2) Saint-Quentin.

Introduction : La gastrostomie percutanée endoscopique (GPE) est la méthode de référence pour la nutrition entérale prolongée de moyenne et longue durée. Il s'agit d'une endoscopie interventionnelle avec des risques de complications. Le but de notre étude est de rapporter l'expérience de l'assistance nutritionnelle par GPE dans notre service en étudiant ses indications, son taux de succès et ses complications.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive, étalée sur une période de 2 ans de Avril 2020 à Avril 2022, au cours de laquelle 154 cas de GPE ont été colligés.

Résultats : 154 cas étaient colligés durant la période de l'étude dont 56,5% étaient des hommes (sex-ratio H /F : 1,5). L'âge moyen était de 70 ans (26-98 ans). La pose de GPE était le plus souvent sollicitée par le service de neurologie (40,3%), d'ORL (29,9%), d'oncologie (13%) et de gériatrie (6,5%). Les indications de la GPE étaient dominées par les troubles de la déglutition liées aux accidents vasculaires cérébraux dans 27% des cas, à une néoplasie ORL dans 26 % des cas, à une maladie de parkinson dans 8% des cas et à une myasthénie dans 3,2% des cas. Les autres indications étaient : les états de dénutritions (19%), les sténoses œsophagiennes (8%), la perte d'autonomie liée aux démences (6,5%) et l'anorexie (2,3%). La technique « Pull » était la méthode utilisée chez tous nos patients. L'antibioprophylaxie était administrée de façon systématique. Le taux de réussite de la procédure était de 98,7 %, 2 cas d'échec (1,3%) ont été notés par défaut de trans-illumination. Des complications majeures, à court terme, étaient notées chez 5 patients (3,2%): 2 cas de traumatisme du lobe gauche du foie, 1 cas de péritonite par perforation intestinale, 1 cas de détresse respiratoire par inhalation bronchique et 1 cas d'infection sévère de la paroi. 51 patients (33%) ont bénéficié d'un changement de la sonde de GPE dont la principale cause était une usure du matériel chez 18 patients (11,6%). Les autres causes étaient: un arrachement de la sonde chez 14 patients (9%), une obstruction chez 12 patients (7,7%) et une fuite péristomiale chez 7 patients (4.5%). Les changements ont eu lieu entre 1 et 12 mois après la pose initiale, avec un délai moyen de 4 mois. La sonde de GPE a été retirée chez 17 patients (11%) ayant repris une alimentation normale. 7 décès (4,5%) ont été notés dans le mois suivant la pose sans lien direct avec la GPE.

Conclusion : La gastrostomie percutanée endoscopique est une méthode fiable, simple d'utilisation, bien tolérée permettant une prise en charge nutritionnelle optimale des patients. En effet, notre série montre un taux de réussite de 98,7%. Toutefois, nous avons noté des complications graves, ce qui impose d'être rigoureux dans les indications et dans le respect des contre-indications.

P.245

Apport de la cholangio-pancréatographie rétrograde endoscopique dans le syndrome de Mirizzi : à propos de 35 cas

A.F.Z. Mejait [1], A. El Mekkaoui [1], M. El Yousfi [1], M. El Abkari [1], S.A. Ibrahimi [1], A. Hakima [1], D.A. Benajah [1], N. Lahmidani [1]

(1) Fès, MAROC.

Introduction : Le syndrome de Mirizzi est une complication rare de la lithiase vésiculaire chronique. Il a été décrit comme obstruction de la VBP par un calcul enclavé dans le collet vésiculaire ou le canal cystique qui par une réaction inflammatoire associée comprime totalement ou partiellement le canal hépatique commun. Cette compression peut évoluer vers l'érosion de la paroi du canal hépatique commun et provoquer la formation d'une fistule cholécysto-biliaire.L'objectif de notre travail est d'analyser l'intérêt de la CPRE dans le syndrome de Mirizzi.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective à visée descriptive. Nous avons colligés tous les patients chez qui une CPRE a été réalisée durant la période s étalant entre janvier 2009 et décembre 2021. Les données des patients ont été exploitées à partir des registres de la cholangio pancréatographie rétrograde endoscopique (CPRE).

Résultats : Concernant les 35 cas colligés l'âge moyen des patients était de 49 ans avec un sexe ratio (H/F)de 1.2 . 7 patients ont été cholécystectomisés tandis que 20 patients étaient connus porteurs d'une vésicule biliaire lihiasique.Le diagnostic de syndrome de mirizzi a été fortement suspecté par l'imagerie avant la réalisation de la CPRE chez 57% des patients, a été de découverte fortuite lors de la CPRE chez 42 % des cas. Tous les patients avaient bénéficié d'un bilan biologique dont hépatique ayant objectivé une cytolyse avec cholestase biologique , d'un bilan radiologique fait d'échographie abdominale et de bili IRM posant le diagnostic (chez 11 malades).7malades avaient une fistule cholécysto-biliaire soit 20 %.Les indications de la CPRE ont été les suivantes : 8 cas de pancréatite aigue lithiasique(22%) , 22 cas d'angiocholite lithiasique (62 %) et 5 cas d'ictère cholestatique isolé (14%) .Tous nos malades ont bénéficié d'une sphinctérotomie endoscopique, une extraction de calcul a été réalisé chez 23 patients (au ballonnet 70%, à la dormia 25%,par lithotritie mécanique 5%) avec un taux de succès estimé à 83 %. Une prothèse plastique a été mise en place chez 34 % des malades. Les suites étaient simples avec disparition des signes cliniques et normalisation du bilan biologique en 1 mois. Aucun cas de décès n'a été décelé.7 malades avaient une fistule cholécysto-biliaire soit 20 %. Au total 13 patients ont été opérés : on avait réalisé chez eux une cholécystectomie avec cholédocotomie associée à une anastomose bilio-digestive chez 51 % des patients avec bonne évolution. 2 cas de décès ont été notifiés en post opératoire suite à la survenue d'un état de choc septique.

Conclusion : La réalisation de la CPRE parait avoir une place pour le diagnostic du syndrome de Mirizzi ainsi que pour sa prise en charge thérapeutique .

P.246

Processus et polypes colorectaux chez les patients atteints de diverticulose : y a-t-il une association ?

A. Sair [1], A. Benhamdane [1], S. Mrabti [1], T. Addajou [1], R. Berraida [1], S. Sentissi [1], F. Rouibaa [2], A. Benkirane [1], H. Seddik [1]

(1) Rabat, MAROC ; (2) Casablanca, MAROC.

Introduction : Partagées par certaines caractéristiques épidémiologiques et étiologiques, la diverticulose et les processus colorectaux ainsi que les polypes coliques sont depuis longtemps associés. Cette association a été étudiée dans plusieurs études hétérogènes mais a donné des résultats contradictoires. L'objectif de cette étude était d'évaluer l'association de la diverticulose avec les processus et polypes colorectaux.

Matériels et Méthodes : Dans cette étude rétrospective monocentrique, les patients ayant bénéficié d'une coloscopie sur une durée de 3 ans ont été inclus. Les données épidémiologiques, cliniques et endoscopiques ont été recueillis à partir des registres de coloscopie. La diverticulose a été définie comme la présence d'un ou plusieurs diverticules coliques.
Une analyse descriptive et analytique a été réalisé par le logiciel Spss 21.0.

Résultats : Parmi 1518 coloscopies 655 résultats sont revenues pathologiques (44,6%). La prévalence des patients atteints de diverticulose colique, évaluée par coloscopie, était de 5% (76). L'âge moyen des patients atteints de diverticulose colique était de 67,9 ± 10,5 ans (43-92 ans), avec une prédominance masculine à 64,5% avec un sexe ratio H/F à 1,8. 6,7% (n=5) des patients avaient des antécédents de polypes et 5,3% (n=4) un antécédent de cancer colorectal. Les principales indications de la coloscopie étaient une constipation dans 31,6% (n=24), des rectorragies dans 28,9% (n=22), une anémie ferriprive dans 18,4% (n=14), des mélénas dans 7,9% (n=6) et une diarrhée chronique dans 6,6% (n=5). 37,7% (n=23) des patients avaient une bonne préparation (soit un score Boston ≥ 7) . L'analyse de régression logistique multivariée a indiqué que la diverticulose colique était associée de façon statistiquement significative à la présence de polypes (p<0,001) et de processus recto-coliques (p<0,001), mais également à l'âge (p<0,001), la présence d'une constipation (p=0,013) et d'une diarrhée (p=0,033).

Conclusion : Dans notre étude, la diverticulose colique semble être associée de façon statistiquement significative à la présence de processus et de polypes colorectaux.

P.247

Quel est l'apport de la coloscopie dans les mélénas chez les patients avec une FOGD normale ?

A. Benhamdane [(1)], A. Sair [(1)], T. Addajou [(1)], K. Boualiten [(1)], B. Aourarh [(1)], M. Ahmed [(1)], J. Benass [(1)], S. Mrabti [(1)], R. Berraida [(1)], I. El Koti [(1)], F. Rouibaa [(2)], A. Benkirane [(1)], H. Seddik [(1)]

(1) Rabat, MAROC ; (2) Casablanca, MAROC.

Introduction : Les mélénas sont l'émission par l'anus de sang digéré noir et fétide, ils sont l'expression d'une hémorragie digestive œsogastrique, mais aussi grêlo-colique. Leurs étiologies sont multiples, allant d'un simple ulcère gastrique à une lésion tumorale. l'examen de première intention devant des mélénas est l'endoscopie œso-gastro-duodénale, mais lorsqu'elle est normale, d'autres explorations endoscopiques sont nécessaires, notamment la coloscopie totale.
L'objectif de notre étude est de rapporter le rôle de la coloscopie dans le diagnostic étiologique des mélénas avec une FOGD normale ; ainsi que les facteurs associés.

Matériels et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive et analytique, entre Janvier 2019 et Aout 2022, incluant 40 patients ayant bénéficié d'une coloscopie pour méléna avec une FOGD normale. Le recueil des données et l'analyse statistique ont été réalisés par le logiciel SPSS22.0.
Les patients connus porteurs de maladie inflammatoire chronique de l'intestin (MICI) ont été exclus de notre étude.

Résultats : 1518 patients ont bénéficié d'une coloscopie dont 40 pour méléna, soit 2,6%.
L'âge moyen de nos patients était de 64 ans +/- 14,11 avec des extrêmes allant de 31 à 87 ans ; avec une prédominance masculine à 60% soit un sexe ratio (H/F) à 1,5.
Dans les Atcds personnels, 3 patients avaient un Atcd de cancer colorectal opéré (7,5%) et un seul patient avait un atcd de polype recto colique (2,5%)
Les mélénas étaient isolés dans 44,2%, associés à une anémie ferriprive dans 33,3% (p=0,013), à des rectorragies dans 15% ; à une diarrhée dans 5% et à une constipation dans 2,5% des cas
La coloscopie était normale dans 43,6% des cas, quand elle était pathologique (56,4%) elle objectivait : une angiodysplasie colique dans 42,9%, une diverticulose colique dans 28,6%, des polypes recto coliques dans 25%, un aspect de colite dans 9,5% et un processus colo rectal dans 5% des patients.
En analyse univariée, les facteurs associés à un résultat pathologique lors d'une coloscopie pour méléna sont : l'âge (p=0,004) ; la présence d'une constipation (p=0,009) et d'une diarrhée associées (p=0,015).
En analyse multivariée, aucun facteur n'est retrouvé lié de façon statistiquement significative à une coloscopie pathologique.

Conclusion : Les mélénas sont une urgence diagnostique et thérapeutique mettant en jeu le pronostic vital du patient. Lorsque la FOGD est normale, la coloscopie reste toujours recommandée.
Dans notre étude, les aspects endoscopiques retrouvés étaient dominés par l'angiodysplasie colique, la diverticulose colique et les polypes colo rectaux.

P.248

Cathétérisme biliaire difficile en cholangio-pancréatographie rétrograde par voie endoscopique : expérience d'un centre tunisien

K. Ben Abdallah [(1)], L. Hamzaoui [(1)], M. Mahmoudi [(1)], A. Ben Mohamed [(2)], M. Yakoubi [(2)], A. Khsiba [(1)], M. Medhioub [(1)]

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

Introduction : La canulation biliaire est une condition préalable à la réussite d'une cholangiopancréatographie rétrograde endoscopique (CPRE). Cependant, l'accès à la voie biliaire principale (VBP) par les méthodes standards peut être difficile. Les objectifs de notre étude étaient de déterminer la prévalence du cathétérisme biliaire difficile (CBD) et ses facteurs de risque et de décrire l'efficacité et la sécurité des méthodes standard et avancées utilisées.

Patients et Méthodes : Nous avons mené une étude rétrospective descriptive colligeant tous les patients avec une papille naïve ayant eu une CPRE dans le service de gastroentérologie de l'hôpital Mohamed Taher Maamouri entre juin 2019 et décembre 2021. L'efficacité était définie par l'accès à la VBP. Le CBD était défini en se basant sur les paramètres 5-5-1 proposés par l'European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE). Les facteurs prédictifs du CBD et des complications post-CPRE ont été recherchés par analyse univariée et multivariée (logiciel SPSS, p significatif si <0,05).

Résultats : Nous avons inclus 664 patients (âge moyen 62 ans et sex ratio H/F=0,8). L'indication principale de la CPRE était la lithiase de la VBP (67%, n=442) suivie par la sténose biliaire maligne (21%, n=138) et le kyste hydatique rompu dans la VBP (5%, 36). Selon les critères de l'ESGE, la prévalence du CBD était de 42,62% (n=283). Le taux de cathétérisme de la VBP était de 96,46%. La méthode standard a permis un accès dans 98,2%, tandis que les méthodes avancées ont permis un succès dans 92,2% pour la fistulotomie, 94,1% pour la papillotomie et 77,3% pour la sphinctérotomie transpancréatique. Les facteurs prédictifs de CBD en analyse multivariée étaient: la présence d'un apprenant OR 1,80 [1,24-2,65], le dysfonctionnement du sphincter d'Oddi OR 4,71 [1,11-19,88], une sténose biliaire objectivée à l'imagerie OR 2,53 [1,63-3,92], une petite papille OR 4,09 [1,82-9,17] et orientation difficile de la papille OR 14,90 [3,28-67,62]. Les facteurs de risque de complications en analyse multivariée étaient: une petite papille OR 6,92 [2,15-22,31], les calculs multiples OR 4,41 [1,75-11,15] et le CBD OR 5,44 [2,39-12,35]. Aucune des méthodes avancées n'était directement associée aux complications post-CPRE.

Conclusion : Les facteurs de risque de CBD sont liés à la présence d'un apprenant, l'anatomie du carrefour bilio-pancréatique et l'indication de la CPRE. Une connaissance préalable de ces facteurs permettra une meilleure gestion des méthodes de canulation biliaire et une réduction des complications post-CPRE. La présence d'un apprenant dans la salle présente un facteur de risque direct de CBD mais n'est pas associée à la survenue de complications post-CPRE. Dans ce contexte, les méthodes avancées sont sûres et efficaces dans le cathétérisme de la VBP.

P.249

Evaluation de la qualité de préparation, le taux de détection d'adénomes et de polypes dans une unité d'endoscopie digestive marocaine : à propos de 220 cas

K. Jemal [1], H. Delsa [1], H. Setouani [1], M. Khalis [1], Y. Bennani [1], L.A. Idrissi [1], A. Nadi [1], F. Rouibaa [1]
(1) Casablanca, MAROC.

Introduction : La coloscopie reste le « gold standard » pour le dépistage du cancer colorectal (CCR) chez les sujets à risque élevé ou très élevé. Cependant une préparation colique adéquate est nécessaire pour optimiser son rendement. Plusieurs indicateurs ont été proposés pour décrire la qualité de cet examen dont la préparation colique et le taux moyen de détection des adénomes. Le but est d'étudier la qualité de la préparation colique au Polyéthylène Glycol (PEG) chez nos patients par le score de Boston, et de calculer quelques indicateurs de qualité de la coloscopie: le taux de détection de polypes (TDP) et d'adénomes (TDA), nombre moyen de polypes (NMP) et d'adénomes (NMA).

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude prospective descriptive bicentrique incluant 220 malades. Les données ont été recueillies directement auprès des patients en utilisant une fiche d'exploitation. Leurs données cliniques et leurs résultats d'examen ont été analysés en utilisant SPSS 22. Sur 220 examens réalisés, 182 coloscopies étaient totales. L'âge moyen était 50 ans et 58,6% étaient des femmes. Les indications étaient: coloscopie diagnostique dans 57% des cas, une coloscopie de dépistage dans 26% et coloscopie de suivi dans 15%, seul 2% de nos malades étaient programmés pour une coloscopie thérapeutique.

Résultats : Tous les patients étaient mis sur un régime sans résidus 3 jours avant l'examen et ont été préparés exclusivement par le PEG. Les patients ont bénéficié d'une consultation expliquant le protocole de préparation colique avant l'examen par un médecin du service dans 33,6% des cas. La moyenne de prise de la préparation était de 3,67 litres, 1 malade sur 4 n'a pas pu finir le protocole préconisé, principalement à cause des troubles digestifs (44%). La plupart des coloscopies (71,4%) était réalisée dans la matinée avec un délai moyen entre la fin de la préparation et la coloscopie de 5,81 heures. Un score BBPS (Boston Bowel Preparation Scale) ≥ 6 définissant une bonne préparation était retrouvé chez 185 malades (84,1%), avec un score moyen de 7,03. 207 coloscopies étaient complètes. La mauvaise préparation a causé l'arrêt de la coloscopie chez 6 patients soit 2,7% du total des malades. La coloscopie était totale dans 94% des cas, l'iléon terminal n'a pas été cathétérisé à cause de la mauvaise préparation dans 69% des cas. Parmi ces coloscopies, le TDP était à 33,6% et TDA à 23,9%. Le NMP était à 0,68 et le NMA à 0,48 avec une PAP calculée à 71,3%.

Conclusion : Un taux de bonne préparation colique >85% doit être l'objectif de chaque unité d'endoscopie. Une coloscopie de bonne qualité nécessite une préparation adéquate, afin d'évaluer cette dernière, le score BBPS demeure actuellement un score validé et fiable permettant d'évaluer la préparation colique segment par segment. Dans notre étude et selon ce score, une bonne préparation a été retrouvée chez 84% des patients. Les indicateurs de qualité de la coloscopie calculés étaient: TDA à 23,9%, TDP à 33,6%, NMA à 0,48, NMP à 0,68 et PAP à 71,3%.

P.250

Hémorragie digestive haute (HDH) au sud du Maroc : quelle particularité ?

M. Boussouab [1], M. Zouaoui [1], N. Elmoutaoukil [1], A. Snoussi [1], F.Z. Boubakr [1], S. Noubail [1], Y. Hnach [1], M. Azouaoui [1], N. Aqodad [1]
(1) Agadir, MAROC.

Introduction : Les hémorragies digestives hautes (HDH) constituent une des grandes urgences en hépato-gastroentérologie de morbidité et de mortalité non négligeables, responsable d'un nombreimportant d'admission à l'hôpital et nécessitant une prise en charge précoce afin d'améliorer lepronostic.Le but de notre étude était de déterminer les particularités épidémiologiques, cliniques etpronostiques des hémorragies digestives hautes.

Matériels et Méthodes : C'est une étude transversale descriptive. Nous avions exploité tous les dossiers de patientshospitalisés pour HDH à l'hôpital régional entre janvier 2015 et Mai 2022.Une fiche d'exploitation a été réalisée pour la collecte des données. L'analyse statistique a étéréalisée par le logiciel Jamovi.

Résultats : Sept cent trente-sept patients ont été inclus, leur âge moyen était 49,7 ans +/-17,2 avec uneprédominance masculine (sex-ratio (femme/homme) de 0,8).Les modes de révélation les plus fréquents étaient des hématémèses isolées dans (68%) (n=502),les mélénas isolés dans (14.3%) (n=106), les hématémèses avec méléna dans (9.9%) (n=73), unsyndrome anémique dans 7% (n=52), des rectorragies massives dans 0.4% (n=3), et un état de chochémorragique sans extériorisation dans 0.1% (n=1).Le délai entre l'admission et la réalisation de la première endoscopie était: avant 24h dans(60.3%) (n=445), entre 24-72h dans 33.7% des cas (n=249), et après 72h dans 5.8% (n=43).Les causes du saignement étaient dominées par: l'hémorragie liée à l'hypertension portale(HTP) dans 42% des cas (n=310), et les ulcères gastroduodénaux(UGD) chez 17%(n=125).L'hémorragie liée à l'HTP représente 42%(n=310) ces causes principales étaient des varicesœsophagiennes (vo) dans 68% (n=211), association de vo avec gastropathie d'HTP dans 13% (n=40) et vo avec varices gastriques dans 9.3% (n=29). Leur âge moyen était 49,2 ans avec uneprédominance féminine (57%). La cirrhose était présente dans 58,3% des cas (n=181), l'HTP sanscirrhose dans 25% (n=78). Le score de CHILD –Pugh des patients cirrhotique était (A dans 52%, B 35%et C 12%), une transfusion sanguine a été faite chez 64% des cas (n=198), les malades avaientbénéficié du traitement médicale classique, avec un traitement endoscopique (ligaturehémostatique) dans 66,4% des cas (n=206). Le taux de létalité intra-hospitalière était 5.4% (n=17).Les UGD représentaient 17% des cas (n=125), leur âge moyen était 48,3 ans avec uneprédominance masculine (74%), 59,2% des malades (n=74) avaient un antécédent d'ulcère, et 20%(n=25) avaient un antécédent d'épigastralgies, 61.6% des patients (n=77) étaient tabagiques, 6,4%(n=8) étaient éthyliques, et 65,6% (n=82) prenaient des anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS). LesUGD étaient classés stade I de Forrest dans 4,8 %, stade II dans 45,6 % et stade III 49,6%, tous lesmalades avaient reçu un IPP (inhibiteur de la pompe à protons) par voie injectable, une transfusionsanguine a été faite chez 64,6% des cas (n=81), et 6,1% des patients (n=7) avaient bénéficié d'un traitement endoscopique (injection d'adrénaline suivie de pose d'un clip), le taux de létalité intra-hospitalière de 5,6% (n=7).Les facteurs prédictifs du décès en analyse multivariée étaient l'âge, le sexe masculin et laprésence d'anémie.

Conclusion : L'HDH survient à un âge jeune. Les étiologies les plus fréquentes dans notre contexte étaient deloin l'hypertension portale suivie par la pathologie ulcéreuse gastroduodénale, le taux de létalité intra-hospitalière était le même dans les deux étiologies (5%), le risque de décès augmente avec l'âge le sexe masculin et l'anémie.

P.251

Drainage biliaire sous-échoendoscopie : expérience d'un service marocain

S. Jellal [(1)], M. Acharki [(1)], M. Salihoun [(1)], I. Serraj [(1)], N. Kabbaj [(1)]

(1) Rabat, MAROC.

Introduction : De nouvelles techniques de drainage biliaire utilisant l'écho-endoscopie peuvent être proposées aujourd'hui comme une alternative au drainage percutané voire à la chirurgie en cas d'échec de la CPRE. Il permet de créer une anastomose bilio-digestive entre les voies biliaires intra-hépatiques gauches ou le cholédoque, et l'estomac ou le duodénum.
Le but de ce travail est de rapporter notre expérience sur les anastomoses cholédoco-bulbaires (ACB) ou hépaticogastrique (AHG) sous écho-endoscopie après échec du CPRE pour drainage biliaire palliatif.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective de type longitudinale et descriptive entre Mars 2018 et juin 2022, ayant bénéficié d'une anastomose cholédoco-bulbaires (ACB) ou hépaticogastrique (AHG), réalisées sous écho-endoscopie après échec de CPRE pour un drainage biliaire palliatif au service.

Résultats : 27 patients ont été colligés, l'âge moyen des patients était de 62.5 ans (23-74 ans) avec une prédominance masculine de 59%. Les indications étaient une sténose bulbo-duodénale infranchissable dans 44.4%, une papille infranchissable dans 29.6%, une sténose biliaire infranchissable dans 25.9%.
L'AHG a été créé dans 54.5% avec un succès technique de 86.6% et un échec dans 13.3%. L'ACB a été réalisé dans 44.4% avec un taux de succès technique de 100% des cas. Une prothèse métallique semi-couverte a été insérée dans 22.2% et une prothèse métallique totalement couverte dans 70.3% par non disponibilité des prothèses semi-couverte. Aucun cas d'obstruction de prothèse n'a été noté, une complication à court terme a été notée dans 3.4% des cas à type de de pneumopéritoine.
Un drainage trans-hépatique a été réalisé chez les deux patients ayant eu un échec de l'AHG. Le suivi moyen était de 120 jours. L'évolution clinico-biologique à 1 mois après l'anastomose était favorable dans 88.8% des cas avec un taux de survie à 3 mois de 62.9%.

Conclusion : L'anastomose cholédoco-bulbaire ou hépatico-gastrique sous échoendoscopie est une technique de drainage biliaire fiable et efficace avec un taux de réussite et de complications satisfaisant selon notre série

P.252

Détection des polypes colorectaux en endoscopie : existe-il des facteurs prédictifs ?

B. Aourarh [(1)], A. Benhamdane [(1)], A. Sair [(1)], K. Boualiten [(1)], J. Benass [(1)], T. Addajou [(1)], S. Mrabti [(1)], R. Berraida [(1)], F. Rouibaa [(2)], A. Benkirane [(1)], H. Seddik [(1)]

(1) Rabat, MAROC ; (2) Casablanca, MAROC.

Introduction : Les polypes colorectaux sont les principales lésions pré néoplasiques du cancer colorectal (CCR), et représentent une entité fréquente dans la population générale.Leur détection est essentielle afin de réduire l'incidence du CCR et la morbi mortalité qui en découle.
Le but de notre travail est de déterminer la détection des polypes ainsi que les facteurs associés.

Patients et Méthodes : Nous avons mené une étude rétrospective descriptive incluant tous les patients ayant bénéficié d'une coloscopie entre Janvier 2019 et Aout 2022.
Les informations concernant les données démographiques, cliniques et endoscopiques ont été recueillies, saisies et analysée à l'aide du logiciel JAMOVI 2.0 pour mac, en utilisant le modèle de régression logistique binaire en analyses univariée et multivariée.

Résultats : 1518 coloscopies ont été réalisées pendant la durée de notre étude, dont 356 (23.4%) avaient révélés des polypes colo rectaux.
L'âge moyen de nos patients était de 60,5 ans +/- 12,68 avec des extrêmes allant de 19 à 92 ans. Le sexe ratio (H/F) était de 1,87 avec une nette prédominance masculine à 65,2%.
57 patients avaient un antécédent de polype soit 16,1%, 48 avaient un antécédent de cancer colo rectal soit 13,6% ; et 7 patients avaient un antécédent familial de cancer colo rectal soit 2%.
Les principales indications de la coloscopie étaient : des rectorragies dans 26,1% (n=93), une constipation dans 24,4% (n=87), une diarrhée dans 16,3% (n=58), une anémie ferriprive dans 12,9% (n=46) et des mélénas dans 1,4% des cas (n=5).
La préparation était jugée bonne (score de Boston ³ 7) dans 41,1%, moyenne dans 41,4% et mauvaise dans 17,5% des cas.
En analyse univariée, la présence des polypes colorectaux est associée de façon statistiquement significative à l'âge (p<0,001), au sexe (p=0,043), aux antécédents de polypes (p<0,001), aux antécédents familiaux de cancer colo rectal (p=0,004), à la présence de rectorragies (p=0,002) et de diarrhée(p<0,001), à la bonne préparation (p<0,001) et à la présence d'un processus colo rectal (p<0,001).
En analyse multivariée, la présence de polypes colorectaux est associée de façon statistiquement significative à l'âge (p=0,02), aux antécédents de polype (p=0,024), aux antécédents familiaux de cancer colo rectal (p=0,007), à la bonne préparation (p=0,002) et à la présence d'un processus colo rectal (p<0,001).

Conclusion : Dans notre étude, nous avons diagnostiqué des polypes chez plus de la moitié des patients. La présence des polypes colo rectaux est associée de façon statistiquement très significative à l'âge, aux ATCDs de polype et à la présence de processus colo rectal.

P.253

Faut-il réaliser une écho-endoscopie bilio-pancréatique précocement dans la pancréatite aiguë idiopathique ? A propos de 25 cas

N. Faquir [1], F. Belabbes [1], F. Rouibaa [1]
(1) Casablanca, MAROC.

Introduction : L'écho-endoscopie biliopancréatique est une méthode d'exploration en gastro-entérologie. C'est un outil parfois indispensable dans le bilan étiologique précoce de la pancréatite aigüe, notamment lorsqu'elle est récidivante sans aucune cause retrouvée aux examens standards.
Mais quand est ce que devons nous la réaliser ?

Matériels et Méthodes : I s'agit d'une étude rétrospective descriptive portant sur une période de 34 mois, du 01/2019 au 10/2021.
Elle a concerné 25 patients ayant bénéficié d'une écho endoscopie pour le diagnostic étiologique de la pancréatite aigüe, au sein de notre service d'hépato gastro entérologie. Les résultats de l'EES ont été comparés aux données de l'imagerie et de l'histologie quand elle a été réalisée.

Résultats : L'âge moyen de nos patients est de 53 ans, avec un sexe ratio H/F : 1.77. La symptomatologie était dominée par les douleurs abdominales représentant 88 % et l'ictère 4% ainsi qu'une altération de l'état général dans 8% des cas. La biologie retrouvait 44% une lipase supérieure à trois fois la normale, lorsque celle-ci était normale le diagnostic de pancréatite a été retenu devant les critères cliniques et morphologiques. Le reste des résultats biologiques a retrouvé 32% de cas de cytolyse et de cholestase. Quant au 24% restant le bilan était normal. Dans la même hospitalisation, Le bilan étiologique a été fait grâce à la bili-IRM et l'EES précocement pour tous les cas étudiés. On a objectivé 24% de pathologie lithiasique avec une tumeur pancréatique, 12% de cas de pancréatite chronique calcifiante, 1 cas de GIST gastrique compressive ainsi que 2 oddites, 1 TIPMP dégénérée, nous avons aussi pu identifier un faux kyste du pancréas en rapport avec une pancréatite chronique avec enfin un cas de pancréatite auto-immune. L'EES était normale dans 40% des cas soit dans dix cas et nous avons donc retrouvé l'étiologie dans les 15 autres cas.
Nous notons dans notre série une sensibilité de la BILI IRM pour le diagnostic étiologique de la pancréatite de 35% contre une sensibilité de 64% pour EES réalisée au cours de la même hospitalisation. L'écho endoscopie est souvent réalisée lorsque le diagnostic étiologique n'est pas retrouvé aux examens d'imageries standards retardant parfois la prise en charge.

Conclusion : Au vu de l'étude comparative de ces résultats avec les autres types d'explorations, l'EES s'est avérée plus efficace et très utile dans l'exploration précoce de la région bilio-pancréatique notamment dans le bilan étiologique d'une pancréatite aigüe. Dans notre série la réalisation de l'EES a permis de mettre en évidence plusieurs pathologies notamment lithiasiques et tumorales dont une TIPMP dégénérée non vue à la TDM et à la BILI IRM permettant ainsi une prise en charge adéquate et rapide ainsi qu'un traitement étiologique évitant ainsi des crises de pancréatite aigues récidivantes.

P.254

La vidéocapsule endoscopique : quel intérêt pour l'exploration du grêle ?

Z. Boukhal [1], W. Hliwa [1], F.Z. Elrhaoussi [1], M. Tahiri [1], F. Haddad [1], A. Bellabah [1], W. Badre [1]
(1) Casablanca, MAROC.

Introduction : L'avènement de la vidéocapsule endoscopique (VCE) a révolutionné l'exploration de l'intestin grêle jusque-là inaccessible aux explorations endoscopiques usuelles
Le but de ce travail est de rapporter l'expérience du service de Gastro Entérologie en matière de VCE pour le grêle

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive réalisée au sein du service de gastro entérologie entre Janvier 2007 et Mai 2019.Tous les patients ont déjà bénéficié d'une gastroscopie et d'une coloscopie totale, ont été mis sous régime sans résidu 3 jours avant l'examen, et ont reçu une préparation orale comprenant 4 sachets de polyéthylène glycol la veille de l'examen. Les enregistrements de la vidéo capsule endoscopique sont effectués au moyen de deux types de vidéocapsule : PILL CAM SB1, SB2, SB3 – CAPSO CAM

Résultats : Durant cette période d'étude, 95 dossiers ont été analysés. L'âge moyen de nos patients était de 47 ans [13-83], avec un sexe ratio H/F de 0.75. Les indications de la VCE étaient dominées par le saignement digestif inexpliqué dans 40% des cas et l'anémie ferriprive inexpliquée dans 38.9% des cas, les autres indications étaient : les diarrhées chroniques (5.26%), les douleurs abdominales chroniques (4.21%), la maladie de crohn (3.1%), le bilan de polypose digestive(3.1%), la suspicion de maladie de crohn (2.1%), le bilan d'une tumeur neuroendocrine(2.1%) et la suspicion d'une GVH (1.05%). Pour le saignement digestif inexpliqué, nous avons noté au niveau du grêle, 15 cas d'angiodysplasies, 3 cas de tumeur, 2 cas de polype, un cas d'ulcération iléale, 3 cas de saignement actif. Pour l'anémie ferriprive inexpliquée, nous avons noté 14 cas d'angiodysplasies, 2 cas de rétrécissements ulcérés du grêle, un cas de tumeur caecale bourgeonnante, un cas de polype multiple, 3 cas de saignements actifs, un cas de varices grêliques, 4 cas de gastrite, un cas aspect en pavé du grêle, et dans 4 cas le grêle était normal. Pour les diarrhées chroniques des lésions ulcératives d'une maladie de crohn ont été retrouvées dans 3 cas, dans un cas un aspect crénelé oedématié des anses grêlique en faveur d'une maladie cœliaque. Pour les douleurs abdominales chroniques nous avons noté un cas de purpura typique de la muqueuse intestinale et gastrique, un cas des ulcérations longitudinales étendues faisant suspecter une maladie de crohn, un cas de lésions d'allure vasculaire avec plis oedématiés infiltrés rouges bleutés faisant évoquer une entérite ischémique chez une malade suivie pour vascularite, dans un cas le grêle était normal. Pour le bilan d'une polypose digestive deux cas de polypes multiples grêliques et coliques dans le cadre du bilan d'une polypose adénomateuse familiale, un cas de multiples polypes, dont certains sont suspect de dégénérescence dans le cadre du bilan de polypose de Peutz Jeghers. Tous les patients ont réussi à avaler facilement la vidéo capsule sans aucun incident, nous avons noté 4 cas de rétention de la VCE : un cas sur diverticulite, un cas sur sténoses étagées du grêle, un cas sur rétrécissements étagées de cause indéterminée, et un cas sur sténose du pylore

Conclusion : Depuis son introduction en pratique clinique, la VCE a approuvé sa grande capacité de diagnostic dans divers maladies gastro intestinales. Les résultats de notre étude confirment les données de la littérature médicale quant au rendement diagnostique élevé de la VCE chez les patients présentant un saignement digestif obscur

P.255

Résultats de la CPRE et rôle de la sphincterotomie endoscopique dans la pathologie bilio-pancréatique : à propos de 251 cas

N. Faquir [1], F. Belabbes [1], H. Delsa [1], N. Anass [1], F. Rouibaa [1]

(1) Casablanca, MAROC.

Introduction : Avec l'avènement du cathétérisme endoscopique des voies bilio-pancréatiques et lasphinctérotomie endoscopique, les indications de la cholangiographie rétrograde endoscopique se sont élargies. En effet la CPRE est passée d'une modalité purement diagnostique à une modalité thérapeutique.
Notre étude avait alors pour but de démontrer la place importante qu'a occupéLa CPRE et le rôle de la sphincterotomie dans la pathologie bilio-pancréatique .

Matériels et Méthodes : Nous avons mené une étude rétrospective réalisée au sein du service degastro-entérologie, concernant 251 patients pris en charge pour une pathologie bilio-pancréatique, sur une période de 4 ans, allant de 2017 à 2021.

Résultats : L'analyse de nos données a objectivé une prédominance féminine et un âgemoyen de 63,7 ans. Les indications de la CPRE étaient dans 79,6% des cas thérapeutiques incluant la pathologie lithiasique simple ou compliquée et la pathologie tumorale.
Dans 4,4%des cas, son indication était purement diagnostique, et dans 16% des cas, cette dernière avait surtout pour but de traiter les complications post–CPRE, à savoir la lithiase résiduelle,les angiocholites et les sténoses secondaires au geste thérapeutique.Nous avons également étudié les différentes manœuvres associées à notregeste thérapeutique notamment l'opacification rétrograde de la VBP, la sphinctérotomie endoscopique et l'évacuation des calculs, ainsi que leur taux de succès et d'échec.
Une sphinctérotomie endoscopique était testée systématiquement après succès du cathétérisme de la VBP. En effet, sur les 151 patients (76,6%) qui ont eu un succès du cathétérisme de la VBP, une sphinctérotomie endoscopique a été réalisée chez 132 patients,soit 87,4%, avec un diamètre moyen de 10,1mm.
L'absence de réalisation de la sphinctérotomie chez les 19 patients restants du fait d'unepapille déjà sphinctérotomisée.
Le taux de succès définitif de drainage biliaire était de 84,4%, et des complications modérées à sévères ont été observées chez 26,7% de nos patients.La pancréatite était la principale complication immédiate décrite dans notre série, elle a été retrouvée chez 16 de nos malades (6,3%), suivie des complications infectieuses (5,1%) et de l'hémorragie (4,3%). Cependant, aucun cas de décès n'a été retrouvé dans notre série.

Conclusion : La cholangio-pancréatographie rétrograde endoscopique(CPRE) associée a la sphincterotomie occupe une place prépondérante à visée thérapeutique dans les pathologies bilio-pancréatiques, malgré l'avènement de nouvelles méthodes d'imagerie. Le taux de succès reste satisfaisant dans notre série pour toute pathologie bénigne ou maligne du carrefour bilio-pancréatique.

P.256

Exploration par coloscopie des épaississements digestifs sténosants : quels résultats ?

F. Zine El Abidine [1], K. Bouslama [1], I. Jemni [1], M. Ben Abdelwahed [1], R. Baklouti [1], A. Sabbek [1], M. Zakhama [1], A. Guediche [1], W. Bouhlel [1], N. Ben Chaaben [1], M.H. Loghmari [1], L. Safer [1]

(1) Monastir, TUNISIE.

Introduction : La coloscopie est l'examen réalisé en première intention pour l'exploration des épaississement digestifs découverts sur un examen d'imagerie. On note parfois une discordance entre les données de l'endoscopie et les données de l'imagerie en particulier en cas d'épaississement sténosant radiologiquement.
L'objectif de notre travail était de rechercher les facteurs associés à la présence d'une sténose endoscopique au cours des épaississement décrits comme sténosants sur un examen d'imagerie.

Patients et Méthodes : Une étude rétrospective sur une période de 5 ans a été menée incluant tous les patients qui ont été explorés par une iléocoloscopie devant la constatation d'un épaississement iléale ou colique sténosant à l'imagerie. Nous avons exclu de ce travail les patients suivis pour une MICI ou pour une néoplasie colique déjà connue, les coloscopies incomplètes ou mal préparées. Les données cliniques, endoscopiques et radiologiques ont été analysées.

Résultats : Nous avons colligé 41 patients dans notre étude avec une moyenne d'âge de 56,5 [21-88] ans et une légère prédominance féminine (51,2%). La découverte de l'épaississement digestif à l'imagerie était fortuite chez 6 patients (14,6 %). Concernant les patients symptomatiques, 25 patients ont consulté pour une symptomatologie chronique faite de syndromes subocclusifs dans 88% des cas. Un amaigrissement a été rapporté chez 12 patients.
Les patients ont été explorés par une TDM dans 95,1% des cas (n=39) et par une échographie dans le reste des cas.
L'épaississement radiologique sténosant était localisé au niveau du colon sigmoïde dans 36,6% des cas et colique droite dans 24,4% des cas. Une origine néoplasique a été suspecté devant la présence d'épaississement irrégulier suspect chez 63,4% des patients.
L'endoscopie a été réalisée dans la semaine suivant l'imagerie chez 4 patients (9,8%) et dans le mois chez 28 patients (68,3%). Des anomalies endoscopiques ont été objectivées chez 29 patients (70,7%), elles étaient à type de processus tumoral chez 23 patients. Une sténose endoscopique a été retrouvé chez environ la moitié des patients (48,8%).
En étude analytique, la localisation de la sténose au niveau du colon gauche était significativement associée à la présence d'une sténose endoscopique (62,5% *vs* 29,4%, p=0,037).
En contre partie, la réalisation précoce de l'endoscopie dans le mois suivant l'imagerie (53,1% *vs* 33%, p=0,252), la présence de symptômes (66,7% *vs* 45,7%, p=0,307), la présence de syndromes subocclusifs (57,9% *vs* 40,9%, p=0,278), une exploration par imagerie en coupe (p=0,232) et l'aspect irrégulier de l'épaississement (57,6% *vs* 33,3%, p=0,133) n'étaient pas associé à la présence d'une sténose endoscopique.

Conclusion : Dans notre série, des anomalies endoscopiques ont été retrouvées chez plus de 70% des patients explorés devant la constatation d'un épaississement digestif sténosant en imagerie. Tandis qu'une sténose endoscopique n'a été objectivé que dans environ la moitié des cas. La localisation colique gauche a été associé à la présence d'une sténose endoscopique.

P.257

La prise en charge par CPRE des macro-calculs : expérience d'un service

S. Belmaqrout [1], H. El Bacha [1], S. Douihi Touzani [1], N. Benzzoubeir [1], I. Errabih [1]
(1) Rabat, MAROC.

Introduction : La Cholangio-pancréatographie rétrograde endoscopique (CPRE) est l'option thérapeutique de choix dans la prise en charge de la lithiase de la voie biliaire principale. Elle permet d'obtenir une clairance complète dans plus de 90% des cas, cependant l'extraction de gros calculs peut être difficile. Le but de notre étude est de déterminer les caractéristiques épidémiologiques et cholangiographique ainsi que d'évaluer l'efficacité du drainage endoscopique et d'extraction de macro lithiase biliaire.

Matériels et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive monocentrique s'étalant sur une période allant de septembre 2020 à aout 2022. Nous avons inclus tous les malades ayant bénéficié d'une CPRE thérapeutique pour extraction de macro lithiase vésiculaire. Nous avons défini la macrolithiase tout calcul dont la taille est supérieure à 10mm.
Nous avons étudié l'âge, le sexe, la symptomatologie, la taille de la VBP, le nombre ainsi que la taille des calculs, la réalisation d'une sphinctérotomie et d'une infundibulotomie, le recours à une macro dilatation, à une sphincteroclasie et la pose de prothèse. Le succès de la procédure a été défini par l'absence de calcul résiduel en fin de procédure.

Résultats : Parmi les 189 patients ayant bénéficié d'une CPRE, 77 patients (38%) étaient adressés pour prise en charge endoscopique d'une lithiase de la VBP dont 24 patients (31%) avaient une lithiase supérieure à 10mm. L'âge moyen de nom patient était de 65ans avec des extrêmes allant entre 38-88ans. Il y avait une légère prédominance féminine avec 14femmes (58%) contre 10 hommes (42%) avec un sex ratio F/H=1.4
10 patients (41%) étaient cholecystectomisés, et 3 patients (12.5%) avaient eu une sphincterotomie endoscopique antérieure. La symptomatologie était comme suit : 17 patients (70.83%) présentaient un tableau d'angiocholite angiocholite, 3patients (12.5%) étaient en pancréatite aigüe et 4 patients (16.66%) avaient des coliques hépatiques
La taille moyenne des calculs était de 14mm avec des extrêmes entre 10 mm et 20 mm. 3 patients (12.5%) avaient un empierrement cholédocien. Le diamètre moyen de la VBP était de 16mm avec des extrêmes de 10mm et 25mm. La sphincterotomie a été réalisée chez 10 patients (41.66%). L'infundibulotomie chez 4 patients (16.66%). La macrodilatation était réalisée chez 13patients (54.16%) le diamètre moyen du ballon de dilatation était de 15.28mm avec des extrêmes allant de 12mm à 18mm.
La sphincteroclasie était réalisée chez 5patients (20.83%) le diamètre moyen du ballon de dilatation était de 15.9mm avec des extrêmes allant de 15mm à 18mm. La lithotritie mécanique était réalisée chez un patient (4.16%).
18patients (75%) ont nécessité une seule séance de CPRE pour extraire tous les gros calculs. L'extraction s'est révélée impossible chez 6 patients (25%) pour lesquels une prothèse plastique a été posée. ils ont bénéficié d'une seconde séance de CPRE qui a permis l'extraction de la lithiase résiduelle chez 5patients (83.33%). Une malade (16.66%) a été adressée en chirurgie pour échec d'extraction.

Conclusion : Plusieurs facteurs de risques d'échec d'extraction d'un calcul de la voie biliaire principale sont connus. Le facteur le plus important est la taille du calcul supérieur à 15 mm ou lorsque le diamètre du bas de la VBP est inférieur à celui du calcul. Un empierrement diminue également les chances d'obtenir une extraction complète. La macro dilatation, la sphinctéroclasie ainsi que la pose de prothèse permettent d'améliorer le pronostic.

P.258

Pertinence de l'indication de l'endoscopie digestive haute selon les critères de l'EPAGE dans une ville d'Afrique sub-saharienne : à propos de 500 cas

C.N.M. Sokpon [1], A.R. Kpossou [1], S.C.N. Hinvi [1], K.R. Vignon [1], J. Sehonou [1]
(1) Cotonou, BÉNIN.

Introduction : L'Endoscopie Digestive Haute (EOGD) est le principal examen permettant l'exploration du tractus digestif haut. Cependant sa prescription est en constante augmentation, avec des indications qui ne sont pas toujours justifiées. Les critères de l'EPAGE (European Panel on the Appropriateness of Gastrointestinal Endoscopy) ont été élaborés afin d'évaluer la pertinence des indications de l'EOGD et d'en rationaliser la prescription. L'objectif de ce travail était d'évaluer la pertinence des indications de l'EOGD selon les critères de l'EPAGE, et de rechercher une éventuelle corrélation entre la pertinence de l'examen et le résultat endoscopique.

Patients et Méthodes : Il s'agissait d'une étude transversale, descriptive et analytique, avec recueil prospectif des données. Elle était menée en 6 mois (27 janvier au 29 juillet 2022). La pertinence de l'indication de l'EOGD était précisée à l'aide d'un logiciel élaboré par l'EPAGE et disponible sur le site http : //www.epage.ch. Les indications étaient classées en appropriées, inappropriées, incertaines et non applicables.

Résultats : Cinq- cents EOGD avaient été pratiquées durant la période d'études. L'âge moyen était de 36,67 ans [1,25-90 ans]. Le sexe ratio était de 0,90 (H/F= 237/263). Les indications en majorité avaient respecté les critères de l'EPAGE (92%), et étaient dominées par la dyspepsie non compliquée (55,7%). Ces indications étaient jugées appropriées, inappropriées, incertaines et non applicable dans respectivement : 49,8% ; 42,8% ; 1,2% et 6,2%. Les critères de l'EPAGE n'étaient pas respectés dans 8% des cas. Parmi les prescripteurs, les gastro-entérologues étaient les premiers prescripteurs de l'EOGD respectant les critères de l'EPAGE (27,6%). Les résultats n'étaient pas concordant avec l'indication dans 25,5%. Cependant les résultats étaient concordants avec l'indication en majorité avec certains prescripteurs, notamment les médecins généralistes (31,2%) ; suivi des gastro-entérologues (26%) ; puis les autres spécialités médicales (11,4%) et les étudiants (2,4%). Globalement l'acceptabilité de l'endoscopie était bonne (99%), avec une durée ≤ 5 min (85,8%) et la moitié des patients souhaitent refaire l'examen dans les mêmes conditions (54,2%) ; c'est-à-dire sans aucune sédation préalable.

Conclusion : Les indications de l'EOGD dans notre série respectaient en majorité les critères de l'EPAGE. Dans le ¼ des cas les indications n'étaient pas concordant avec le résultat, néanmoins les gastro-entérologues étaient les meilleurs prescripteurs d'EOGD pertinent et concordant avec l'indication.

P.259

La place de la macro-dilatation du sphincter d'Oddi dans le traitement des gros calculs cholédociens

T. Addajou [(1)], S. Mrabti [(1)], A. Benhamdane [(1)], A. Sair [(1)], K. Boualiten [(1)], J. Benass [(1)], B. Aourarh [(1)], M. Ahmed [(1)], R. Berraida [(1)], F. Rouibaa [(2)], A. Benkirane [(1)], H. Seddik [(1)]

(1) Rabat, MAROC ; (2) Casablanca, MAROC.

Introduction : Le traitement endoscopique permet d'obtenir une clairance de la voie biliaire principale dans plus de 90 % des cas. Cependant, la présence d'un gros calcul peut en limiter ses résultats.
L'objectif est d'évaluer l'efficacité de la sphinctéroplastie et d'analyser les facteurs associés au succès de cette technique chez les patients ayant des gros calculs cholédociens.

Matériels et Méthodes : Etude rétrospective descriptive et analytique entre Janvier 2008 et Avril 2022, incluant 51 patients ayant présenté un gros calcul obstructif mesurant plus de 15mm et dont le traitement avait nécessité le recours à la sphinctéroplastie. Le taux de succès a été définit par la clairance de la voie biliaire principale. L'analyste statistique faite par le logiciel SPSS version 24.0. Les facteurs associés au succès du traitement endoscopique ont été obtenus en utilisant la régression logistique.

Résultats : cinquante-et-un patients ont été inclus, l'âge moyen était 65,37±17,46 ans [26-95] avec une prédominance féminine de 56,9% (n=29). 31,4% des patients ont été déjà cholécystectomisés. Cinq patients avaient une angiocholite aigue lithiasique et un patient avait une pancréatite aigue biliaire. Le taux de succès était 96,1%. Le taux de complications précoce était nul. En analyse univariée et multivariée et ajustant sur les facteurs étudiés (Age, sexe, les antécédents, présence de pancréatite aigue ou d'angiocholite aigue, le diamètre de la VBP, présence de diverticules péri ampullaire, présence de sténose de la VBP), aucun de ces facteurs ne semblaient être associés au succès ou à l'échec de la sphinctéroplastie.

Conclusion : La sphinctéroplastie est une technique efficace avec une faible morbidité pour l'extraction endoscopique des gros calculs cholédociens. Dans notre étude aucun des facteurs étudiés ne semblaient être associés à l'échec ou au succès de la macrodilatation du sphincter d'oddi

P.260

Corps étranger : épidémiologie et prise en charge

H. Oubella [(1)], H. El Bacha [(2)], E.M. Amrharhe [(2)], N. Benzzoubeir [(2)], I. Errabih [(2)]

(1) Rabat ; (2) Rabat, MAROC.

Introduction : L'ingestion de corps étrangers (CE) est une situation fréquente. Si la majorité des corps étrangers traversent le tube digestif sans complication, dans certains cas ils peuvent être responsables de graves lésions ce qui rend leur extraction endoscopique urgente.
Le but de notre travail est d'étudier les caractéristiques épidémiologiques et les modalités de prise en charge dans notre série.

Matériels et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive monocentrique menée au sein de notre formation, sur une période de 3 ans de Mai 2019 à Juillet 2022, incluant tous les patients admis dans le cadre de l'urgence pour ingestion de corps étranger, à l'aide du registre d'endoscopie digestive haute. Les données épidémiologiques et les modalités de prise en charge ont été précisées.

Résultats : 506 fibroscopies œsogastroduodénales ont été réalisées aux urgences dont 42 (8.3%) pour l'extraction d'un corps étranger. On note une prédominance masculine avec un sex-ratio H/F de 1.3, il s'agissait de 24 (57%) hommes et 18 (42.8%) femmes avec un âge moyen de 39 ans (extrêmes : 16 ans et 80 ans). L'ingestion était accidentelle chez 41 (97.6%) patients, et volontaire dans 1 cas (2.4%). Il s'agissait d'une impaction alimentaire dans 15 cas (35.7%), ingestion d'os de poulet dans 7 cas (16.6%), de métaux dans 5 cas (35.7%), de dentiers dans 5 cas (11.9%), ingestion d'épingle chez 6(14.28%) patientes, de morceaux de verres dans 3(7.14%) cas et un objet tranchant dans 1 (2.4%) cas. Le corps étranger était retrouvé chez 22 (52.9%) malades au niveau œsophagien, chez 2 (4.7%) malades au niveau gastrique et chez 1 (2.4%) malade au niveau du bulbe. L'extraction a été faite par anse de polypéctomie chez 5 (11.9%) patients, pince à dents de rats chez 3 (7.14%) cas, pince à corps étranger dans 3 (7.14%) cas, l'anse à panier dans 2 cas (4.7%) et par laryngoscopie chez 2 malades (4.76%). Le succès de l'extraction endoscopique a été obtenu dans 15 cas (35.7%), dans 17 cas (40.4%) y a eu migration, le corps étranger était refoulé vers l'estomac dans 5 (11.9%) cas, et l'extraction avait échoué dans 5 cas (11.9%).

Conclusion : L'ingestion de corps étrangers est un motif fréquent de consultation aux urgences, de survenue majoritairement accidentelle. Près de la moitié des CE migre spontanément, dans les autres cas, l'endoscopie digestive haute constitue un moyen efficace et sur pour réussir l'extraction.

P.261

Calculs difficiles de la voie biliaire principale : résultats d'une expérience monocentrique

A. Youssfi [1], M. Yakoubi [2], A. Ben Mohamed [2], M. Mahmoudi [1], M. Medhioub [1], L. Hamzaoui [1], M. Azouz [1]

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

Introduction : Le traitement endoscopique des lithiases de la voie biliaire principale (VBP) permet une clairance dans 90% des cas. Cependant, laprésence d'un calcul difficile notamment un gros calcul peut limiter les résultats.
Le but de notre travail est d'évaluer lesdifférents moyens thérapeutiques devant un calcul difficile dela VBP ainsi que leurs résultats

Patients et Méthodes : Il s'agissait d'une étuderétrospective du janvier 2018 à mars 2022 incluant tous lespatients qui avaient bénéficié d'une CPRE pour extractionendoscopique de calculs difficile de la VBP définis par undiamètre ≥ 10mm, des calculs multiples ou unedisparité de calibre.

Résultats : Durant cette période 152 patients ontbénéficié d'une cholangiopancréatographierétrograde endoscopique CPRE. Les patients étaientmajoritairement adressés pour prise en charge d'une lithiase résiduelle de la VBPavec 57 patients (37,5%), suivi d'une angiocholite aigue chez 45 patients (29,6%), de pancréatite aigüe biliaire chez 23 patients (15,1%), de lithiase de la voie biliaire principale découverte sur Bili-IRM chez 27 patients (17.7%). L'âge médian des patients était de 70 ans[14-93], avec une prédominance féminine (59,6%) et un sexeratio F/H à 1.47. Une cholécystectomie a été notée chez 71 patients (46,7%) et 15 patients (10,1%) avaient desantécédents de sphinctérotomie endoscopique (SE).
Les diamètres médians du cholédoque et des calculs étaientrespectivement de 13,7±5,3 mm et 15,68±6,11 mm. 71 cas d'empierrement cholédocien ont été relevé (46,7%). Une disparitédu calibre entre le calcul et la VBP distale a été constatéechez 5 patients et une papille para-diverticulaire a été notée chez 30 patients (19,7%). Une infundibulotomie a été pratiquée chez 13 patients (8,5%). Un échec du cathétérisme de la VBP a été relevée chez 20 patients (13,1%).
Sur le planthérapeutique, une macrodilatation large après une SE a étéréalisée chez 53 patients (34,8%) avec un diamètre médian duballon de 15,8 mm [12-18] et une sphinctérotomie large seule associée à une lithotritiemécanique a été relevé chez 6 patients (3,9%).
Le succès de la CPRE, défini par une vacuité complète dela VBP en fin de procédure, était obtenu chez 82,8% despatients (N=126). Les complications de la procédure à type de saignement étaient notées chez 8 patients (5,2%) dont un cas a nécessité une coagulation des berges. En cas d'échec, une prothèse biliaire a été mise chez 14 patients (9,2%).
En analyse univariée, les facteurs liés à l'échec du traitement endoscopique étaient : le diamètre de la VBP (p=0,05), la lithotritie mécanique (p=0,04), ainsi qu'une une tendance à la significativité avec la présence de papille para-diverticulaire (p=0.06). En étude multivariée, aucun facteur n'était associé indépendamment à l'échec du traitement endoscopique.

Conclusion : Dans notre série, la macrodilatation large de la papille aprèsSE et la sphinctérotomie large associées ou non à la lithotritie mécanique représentent lesdeux techniques les plus utilisées avec un taux de succès avoisinant les 83%.

P.262

Les lésions digestives hautes chez les patients atteints d'insuffisance rénale chronique

S. Zahraoui [1], M. Salihoun [1], F. Bouhamou [1], I. Serraj [1], M. Acharki [1], N. Kabbaj [1]

(1) Rabat, MAROC.

Introduction : L'insuffisance rénale chronique (IRC) est fréquemment associée à une altération de la muqueuse digestive pouvant engendrer des lésions, dont les manifestations cliniques sont variables. Ces lésions sont de plus en plus fréquentes au fur et à mesure que l'insuffisance rénale évolue.
Le but de notre travail est de décrire les aspects endoscopiques des lésions digestives hautes chez cette population de patients.

Matériels et Méthodes : Il s'agit d'une étude monocentrique descriptive incluant tous les patients atteints d'IRC, hémodialysés ou non, ayant bénéficié d'une fibroscopie œso-gastro-duodénale (FOGD), entre 2007 et 2022. Les données ont été collectées à partir des registres d'endoscopie.

Résultats : 476 patients atteints d'IRC sur 17817 FOGD réalisées ont été inclus dans notre étude, soit une prévalence de 2,6%. L'âge moyen était de 48,6ans (extrêmes : 13 à 90 ans). La FOGD a été réalisée devant une hémorragie digestive haute dans 103 cas (22%), une dyspepsie dans 125 cas (26,5%) et dans le cadre de l'exploration d'une anémie ferriprive dans 48 cas (10,2%). Elle a objectivé des lésions dans 404 cas(85,7%), il s'agissait d'une gastro-bulbite congestive dans 210 cas(44,6%), une gastro-bulbite ulcérative dans 67 cas(14,2%), des angiodysplasies dans 55 cas(11,7%), une œsophagite dans 36 cas (7,6%), des signes d'hypertension portale dans 24 cas(5%), un ulcère gastro-duodénal dans 33 cas(7%) et une hernie hiatale dans 19 cas(4%). 15% des patients avaient une FOGD normale.

Conclusion : Les lésions du tractus digestif supérieur sont fréquentes dans l'insuffisance rénale chronique. Elles sont dominées par les gastro-bulbites congestives et ulcératives suivies par les angiodysplasies.

P.263

Comment gérer les sténoses bénignes œsophagiennes de l'adulte ?

S. Rokhsi [1], S. Berrag [1], I. Mouslim [1], S. Hdiye [1], R. Chaibi [1], F. Ait Iken [1], C. Jioua [1], F. Nejjari [1], T. Adioui [1], M. Tamzaourte [1]

(1) Rabat, MAROC.

Introduction : Les sténoses bénignes de l'œsophage constituent une complication redoutable de nombreuses pathologies. Le maître symptôme est la dysphagie. La Fibroscopie œso-gastro-duodénale permet de poser le diagnostic étiologique. La première approche thérapeutique consiste en une dilatation endoscopique par bougies de Savary ou par ballonnet hydrostatique. L'objectif de notre étude est de rapporter l'expérience de notre service dans le traitement endoscopique des sténoses bénignes de l'œsophage.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive des cas de sténoses bénignes de l'œsophage colligés au sein de notre formation sur une période de 9 ans de Janvier 2012 à Aout 2022.

Résultats : On a colligé 49 cas. Le sexe ratio est de 1,4. L'âge moyen est de 34,63 ans avec des extrêmes de 19 à 70ans. La dysphagie et les vomissements étaient dominant à 98% et 59,5% respectivement. La Fibroscopie œso-gastro-duodénale a été réalisée chez tous les patients objectivant une sténose infranchissable au niveau du tiers supérieur de l'œsophage chez 21 patients (48.80%),au niveau du tiers moyen de l'œsophage chez 6 patients(13.09 %) et au niveau du tiers inferieur chez 14 patients(28.57%).
L'origine de la sténose était d'origine peptique chez 18 patients (36.9%), d'origine caustique chez 16 patients (29,76%), d'origine post-radique chez 7 patients (14,28%), dû à un mégacœsophage chez 5 patients (9.52%), et dû à un syndrome de Plummer-Vinson chez 2 patients (4,76 %). Le traitement consistait en une dilatation endoscopique de la sténose au moyen des bougies de Savary ou par dilatation pneumatique au ballonnet. Aucune complication n'a été rapportée. L'évolution était bonne chez 90% des patients avec 2 cas d'échec qui ont été opérés.

Conclusion : Les sténoses peptiques et caustiques sont les étiologies les plus fréquentes des sténoses bénignes de l'œsophage de l'adulte. Le traitement endoscopique, basée essentiellement sur la dilatation instrumentale, s'avère efficace et sûre avec de bons résultats à court et à long terme.

P.264

Gestion des antiagrégants et des anticoagulants lors d'une hémorragie digestive : profils épidémiologique, étiologique et thérapeutique

Z. Boukhal [1], D. Salim Mahamat [1], W. Hliwa [1], F.Z. Elrhaoussi [1], M. Tahiri [1], F. Haddad [1], A. Bellabah [1], W. Badre [1]

(1) Casablanca, MAROC.

Introduction : Les hémorragies digestives dues aux anticoagulants et antiagrégants plaquettaires représentent un motif fréquent d'hospitalisation en urgence et peuvent mettre en jeu le pronostic vital des patients, qui sont à plus haut risque hémorragique mais aussi à plus haut risque thrombotique.
Le but de ce travail est de déterminer les différents aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des hémorragies digestives dues aux anti-thombotiques

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive, réalisée entre Janvier 2018 et janvier 2022, incluant 98 patients hospitalisés au service d'hépato gastro entérologie pour des hémorragies digestives sous traitement anti-thrombotique

Résultats : Le nombre total de patients inclus dans l'étude était de 98 patients. L'âge moyen des patients était 64ans +/- 14.1. Une prédominance masculine était notée avec un sex ratio (H/F) à 1.17.L'antécédent de cardiopathie était retrouvé chez 51% des cas, HTA (44.9%) diabète (35.7%), tabac (36.7%), ulcère gastroduodénal(12.2%).L'indication thérapeutique des anti-thrombotiques était dominée par les cardiomyopathies ischémiques dans 27.5%, AVC ischémique dans 15% des cas, ACFA dans 12.5% des cas et le traitement anti-thrombotique le plus incriminé était l'aspirine chez 58.2% des cas suivi par l'antivitamine-K (AVK) chez 26.5% des cas. L'hémorragie digestive était extériorisée sous forme de mélénas (81.6%), d'hématémèse (62.2%), de rectorragie (36.7%) associée à un syndrome anémique mal toléré dans 36.7% des cas. La valeur moyenne de l'hémoglobine à l'admission était de 7.3g/dl, ainsi que l'INR au moment du diagnostic était de 2.4. La gestion des anti-thrombotiques consistait à un arrêt immédiat chez 36.1%, relais par HBPM (10%), 60.8% des patients ont nécessité une transfusion sanguine avec une moyenne de 2 culots globulaires. Les lésions endoscopiques retrouvées à la FOGD étaient : l'ulcère gastro-duodénal (57.2%), la pangastrite (16.3%), la rupture des varices œsophagiennes (9.2%), les tumeurs gastriques (7.1%), l'œsophagite (5.1%), les angiodysplasies (5.1%), par ailleurs la colonoscopie avait montré des diverticules coliques (23.5%), des polypes coliques (11.8%), des tumeurs coliques (5.9%) et était sans anomalie (58.8%). Tous les patients ont bénéficié d'un traitement étiologique, dont 19% ont nécessité un geste d'hémostase endoscopique. L'évolution était favorable dans la majorité des cas (93,8%). Le décès est survenu chez 3 patients et 3 patients étaient transférés en réanimation. La durée d'hospitalisation était inférieure à 5 jours chez 46.4% des cas.

Conclusion : La survenue d'une hémorragie digestive sous anti-thrombotique est une complication grave d'autant plus si elle survient chez un sujet âgé et multi taré. Ainsi il faut toujours peser le rapport bénéfice risque avant d'introduire un traitement anti-thrombotique au long cours.

P.265

Hémorragie digestive haute : les particularités cliniques, endoscopiques et thérapeutiques entre le sujet jeune et le sujet âgé. Étude prospective

M. Ahmed [1], K. Boualiten [1], A. Benhamdane [1], J. Benass [1], T. Addajou [1], B. Aourarh [1], A. Sair [1], S. Mrabti [1], R. Berraida [1], I. El Koti [1], F. Rouibaa [2], A. Benkirane [1], H. Seddik [1]

(1) Rabat, MAROC ; (2) Casablanca, MAROC.

Introduction : L'hémorragie digestive haute (HDH) définie comme étant une perte sanguine en amont de l'angle de Treitz dans le tractus digestif, constitue une urgence diagnostique et thérapeutique fréquente en hépato-gastroentérologie pouvant mettre en jeu le pronostic vital, nécessitant une prise en charge multidisciplinaire.
Le but de notre étude est de comparer les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, endoscopiques, et thérapeutiques de l'HDH entre des sujets jeunes et âgés.

Matériels et Méthodes : Il s'agit d'une étude prospective transversale monocentrique à propos de 647 patients, menée sur une période deux ans (juin 2020 à juin 2022).
Nous avons inclus dans notre étude tous les patients admis dans notre formation pour HDH.
Les patients ont été répartis en 2 groupes, le groupe A correspondant aux sujets âgés ≥ 65 ans et le groupe B correspondant aux patients < 65 ans.

Résultats : Parmi les 647 patients colligés, 38,2% avaient plus de 65 ans. Le sex ratio H/F était de 2,48. 34% des patients étaient sous traitement anti-thrombotique, et 39,2 % avaient des comorbidités.
Il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre les deux groupes A et B concernant l'origine de l'HDH, cependant, on a constaté qu'il y avait une différence entre les deux groupes A et B concernant l'usage des antithrombotiques (32,1% *vs* 1,2%, p<0,001) la présence de comorbidités (38,9% *vs* 21,2 % p<0,001) la présence d'un saignement actif (9,6% *vs* 17,9%, p=0,019) et le recours à l'hémostase endoscopique (8,6% *vs* 17,3%, p= 0,018).
En analyse multivariée et en ajustant sur les paramètres étudiés à savoir l'âge, le sexe, les comorbidités, la présence d'un saignement actif et l'utilisation des antithrombotiques ; seule la présence d'un saignement actif pourrait prédire la nécessité du recours à l'hémostase endoscopique. En fait, la présence d'un saignement actif multiplie par 29,58 la probabilité de recours à une hémostase endoscopique (OR : 29,58, IC : 13,56- 64,92, p< 0,001), alors que l'utilisation des antithrombotiques (OR : 0,24, IC : 0,067- 1,452, p=0,37) et l'âge ≥ 65 ans (OR : 0,425, IC : 0,205- 1,342, p=0.21) n'ont pas d'influence sur ce risque.

Conclusion : Bien qu'une attention particulière doit être donnée aux sujets âgés vu la fréquence élevée des comorbidités avec un usage plus fréquent d'antithrombotiques, l'HDH chez cette tranche d'âge ne semble pas être plus sévère avec un taux de saignement actif à l'endoscopie moindre impliquant un besoin moins fréquent d'hémostase endoscopique.

P.266

Intérêt de la dévolvulation endoscopique dans le traitement du volvulus du côlon sigmoïde

J. Benass [1], R. Laroussi [1], T. Addajou [1], A. Benhamdane [1], S. Mrabti [1], K. Boualiten [1], A. Sair [1], M. Ahmed [1], B. Aourarh [1], R. Berraida [1], F. Rouibaa [2], A. Benkirane [1], H. Seddik [1]

(1) Rabat, MAROC ; (2) Casablanca, MAROC.

Introduction : Le volvulus du côlon sigmoïde (VCS) est la torsion de l'anse sigmoïde sur son axe mésocolique, réalisant une occlusion aigue basse, par strangulation. L'étiologie reste inconnue.. La prise en charge thérapeutique du VCS en urgence est controversée entre traitement endoscopique et chirurgical.
L'objectif de ce travail est d'évaluer les résultats du traitement du VCS par détorsion et exsufflation endoscopique.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective incluant les patients ayant eu une exsufflation endoscopique entre Décembre 2017 et aout 2022. Toutes les coloscopies d'exsufflations réalisées en urgence pour un VCS ont été colligées. Les résultats de la prise en charge endoscopique, le pourcentage de récidive ainsi que la nécessité de recours à la chirurgie ont été évalués.
L'analyse statistique a été réalisée par le logiciel Jamovi 2.0.0.0. Les variables quantitatives ont été décrites en moyenne et écart type et les variables qualitatives ont été décrites en effectifs et pourcentage.

Résultats : Durant la période d'étude, 18 patients présentant une occlusion intestinale aigue par VCS ont bénéficié en urgence d'une coloscopie d'exsufflation. Il s'agissait de 14 hommes et de 4 femmes dont l'âge moyen était de 60.1ans [26-81 ans].L'exsufflation endoscopique a été réalisée avec succès et sans incidents chez 15 patients soit un succès primaire de 83.3 %.Aucune complication n'a été notée. L'échec de l'exsufflation a été observé chez 3 patients, deux malades avaient les signes de souffrance colique endoscopique et un seul patient avait une sténose du collet du volvulus qui était infranchissable nécessitant la réalisation en urgence d'une colectomie avec une colostomie.
Une récidive précoce dans un délai moyen de 11 jours [7,20] a été observée chez cinq patients, soit un succès secondaire du traitement endoscopique de 69.2%.
La sigmoïdectomie à froid a été réalisée chez 69.2% des patients ayant bénéficié d'une exsufflation endoscopique (n=9) dans un délai médian de 29jours [5-50].

Conclusion : En l'absence de signes de gravité, le dévolvulation et l'exsufflation endoscopique première représente le traitement de choix des occlusions par VCS. Son taux de succès primaire et secondaire sont satisfaisants. Elle permet ainsi de sortir de la phase aiguë, et de programmer la sigmoïdectomie à froid dans de meilleures conditions.

P.267

FOGD chez la femme enceinte avec vomissements : quel apport diagnostique ? A propos de 45 cas

H. Mahtal [1], F. Haddad [1], S. Nacer [1], F.Z. Elrhaoussi [1], M. Tahiri [1], W. Hliwa [1], A. Bellabah [1], W. Badre [1]
(1) Casablanca, MAROC.

Introduction : Les vomissements chroniques chez la femme enceinte sont-ils toujours rattachés à la grossesse ?
Le but de notre travail est de rapporter les aspects endoscopiques retrouvés pour des vomissements chroniques chez les femmes enceintes qui pour certaines ayant nécessité une admission en réanimation pour correction des troubles hydro électrolytiques.

Patients et Méthodes : Etude rétrospective étalée sur 05 ans du Janvier 2018 à juillet 2022 colligeant 45 cas de fibroscopies réalisées chez des femmes enceintes pour des vomissements, épigastralgies et/ou hématémèse.

Résultats : L'âge moyen des patientes était de 31.6 ans avec des extrêmes allant de 20 à 42 ans. Le motif de consultation était des vomissements seuls chez 27 patientes soit 60%, des vomissements et épigastralgies chez 11 patientes soit 24,5% et des vomissements associés à des hématémèses chez 7 cas soit 15,5%. 33,3% des fibroscopies était réalisées au cours du 1er trimestre de grossesse, 35,6% au cours du 2ème trimestre et 31,1% au cours du 3ème trimestre. La fibroscopie était normale dans 13,1% des cas, et elle a montré dans la plupart des cas les conséquences des vomissements :
Une œsophagite stade I de la classification de Savary –Miller dans 24,5% des cas
Une œsophagite stade II de la classification de Savary –Miller dans 20% des cas.
Une œsophagite stade III de la classification de Savary –Miller dans 4,5% des cas.
Un syndrome de MALLORY WEISS dans 4,5% des cas.
Par ailleurs elle a permis de diagnostiquer :
Une gastrite antrofundique dans 25 cas soit 55,5%.
Une hernie hiatale dans 9 cas soit 20% des cas.
Un ulcère bulbaire stade iii de forest dans 2 cas soit 4,4% des cas.
Des varices Œsophagiennes chez une malade soit 2,3%.

Conclusion : Les vomissements au cours de la grossesse sont fréquents et source d'inquiétude aussi bien des parturientes que des médecins. Dans notre étude, la FOGD a montré les complications de vomissements plutôt que l'explication de leur origine.

P.268

Particularités cliniques et endoscopiques des hémorragies digestives sous anticoagulants oraux (AO)

N. El Azzam [1], H. Aouroud [1], F.E. Lairani [1], S. Oubaha [1], Z. Samlani [1], K. Krati [1]
(1) Marrakech, MAROC.

Introduction : L'anticoagulation orale à base des AVK et des AOD, est une thérapeutique indispensable dans le traitement de certaines pathologies cardio-vasculaires.
Objectifs : Etudier les particularités cliniques et endoscopiques des patients présentant une hémorragie digestive sous AO.

Patients et Méthodes : Une étude rétrospective était menée dans notre service colligeant, sur une période de 2015-2021, tous les patients ayant présenté une hémorragie digestive sous AO, les patients ayant une HTP sous AO ont été exclus.

Résultats : Sur 1200 patients ayant présenté une hémorragie digestive entre 2015-2021, 62 patients étaient sous AO ; l'âge moyen est de 52 ans (24-88), sexe ratio 1,25 (F /H). Tous nos patients ont été traités par des AVK, et un seul sous anti Xa par voie orale. Parmi ces 72 patients, 45% ont présenté des méléna, et 23% d'hématémèse ,33% présentant les deux, 11% des rectorragies . Une FOGD était réalisée chez 100% des cas et une coloscopie a été réalisé chez 12 patients précédé d'un examen proctologique; une rectosigmoidoscopie été réalisé chez un seul patient. Les causes de saignement les plus fréquentes étaient un ulcère gastroduodénal (41%), 5% des angiodysplasies, 2% des diverticules, une cause proctologique (2%) et une lésion tumorale colorectale (2%) ; 9 cas des mélénas avec FOGD normal pour lesquels on a compléter par coloscopie .Chez les 8 restants un angioscanner abdominal a été réalisé qui est revenu normal, une VCE a été réalisée chez 20 patients.

Conclusion : Dans cette étude, la FOGD n'a pas trouvé des explications dans la moitié des cas (48%), chez 52% des malades l'UGD demeure être la cause la plus dominante. Il ne semble pas exister de corrélation entre la gravité de l'hémorragie et le type de lésion ou d'anticoagulant.

P.269

Facteurs influençant la qualité de la préparation à la coloscopie

A. Sair [1], A. Benhamdane [1], S. Mrabti [1], T. Addajou [1], R. Berraida [1], S. Sentissi [1], F. Rouibaa [2], A. Benkirane [1], H. Seddik [1]

(1) Rabat, MAROC ; (2) Casablanca, MAROC.

Introduction : L'efficacité de la coloscopie dépend de la qualité de l'examen, la préparation colique est essentielle pour visualiser clairement l'ensemble de la muqueuse colique et d'identifier les lésions précancéreuses, polypes ou autres. Une mauvaise préparation est associée à un geste plus long et plus difficile, à des lésions pathologiques manquées et à un risque de complications. Les facteurs prédictifs d'une mauvaise préparation ne sont pas bien définis. L'objectif de notre étude était de déterminer les facteurs prédictifs d'une mauvaise préparation.

Matériels et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive et analytique, portant sur les patients ayant bénéficié d'une coloscopie sur une durée de 3 ans. Les patients connus porteurs de maladie inflammatoire chronique de l'intestin (MICI) ont été exclus de notre étude.
Une mauvaise préparation était définie par un score de Boston inférieur ou égale à 5. L'analyse statistique a été réalisée par le logiciel SPSS21.0.

Résultats : Parmi 1143 coloscopies réalisées 39,2% avaient une mauvaise préparation. La moyenne d'âge des patients ayant une mauvaise préparation était de 57,8 ± 16,2 ans avec une prédominance masculine 58,9% et un sexe ratio (H/F) à 1,43.
Après analyse univariée, les facteurs prédictifs d'une mauvaise préparation étaient : sexe masculin [OR=1,5 ; p=0,001], âge supérieur à 70 ans [OR=2,7 ; p<0,001], la présence d'une constipation [OR=1,6 ; p<0,001], les patients ayant une diverticulose colique [OR=5,3 ; p<0,001] ou un processus colorectal [OR=2,1 ; p=0,007].
Après analyse multivariée, seul l'âge supérieur à 70 ans [OR=1,8; p=0,038], la constipation [OR=2,3 ; p=0,003] et la présence d'une diverticulose colique [OR=4,1 ; p <0,001] étaient associés de façon statistiquement significative à une mauvaise préparation.

Conclusion : Le taux des mauvaises préparations reste élevé, et les facteurs qui y semblent associés sont l'âge supérieur à 70ans, la présence d'une constipation et les patients porteurs de diverticulose colique.

P.270

Place de la CPRE dans les sténoses de la voie biliaire principale

A.F.Z. Mejait [1], A. Hakima [1], A. El Mekkaoui [1], M. El Yousfi [1], M. El Abkari [1], S.A. Ibrahimi [1], D.A. Benajah [1], N. Lahmidani [1]

(1) Fès, MAROC.

Introduction : Les sténoses biliaires sont dues à une obstruction des voies biliaires par des processus lésionnels bénins ou malins. L'origine maligne inclut les tumeurs endo biliaires (cholangiocarcinomes) ; les tumeurs du pancréas et les compressions extrinsèques (adénopathies, métastases…),tandis que la sténose biliaire bénigne survient le plus souvent après chirurgie des voies biliaires, mais peut se voir aussi au décours de pathologies inflammatoires et ischémique des voies biliaires.L'objectif de notre étude est de déterminer l'apport de la CPRE dans les sténoses de la VBP .

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective à visée descriptive.Nous avons colligés tous les patients chez qui une CPRE a été réalisée durant la période s étalant entre janvier 2011 et décembre 2021. Les données des patients ont été exploitées à partir des registres de la cholangio pancréatographie rétrograde endoscopique (CPRE).

Résultats : Sur les 3680 CPRE réalisées,une sténose biliaire a été diagnostiquée dans 44 % des cas .L'âge moyen était de 58 ans avec un sex ratio de 1.2(F/H).Les symptômes cliniques étaient représentés essentiellement par l'ictère cholestatique (98 %) , les douleurs de l'Hcdt ((88 %) le prurit (60 %),la fièvre(22%) et l'altération de l'état général (32 %). 42 % respectivement).Le taux moyen de la bilirubine directe était de 162 mg/L, celui de la cholestase à 7.5*LSN tandis que celui de la cytolyse était à 5.1*LSN.Les marqueurs tumoraux étaient positifs chez 72 % des malades. Tous nos patients avaient bénéficié d'une échographie abdominale objectivant une dilatation de la VBP .Une TDM a été réalisée chez 88 % des malades alors que 44 % ont bénéficié d'une Bili IRM .Les résultats de l'imagerie étaient comme suit : cholangiocarcinome (40% des cas), cancer du pancréas (42 % des cas),ampullome vatérien (8 %), compression extrinsèque (6 %), CSP (1%), post-chirurgie 1%),origine indéterminée (2 %).10 % des malades avaient bénéficié d'une échoendoscopie.L'exploration endoscopique a révélé une sténose suspecte dans 95 % des cas, une sténose bénigne dans 3 % des cas .65 % des sténoses étaient distales tandis que 35 % se localisaient au niveau proximal. La taille moyenne de la VBP en cholangiographie était de 11.5 mm. Le taux de réussite pour le traitement des sténoses biliaires était de 90 % (sphinctérotomie réalisée dans 93% des cas une mise en place de prothèses plastiques dans 81 % des cas *vs* 19 % de stents métalliques).22 % de nos malades ont bénéficié d'un diagnostic histologique (brossage 20 %,biopsie canalaire 80 %) revenant positif (tumoral) dans 15 % des cas.

Conclusion : La CPRE est une technique de référence dans la prise en charge des sténoses bénignes et malignes de la VBP. Elle a un double intérêt diagnostique et thérapeutique .

P.271

Qualité de la préparation colique chez les patients porteurs d'une stomie digestive : à propos de 58 cas

M. Bouzelfa [(1)], M. Ben Hmida [(1)], H. Elloumi [(1)], S. Ben Hamida [(1)], B. Saber [(1)], A. Belkhamsa [(1)], I. Cheikh [(1)]

(1) Bizerte, TUNISIE.

Introduction : Il est parfois nécessaire, à la fin d'une intervention, de mettre en place une stomie digestive de protection. Elle est habituellement refermée lors d'une deuxième intervention chirurgicale (en moyenne 2 à 3 mois après l'intervention initiale). Une coloscopie est indiquée ainsi en pré-rétablissement de la continuité digestive. L'efficacité de la préparation de cette dernière conditionne directement les performances de l'examen avec un double impact médical et médico-économique.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive étalée sur une période de 2 ans (2020-2022) menée dans notre service d'hépato-gastro-entérologie à l'hôpital Habib Bougatfa de Bizerte, colligeant tous les patients qui ont été opérés avec mise en place d'une dérivation digestive et ayant bénéficié d'une coloscopie dans la cadre du bilan pré-rétablissement de la continuité. Le score de Boston était manqué dans la plupart des comptes rendus, la préparation colique était jugée bonne, moyenne ou mauvaise.

Résultats : Au total 58 patients ont été inclus. L'âge moyen était de 59,8 ans avec des extrêmes (34-90ans). 40 patients étaient d'âge supérieur à 50 ans soit 69% des cas. Une prédominance masculine a été notée (32 hommes contre 26 femmes) avec un sexe ratio de 1,2. Les indications de la chirurgie avec une dérivation digestive étaient: une néoplasie colique dans 33 cas (56,8%) (tumeur du colon sigmoïde dans 23 cas dont 3 cas de péritonite par perforation sigmoïdienne, tumeur du colon descendant dans 7 cas et une tumeur colique droite dans 3 cas), une néoplasie rectale dans 11 cas (18,9%), une maladie de crohn sténosante dans 5 cas (8,6%), un gangrène du périnée dans 3 cas (5%), une perforation iatrogène du colon transverse dans 2 cas (3,4%), une sigmoïdite diverticulaire compliquée dans 2 cas (3,4%), un volvulus du sigmoïde dans 1 cas (1,7%) et une perforation rectale par un corps étranger dans 1 cas (1,7%). La chirurgie a été réalisée en urgence dans 37 cas (63,7%) alors qu'elle été différée dans 21 cas (36,2%).
Avant le rétablissement de la continuité intestinale, nous avons réalisé une coloscopie à tous ces malades. La coloscopie était totale dans 36 cas (62%) alors qu'elle était incomplète à cause d'une préparation insuffisante dans 22 cas (37,9%). La préparation colique a été jugée bonne dans 18 cas (31%), moyenne dans 13 cas (22,4%) et mauvaise dans 27 cas (46,5%). Un recours à une 2ème coloscopie était nécessaire dans 29 cas (50%), à cause d'une préparation insuffisante, dont 12 malades (20,6%) ont été repris à cause de la présence des matières solides au niveau du côlon distal. 14 coloscopies (24%) ont mis en évidence la présence des polypes coliques. Une colite de diversion a été observée dans 11 cas (18,9%).

Conclusion : Dans notre étude, qui s'est intéressée particulièrement aux malades opérés portant d'une stomie de protection, le recours à une 2ème tentative de coloscopie a été noté dans la moitié des cas. Un taux jugé important nécessitant des efforts supplémentaires pour répertorier soigneusement les causes d'échec. Une consultation pré-coloscopie, une préparation fractionnée, l'adjonction de lavements rectaux et un bref délai entre la dernière prise du soluté de préparation et la coloscopie peuvent être proposés.

P.272

Hémorragie digestive haute : taux de récidive et impact sur la mortalité

F.Z. El Hajoubi [(1)], H. El Bacha [(1)], A. El Karimi [(1)], N. Benzzoubeir [(1)], I. Errabih [(1)]

(1) Rabat, MAROC.

Introduction : Les hémorragies digestives hautes constituent un motif fréquent de consultation aux urgences. Grâce à l'évolution des nouvelles techniques d'hémostase, les taux de morbidité et de mortalité ont diminué mais restent significatifs dans la plupart des études rapportées dans la littérature. Le but de notre travail est d'étudier les profils épidémiologiques et évolutifs des hémorragies digestives hautes.

Matériels et Méthodes : Il s'agit d'une étude prospective et descriptive, s'étalant sur une période de 27 mois d'avril 2020 à Aout 2022. Ont été inclus dans notre étude les patients consultant pour hémorragie digestive et qui ont bénéficié d'un examen clinique complet, un bilan biologique complet, d'une fibroscopie œso-gastro-duodénale et d'un suivi immédiat et à distance. Ont été exclus, les patients n'ayant pas bénéficié d'une fibroscopie œso-gastro-duodénale et ceux dont les dossiers ont été incomplets.

Résultats : 231 patients présentant une hémorragie digestive ont été inclus dans notre étude. L'âge moyen est de 56,1 ans (extrêmes : 20 et 90 ans). Le sexe ratio H/F est de 1,26. Un antécédent d' hémorragie digestive haute était noté chez 41 malades (17,7%).
Le mode de révélation de l'hémorragie digestive haute était des mélénas associées aux hématémèses chez 93 patients (40%), des mélénas chez 68 patients (29,4%),des hématémèses chez 50 patients (21,6%), et de rectorragies chez 20 patients (8,6%).
119 patients ont bénéficié d'une transfusion (51% des patients) et 37 patients ont nécessité un passage en service de réanimation (16% des cas).
L'ulcère gastro-duodénal était la cause la plus fréquente du saignement rencontré chez 106 malades (45,9% des cas) : Il était de localisation gastrique chez 36 malades (15,6%) et bulbaire chez 70 malades (84,4%). 64 patients (28 %) ont bénéficié d'un geste hémostatique.
La récidive hémorragique totale a été notée chez 23 patients (10,3%) : 9 patients présentant une rupture de varices œsophagiennes (39,13%), 6 patients ayant un UGD (26%), 4 patients présentant des angiodysplasies (17,39%) et 4 patients avaient présenté une récidive de mélénas avec FOGD normale. On ne note pas de prédominance d'un sexe sur l'autre chez patients présentant une récidive avec un âge moyen qui était de 53 ans. Le délai moyen de récidive est de 26,51 jours. Dix de ces patients étaient sous anticoagulants et/ou antiagrégant plaquettaires avant l'épisode hémorragique (43%). Parmi ces patients, seulement 5 avaient bénéficiés d'un traitement endoscopique (27%) dont deux clips hémostatiques et trois ligature de VO. On déplore 6 cas de décès (2,59% des cas) : 2 cas d'UGD et 4 cas de rupture de VO. Tous les patients décédés avaient présenté une récidive hémorragique (100%).

Conclusion : La récidive hémorragique totale dans notre série était de 2,59 %. La présence de VO, la prise de traitement anticoagulant et/ou anti agrégant plaquettaire, l'absence de traitement endoscopique semblent être des facteurs associés à la récidive hémorragique. Tous les patients décédés avaient présenté une récidive hémorragique.

P.273

Le traitement endoscopique des pathologies obstructives œsophagiennes

C. Mehdaoui , S. Rami , M. Oustani , S. Azzmouri , W. Khannoussi , G. Kharrasse , A. Zazour , Z. Ismaili
Oujda, MAROC

Introduction : La mise en place de prothèse œsophagienne est une technique innovante non chirurgicale de référence dans la prise en charge thérapeutique palliative des sténoses malignes, des fistules œso-bronchiques ou trachéales et dans les sténoses bénignes dites réfractaires. Cette technique est non dénuée de complications, ce qui impose un choix attentif et précis du type de prothèse et un recul suffisant pour l'endoscopiste. Cependant, elle permet la réduction de la morbi-mortalité consécutive à la dénutrition et l'amélioration de la qualité de vie surtout en cas de traitement palliatif envisagé.

Matériels et Méthodes : Nous avons mené une étude rétrospective monocentrique de type descriptif au sein du service d'hépato-gastro-entérologie et d'endoscopie interventionnelle sur une période de 5 ans allant du mois mai 2016 jusqu'au décembre 2021, colligeant ainsi 16 patients. Les critères d'efficacité du traitement était l'amélioration de la dysphagie, la prise de poids, la correction des anomalies biologiques (anémie, hypo-albuminémie..), et la nécessité d'une reprise endoscopique.

Résultats : Notre série est caractérisée par une nette prédominance masculine avec un sex-ratio (homme/femme) de 3. Un âge moyen de 64 ans +/- 15 ans. Le motif d'admission était majoritairement une dysphagie chez 69% des patients (n= 11) et une aphagie chez 31% (n=5).
Les patients inclus dans notre série d'étude sont suivis dans la moitié des cas pour un adénocarcinome de l'œsophage(n=8), un adénocarcinome broncho-pulmonaire dans 25% des cas (n=4), un carcinome épidermoïde pulmonaire dans 6% des cas (n=1), une tumeur mésenchymateuse pulmonaire dans 6% des cas (n=1) et un adénocarcinome de la jonction œsogastrique chez 6% des cas (n=1) et un seul cas de traumatisme thoracique occasionnant une fistule œso-trachéale.
Presque les ¾ des patients ayant une pathologie tumorale (n=15), ont un stade IV de leur maladie (n=13) et 2 seulement de ces cas ont un processus jugé résécable mais vu leurs comorbidités, ils sont jugés non opérables
La gastroscopie a objectivé une sténose œsophagienne infranchissable chez la majorité des cas 88% (n=14), siégeant au niveau du bas œsophage dans 29 % des cas (n=4) et l'œsophage moyen dans 71 % (n=10). L'étendue moyenne de la sténose était de 6 cm +/- 3 cm avec une distance moyenne des arcades dentaires de 30 cm +/-7cm. Une fistule œso-bronchique ou trachéale est constatée chez 2 patients (12%) avec une distance des arcades dentaires qui est de 20 cm et 30 cm respectivement. Une prothèse métallique œsophagienne était mise en place avec succès chez tous les patients, totalement couverte chez 8 cas, non couverte chez 5 et partiellement couverte chez 3 patients.
Les complications immédiates dans notre série d'étude sont dominées par la douleur chez 67% des cas (n=4) sans autre complication immédiate (saignement, perforation, migration ou décès immédiats).
Les complications à un mois d'intervalle, étaient des douleurs chez 2 patients (12%), deux cas de prothèses non fonctionnelles due à la une progression tumorale obstruant la lumière œsophagienne et un cas de migration de prothèse en intra-gastrique repositionnée par voie endoscopique.
Une amélioration de la qualité de vie est notée chez 9 cas dont 8 cas (89%) ayant une pathologie tumorale sous traitement palliatif, la dysphagie s'est améliorée aussi chez 56% (n=9), une prise de poids est constatée chez 12% (n=2) et une amélioration du bilan de retentissement biologique chez 25% des cas (n=4).
Une récidive de la dysphagie est notée chez 25 % des patients (n= 4) due à la progression tumorale avec obstruction de la prothèse bénéficiant d'une mise en place d'un stent in stent chez un patient, une extraction du stent chez un cas et un lavage avec extraction des bourgeons tumoraux chez deux cas. La moyenne de survie était de 3 mois et 22 jours, en cas de mise en place de prothèse œsophagienne sur une pathologie maligne.

Conclusion : Le stenting des pathologies obstructives de l'œsophage est un geste simple, sûr et efficace qui permet la reperméabilisation des obstructions symptomatiques de l'œsophage et ainsi la réduction de la morbi-mortalité des patients et l'amélioration de la qualité de vie avec moins de complications.

P.274

Efficacité de la sphinctérotomie endoscopique dans la prise en charge des lithiases résiduelles de la voie biliaire principale

S. Hdiye [1], S. Berrag [1], F. Nejjari [1], I. Mouslim [1], R. Chaibi [1], F. Ait Iken [1], C. Jioua [1], S. Rokhsi [1], J. Benass [1], I. Radouane [1], S. Ouahid [1], T. Adioui [1], M. Tamzaourte [1]

(1) Rabat, MAROC.

Introduction : La prise en charge de la lithiase de la voie biliaire principale (LVBP) a considérablement changé depuis l'introduction de la sphinctérotomie endoscopique (SE) en 1974, qui apparait de nos jours comme étant le traitement de choix. Le but de notre travail est de montrer l'efficacité de la SE dans la prise en charge de la lithiase de la voie principale et de souligner son faible taux de complications.

Patients et Méthodes : Nous avons mené une étude rétrospective descriptive s'étalant sur une période de 2 ans allant de septembre 2020 à septembre 2022. Ont été inclus tous les patients présentant une lithiase résiduelle de la VBP traités par cholangio-pancréatographie rétrograde endoscopique (CPRE) avec SE. Le succès de la SE a été défini par l'obtention de la vacuité de la VBP. L'analyse des données statistiques a été faite grâce au logiciel Spss25. Les variables quantitatives ont été décrites en moyennes et écart type et les variables qualitatives ont été décrites en effectifs et pourcentages.

Résultats : Nous avons inclus 50 patients dans notre étude, l'âge médian était de de 59,9 ans [35-94ans]. Le sex ratio était de 0,57 (32 femmes et 18 hommes).
Des 37 des patients ayant réalisés la Bili-IRM avant l'intervention, les lithiases de la VBP ont été visibles dans 73% des cas. La médiane de la taille était de 8.4 mm [3 -17mm].
La médiane de la durée d'intervention était de 48min [25min - 90min].
Le taux du succès du traitement endoscopique était de 84,8%. Nous avons noté un échec d'évacuation chez 11.1% des patients (n=6). Ces patients ont bénéficié d'une mise en place d'une prothèse plastique.
Nous avons noté 11.4% des complications : 3 cas de pancréatite (6.8%), 2 cas d'hémorragie (4.5%).

Conclusion : La sphinctérotomie endoscopique constitue actuellement le traitement de référence dans la prise en charge des gros calculs ou des empierrements de la VBP.

P.275

Ingestion de corps étrangers : place de l'endoscopie en urgence

K. Belhaj [1], F.Z. Benamor Seghir [1], F. Haddad [1], F.Z. Elrhaoussi [1], M. Tahiri [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 qui représente la 2ème indication d'endoscopie en urgence. La nature et la localisation du corps étranger déterminent l'indication et le délai de son extraction. Le but de notre travail est d'évaluer le taux de succès d'extraction endoscopique des corps étrangers ainsi que les moyens utilisés.

Patients et Méthodes : Etude rétro- prospective, descriptive sur une période de 7 ans (juillet 2015 – Aout 2022), incluant tous les patient admis en 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 : Durant cette période, 58 fibroscopies œsogastroduodénales ont été réalisées pour l'extraction d'un corps étranger ingéré. On note une prédominance masculine (sex-ratio H /F: 2,2), un âge moyen de 43,2 ans (15 ans - 80 ans).
Concernant le profil des malades : 15 étaient édentés (25,8%), 9 étaient des prisonniers (15,5%) et 3 avaient des antécédents psychiatriques (5,1%).
L'ingestion était volontaire chez 24,1% des patients alors qu'elle était accidentelle chez le reste. Les impactions alimentaires étaient les plus fréquentes (51%). Une impaction d'un morceau de viande était notée chez 19 patients et d'un os de poulet chez 7 patients. Une ingestion de prothèse dentaire était rapportée chez 11 patients, de briquet chez 5 patients, d'épingle de foulard chez 3 patients, de pièce de monnaie chez 2 patients, de lame de rasoir chez 2 patients et de piles chez également 2 patients. Chez le reste des malades il s'agissait de bouchon de bouteille, clé, chaussette, billet d'argent et d'agrafes métalliques.
Le corps étranger était retrouvé chez 26 malades au niveau œsophagien (44%), chez 21 malades au niveau gastrique (36%) et chez 2 malades au niveau duodénal (3%).
Une ingestion de multiples corps étrangers était observée chez 7 patients. L'extraction se faisait essentiellement par l'anse à panier, l'anse diathermique et la pince tripode.
Le succès d'extraction était obtenu chez 42 patients (72%), le corps étranger n'a pas été retrouvé chez 9 patients (15,5%) et l'extraction avait échoué chez 7 patients (12%) dont 3 ont été opérés. Une perforation œsophagienne était notée, par impaction d'os de poulet, traitée par clips avec bonne évolution.

Conclusion : Dans notre pratique, le taux de succès de l'extraction endoscopique en urgence des corps étrangers est satisfaisant, avec un faible risque de complications.

P.276

La panniculite mésentérique : intérêt de l'endoscopie digestive basse dans le bilan étiologique

A. Nciri [1], M. Ben Abdelwahed [2], E. Souilem [1], R. Baklouti [1], N. Ben Chaaben [1], L. Safer [1]
(1) Monastir, TUNISIE ; (2) Tunis, TUNISIE.

Introduction : le diagnostic de panniculite mésentérique est scannographique. Un bilan étiologique minimal est nécessaire pour éliminer une pathologie néoplasique ou infectieuse.
L'objectif de notre étude est d'observer l'apport de la colonoscopie dans le bilan étiologique de la panniculite mésentérique.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective incluant les patients explorés par une colonoscopie demandée dans le cadre de bilan étiologique d'une panniculite mésentérique entre 2001 et 2022. Les patients ont été classés selon la présence (groupe A) ou l'absence de signes évocateurs de pathologie inflammatoire ou néoplasique colique.

Résultats : On a inclus 73 patients avec un sex-ratio H/F à 0.83. Le délai moyen de l'endoscopie est de 28 [19-57] après le diagnostic de la panniculite. Vingt-un patient avaient une symptomatologie évocatrice de pathologie néoplasique ou inflammatoire. Une néoplasie colique était diagnostiquée dans 07 cas, un aspect évocateur de tuberculose intestinale dans 01 cas et un aspect évocateur de Maladie inflammatoire chronique de l'intestin dans 04 cas.
On observe Une corrélation significative entre la présence de pathologie néoplasique ou infectieuse colique et l'existence de symptomatologique d'appel vers une pathologie colique (p=0.042), indépendamment de l'âge (p=0.061) et des antécédents de néoplasie familiale colique (p=0.33).

Conclusion : En l'absence de signes d'appel coliques, la colonoscopie n'a pas d'intérêt dans le bilan étiologique d'une panniculite mésentérique. Cette dernière ne modifie pas la stratégie de dépistage de cancer colorectal.

P.277

Intérêt d'un test par Polymerase Chain Reaction d'une biopsie rectocolique pour le diagnostic d'une tuberculose intestinale dans un pays à forte endémicité tuberculeuse

M. Rakotomaharo [1], A.L.R. Rakotozafindrabe [2], H. Rakotoniaina [1], T.H. Rabenjanahary [1], D.H. Hasina Laingonirina [1], N.H. Randriamifidy [1], A.S. Rasolonjatovo [1], S.H. Razafimahefa [3], R.M. Ramanampamonjy [2]
(1) Tananarive, MADAGASCAR ; (2) Antananarivo, MADAGASCAR ; (3) Fianarantsoa, MADAGASCAR.

Introduction : Dans les pays à forte prévalence, le diagnostic d'une tuberculose intestinale est souvent difficile à cause des similitudes avec d'autres colites chroniques. L'histologie est le dernier recours alors que sa disponibilité et sa sensibilité est faible. Notre objectif sera d'évaluer l'intérêt du test Polymerase Chain Reaction sur les biopsies recto-coliques dans le diagnostic de la tuberculose intestinale.

Patients et Méthodes : Il s'agissait d'une étude prospective descriptive réalisée au service d'Hépato-gastro-entérologie d'un centre hospitalier universitaire au mois de décembre 2021 jusqu'au mois d'octobre 2022. Les patients diagnostiqués comme tuberculose intestinale par un test Polymerase Chain Reaction d'une biopsie recto-colique ont été inclus dans l'étude.

Résultats : Quatre patients ont été inclus dans l'étude. L'âge moyen de ces patients était de 27,7 ans. Le sex ratio était de 3. Les signes présentés par les patients étaient dominés par une altération de l'état général (n=4 (100%)), des douleurs abdominales (n=3(75%)), des diarrhées chroniques (n=2(50%)), un abcès péri-anal (n=2(50%)) et une fièvre (n=1(25%)). Les lésions retrouvées à l'endoscopie étaient : des lésions ulcérées et aphtoïdes (n=3(75%)), des lésions polypoïdes (n=2(50%)) et une iléite (n=1(25%)). Les prélèvements ont été réalisés au niveau du rectum chez 2 patients et au niveau du colon chez les autres (n=2). Une seule biopsie retrouvait un granulome giganto-cellulaire à l'examen anatomo-pathologique. Les autres montraient une colite chronique non spécifique. Au moins deux pièces biopsiques ont été recueillies pour la réalisation du test par Polymerase Chain Reaction (Xpert Ultra MTB/RIF). Le test était qualitatif. Tous les patients étaient mis sous antituberculeux et l'évolution était toute favorable après quelques semaines de traitement.

Conclusion : Cette étude montre qu'au cours de la tuberculose intestinale, le test par Polymerase Chain Reaction pourrait être une alternative de l'histologie car sa sensibilité peut être élevée. Une étude à grande échelle peut-être nécessaire pour prouver sa performance dans les pays à forte endémicité tuberculeuse.

P.278

Écho-endoscopie et applications bilio-pancréatiques : expérience monocentrique. A propos de 100 cas

N. Faquir [1], F. Belabbes [1], S. Mounsif [1], M. Maizi [1], Y. Benhayoun Sadafyine [1], S. Darhoua [1], F. Rouibaa [1]

(1) Casablanca, MAROC.

Introduction : L'écho-endoscopie biliopancréatique est une méthode d'exploration en gastro-entérologie, elle associe l'échographie et l'endoscopie de la région biliopancréatique et des structures à proximité.
Il s'agit d'une technique échographique qui permet d'utiliser des transducteurs échographiques de haute définition.
Le but de travail est d'évaluer la fiabilité, les points faibles et forts de l'écho-endoscopie ainsi que les autres moyens d'imagerie et comparer les résultats des différentes méthodes ainsi qu'avec les résultats de l'histologie lorsqu'elle à été réalisée.

Matériels et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive portant sur une période de 34 mois, du 01/2019 au 10/2021.
Elle a concerné 100 patients ayant bénéficié d'une écho endoscopie pour pathologie biliopancréatique, au service d'hépato gastroentérologie à l'hôpital universitaire cheikh khalifa.
Nous avons noté les données démographiques, cliniques et morphologiques c'est-à-dire de l'échographie trans cutanée, scanner abdominale et la BILI-IRM ainsi que l'EES.

Résultats : L'âge moyen de nos patients est de 58 ans, avec un sexe ratio H/F : 1.05.
La symptomatologie était dominée par les douleurs abdominales représentant 40 % et l'ictère, la biologie par la cytolyse dans 31% des cas et le syndrome de cholestase biologique dans 37%.
Nous avons noté une prédominance de la pathologie tumorale avec 42% suivie par la pathologie inflammatoire : la pancréatite aigüe dans 25% dans le cadre du bilan étiologique.
De plus 21% des patients présentaient un ictère cholestatique sans étiologie décelable.
Et cela a permis également de redresser plusieurs diagnostiques mais aussi d'innocenter des tumeurs vues aux moyens d'imagerie standard au cours desquels l'EES revient normale dans 5% des cas .
En effet chez 5% de nos patients une masse a été suspectée mais pour laquelle l'histologie revient sans signes de malignité.
D'autres pathologies ont été découvertes lors de l'EES réalisée pour une pathologie biliopancréatique notamment un cas de LPAC syndrome, deux cas de GIST gastriques.
La fiabilité de l'EES dans le diagnostic du cancer du pancréas est de 88% avec une fiabilité du scanner abdominal de 68%.
Notre étude nous a aussi permis d'évaluer avec précision la sensibilité de détection de l'envahissement ganglionnaire et vasculaire des cancers biliopancréatiques et qui était de 88%.

Conclusion : Au vu de notre étude comparative de ces résultats avec les autres types d'explorations, l'EES s'est avérée plus efficace dans l'exploration de la région bilio-pancréatique surtoutpour le bilan d'extension des tumeurs et le diagnostic des lithiases cholédociennes et la caractérisation des lésions kystiques mais a aussi permis le diagnostic étiologique d'une pancréatite aigüe.

P.279

Corrélation radiologique et endoscopique dans le diagnostic des épaississements digestifs

S. Belhorma [1], F. Amri [2], S. Azzmouri [1], K. Chahi [3], W. Khannoussi [1], G. Kharrasse [1], Z. Ismaili [1], A. Zazour [1]

(1) Oujda, MAROC ; (2) oujda ; (3) guercif.

Introduction : L'épaississement de la paroi du tube digestif constaté au cours d'une imagerie (échographie,scanner) est un élément capital qui signe souvent à lui seul l'organicité d'une pathologie digestive. Néanmoins, devant la multitude des pathologies susceptibles d'être à l'origine d'un épaississement pariétal digestif, il est nécessaire de compléter par une exploration endoscopique afin de confirmer un diagnostic étiologique,l'objectif de notre étude est d'évaluer le degré de corrélation radio-endoscopique dans le diagnostic des épaississements digestifs ainsi que préciser les étiologies les plus fréquentes.

Matériels et Méthodes : Nous avons étudié rétrospectivement durant une période de 6 ans (2016-2022) l'ensemble des patients colligés au service d'hépato-gastro-entérologie au CHU Mohammed VI ayant des épaississements digestifs sur l'imagerie qui ont bénéficié d'une exploration endoscopique diagnostique.

Résultats : Sur un total de 640 malades ayant des épaississements digestifs révélés radiologiquement (échographie digestive, scanner cervico- thoraco-abdomino-pelvien), un aspect bénin décrit en tant qu'un épaississement régulier symétrique d'une paroi digestive a été retrouvé chez 65% patients (n=416) (60% recto-coliques,25%gastriques et 15 %œsophagiens), la confrontation endoscopique (fibroscopie ou coloscopie) a permis le diagnostic d'une pathologie bénigne dans 55% cas,un aspect endoscopique normal de la région épaissie a été retrouvé dans 45%,les pathologies diagnostiquées par endoscopies étaient (les maladies inflammatoires 35 %, la pathologie ulcéreuse 25%, les polypes 20%,la gastropathie hypertensive 10%,les maladies infectieuses 8% et la pathologie ischémique 2%), une discordance radio-endoscopique a été notée dans 45% cas .Un aspect radiologique de malignité décrit en tant qu'un épaississement irrégulier asymétrique d'une paroi digestive a été retrouvé dans 35% cas,une concordance endoscopique a été notée dans 85% cas permettant de diagnostiquer des processus tumoraux (recto-coliques 55%, gastriques 35%, œsophagiens 10%),une pathologie bénigne d'un épaississement irrégulier a été retrouvée dans 10% cas (polypes,ulcères) et un aspect endoscopique normal dans 5% cas.

Conclusion : Une corrélation radio-endoscopique des épaississements digestifs est essentielle pour établir un diagnostic étiologique tout en tenant compte d'un risque non négligé des discordances d'où la nécessité d'une concertation pluridisciplinaire.

P.280

Facteurs associés au succès du drainage biliaire endoscopique dans le traitement palliatif des cancers bilio-pancréatiques

J. Benass [(1)], K. Boualiten [(1)], A. Benhamdane [(1)], T. Addajou [(1)], S. Mrabti [(1)], A. Sair [(1)], M. Ahmed [(1)], B. Aourarh [(1)], R. Berraida [(1)], F. Rouibaa [(2)], A. Benkirane [(1)], H. Seddik [(1)]

(1) Rabat, MAROC ; (2) Casablanca, MAROC.

Introduction : Le drainage biliaire endoscopique connait des progrès incessants et prend une large place dans le traitement palliatif des sténoses malignes des voies biliaires.
Notre objectif à travers cette étude est d'exposer les résultats de cette technique dans notre formation, ainsi que les différents facteurs associés à son échec ou son succès.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective entre Janvier 2008 et aout 2022, à propos de 235 patients ayant bénéficié d'un drainage endoscopique pour sténose biliaire d'origine néoplasique, et qui sont répartis en 3 groupes : les patients atteints d'un cholangiocarcinome dans le groupe « A », d'un cancer du pancréas dans groupe « B », et d'un calculocancer dans le groupe « C ». L'analyse statistique a été réalisée par le logiciel Jamovi 2.0.0.0 en utilisant le modèle de régression logistique binaire en analyse univariée et multivariée. Les variables quantitatives ont été décrites en moyenne et écart type et les variables qualitatives ont été décrites en effectifs et pourcentage.

Résultats : L'âge moyen était de 63,8±11,4 ans avec un sex ratio à 1,57. Le succès global était de 82,4% et l'étude comparative des résultats dans les 3 groupes a montré un taux de succès à 82,8% du groupe B, suivi du groupe du groupe A à 81,3% et du groupe C à 82,1%.
En analyse multivariée et en ajustant les paramètres étudiés, à savoir le sexe, l'âge, l'imagerie, la présence de métastases et la dilatation endoscopique de la sténose, seules la présence de métastases et la dilatation endoscopique de la sténose modifient le taux de succès. La dilatation endoscopique de la sténose avant la mise en place de prothèse multiplie par 7,45 le taux de succès [OR=7,45 ; p=0,001], alors que la présence de métastases diminue ce taux de 85% et augmente le risque d'échec [OR=0,15 ; p<0,001].

Conclusion : Notre étude a démontré que 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.

P.281

Drainage endoscopique trans-papillaire des sténoses biliaires secondaires à un cancer du pancréas : à propos de 28 cas

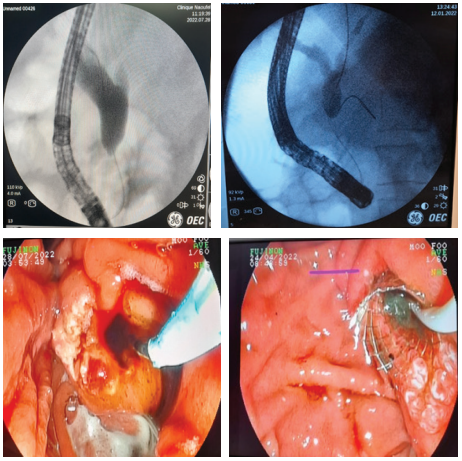
M.N. Chehad [(1)]

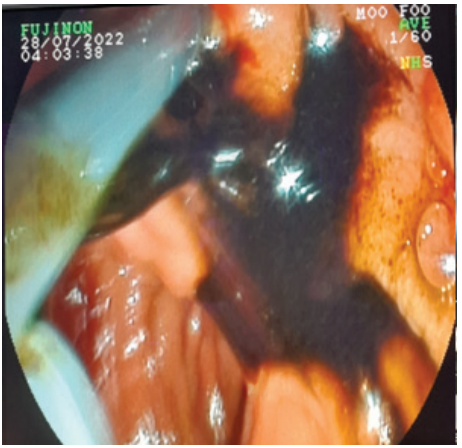
(1) Constantine, ALGÉRIE.

Introduction : Les cancers du pancréas sont la cause la plus fréquente de sténose biliaire d'origine tumorale. Un drainage endoscopique de l'ictère est souvent indiqué notamment si le malade est inopérable, avant une éventuelle chimiothérapie. Nous allons uniquement parlé, dans cette présentation, du drainage trans-papillaire, ne sera pas évoqué le drainage par echoendoscopie.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective sur 16 mois, entre Avril 2021 et Juillet 2022, colligeant 28 patients présentant une sténose biliaire causée par un processus tumoral du pancréas. Le drainage endoscopique a été réalisé par le même opérateur avec le même aide instrumentiste. Ces malades ont été pris en charge dans trois centres différents à l'est du pays. Le diagnostic étiologique est donné par l'imagerie (IRM, scanner, échographie) avec ou sans preuve histologique.
Critère d'inclusion : Ictère cholestatique franc sur cancer du pancréas. Tout malade inopérable. Certains malades opérables, à la demande du chirurgien et/ou présence d'un des critères suivants : Si angiocholite, si bilirubine totale supérieure à 150 mg/l, si chirurgie retardée (3 à 4 semaines) et si traitement néo-adjuvant envisagé.
Critères d'exclusion : Malades opérables ne présentant pas les critères suscités. Tumeurs sans ictère. Envahissement du duodénum empêchant l'accès à la papille. Sténose biliaire par une autre cause tumorale. Sténose biliaire par maladie lithiasique, par dysfonctionnement du sphincter d'Oddie, sténoses inflammatoires ou iatrogènes.

Résultats : 28 patients. Age moyen 64 ans (41-89). Sex-ratio H/F (16/12) 1.33. Les malades étaient inopérables dans 82% des cas (n=23). L'IRM avant le drainage a été demandée chez 78 % des patients (n=22). Cathétérisme biliaire réussi chez 92% des malades (n=26). Le cathétérisme biliaire s'est fait facilement par l'orifice papillaire dans 38% des cas (n=10 sur 26), après technique du « double guide wire » ou après placement d'un stent pancréatique dans 12 % des cas (n=3), après une précoupe dans 35% des cas (n=9), après reprise du malade (en deux temps à une semaine d'intervalle) dans 15 % des cas (n=4). Les stents biliaires placés sont comme suit : Plastique 10 Fr 65% (n=17 sur 26), plastique 8.5 Fr 19% (n=5), plastique 7 Fr 4% (n=1), métallique non couvert 12% (n=3). Les complications liées au drainage : angiocholite et cholécystite 19% (n=5); deux décès liés au geste, le premier après 48 H du geste par embolie pulmonaire massive, le deuxième après un mois du drainage suite à une cholécystite perforée. A noter l'absence de pancréatite post-CPRE sur notre série.





Conclusion : Les taux élevés de précoupe et de drainage en deux temps témoignent de la difficulté technique de prise en charge endoscopique de ce type de pathologies. Cette série confirme la rareté des pancréatites post-CPRE lors du drainage biliaire endoscopique des cancers du pancréas. Contrairement à la pathologie lithiasique, l'angiocholite est la complication la plus redoutée ; ceci est dû à l'utilisation à grande échelle chez nos malades de stents plastiques plutôt que les stents métalliques car ces derniers ont un coût beaucoup plus élevé.

P.282

Particularités des polypes colorectaux chez le sujet âgé : quelle différence avec le sujet jeune ?

K. Boualiten [(1)], J. Benass [(1)], A. Benhamdane [(1)], M. Ahmed [(1)], B. Aourarh [(1)], A. Sair [(1)], T. Addajou [(1)], S. Mrabti [(1)], R. Berraida [(1)], I. El Koti [(1)], F. Rouibaa [(2)], A. Benkirane [(1)], H. Seddik [(1)]

(1) Rabat, MAROC ; (2) Casablanca, MAROC.

Introduction : Les polypes colorectaux sont très fréquents chez le sujet âgé avec un risque accru de malignité. L'analyse morphologique par la vidéo-endoscopie permet une évaluation du pit pattern et de la morphologie lésionnelle du polype. Celle-ci est fondamentale afin de déterminer la technique de résection. Le but de notre étude est d'évaluer les différences entre les patients âgés et les patients plus jeunes en ce qui concerne l'incidence des polypes colorectaux, leurs caractéristiques endoscopiques et le taux de complications global après résection.

Matériels et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective menée au sein de notre service allant de Janvier 2000 à Août 2022. Nos patients ont été répartis en 2 groupes : Le groupe A : patients âgés de moins de 50ans (n=102), et le groupe B : patients âgés plus de 50ans (n=200). Les critères d'inclusion sont : des patients ayant moins de quatre polypes avec une taille > 3mm découvertes au cours d'une coloscopie totale avec une bonne caractérisation des polypes. Tous les polypes ont été caractérisés à l'aide de la lumière blanche, et sont classés selon la classification de Paris. Nous avons ensuite effectué une étude descriptive et comparative entre les deux groupes à l'aide du logiciel SPSS 24.0.

Résultats : L'âge moyen de nos patients était 39,8 ± 8 ans dans le groupe A, alors que dans le groupe B était de 64,4± 8,86 sans différence significative concernant le sex ratio. L'indication de la coloscopie totale était dominée par les rectorragies dans les deux groupes sans différence significative.
Au cours de la coloscopie, les polypes ont été surtout localisées au niveau du colon gauche dans les deux groupes, (49,1% et 39,1% dans les groupes A et B respectivement). La caractérisation des polypes en temps réel a été faite selon la classification de Paris, avec une prédominance significative des polypes sessiles dans le groupe B (82,8% *vs* 66,7%, p= 0,02).
La résection par anse froide était la technique la plus utilisée dans le groupe A dans 41,2% *vs* 16,5 dans le groupe B (p<0,001) alors que la résection à la pince était majoritaire dans le groupe B dans 43,3% *vs* 23,5% dans le groupe A (p= 0,014). En revanche, le taux de complication précoce, définit par la survenue de saignement après polypectomie était sans différence significative entre les deux groupes (p=0,57), ainsi que le taux de complication tardif après utilisation de manoeuvre complémentaire qui était nul.

Conclusion : Notre étude confirme que la résection endoscopique des polypes recto-coliques est une procédure sûre chez les patients âgés et qu'il n'y a aucune différence d'efficacité par rapport aux patients plus jeunes.

P.283

Gastrostomie percutanée endoscopique (GPE) : indications et résultats de la technique

A. El Karimi [1], H. El Bacha [1], F.Z. El Hajoubi [1], N. Benzzoubeir [1], I. Errabih [1]
(1) Rabat, MAROC.

Introduction : La gastrostomie d'alimentation percutanée endoscopique (GPE) représente actuellement la procédure de choix pour la nutrition entérale prolongée de moyenne et de longue durée (>3 semaines chez l'adulte). La prévention des complications immédiates précoces et tardives de ce geste nécessitent la discussion des indications et le respect des contre indications.
L'objectif de notre travail est de rapporter les indications de cette procédure ainsi que l'évolution des patients qui en ont bénéficié au sein de notre service.

Matériels et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive monocentrique, incluant les patients ayant bénéficié d'une GPE sur une période de 2 ans allant de Mai 2020 à Août 2022. Tous les patients ont bénéficié d'une GPE par technique pull combinant un temps endoscopique et un temps cutané. Nous avons étudié les données concernant l'âge, le sexe, l'indication et l'évolution.

Résultats : Notre étude a inclus 25 patients. L'âge moyen était de 43 ans (extrêmes 20 de 72 ans), avec une prédominance masculine, Sex ratio H/F : 1.7 (H=16, F=9). Tous nos patients étaient référés par des services de réanimation. Les troubles neurologiques représentaient la principale indication de GPE dans notre étude, secondaires à un traumatisme crânien dans 5 cas (20 %), à une tumeur cérébrale dans 3 cas (12 %), à un accident vasculaire cérébral hémorragique dans 4 cas (16 %), une sclérose latérale amyotrophique dans 1 seul cas (4 %) et 12 patients étaient victimes d'AVP (48%).
Le geste a été réalisé chez tous nos patients sous anesthésie générale. Aucune complication n'est survenue chez nos malades au cours du geste.
L'évolution était marquée par des suites simples chez 23 malades (92%), et une infection de paroi motivant le retrait de la sonde chez 2 malades (8%). 4 patients (16 %) sont décédés suite à l'évolution naturelle de leur maladie, et 5 (20 %) ont bénéficié d'un retrait de la sonde après 2 mois suite à l'amélioration de leur trouble neurologique.

Conclusion : La GPE est une procédure simple et rapide dont l'objectif est d'assurer une alimentation parentérale prolongée optimale chez les patients présentant des troubles neurologiques. Ses complications sont rares, dominées par l'infection.

P.284

Tuberculose péritonéale : épidémiologie et prise en charge

E.M. Amrharhe [1], H. El Bacha [1], A. El Karimi [1], N. Benzzoubeir [1], I. Errabih [1]
(1) Rabat, MAROC.

Introduction : La tuberculose péritonéale constitue un problème de santé publique dans certaines régions endémiques du monde, notamment au Maroc.
L'objectif de notre étude est d'analyser les particularités épidémiologiques, cliniques, paracliniques, diagnostiques et thérapeutiques.

Matériels et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective incluant 28 cas de tuberculose péritonéale, diagnostiqués entre octobre 2015 et mars 2022 au sein de notre service.
Tous les patients ont bénéficié d'une échographie abdominale, d'une ponction exploratrice du liquide d'ascite +/- TDM abdominale et d'un bilan phtisiologique (IDR à la tuberculine et/ou un test Quantiferon, BK crachat, radiographie du thorax +/- TDM thoracique).

Résultats : L'âge moyen de nos patients était de 38 ans, avec une légère prédominance masculine (Sexe ratio H/F de 1,3). 4 patients (14%) avaient un antécédent de tuberculose pulmonaire traitée. Un contage tuberculeux a été retrouvé chez 5 patients (17,8%). Le symptôme le plus fréquent était l'ascite retrouvé chez 27 patients (96,4%), suivie de la fièvre chez 25 patients (89,2%), les douleurs abdominales chez 23 patients (82,1%), l'altération de l'état général chez 22 patients (78,5%) et de la diarrhée chez 5 patients (17,8%). La biologie a montré un syndrome inflammatoire chez 21 patients (75%), une lymphopénie chez 17 patients (60,7%) et une anémie chez 8 patients (28,5%). La recherche de BK dans les crachats a été réalisée chez 24 patients et a été positive chez 5 patients (16,6%). L'IDR à la tuberculine a été réalisée chez 9 patients (32,1%) et a été positive chez 4 patients (44,4%). Le test Quantiferon a été réalisé chez 18 patients (64,2%) et a été positif chez 13 parmi eux (72,2%). L'échographie abdominale a objectivé un épanchement péritonéal chez 28 patients (100%), des granulations péritonéales chez 25 patients (89,2%), avec péritoine épaissi et adhérences chez 15 patients (53,5%) et une agglutination des anses intestinales chez 3 patients (10,7%). Le liquide d'ascite était exsudatif chez 27 patients (96,4%) et lymphocytaire chez 25 patients (89,2%). Une localisation évolutive extra-péritonéale était présente chez 9 patients (32%), cette atteinte concomitante était unique chez 6 patients (66,6%), à savoir pleurale, pulmonaire et intestinale, chez 3 patients (33,3%) les localisations associées étaient multiples : pleuropulmonaire, pleurale et ganglionnaire ainsi que pleuropulmonaire et ganglionnaire. La TDM abdominale a objectivé la présence de gâteaux péritonéaux chez un seul patient (3%). 23 patients (82,1%) ont bénéficié d'une cœlioscopie diagnostique, retrouvant des granulations et adhérences chez 12 patients (52,1%), des granulations péritonéales seules chez 9 patients (34,7%) et des adhérences seules chez 3 patients (13%), avec réalisation d'une biopsie confirmant la nature tuberculeuse. Tous nos malades ont été mis sous traitement anti-bacillaire ERIP K4 pendant 6 mois avec une bonne évolution chez 27 patients (96,4%), nous avons déploré un décès dont la cause était une tuberculose disséminée.

Conclusion : Le péritoine représente une des localisations extra-pulmonaires les plus fréquentes de la tuberculose. Elle est caractérisée par un polymorphisme clinique, biologique et radiologique. De ce fait, le diagnostic doit être soulevé devant toute symptomatologie digestive. L'évolution sous traitement anti-bacillaire est favorable dans la quasi-totalité des cas.

P.285

Traitement endoscopique d'une lithiase de la voie biliaire principale chez une patiente ayant bénéficié d'un bypass grâce à une stomie gastrique éphémère

A. Haennig [1], J.L. Payen [1], L. Aziere [2], H. Del Arco [2], N. Berbera [1], G. Simon [3], M. Suarez [3]
(1) Capbreton ; (2) Anglet ; (3) Bayonne.

Introduction : La prise en charge d'une lithiase de la voie biliaire principale chez les patients ayant un By-Pass, donc théoriquement un accès impossible à la papille duodénale, est un véritable challenge pour les équipes médico-chirurgicales.

Patients et Méthodes : Nous rapportons le traitement d'une telle situation chez une patiente de 58 ans traitée par un By-Pass pour une obésité morbide qui un mois après la chirurgie a présenté une angiocholite en lien avec une lithiase de la voie biliaire principale.
Il a été décidé après discussion collégiale, en accord avec les données de la littérature (1), de proposer un triple geste : cholécystectomie sous coelioscopie, mise en place d'une stomie gastrique éphémère sur l'estomac exclu lors du By-Pass, permettant une sphinctérotomie endoscopique et l'extraction du calcul obstructif en passant par la stomie qui fut ensuite démontée en fin de procédure.

Résultats : Les 4 gestes ont été réalisé dans le même temps opératoire avec succès et la patiente a pu regagner son domicile après 48 heures d'hospitalisation.
Les suites opératoires ont été très simples et le bilan hépatique réalisé à 15 jours du traitement objectivait la normalisation des enzymes hépatiques en dehors d'une gamma-glutamyl-transférase à 1,2N.

Discussion : Un film de 2 mn a été réalisé qui pourra être présenté lors du congrès si acceptation lors d'une session vidéo notamment.

Conclusion : Conclusion : Le traitement endoscopique d'une lithiase de la voie biliaire principale chez une patiente ayant bénéficié d'un By-Pass grâce à une stomie gastrique éphémère est un option thérapeutique possible, efficace et sûre dans notre observation. Cette option thérapeutique lors d'une situation clinique non exceptionnelle mais délicate nécessite toutefois d'être confirmée par un travail prospectif.

Remerciements, financements, autres :
Equipe médico-chirurgicale du bloc de la clinique Belharra

P.286

Anémie ferriprive : apport de l'endoscopie digestive haute et de l'anatomopathologie dans l'enquête étiologique

S. Hdiye [1], S. Berrag [1], F. Nejjari [1], S. Rokhsi [1], C. Jioua [1], F. Ait Iken [1], I. Mouslim [1], R. Chaibi [1], J.Y. Bangda Ekanga [1], S. Ouahid [1], T. Adioui [1], M. Tamzaourte [1]
(1) Rabat, MAROC.

Introduction : L'anémie par carence martiale est un motif fréquent de consultation en gastro-entérologie. Sa fréquence même en l'absence de signes digestifs impose souvent une exploration par endoscopie digestive haute. Le but de ce travail est d'étudier l'intérêt de l'endoscopie œso-gastroduodénale (EOGD) et de l'anatomopathologie dans le diagnostic étiologique des anémies ferriprives.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude monocentrique descriptive rétrospective étendue sur une période de 1 an et demi (Décembre 2020 - Mai 2022) colligeant l'ensemble des patients ayant consulté notre service pour une anémie ferriprive et ayant bénéficié d'une EOGD.

Résultats : Dans notre série, cent cinquante patients ont été colligés avec un âge moyen au moment de l'exploration qui était de 52,1 ans (17 -81 ans) et un sex ratio de 0.7 répartis en 62 hommes (41%) et 88 femmes (59%). Dans notre série, 5% des EOGDs étaient strictement normales. Le groupe des patients ayant une EOGD anormale (n=142) a été étudié isolément avec observation des anomalies les plus fréquentes : 8% présentaient une œsophagite, 28% présentaient une gastropathie fundique congestive et 3% nodulaire ; 34% des cas présentaient une antropathie congestive et 6% nodulaire; une bulbite ulcérée ou érosive a été retrouvé dans respectivement 7% et 5% des cas ; un aspect de diminution de la hauteur des plis duodénaux a été observé chez 6% des patients. Sur la totalité de la série, 81% des biopsies duodénales(n=122) ont été pratiquées montrant un aspect histologique normal dans 88% des cas, une atrophie villositaire avec lymphocytose intra-épithéliale évoquant une maladie cœliaque dans 9% des cas et 3% des patients avaient un aspect de duodénite non spécifique. 65% des patients (n=98) ont bénéficié de biopsies gastriques montrant une gastrite chronique à *Helicobacter pylori* (HP) ; active, atrophique et avec métaplasie intestinale dans 71%, 11% et18% des cas respectivement.

Conclusion : L'endoscopie digestive haute couplée à la réalisation de biopsies gastroduodénales est un moyen pertinent dans le bilan étiologique de l'anémie ferriprive, dominé par la gastrite à HP ainsi que la maladie cœliaque dans notre contexte.

P.287

Endoscopie des urgences digestives hautes : grand défit pour un service universitaire implanté dans un centre hospitalier régional

A. Akjay [(1)], I. Eljaadi [(1)], I. Kenafi [(1)], H. Meyiz [(1)], I. Mellouki [(1)]

(1) Tanger, MAROC.

Introduction : L'endoscopie digestive haute en urgence est un acte incontournable en gastroentérologie notamment, en présence d'une hémorragie digestive haute (HDH), d'ingestion de produits caustiques, ainsi que d'ingestion de corps étrangers. Elle est réalisée, dans les 24 heures, parfois le délai doit être moins de 12 heures voire immédiatement dans moins de 2 heures, et en dehors des heures ouvrables de travail, le week-end et les jours fériés. Le pronostic vital de patient est généralement mis en jeu ainsi l'endoscopie doit être faite dans le délai recommandé et dans des bonnes conditions, par une équipe entrainée on utilisant du matériel adéquat. Ces conditions peuvent être difficiles pour un service universitaire implanté dans un hôpital régional et constituent alors un grand défit pour la PEC optimale des patients. le but de travail et de décrire les conditions de réalisation d'endoscopienurgente.

Patients et Méthodes : Etude rétrospective et prospective, étalée sur 5 mois (du mai 21 au juin 22), incluant les patients ayant consultés au service des urgences hôpital Mohamed V pour une urgence digestive haute ; les données sont extraites des dossiers médicaux des malades à travers la fiche d'exploitation, analysées par Excel.

Résultats : 164 malades ont été colligés,les principales indications d'une endoscopie digestive haute en urgence étaient dominées par les HDH (hématémèse et/ou méléna) dans 73%, les ingestions de caustiques dans 10%, et l'ingestion de corps étrangers dans 17%.

Au cours des HDH
Au total 120 malades sont admis aux urgences de l'hôpital Mohamed 5 pour HDH ; la durée moyenne de transfusion était 29 heures. En présence de signes clinique d'hypertension portale le kit de ligature est procuré par le patient dans un délai moyen de 44 heures.La fibroscopie a été réaliséechez 100 malades (83%), et 20 malades (17%) ont quitté les urgences sans exploration endoscopique, le délai moyen de la fibroscopie était de 41heures après l'épisode hémorragique,elle a montré des ulcères gastroduodénauxchez 53 malades (53%), des varices œsophagienneschez 40 malades (40%), quatre malades(4%) avaient des lésions aigues de la muqueuse œsophagienneet 3 malades restants (3%)ont des lésions ulcéro-bourgeonnantes.Sur le plan thérapeutique ; 45 patients ayant bénéficiés d'un geste hémostatique, dont 40% ayant une ligature de varices œsophagiennes, une injection hémostatique dans 4%, une association d'injection et de pose de clip une fois malgré l'indication de pose de clip (clip non disponible à l'hôpital), et 51 patients n'ont pas bénéficié de geste endoscopique il s'agissait des ulcères stades III de Forrest. Trois patients ont eu recours à la chirurgie (dont un ulcèreForrest 1a) et il y a eu un seul décès dans notre étude.

L'ingestion des corps étrangers
Elle a été retrouvée chez 28 patients, Il s'agit surtout de la population pédiatrique dans 60% des cas, nécessitant l'intubation au bloc opératoire. L'ingestion était accidentelle dans 79%, volontaire dans4% des cas et le reste (17%) survient dans des conditions inconnues. Seuls 24 patients ont été explorés, les quatre restant ont quitté, volontairement, les urgences avant l'exploration endoscopique. Le délai moyen d'exploration endoscopique était 34H, ce retard est du généralement 70% au retard de consultation et à la non disponibilité de l'ambulance chargé de transfert de malades depuis les urgences jusqu'à la salle d'endoscopie dans un délai moyen de 5 heures. On note la prédominance des pièces de monnaies (58%), épingles (17%), dentiers 12,5% et 12,5% autres. L'extraction endoscopique a été faite par l'anse diathermique dans 42%, par panier 33%, par pince 17%, et par tripode dans 8%tripode. Aucun cas n'avait nécessité le recours à la chirurgie.

Au cours de l'ingestion de caustique
Au total on a 16 ingestions de caustique, les tentatives de suicide étaient fréquentes 58% des malades, lesquels ayant tous un antécédent psychiatrique documenté ; et dans 42% l'ingestion était accidentelle. La fibroscopie effectuée, souvent dans les 23,6 heures, réalisée chez 12 malades(75%) a montré des lésions digestives,classées selon la classification de Zargarstade 1, 2A, 2B, 3B dans33%,42%, 8%, et 17% des cas respectivement. Le traitement était conservateur chez 10 patients, 2 patients (17%) avec lésions 3B ayant nécessité le recours à la chirurgie.

Conclusion : L'endoscopie des urgences digestives hautes est un geste multidisciplinaire, son efficacité, qui est un garant pour un bon pronostic, est conditionnée par les délais, les conditions, la disponibilité de matériel nécessaire et par l'expertise de l'équipe ; nos grands défit, selon notre travail sont : délai allongés, la non disponibilité de matériels thérapeutiques. Dans l'attente de démarrage de centre hospitalier les instances de santé au niveau de la région du nord doivent être impliquées pour faire face aux problèmes des urgences

P.288

Evaluation de la qualité des préparations coliques avant l'endoscopie digestive basse

N. El Azzam [1], F.E. Lairani [1], A. Ait Errami [1], S. Oubaha [1], Z. Samlani [1], K. Krati [1]
(1) Marrakech, MAROC.

Introduction : A l'heure où le dépistage du cancer colo-rectal et des lésions précancéreuses devient une priorité de santé publique, il existe peu de recommandations concernant la préparation colique avant l'endoscopie digestive basse. La qualité de la préparation est essentielle à la réussite de l'examen, une préparation insuffisante étant responsable de 42 à 51 % des échecs de coloscopie et de répercussions médico-économiques.

Patients et Méthodes : De juin 2021 à septembre 2022, on a recueilli prospectivement dans les compte rendus endoscopiques ou directement auprès du médecin : la préparation colique prescrite, les données concernant la qualité de la préparation colique ; de l'infirmière : le recours aux lavements supplémentaires ; et lors d'entretiens avec le malade : son information sur les modalités de prise, son observance de la préparation, du régime sans résidus et liquide.

Résultats : 56 patients ont été inclus dont 19 (50%) avaient plus de 50 ans. Les 3 médicaments prescrits étaient le phosphate disodique dodécahydrate, phosphate monosodique dihydrate et les macrogols de haut poids moléculaire . Seuls 25% des patients ont bénéficié d'une information orale et écrite. Tous les patients ont suivi le régime sans résidu pendant 5 jours avant l'endoscopie, 5 d'entre eux n'ont pas respecté l'horaire de régime liquide recommandé et 32% des patients n'ont pas été observants concernant la préparation colique. Le jour de l'examen, 60% ont reçu au moins un lavement supplémentaire ; la préparation a été jugée insuffisante dans 52% des cas.
Cet audit a permis de dresser un état des lieux des pratiques et de proposer des axes d'amélioration afin d'obtenir des préparations coliques et par conséquent un examen de meilleure qualité. Ils comprenaient une révision de l'horaire du régime liquide, la rédaction de plusieurs documents : recommandations de prescription des différentes préparations coliques en fonction du terrain du malade, ordonnance type (intégrant la prescription de la préparation colique et de potassium, le régime sans résidus et liquide), fiche de suivi intégrant une évaluation de l'observance par l'infirmière, et enfin une mise à jour des plaquettes d'information délivrées au patient sur les modalités de prise de la préparation colique.

Conclusion : Ces documents seront diffusés et un second audit prévu dans le cadre de cette évaluation des pratiques pour évaluer leur impact sur la qualité de la préparation et le recours aux lavements

P.289

Les corps étrangers du tractus digestif : reste-t-il une place pour la chirurgie ?

O. Chatti [1], W. Dahmani [1], H. Jaziri [1], N. Elleuch [1], W. Ben Ameur [1], A. Ben Slama [1], M. Ksiaa [1], S. Ajmi [1], A. Braham [1], A. Hammami [1], A. Jmaa [1]
(1) Sousse, TUNISIE.

Introduction : L'ingestion de corps étrangers (CE) est une situation fréquente aux urgences qui nécessite une prise en charge immédiate en raison des manifestations cliniques et du risque de perforation. Elle peut être accidentelle ou volontaire. Les CE ingérés peuvent être éliminés spontanément ou nécessitent une extraction endoscopique et plus rarement le recours à la chirurgie.
Le but du travail était de rapporter l'expérience du service dans la prise en charge des patients ayant ingéré des corps étrangers

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive à propos des malades pris en charge pour extraction de CE du tractus digestif au sein de notre service d'hépato-gastroentérologie, entre janvier 2017 et mars 2022.

Résultats : Durant la période d'étude, 86 patients ont été inclus. L'âge moyen de nos patients était de 44,4±22,4 ans avec des extrêmes allant de 18 ans à 82 ans. Nous avons noté une légère prédominance masculine dans notre série avec 46 hommes (53,3%) et 40 femmes (46,5%). 18,6% des malades étaient des détenus et 11,6% avaient un antécédent de maladie psychiatrique. Les principaux symptômes étaient : douleurs épigastriques (62,8%), dysphagie (39,5%), l'hypersalivation (25,6%), les vomissements (14%), la dyspnée (2,3%) et la toux (2,3%). Une hématémèse était rapportée par quatre patients (4,7%). Le délai moyen entre l'ingestion du corps étranger et la prise en charge endoscopique était de 9 heures avec des extrêmes de 4 heures à 26 heures.
Tous les malades ont eu une endoscopie digestive haute. Le CE était retrouvé chez 58 patients (67,4%). Ils étaient représentés par : un objet mousse (44,1%), un objet tranchant (27,2%), un objet long (12,8%) et une impaction alimentaire (15,9%). Leurs localisations étaient intragastriques chez 29 patients (50%), intra-œsophagiennes chez 19 patients (32,7%), au niveau du duodénum chez six patients (10,3%) et 4 patients au niveau du rectum (6,9%) L'extraction endoscopique a été réalisée avec succès dans 75,8% des cas. Elle était faite moyennant une pince en dents de rat dans 46,2% des cas (n=27), avec l'anse diathermique dans 29% des cas (n=17). Aucune complication n'a été notée. Le recours au traitement chirurgical a été fait chez 10 patients (17,2%). Ils s'agissaient d'une récupération rapide et de petites cicatrices ou le recours à une chirurgie laparoscopique.

Conclusion : L'extraction endoscopique de corps étrangers du tractus digestif haut est souvent efficace et sans complications. L'indication de la chirurgie est exceptionnelle. Elle n'est posée que devant l'échec de l'endoscopie, d'où l'intérêt d'une prise en charge endoscopique précoce.

P.290

Polypectomie à l'anse froide des petits polypes colorectaux

Y. Fetati [(1)], M. Ghanem [(1)], N. Ben Safta [(1)], K. Boughoula [(1)], B. Ben Slimane [(1)], S. Bizid [(1)], H. Ben Abdallah [(1)], R. Bouali [(1)], M.N. Abdelli [(1)]
(1) Tunis, TUNISIE.

Introduction : Le cancer colorectal représente le troisième cancer dans le monde. Ce cancer se développe principalement selon la séquence adénome-carcinome. Ainsi, la polypectomie permet de réduire l'incidence et la mortalité du cancer colorectal. Il existe de nombreuses techniques de résection endoscopique des polypes. La polypectomie à l'anse froide permet de réséquer les polypes coliques jusqu'à 10 mm par transsection du polype avec une manchette de muqueuse normale afin d'obtenir une résection complète. Cependant, les données concernant l'efficacité et la sécurité de la polypectomie à l'anse froide sont encore limitées. L'objectif de notre étude était d'évaluer la complétude de la résection de la polypectomie à l'anse froide Les objectifs secondaires étaient d'évaluer le profil de sécurité de cette technique et la prévalence de l'échec de résection.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude observationnelle monocentrique. Nous avons inclus tous les patients adultes présentant au moins un petit polype colorectal (taille ≤ 10 mm) reséqué par une anse froide dédiée. La résection endoscopique complète a été déterminée à partir de l'examen histologique des marges de résection latérales et verticales. Nous avons jugé de la survenue de complications en notant les éventuels saignements immédiats ou différés dans les deux semaines suivant la procédure. L'échec de résection a été défini par l'échec de la section mécanique immédiate du polype à la fermeture de l'anse nécessitant le recours à d'autres manœuvres.

Résultats : Au total, 35 patients ayant 55 polypes ont été inclus. L'âge moyen était de 57 ans. Le sex-ratio était de 28 hommes pour 7 femmes. La principale indication à la coloscopie était une constipation récente dans 57% des cas. La taille moyenne des polypes était de 4,82 mm. Les localisations principales du polype étaient le côlon gauche et le côlon transverse dans 67% des cas, suivis du côlon droit dans 20% des cas. Une résection complète du polype a été observée en histologie dans 84% des cas. Aucun cas de saignement immédiat ou tardif n'a été noté. Un échec de résection a été observé dans 13% des cas.

Conclusion : La polypectomie à l'anse froide est une technique adéquate pour la résection endoscopique complète de petits polypes colorectaux. Il s'agit également d'une méthode sûre avec un faible taux d'échec de résection.

P.291

Aspects épidémiologiques et endoscopiques des polypes coliques

M. Konso [(1)], H. El Bacha [(1)], S. Dilal [(1)], N. Benzzoubeir [(1)], I. Errabih [(1)]
(1) Rabat, MAROC.

Introduction : Les polypes coliques sont fréquents dans la population générale. Certains sont à risque de dégénérescence et leurs dépistage et prise en charge permettent une diminution du risque de cancer colorectal (CCR). Plusieurs classifications ont été proposées au cours des dix dernières années afin de définir des stratégies de surveillance endoscopique codifiées, elles se basent essentiellement sur les aspects endoscopiques et histologiques des polypes. Le but de notre étude est de mettre en évidence les caractéristiques épidémiologiques et endoscopiques macroscopiques des polypes.

Matériels et Méthodes : C'est une étude monocentrique, rétrospective et descriptive, menée au niveau de notre service entre Juin 2019 et Juillet 2022, incluant les patients ayant des polypes coliques. Nous avons colligé chez tous les patients l'âge, le sexe et les antécédents. Nous avons utilisé la classification de Paris pour la description endoscopique des polypes et celle de Vienne pour la description histologique.

Résultats : Nous avons colligé 94 patients ayant des polypes coliques. L'âge moyen était de 59,31 ans [15 - 84] avec une légère prédominance masculine (sex-ratio H/F : 1,67). Le nombre moyen de polypes retrouvés était de 3,59.
Deux patients (2,12%) avaient un antécédent familial de CCR. 11 patients (11,7%) avaient un antécédent personnel de polype, et 22 patients (23,4%) étaient suivis pour maladie inflammatoire chronique de l'intestin, dont 13 RCH (59%) et 9 maladies de Crohn (41%). Trois patients (3,19%) avaient un cancer rectal synchrone.
Les polypes étaient sessiles (Paris Is) chez 82 patients (87,23%), pédiculés (Paris Ip) chez 22 patients (23,4%), dont 7 (31,8%) avaient un pied large, surélevés (Paris IIa) chez 7 patients (7,44%), déprimé (Paris IIc) chez un patient (1,06%), et ulcéré (Paris III) chez un patient (1,06%). L'aspect endoscopique était suspect chez 11 patients (11,7%). Les polypes étaient de taille supérieure à 10 mm chez 25 patients (26,6%) et diminutifs chez 53 patients (56,38%).
La localisation était caecale chez 15 patients (15,6%), colique droite chez 32 patients (34,04%), transverse chez 19 patients (20,21%), colique gauche chez 49 patients (52,12%), sigmoïdienne chez 16 patients (17,02%) et rectale chez 19 patients (20,21%).
Une résection à l'anse froide a été réalisée dans 54 cas (57,44%), une biopsie exérèse dans 51 cas (54,25%) et une résection par mucosectomie a été réalisée dans 25 cas (26,6%).
La résection était en monobloc chez 81 patients (86,17%) et en peacemeal chez 13 patients (13,83%).
Une dysplasie de bas garde (Vienne catégorie 3) été retrouvée chez 80 patients (85,1%). Une dysplasie de haut grade (Vienne catégorie 4) a été retrouvée chez 9 patients (9,6%) et 5 patients (5,3%) n'avaient pas de dysplasie (Vienne catégorie 1).

Conclusion : Les polypes sont plus fréquents chez les hommes avec une localisation prédominante au niveau du côlon descendant. Leur potentiel cancérigène impose un examen endoscopique minutieux et une analyse histologique précise qui permettront de définir le caractère curatif ou non de la résection endoscopique.

P.292

Les urgences endoscopiques pédiatriques observées dans un CHU

M.S. Tahir [1], D.Y. Hagré [1], H. Mayana [1], C. Assi [2], M.M. Ali [1]

(1) N'Djamena, TCHAD ; (2) Abidjan, CÔTE D'IVOIRE.

Introduction : Les urgences endoscopiques en pédiatrie sont représentées essentiellement par les ingestions de corps étrangers et par les hémorragies digestives. Le but de notre travail est de rapporter l'expérience de l'HR en urgences endoscopiques pédiatriques

Patients et Méthodes : Etude rétrospective allant de janvier 2019 à octobre 2021. Nous avons inclus toutes les endoscopies hautes réalisées en urgence chez les enfants à l'HR.

Résultats : Au cours de la période d'étude, 712 endoscopies hautes ont été réalisées dont 29 chez des enfants (4,07% ?). L'âge moyen était de 4 ans (1 à 13 ans). Sexe ratio=1. La FOGD, sous AG, était réalisée pour des ingestions de corps étrangers dans 27 cas (93,10% et pour des hémorragies digestives hautes dans 2 cas. La nature du corps étranger était surtout des pièces de monnaie dans 27 cas, une arête de poisson dans un cas et une pile plate dans un cas. Le corps étranger était dans l'œsophage chez 25 enfants. Le délai de réalisation de la FOGD était inférieur à 24heures chez 19 patients (65,51%). Une extraction endoscopique du CE a été possible chez 24 patients. Chez deux patients, l'extraction endoscopique était impossible car le CE était impacté dans la paroi œsophagienne compliquée de fistule œso-trachéale qui a nécessité une extraction chirurgicale. La FOGD pour hémorragies digestive a retrouvé un ulcère bulbaire à fond propre (stade 3 de Forrest) chez un patient et un ulcère bulbaire avec caillot adhérent (stade 2b de Forrest) chez l'autre patient. Les 2 patients ont été mis sous IPP avec une bonne évolution.

Conclusion : L'urgence endoscopique chez l'enfant n'est pas rare avec un taux de succès thérapeutique de 93% au CHU la Renaissance

P.293

Quel traitement endoscopique en cas d'angiocholite aiguë lithiasique ?

J. Benass [1], M. Ahmed [1], A. Benhamdane [1], T. Addajou [1], S. Mrabti [1], K. Boualiten [1], B. Aourarh [1], A. Sair [1], R. Berraida [1], F. Rouibaa [2], A. Benkirane [1], H. Seddik [1]

(1) Rabat, MAROC ; (2) Casablanca, MAROC.

Introduction : L'angiocholite aigue lithiasique est une infection bactérienne des voies biliaires due à la présence d'un ou de plusieurs calculs en leur sein. Elle constitue une urgence thérapeutique pouvant engager le pronostic vital.
Le but de notre travail est d'évaluer les résultats du drainage endoscopique en cas d'angiocholite aigue lithiasique en matière d'extraction des calculs et d'amélioration de la morbi-mortalité.

Matériels et Méthodes : Nous avons mené une étude rétrospective descriptive incluant 241 patients ayant bénéficié d'une Cholangio-Pancréatographie Rétrograde Endoscopique (CPRE) pour angiocholite aigue lithiasique entre janvier 2007 et août 2022.
Nous avons défini le succès initial comme étant l'élimination complète de tous les calculs de la VBP après sphinctérotomie biliaire endoscopique seule. Le succès global a été défini comme leur élimination après des manœuvres endoscopiques supplémentaires.
L'analyse statistique a été réalisée à l'aide du logiciel Jamovi 2.0.0.0. Les variables quantitatives ont été décrites en moyenne et écart type et les variables qualitatives ont été décrites en effectifs et pourcentage.

Résultats : L'Age moyen de nos patients était de 62,7±13,85, avec un sex ratio de 0,9(127F, 114H). 55,1% avaient un empierrement cholédocien et/ou de gros calculs. La sphinctérotomie biliaire endoscopique a été réalisée chez 94,9%, avec un succès initial de 61,7%.
Cependant, un recours au manœuvres supplémentaires s'est avéré nécessaire chez 92 patients (38,3%), avec la mise en place d'un drain-naso biliaire dans 20,5% des cas, l'élargissement biliaire endoscopique dans 3,1% des cas, la sphinctéroclasie chez 5,1% des patients, la lithotritie mécanique dans 3,1% des cas et la mis en place d'une prothèse biliaire chez 4,1% des patients. Le succès global a été évalué à 93,8%.
Le taux des complications précoces post-CPRE dans notre série était de 6,6%.

Conclusion : Le drainage biliaire endoscopique permet à la fois une décompression rapide des voies biliaires, une optimisation de l'antibiothérapie et une levée de l'obstacle lithiasique. Il ne faut pas hésiter à recourir à des manœuvres endoscopiques supplémentaires en cas d'échec de la sphinctérotomie biliaire endoscopique seule. Les résultats de ce drainage restent satisfaisants avec une morbi-mortalité moindre par rapport au traitement chirurgical.

P.294

Pertinence de l'endoscopie digestive haute chez le patient insuffisant rénal chronique

C. Dassouli [1], F. Aboutarik [1], A. Ait Errami [1], S. Oubaha [1], Z. Samlani [1], K. Krati [1]
(1) Marrakech, MAROC.

Introduction : Les lésions digestives hautes sont fréquentes et variées chez l'insuffisant rénale chronique en stade d'hémodialyse, elles peuvent être source de saignement occulte, de malnutrition et d'inconfort digestif. Les complications digestives au cours de l'insuffisance rénale chronique sont dominées par les lésions de la muqueuse gastroduodénale. Ces anomalies sont classiquement décrites comme de plus en plus fréquentes au fur et à mesure que l'insuffisance rénale évolue .
L'objectif de ce travail est de décrire l'aspect endoscopique des lésions digestives hautes chez les patients hémodialysés chroniques.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective, incluant tous les patients hémodialysés chroniques, qui ont eu une fibroscopie œso-gastroduodénale (FOGD) entre Juin 2018 et Juin 2022 . Les données démographiques, cliniques et endoscopiques des patients ont été exploitées à partir du registre d'unité d'endoscopie digestive de notre service .

Résultats : 76 malades hémodialysés ont été inclus, il s'agit de 51 hommes et 25 femmes avec un sexe ratio H/F : 2,04. La moyenne d'âge était de 54 ans (extrêmes : 22 ans-80 ans). Les indications de la réalisation de la gastroscopie étaient dominées par l'hémorragie digestive haute dans 39.4 % des cas, suivie par l'anémie ferriprive (23.6%), les vomissements (14.4%) dyspepsie (9.2%) et la dysphagie (10.4%) .
La FOGD avait montré des lésions endoscopiques dans 73.6% des cas avec : l'ulcère gastroduodénale dans 46.4% des cas, une gastrite érosive dans 30.3 %, des lésions d'angiodysplasies (17.8%), l'œsophagite candidosique (14,2%) ; peptique (10.7%) , et 7,1% de cas d'Endobrachyœsophage. La recherche d'*Helicobacter pylori* était positive chez 78,5% des malades qui ont eu des biopsies. Aucune lésion n'a été retrouvée dans moins d'un tiers des cas (26,4%). `

Conclusion : Dans notre étude, les lésions endoscopiques au cours de l'insuffisance rénale chronique étaient retrouvées dans les 2 /3 des cas, dominées par les ulcères gastro-duodénales.

P.295

Facteurs prédictifs de complications de la cholangio-pancréatographie rétrograde endoscopique dans le traitement de la lithiase biliaire

C. Jioua [1], S. Berrag [1], S. Ouahid [1], R. Laroussi [1], A. Touibi [1], F. Ait Iken [1], I. Radouane [1], I. Mouslim [1], S. Hdiye [1], R. Chaibi [1], S. Rokhsi [1], J.Y. Bangda Ekanga [1], F. Nejjari [1], T. Adioui [1], M. Tamzaourte [1]
(1) Rabat, MAROC.

Introduction : La cholangio-pancréatographie rétrograde endoscopique(CPRE) est une technique de référence dans le traitement des affections bilio-pancréatiques en l'occurrence la pathologie lithiasique. La pancréatite aiguë est la complication la plus fréquente et la plus imprévisible de la CPRE . Le but de notre travail est d'évaluer la fréquence et les facteurs prédictifs de complications de la CPRE.

Matériels et Méthodes : Nous avons inclus rétrospectivement tous les patients ayant bénéficié d'une CPRE, entre aout 2021 et septembre 2022, pour une pathologie lithiasique. Nous avons recueilli les données cliniques, biologiques et morphologiques des dossiers. L'analyse statistique a été réalisée par le logiciel Spss20. Les facteurs associés étudiés sont: l'âge, le sexe, l'antécédent de CPRE, prise des AINS avant le geste, le cathétérisme du canal pancréatique et le nombre de passage dans le Wirsung, la réalisation d'une pré-coupe et la durée totale de la procédure.

Résultats : Nous avons colligé 31 malades. L'âge moyen : 58,4±15.3 ans avec une sex-ratio de 0.47. 4 malades (12.9 %) avaient un antécédent de CPRE. 24 malades (80%,) ont reçu des AINS avant la procédure. La sphinctérotomie a été réalisée chez 30 malades (96.8%), une pré-coupe était nécessaire chez 2 patients (6.7%). Le cathétérisme accidentel du canal Wirsung a concerné 13 malades. Le taux d'extraction des calculs était de 80.6 %. Pour les complications: 3 patients ont présenté une pancréatite aigüe et un seul malade a fait une hémorragie jugulée par compression pneumatique des berges.
En analyse univariée, les facteurs associés à la survenue de complications sont : le nombre de passage dans le Wirsung, la durée de la procédure, et la prise des AINS avant le geste.
En analyse multi variée Seul le nombre de passage dans le Wirsung semble être associé à la survenue ou non de complications (OR=1.7; IC 95% [0,9-2.3],p=0.04)

Conclusion : Dans notre étude, le nombre de passage dans le Wirsung était le seul facteur associé à la survenue de complications post-CPRE dans le traitement de la lithiase biliaire.

P.296

Apport de la coagulation au plasma argon dans le traitement des rectites radiques : expérience de notre service

R. Laroussi [1], S. Berrag [1], A. Touibi [1], I. Radouane [1], C. Jioua [1], H. Igorman [1], J.Y. Bangda Ekanga [1], I. Mouslim [1], S. Ouahid [1], F. Nejjari [1], T. Adioui [1], M. Tamzaourte [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.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective menée au service d'endoscopie de l'hôpital militaire de rabat entre janvier 2019 et Mai 2022. 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.

Remerciements, financements, autres :

P.297

Bilan d'une anémie ferriprive : intérêt des biopsies duodénales systématiques chez les patients tunisiens de plus de 65 ans

S. Soua [1], M. Ghanem [1], S. Bizid [1], K. Boughoula [1], H. Ben Abdallah [1], R. Bouali [1], M.N. Abdelli [1]

(1) Tunis, TUNISIE.

Introduction : L'anémie ferriprive représente un motif fréquent en gastroentérologie. Elle peut être secondaire à de nombreuses affections gastro-intestinales. Ce qui rend l'endoscopie digestive haute (EDH) un outil diagnostique important pour son exploration. Les biopsies gastriques et duodénales font partie des gestes systématiques à faire face à cette pathologie. Le but de notre travail était d'évaluer l'intérêt des biopsies duodénales systématiques chez les sujets de plus de 65 ans en l'absence de lésions endoscopiques à l'EDH.

Patients et Méthodes : Afin de parvenir à notre objectif, nous avons mené une étude rétrospective colligeant les patients consécutifs ayant une anémie ferriprive inexpliquée et ayant une EDH normale avec des biopsies duodénales systématiques entre le 1er janvier 2020 et le 30 septembre 2022. Ainsi la population d'étude était divisée en deux groupes :
-Groupe 1 (G1) : les patients âgés de moins de 65 ans.
-Et le groupe 2 (G2) : les patients âgés de 65 ans ou plus.

Résultats : Au total 291 patients ont été inclus dans l'étude. L'âge moyen était de 43,4 ans avec des extrêmes allant de 2 à 91 ans et un sexe ratio (H/F) de 0,3. Deux cent cinquante patients avaient moins de 65 ans et 41 patients étaient âgés de 65 ans ou plus. L'examen anatomopathologique des biopsies duodénales a montré des lésions caractéristiques d'une maladie cœliaque dans 3,8% des cas (Une atrophie villositaire dans 2,1 % des cas, une hyperplasie des cryptes dans 0,3% des cas et une hyper lymphocytose intra-épithéliale dans 1,4% des cas). La maladie cœliaque était diagnostiquée dans 4,4% des cas dans le G1 alors qu'aucun cas n'a été noté dans le G2 (p=0,001).

Conclusion : Dans notre contexte, aucun cas d'atrophie villositaire n'a été noté chez les patients de plus de 65 ans lors d'une EDH faite pour l'exploration d'une anémie ferriprive.

P.298

Epaississement iléo-colique radiologique : quel intérêt pour l'iléo-coloscopie ?

Z. Boukhal [1], D. Salim Mahamat [1], F.Z. Elrhaoussi [1], M. Tahiri [1], F. Haddad [1], W. Hliwa [1], A. Bellabah [1], W. Badre [1]

(1) Casablanca, MAROC.

Introduction : L'épaississement digestif à l'imagerie en coupe constitue un défi pour les gastro-entérologues vu le risque néoplasique.
Le but de notre travail est d'étudier l'apport de l'iléocoloscopie dans le bilan étiologique des épaississements iléo-coliques visualisés à l'imagerie.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective et descriptive, menée dans le service de Gastro-Entérologie entre Janvier 2020 et Mai 2022, incluant tous les patients ayant un épaississement iléo-coloscopie à l'imagerie et qui ont bénéficié d'une iléo coloscopie

Résultats : Durant cette période d'étude, 100 cas de patients présentant un épaississement iléo-colique à l'imagerie ont été colligés. L'âge moyen des patients était 52 ans +/-17.32. Une prédominance masculine a été notée avec un Sex Ratio (H/F) à 1.28. L'antécédent de tabagisme était retrouvé chez 13 cas, de tuberculose iléo caecale chez 12 cas, de néoplasie digestif chez 8 cas et la maladie de Crohn colique chez 3 cas. Les signes cliniques étaient :une douleur abdominale dans 27.1 % des cas, un trouble du transit dans 21.9% des cas, des rectorragies dans 3.1 % des cas, un syndrome rectal dans 9.4 % des cas,un syndrome sub-occlusif dans 12.5% des cas, une altération de l'état général dans 2.1% des cas, une association de douleur abdominale, trouble du transit et altération de l'état général dans 15.6 % des cas, et 1% des cas de découverte fortuite. L'épaississement digestif était objectivé par : une TDM abdominopelvienne dans 86.2% des cas, un entéroscanner dans 10.6% des cas, une échographie abdominale dans 2.1% des cas et une entéro-IRM dans 1.1% des cas. A l'imagerie les lésions étaient localisés au niveau du caecum dans 35.8% des cas, colon droit dans 22%, colon gauche dans 29.5% des cas, colon transverse dans 3.2%, et sigmoïde dans 9.5% des cas. L'iléocoloscopie avait montré : un processus tumoral dans 24.3% des cas prédominant au niveau colique droit dans 53% des cas, un polype rectocolique dans 8.4 % des cas, une iléite terminale dans 20% des cas, une rectite dans 5.2% des cas et des diverticules non compliqués dans 6.3% des cas, par ailleurs elle était normale dans 35.8%.

Conclusion : L'iléocoloscopie reste un examen incontournable dans le bilan étiologique des épaississements iléo-coliques objectivés à l'imagerie, permettant d'une part la description endoscopique des lésions retrouvées ainsi que la possibilité de réaliser des biopsies pour étude anatomopathologique, permettant ainsi de faire le diagnostic des tumeurs colorectales et des MICI qui reste les deux principales étiologies retrouvés dans notre étude.

P.299

Encollage des varices gastriques : expérience du service de médecine B

A. Belcadi Abassi [1], H. El Bacha [1], A. Hmina [1], N. Benzzoubeir [1], I. Errabih [1]

(1) Rabat, MAROC.

Introduction : L'obturation endoscopique par injection de colle est actuellement le traitement de référence des hémorragies digestives actives par rupture de varices gastriques ainsi qu'en prévention secondaire. Le but de notre travail est de décrire le profil épidémiologique et évolutif des patients ayant bénéficié d'encollage biologique de varices gastriques.

Matériels et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive monocentrique étalée sur 4 ans de Janvier 2019 à Juillet 2022 menée au sein du service de Médecine B de Rabat. Ont été inclus dans notre étude tous les malades ayant bénéficié d'une FOGD avec encollage biologique.

Résultats : Un total de 16 patients a bénéficié de colle biologique, répartis comme suit : 12 femmes et 4 hommes, le sexe ratio H/F était de 0,3. L'âge moyen des malades était de 51 ans [28-67ans]. Tous les patients avaient une hypertension portale : d'origine cirrhotique chez 10 malades soit : 62%, tandis que 6 malades n'étaient pas cirrhotique soit 38% des cas. Tous les malades ont présentés au moins un épisode de saignement sous forme d'hématémèse ou de méléna ou l'association des deux.
Les varices gastriques étaient de type GOV2 chez 12 malades soit 75% des cas, IGV1 chez 2 malades soit 12,5% des cas et GOV1 chez 2 malades soit 12,5% des cas. Les varices gastriques étaient associées à des varices œsophagiennes chez 14 patients soit : 86%. La moyenne de séances d'obturation était de 1,9 par patient [1-3 séances]. Un léger saignement immédiat a été observé chez 3 malades, rapidement jugulé par injection supplémentaire de colle. L'efficacité immédiate du traitement endoscopique a été observée dans 100 % des cas. L'évolution à distance a été marquée par la récidive hémorragique comme observée chez 3 patients seulement soit 19% des cas, traités également par encollage. Un ulcère sous cardial siège de l'ancien encollage a été retrouvé à distance chez un seul patient seulement soit 6% des cas.

Conclusion : D'après notre expérience, il est clair que l'encollage biologique est une technique efficace, aussi bien pour le traitement des hémorragies digestives par rupture de varices gastriques que pour la prévention secondaire avec un faible taux de récidive hémorragique.

P.300

Les lésions endoscopiques non liées à l'hypertension portale au cours de la cirrhose

R. Seydou [1], M. Safdi [1], F.Z. Elrhaoussi [1], M. Tahiri [1], F. Haddad [1], W. Hliwa [1], A. Bellabah [1], W. Badre [1]

(1) Casablanca, MAROC.

Introduction : L'hypertension portale est une complication redoutable de la cirrhose.
Elle se traduit à l'endoscopie digestive haute par des varices œsophagiennes, gastriques ou une gastropathie hypertensive. Cependant d'autres lésions peuvent aussi se voir.
Le but de notre travail est de décrire les lésions endoscopiques autres que celles de l'hypertension portale retrouvées chez les patients cirrhotiques.

Patients et Méthodes : Il s'agissait d'une étude descriptive, menée sur une période de 2 ans (Janvier 2019 –Décembre 2021), colligeant tous les patients ayant une cirrhose et ayant bénéficié d'une fibroscopie digestive haute dans le cadre soit d'une décompensation hémorragique de la cirrhose, soit pour le dépistage des varices.

Résultats : Dans notre étude nous avions inclus 107 patients, chez qui une fibroscopie œso-gastro-duodénale a été réalisée soit à la suite d'une hémorragie digestive haute dans 80% dans cas, ou d'un dépistage dans le cadre du suivi chez 15,6% des patients, 4,4% était pour d'autres causes (epigastralgies, dysphagie parfois des épaississements à l'imagerie)
L'âge moyen était de 60 ans (extrêmes entre 16 et 85 ans) avec un sex ratio(H/F) de 1,09.
La cirrhose était classée Child-Pugh B dans 45,3% des cas, Child-Pugh C dans 30,2% des cas et child-Pugh A dans 24,5% des cas.
L'étiologie de la cirrhose dans notre contexte était dominée par les hépatites virales avec 34,9% d'hépatite virale C et 13% d'hépatite virale B.
Les données de l'endoscopie digestive haute ont montré qu'en dehors des lésions liées à l'hypertension portale présente chez 94 malades soit 87%, des lésions non liées à l'hypertension portale chez 74.76 % des malades.
Parmi ces lésions, la pangastrite érythémateuse était retrouvée dans 25% des cas, l'ulcère gastro-duodénal chez 15% des cas, et chez 33,3% des cas il s'agissait de bulbite erosive. La candidose œsophagienne etait presente dans 18,3% des cas et les œsophagites peptiques dans 5,7% des cas.
Des polypes gastriques ont été retrouvés dans 5% des cas, la hernie hiatale dans 3,6% des cas, ainsi que les angiodysplasies gastiques dans 1% des cas.
Enfin, nous avons egalemnt retrouvés des masses d'allure sous muqueuse évoquant une tumeur stromale gastro-intestinale chez deux patients et un diverticule bulbaire non compliqué retrouvé chez un de nos patients.

Conclusion : Les lésions endoscopiques autres que celles de l'hypertension portale sont fréquemment présentes chez les patients cirrhotiques dont certaines peuvent expliquer l'hémorragie digestive haute.
En majorité, ces lésions étaient gastroduodénales et leur prévalence n'était pas corrélée à la sévérité de la cirrhose.

P.301

Apport de la coloscopie dans l'hémorragie digestive haute après une gastroscopie normale

S. Belhorma [1], H. Koulali [1], S. Rami [1], B. Dedane [1], N. Abda [1], W. Khannoussi [1], G. Kharrasse [1], Z. Ismaili [1], A. Zazour [1]

(1) Oujda, MAROC.

Introduction : L'hémorragie digestive haute (HDH) est une hémorragie qui survient souvent en amont de l'angle duodéno-jéjunal, mais peut être aussi d'origine grêlo-colique, c'est une urgence qui peut mettre en jeu le pronostic vital nécessitant une exploration endoscopique diagnostique et thérapeutique urgente,le but de ce travail est de démontrer l'intérêt d'une coloscopie en cas d'HDH après une gastroscopie normale .

Matériels et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective à propos de 72 cas colligés au service d'hépato-gastro-entérologie entre janvier 2016 et septembre 2022.Les patients inclus ont bénéficié d'une coloscopie pour HDH après une gastroscopie normale.

Résultats : Soixante-douze patients ont été colligés ,l'âge moyen était de 64 ans +/- 16.4 [18-95] avec une prédominance masculine (sex-ratio H/F= 1.7). Le mode d'extériorisation de l'HDH était un méléna isolé chez la majorité des patients 90% (n=65) et associé à des hématémèses chez 7 patients (10%). La préparation colique était faite par 2 à 4 litres de laxatif osmotique,la coloscopie était totale avec cathétérisme de la dernière anse iléale (DAI) chez les 2/3 des patients 67 % (n=48) avec un score moyen de Boston à 7,complète sans cathétérisme de la DAI dans 18% (n=13) et incomplète chez 11 patients (15 %) surtout à cause d'une mauvaise préparation dans 90 % de ces cas.La coloscopie était normale chez 26 patients (36 % des cas), des lésions d'angiodysplasies ont été retrouvées au niveau du colon droit et du coecum chez 23 patients (32 %),la pathologie diverticulaire colique non compliquée chez 11 cas (15.2%), des Polypes coliques chez 4 cas (5.5%), un aspect en faveur d'une atteinte ischémique chez 3 cas (4%), un processus tumoral colique droit chez 2 cas (2.7%),un aspect en faveur d'une maladie inflammatoire chronique type rectocolite hémorragique chez 2 patients (2.7%) et un cas de polypose adénomateuse familiale.

Conclusion : De nombreuses pathologies coliques notamment de colon droit peuvent être responsable des hémorragies digestives hautes surtout sous forme de méléna isolé d'où l'intérêt de compléter par une coloscopie totale en cas de gastroscopie normale.

P.302

Rentabilité des biopsies duodénales dans l'exploration de l'anémie ferriprive chez le sujet âgé

F. Aboutarik [(1)], C. Dassouli [(1)], A. Ait Errami [(1)], S. Oubaha [(1)], Z. Samlani [(1)], K. Krati [(1)]
(1) Marrakech, MAROC.

Introduction : Les biopsies duodénales systématiques chez les patients atteints d'anémie ferriprive font partie des recommandations reconnues chez les adultes. L'anémie ferriprive est une présentation rare de la maladie cœliaque (MC) chez les patients âgés. L'objectif de notre étude est de déterminer l'intérêt des biopsies duodénales systématiques dans le diagnostic de la MC chez les patients âgés ayant une anémie ferriprive dont l'endoscopie digestive n'a révélé aucune cause de la carence en fer.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive, étalée sur une période de 4 ans (Juin 2018-Juin 2022), colligeant les patients ayant une anémie ferriprive âgés, et qui ont subi des biopsies duodénales systématiques. Ces patients ont été divisés en deux groupes selon leur âge (≤60 et > 60 ans).

Résultats : Trois cent trente-cinq femmes et 109 hommes constituaient la population de l'étude. L'âge moyen était de 40,5 ans. Les biopsies duodénales ont révélé des lésionstypiques de la MC dans 4,9 %. Dans le groupe de patients d'âge inférieur ou égal à 60 ans, la prévalence de la MC a étéde 6,4 %. Aucun patient dans le groupe des patients âgés de plus de 60 ans n'avait de MC. Une gastrite chronique à l'*Helicobacter pylori* était présente dans 90% des cas

Conclusion : Aucun cas d'atrophie villositaire duodénale n'a été noté chez les patients de plus de 60 ans. La gastrite à HP serait la cause la plus fréquente de l'anémie ferriprive chez les patients ayant une endoscopie digestive normale .

P.303

Intérêt de la coloscopie au cours des rectorragies : étude comparative selon l'âge

A. Sair [(1)], A. Benhamdane [(1)], S. Mrabti [(1)], T. Addajou [(1)], R. Berraida [(1)], S. Sentissi [(1)], F. Rouibaa [(2)], A. Benkirane [(1)], H. Seddik [(1)]
(1) Rabat, MAROC ; (2) Casablanca, MAROC.

Introduction : Les rectorragies constituent un motif fréquent de consultation. Leurs étiologies sont multiples, allant de pathologies ano-recto-coliques bénignes aux pathologie graves néoplasiques, dont la fréquence diffère selon l'âge. Notre objectif est d'évaluer l'intérêt de la coloscopie dans l'exploration des rectorragies en fonction de l'âge du malade.

Matériels et Méthodes : De Janvier 2018 à Aout 2021 a été menée une étude rétrospective descriptive et analytique, incluant 416 patients ayant bénéficié d'une coloscopie pour rectorragies. Les patients ont été répartis en 2 groupes : groupe A pour les patients d'âge inférieur à 50 ans, groupe B pour les patients d'âge supérieur à 50 ans. Nous avons comparé les données épidémiologiques, cliniques et endoscopiques entre les deux groupes. Les patients connus porteurs de maladie inflammatoire chronique de l'intestin (MICI) ont été exclus de notre étude ainsi que la pathologie hémorroïdaire n'a pas été retenu parmi les résultats de la coloscopie.L'analyse statistique a été réalisée par le logiciel SPSS21.0.

Résultats : L'âge moyen de nos patients était de 52 ± 15 ans (12- 92 ans), avec une prédominance masculine 241 hommes par rapport à 175 femmes avec un sexe ratio H/F=1,3 (p=0,006). Parmi 416 patients présentant des rectorragies, 40,6% avaient moins de 50 ans et 59,4% plus de 50 ans . Les rectorragies étaient présente seules chez 66,3%(n=276), associées à une constipation dans 14,6% (Gr A:17,2% *vs* Gr B:12,8% ; p=0,330), à une diarrhée dans 13,3% (Gr A:16,4% *vs* Gr B:11,2% ; p=0,184), à une anémie ferriprive dans 6% (Gr A:7% *vs* Gr B:5,3% ; p=0,538).La coloscopie était normale dans 51,5% des cas et pathologique dans 48,5% (Gr A: 37,6% *vs* Gr B : 56% ; p=0,001). Les pathologies principalement retrouvées étaient ; des polypes recto-coliques dans 46,6% (Gr A:34,8% *vs* Gr B:52% ; p=0,053), aspect de rectite/colite dans 25,2% (Gr A:54,3% *vs* Gr B:11,9% ; p<0,001),, un processus recto-colique dans 21,6% (Gr A:8,7% *vs* Gr B:27,5% ; p=0,010), une diverticulose colique dans 9,5% (Gr A:4,3% *vs* Gr B:11,8% ; p=0,227), angiodysplasies colique dans 10,8% (Gr A:6,5% *vs* Gr B:12,7% ; p=0,392) et ulcère rectal solitaire dans 3,4 %des cas (Gr A:2,2% *vs* Gr B:3,9% ; p=0,586). Après analyse uni et multivariée, les facteurs associés à un résultat pathologique lors d'une coloscopie pour rectorragies étaient: l'âge superieur à 50 ans (p=0,004), la présence d'une constipation associée (p=0,017) et le sexe (p=0,030).

Conclusion : La coloscopie conserve une place essentielle dans le diagnostic étiologique des rectorragies. Dans notre série, elle a démontré que l'âge de plus de 50 ans était associé à un résultat pathologique (p=0,001) avec une prédominance des polypes et processus recto-coliques contrairement aux sujets de moins de 50 ans où le diagnostic de rectite ou rectocolite prédominait (p<0,001).

P.304

Impact de l'âge sur le profil épidémiologique et clinique de l'hémorragie digestive

O. Chafif [1], H. El Bacha [1], A. Mehdi [1], N. Benzzoubeir [1], I. Errabih [1]
(1) Rabat, MAROC.

Introduction : Les hémorragies digestives (HD) sont les urgences les plus fréquentes en hépato-gastroentérologie. L'origine haute représente 80 % des hémorragies digestives aiguës. Les taux de morbi-mortalité ont diminué grâce à l'évolution des nouvelles techniques d'hémostase.
Le but de notre étude est de décrire l'impact de l'âge sur le profil épidémiologique et clinique de l'hémorragie digestive.

Matériels et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive, monocentrique, s'étalant sur 28 mois d'Avril 2020-Aout 2022.Ont été inclus dans notre étude les patients consultant pour hémorragie digestive et qui ont bénéficié d'une exploration digestive et d'un suivi immédiat. Les cas étudiés ont été répartis en trois catégories : adulte jeune < 45ans, entre 45 et 59ans adulte d'âge moyen, sujet âgé ≥60 ans.

Résultats : 231 patients présentant une HD ont été inclus dans notre étude, dont 102 femmes (44.1%) et 129 hommes (55.8%), sexe ratio H/F à 1.26. L'âge moyen est 56.1 ans [16-91 ans]. L'adulte jeune représenté par 55 cas (23.8%), adulte d'âge moyen 61 cas (26.4%), sujet âgé 115 malades (49.7%). Chez le sujet jeune, 9 patients étaient alcoolo-tabagiques (16%), 17(43.3%) présentaient un antécédent(ATCD) d'hypertension portal, 3(17.6%) avaient UGD. L'étiologie dominante étaiet la pathologie ulcéreuse 23 cas (39.5%), suivie de la rupture de varices œsophagiennes (VO) et œso-gastriques(GOV) chez 20 patients (33.8%). 17 (30.9%) ont bénéficié d'un geste hémostatique,21(38.1%) ont été transfusé et 10(18.1%) ont nécessité le séjour en réanimation avec 1(1.8%) décès.
Quant à l'adulte d'âge moyen, 13 (32.5%) étaient tabagiques et 6(37.5%) alcooliques, 9 malades (23%) ayant ATCD d'HTP et 3(17.6%) avec ATCD d'UGD. L'étiologie fréquente était la rupture de VO et GOV dans 20 cas (33.3%) *vs* 16 cas (22.8%) de la pathologie ulcéreuse.20(32.7%) gestes hémostatiques ont été réalisés,44 malades (72.1%) ont nécessité la transfusion et 10(16.3%) ont séjourné en réanimation, avec 2(3.2%) décès.
Concernant la troisième catégorie, 12 (26.6%) malades avaient ATCD d'HTP et 11(24.4%) présentaient ATCD d'UGD. Les étiologies prédominantes sont la pathologie ulcéreuse 63cas (54.3%) et l'hypertension portale chez 19 (32.2%) malades. 27(23.4%)ont bénéficié d'un geste hémostatique,54(46.5%) ont été transfusé et 17(14.7%) ont séjourné en réanimation, avec 3 (2.6%) décès.

Conclusion : L'hémorragie digestive est plus fréquente chez les sujets âgés. Il existe une différence d'étiologie selon les tranches d'âge. L'évolution dépend plus de la gravité de l'hémorragie, des comorbidités ainsi que l'étiologie beaucoup plus que de l'âge du patient

P.305

Interêt de la coloscopie dans le dépistage des cancers colorectaux

M. Aouroud [1], M. Jarti [1], H. Aouroud [1], A. Ait Errami [1], S. Oubaha [1], Z. Samlani [1], K. Krati [1]
(1) Marrakech, MAROC.

Introduction : Le cancer colo-rectal est de plus en plus fréquent. La coloscopie est l'outil du diagnostic en permettant l'étude histologique. Le but de notre étude est de déterminer le taux de diagnostic d'un cancer colo-rectal chez les patients bénéficiant d'une coloscopie quelle que soit l'indication et d'étudier les facteurs de risque associés.

Matériels et Méthodes : Ont été inclus tous les patients ayant bénéficié d'une coloscopie avec biopsies entre Septembre 2016 et Mars 2022. Ont été exclues les coloscopies incomplètes. Nous avons recueilli les données démographiques des patients, les indications de la coloscopie, ses résultats et les données histologiques. Tous les patients ont été préparés par du PEG et un régime sans résidus. Toutes les coloscopies ont été réalisées sous sédation au propofol.

Résultats : 1020 coloscopies avec biopsies ont été réalisées durant cette période. La moyenne d'âge des patients était de 60 ans (15-86 ans). Il s'agissait de 54 % de femmes et de 46 % d'hommes. L'indication la plus fréquente était les troubles de transit dans 35% des cas, suivie des rectorragies dans 32% des cas, des douleurs abdominales dans 13% des cas, d'une anémie ferriprive dans 8% et d'une imagerie pathologique dans 9% des cas. 3% des coloscopies étaient réalisées dans le cadre du dépistage du cancer colo-rectal. La coloscopie était pathologique dans 69% des cas. La coloscopie a objectivé un processus tumoral dans 10% des cas dont 98% étaient des adénocarcinomes confirmés par histologie. Dans les autres cas, la coloscopie a retrouvé des polypes (38% des cas), un aspect de maladie inflammatoire chronique de l'intestin dans 16% des cas, 5% des cas étaient représentés par des angiodysplasies, une mélanose colique, des diverticules, une rectite radique ou des lipomes. La coloscopie était normale dans 31% des cas. Le cancer colo-rectal était associé à un âge plus élevé (62 ans *Vs* 52 ans) et la présence de rectorragies

Conclusion : La coloscopie permet la prévention et le diagnostic du cancer colo-rectal chez 1 patient sur 10 quelle que soit l'indication. Il est associé à un âge plus élevé et à la présence de rectorragies. Devant ces facteurs, le délai de réalisation de la coloscopie doit être court, la préparation colique bonne et la totalisation obligatoire.

P.306

Rôle pronostique de l'acanthocytose au cours de la cirrhose liée à l'alcool décompensée

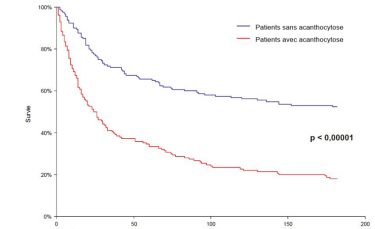
M. Pahul [1], G. Decool [1], L.C. Ntandja Wandji [1], M. Ningarhari [1], E. Lemaître [1], G. Lassailly [1], S. Dharancy [1], P. Mathurin [1], A. Louvet [1]
(1) Lille.

Introduction : L'acanthocytose est une modification de la membrane des hématies associée à la cirrhose sévère et entraînant une hémolyse. Il a été suggéré que l'acanthocytose était corrélée à la gravité de l'hépatopathie et à un mauvais pronostic mais les études disponibles sont peu nombreuses avec des effectifs limités. La transplantation permet à la fois de prendre en charge les hépatopathies sévères et permet la disparition de l'acanthocytose. L'objectif de ce travail est d'étudier l'impact de l'acanthocytose sur la survie globale et sans transplantation.

Patients et Méthodes : Nous avons mené un travail rétrospectif monocentrique sur 316 patients inclus d'avril 2011 à mai 2020 présentant une cirrhose et pour qui une recherche d'acanthocytes était effectuée (seuil de positivité à 1% des hématies). Les données des patients et leur devenir (notamment le recours à la transplantation) ont été recueillis à 1 mois, 3 mois et 6 mois. Les survies ont été générées par la méthode de Kaplan-Meier, comparées par le test du log-rank. Les analyses pronostiques ont utilisé des modèles de Cox.

Résultats : 316 patients ont été inclus dont 156 avec une acanthocytose. Les patients avec acanthocytose présentaient une hépatopathie plus sévère avec des scores MELD (25 [21 – 29,3] contre 20 [14,5 – 24,7], p < 0,00001) et de Child-Pugh plus élevés (11 [10 – 12] contre 10 [8 – 11], p < 0,00001) et des stigmates plus importants d'hémolyse avec une hémoglobine plus basse (8 g/dl [7,2 – 8,9] contre 8,5 g/dl [7,4 – 10,2], p = 0,003), des réticulocytes plus élevés (110 G/L [71 – 174,25] contre 90 [51 – 136,25], p = 0,004), une haptoglobine plus basse (0,08 g/l [0,07 – 0,14] contre 0,34 [0,08 – 0,82], p < 0,00001). La survie globale à 6 mois était plus faible dans le groupe avec acanthocytose : 34 +/- 4,6% contre 58,1 +/- 4%, p < 0,0001. La survie sans transplantation était également plus faible en cas d'acanthocytose : 18 +/- 3,1% contre 52,3 +/- 4%, p < 0,00001 (Figure).
Les deux causes principales de mortalité des patients porteurs d'une acanthocytose non transplantés étaient l'insuffisance hépatique terminale et le sepsis.
En analyse multivariée, les seuls facteurs indépendants associés à la survie sans transplantation à 6 mois étaient le MELD (RR = 1,08, IC à 95% : 1,056 – 1,104, p < 0,0001) et la présence d'une acanthocytose (RR = 1,557, IC à 95% : 1,114 – 2,175, p = 0,01).
En l'absence de transplantation, les patients présentant une acanthocytose et non transplantés gardaient une hépatopathie sévère à 1 mois de l'inclusion avec un score MELD restant élevé (J0 : 21,4 +/- 5,5 contre M1 : 20 +/- 4,6, p = 0,08), un score de Child-Pugh en moyenne à 9,5 +/- 1,8, une bilirubine totale en moyenne à 78,9 +/- 69,1 mg/l et un TP en moyenne à 48,6 +/- 15,7 %.
Inversement, après transplantation, l'acanthocytose disparaissait chez tous les patients.

Figure : Survie sans transplantation à 6 mois dans les 2 groupes.



Conclusion : La présence d'une acanthocytose est un élément pronostique indépendant de mortalité au cours de la cirrhose décompensée. Son dépistage systématique devrait être proposé à tout patient cirrhotique notamment en cas de stigmate d'hémolyse, d'anémie ou de décompensation de la cirrhose. En raison d'un risque de mortalité ou de recours à la transplantation de plus de 80% à 6 mois dans ce travail, la mise en évidence d'une acanthocytose doit faire évoquer la possibilité d'une transplantation rapide, en association aux scores pronostiques usuels.

P.307

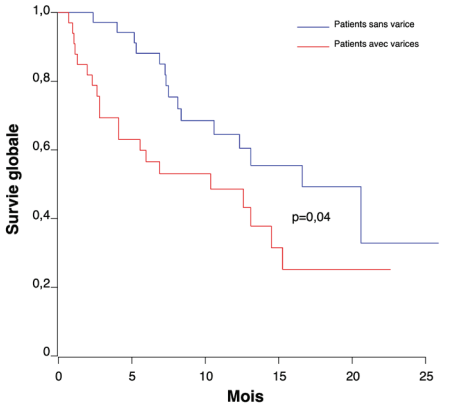
La présence de varices œsophagiennes quelle que soit leur taille prédit le décès chez des patients atteints de CHC avancé traités par atézolizumab/bévacizumab

P. Sultanik [1], E. Larrey [1], B. Campion [1], M. Evain [1], C. Brochet [1], H. Giudicelli [1], M. Wagner [1], J. Denis [1], M. Rudler [1], D. Thabut [1], M. Allaire [1]
(1) Paris.

Introduction : L'hypertension portale (HTP) et le carcinome hépatocellulaire (CHC) sont 2 complications étroitement liées de la cirrhose. La présence d'HTP est associée à une mortalité plus élevée en cas de traitements loco-régionaux du CHC. Nos objectifs étaient d'étudier si les paramètres de l'HTP étaient associés à la survie globale (SG) et sans progression (SSP) des patients (pts) atteints de CHC traités par Atezolizumab/Bevacizumab (A-B).

Patients et Méthodes : Les données de l'ensemble des pts traités par A-B ont été recueillies de façon prospective depuis août 2020 dans notre centre. Les valeurs continues étaient données en médiane et les catégorielles en nombre (%). La progression était définie comme composite (progression et/ou effets secondaires/décompensation hépatique nécessitant un arrêt). La SG et la SSP ont été évaluées selon la méthode de Kaplan Meier. L'influence des caractéristiques initiales sur les évènements au cours du suivi était évaluée par analyse uni et multivariée selon un modèle de Cox.

Présence de varices oesophagiennes et survie globale



Résultats : 75 patients ont été traités par A-B depuis août 2020. L'âge médian était de 65 ans, avec 21% de femmes et 81% de pts cirrhotiques. L'hépatopathie chronique étaient d'origine virale dans 57%, liée à une consommation excessive d'alcool dans 47% et liée à un syndrome métabolique dans 35% des cas. 37% des pts présentaient une cause mixte.
A l'inclusion, 74% des patients étaient Child-Pugh A et 49% avaient des varices œsophagiennes (VO) (25% de VO de grande taille). Le jour du traitement, 65% des pts étaient BCLC-C et 52% étaient naïfs de traitement pour le CHC. Le CHC était multi-nodulaire dans 68% des cas, de taille médiane de 59 mm pour la plus grosse lésion, 33% présentaient un CHC infiltrant et 47% une invasion vasculaire. Le taux de bilirubine totale était de 14 µM, l'INR de 1,14, l'albumine de 35 g/L, le taux de plaquettes de 170 000/mm3, le score de MELD de 9, le taux de PIVKA à 3.358 mAU/mL et d'AFP à 207ng/ml. Parmi les patients, 15% avaient un score ALBI à 3 et 18% une thrombopénie <100 000/mm3. Le suivi médian était de 13 mois, et 33% des patients présentaient une réponse au traitement (régression ou stabilité). La médiane de la SSP était de 6,07 mois, avec une SSP de 30% à 12 mois. En analyse univariée, les facteurs associés à la SSP étaient : la présence d'un CHC ≥ 3 lésions (HR=1,4, IC 95% [0,6-3,2], p=0,02), le taux de plaquettes (HR=1,01, IC 95% [1,01-1,1], p=0,03), le taux d'albumine (HR=0,9, IC 95% [0,89-0,99], p=0,04), PIVKA (HR=1,01, IC 95% [1,01-1,1], p=0,003), l'AFP (HR=1,01, IC 95% [1,01-1,1], p=0,003), la présence de VO de grande taille (HR=2,2, IC 95% [1,2-4,2], p=0,02). La présence de VO de grande taille (HR=6,57, IC 95% [1,5-28,8], p=0,01) et la présence d'un CHC ≥ 3 lésions (HR=14,6, IC 95% [4,2-51,1], p<0,001) étaient des facteurs indépendants associés à la SSP en analyse multivariée. La médiane de SG était à 12,6 mois avec une SG de 54% à 12 mois. Le décès était lié au CHC dans 59% des cas, à une insuffisance hépatique dans 15%, à un sepsis dans 15% et à d'autres causes dans 11%. En analyse univariée, le BMI (HR=1,1, IC 95% [1,02-1,2], p=0,01), la présence d'un CHC ≥ 3 lésions (HR=1,1, IC 95% [0,4-2,2], p=0,001), le score ALBI (HR=1,9, IC 95% [1,2-3,3], p=0,01), PIVKA (HR=1,01, IC 95% [1,01-1,1], p<0,001), l'AFP (HR=1,01, IC 95% [1,01-1,1], p=0,001), la présence de VO quelle que soit la taille (HR=2,2, IC 95% [1,2-4,2], p=0,02) étaient associés à la SG. En analyse multivariée, la présence de VO (HR=2,9, IC 95% [1,1-7,2], p=0,02), la présence d'un CHC ≥ 3 lésions (HR=19,4, IC 95% [2,44-154,3], p=0,005) et le score ALBI (HR=2,1, IC 95% [1,1-4,1], p=0,03) étaient indépendamment associés à la SG. En Kaplan-Meier, les médianes de survie entre les patients avec ou sans varice étaient de 10,4 et 16,6 mois respectivement, p=0,04. Au cours du suivi, 8% des pts ont eu un épisode d'hémorragie digestive (HD), dont 60% avaient un ATCD de rupture de VO (RVO), 60% des VO de petite taille et 40% de grande taille à l'endoscopie pré traitement. La prophylaxie primaire de la RVO n'était débutée que chez les patients présentant des VO de grande taille selon les recommandations de Baveno VI. Aucun des patients n'est décédé dans les suites de l'HD.

Conclusion : L'HTP est associée à la SSP et la SG. La présence de varices œsophagiennes est associée à la SG chez les patients présentant un CHC avancé traité par A-B. De plus, parmi les patients ayant développé une RVO sous traitement, 60% avaient des VO de petite taille, motivant ainsi la mise en place d'une prophylaxie de la RVO par bétabloquants chez l'ensemble des patients avec des VO ; et ce, quelle que soit leur taille, afin d'améliorer leur pronostic.

P.308

Intérêt de l'index triglycéride-glucose et ses paramètres associés dans la prédiction de la stéatose hépatique non alcoolique et de la fibrose hépatique chez les patients obèses : résultats préliminaires d'une étude prospective

R. Tlili [1], S. Hamza [1], O. Berriche [2], C. Makni [1], M. Dalhoum [2], A.L. Belhaj [1], S. Nsibi [1], H. Jamoussi [2], L. Kallel [1]

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

Introduction : La stéatose hépatique non alcoolique (NAFLD) est la maladie du foie la plus courante et celle qui connaît la croissance la plus rapide. L'incidence croissante de la NAFLD est associée à l'épidémie mondiale d'obésité et à la manifestation de complications du syndrome métabolique. Plusieurs paramètres ont récemment eu leur potentiel en tant qu'indicateurs de la résistance à l'insuline, tel que l'indice triglycéride glucose (TyG), dans diverses maladies métaboliques. Compte tenu de l'importance de l'insulino-résistance dans la pathogenèse de la NAFLD, des études récentes ont émis l'hypothèse que l'index triglycéride-glucose (TyG) pourrait être un bon marqueur pour prédire la NAFLD chez les patients obèses.
L'objectif de cette étude était d'étudier l'association de l'index TyG et ses indices associés (TyG-tour de taille [TT], TyG-indice de masse corporelle [IMC], et TyG-rapport taille-hauteur [WHtR]), en intégrant le TyG et les marqueurs d'obésité, avec la stéatose hépatique non alcoolique et d'évaluer leur capacité à prédire la NAFLD chez les patients obèses.

Patients et Méthodes : Il s'agissait d'une étude prospective incluant les patients suivis pour obésité au service des maladies de la nutrition et de diabétologie et adressés au service d'hépato-gastro-entérologie, pour dépistage de stéatose hépatique, durant la période allant de Janvier 2022 à Juillet 2022. Une élastométrie impulsionelle (FibroScan) a été réalisée pour chaque patient afin de déterminer le paramètre d'atténuation contrôlée (CAP) et la mesure de l'élasticité hépatique. Nous avons calculé pour chaque patient l'index TyG, le TyG-IMC, le TyG-TT et le TyG-WHtR à l'aide de formules standards. Les courbes de caractéristique de fonctionnement du récepteur (ROC) ont été utilisées pour évaluer et comparer leur performance diagnostique.

Résultats : Dans la présente étude, 95 patients obèses ont été colligés dont l'âge moyen était de 48,66 ans [18-77 ans] avec une prédominance féminine (91,6 %). L'IMC moyen était 41 ± 13 kg/m2. Une NAFLD a été retrouvé chez 70,5 % des patients, dont 8,1% avaient une fibrose avancée (≥F3).
Les valeurs moyennes du CAP, l'index TyG, du TyG TT, TyG-BMI et du TyG-WHtR étaient respectivement 287,64 dB/m ; 4,71 [4,06-5,41] ; 543,16 [187,34-804,6] ; 196,36 [125,05-744,43] et 3,2 [2,15-5,22].
Dans une première étape, une analyse statistique univariée de l'association entre la NAFLD et ces différents paramètres a été étudiée. En effet, le CAP était corrélé au tour de taille, l'IMC, WHtR et aux index TyG et TyG-TT, avec un p statistiquement significative (p<0,05). Tandis que l'élasticité hépatique était corrélée à l'IMC, l'index TyG et son paramètre associé (TyG-BMI), tous avaient un p<0.05.
En analyse multivariée, seul l'index TyG-TT était un facteur prédictif indépendant de la NAFLD (OR=1,013, P=0,004). L'analyse des courbes ROC, a montré que l'index TyG-TT avait une bonne spécificité et sensibilité dans la prédiction de la NAFLD (AUC=0,653 [0,536-0,771]) avec un seuil de 396,5. Par ailleurs, la présence d'une fibrose hépatique avancée était corrélée significativement à l'index TyG (p=0,023). L'analyse des courbes ROC, a montré que l'index TyG avait une bonne spécificité et sensibilité dans la prédiction de la fibrose avancée (AUC=0,783 [0,617-0,928]) avec un cut-off de 5.

Conclusion : Notre étude montre que l'index TyG et ses paramètres associés présentent une corrélation significative avec la présence de la NAFLD chez les obèses, avec une valeur prédictive positive de fibrose avancée estimée à 5 en se basant sur l'index TyG. Ces indices qui peuvent être obtenus cliniquement avec un simple calcul, sont peu coûteux et pratiques. Nos résultats suggèrent qu'ils pourraient être des marqueurs supplémentaires efficaces pour prédire la NAFLD chez les patients obèses.

P.309

Evaluation de la fibrose hépatique et programme d'éducation à la santé en milieu pénitentiaire : pertinence ?

C. Silvain [1], G. Charles [1], L. Deschamps [1], F. Jocteur [1], S. Mercier [1], L. Rouleau [1], T. Houpert [1], A. Beby-Defaux [1], J. Cheminet [1]

(1) Poitiers.

Introduction : Les maladies chroniques du foie font partie des causes fréquentes de décès. Leurs causes les plus fréquentes sont l'alcool, la stéato-hépatite non alcoolique et les causes virales et sont souvent associées à la précarité. La population carcérale est particulièrement exposée à ces facteurs de fibrose hépatique et donc à risque de développer une atteinte hépatique avec évolution vers la cirrhose et ses complications. La détection précoce de la fibrose hépatique par des techniques simples associées à une prise en charge en termes d'éducation à la santé et donc de prévention apparait pertinente.

Patients et Méthodes : Proposition à tous les sujets incarcérés de plus d'un an d'un complément du bilan biologique et virologique (FIB 4, viro complétée si nécessaire (sérologie VHC, VHB, VIH, dépistage urinaire IST)) effecué systématiquement à l'entrée en détention associé à un entretien avec une infirmière dédiée à l'éducation thérapeutique et à un Fibroscan suivi d'une information d'éducation à la santé. Un questionnaire avec coupon réponse a été donné à chaque sujet. La prise en charge était adaptée en fonction des résultats du bilan : présence d'une infection ou d'une hépatite virale B et/ ou VHC, VIH ; IST avec traitement et informations par le CeGGID ; FIB-4 : si < 1,30 le suivi était adapté en fonction des conduites à risque (TROD VIH, VHC à 6 mois) et du résultat du Fbroscan : si <8 kPa et absence de conduite à risque : pas de suivi ultérieur ; si FIB-4 >1,30 et Fibroscan > 12kPa : prise en charge hépatologique.

Résultats : Du 01/03/2022 à 01/10/2022, 170 coupons réponses ont été envoyés, 28 sujets ont refusé d'entrer dans cette évaluation de leur santé à partir de la démarche décrite et 142 ont été évalués : 132 hommes et 10 femmes, d'âge moyen 43,6 (21-79) ans. Le FIB-4 était à 0,89 (0,36-2,18) avec 117 FIB4<1,30 (0,84 ;0,36-1,28) : 117 FIB-4 < 1,30 et 98 Fibroscan < 8,0 kPa (4,8 ;2,8-7,9) soit 69 % F0-2 ; 25 FIB4>1,30 (1,49 ; 1,31-2,18) et 4 Fibroscan >12,0 kPa soit 3 % F3-4 (2 patients diabétiques, >50 ans). Parmi les 141 sérologies virales (1 refus) : 5 VHC positifs (PCR ARN VHC négative, 2 patients post- traitement) ; 2 sujets VHB positif (1 traité, 1 Ag Hbsnégatif) ; 43/141 (29%) sujets avec ac antiHBs <10 Ui ont été vaccinés ou eu un rappel. Pour les dépistages des IST, 31 (22%) sujets ont refusé le test urinaire.

Conclusion : Dans cette population, avant l'âge de 40 ans, la fibrose hépatique évaluée par tests indirects est peu présente et son évaluation parait plus pertinente après 40 ans. En revanche, cette démarche pour arriver à une éducation à la santé parait pertinente, a permis de vacciner ou revacciner contre le VHB près d'un tiers des sujets et est en cours d'évaluation afin de l'étendre à d'autres établissements pénitentiaires.

P.310

RELINK-PSY retrouver les patients psychiatriques avec hépatite C

A.J. Rémy [1], J. Hervet [1], R. Bouquie [2], S. Djazouli [1]
(1) Perpignan ; (2) Thuir.

Introduction : La France s'est fixé comme objectif l'élimination de l'hépatite C en 2025. Pour atteindre cet objectif, trois axes sont essentiels : dépistage, traitement et prévention. L'accès aux agents antiviraux directs s'est fait progressivement depuis 2013. Les malades suivis en milieu psychiatrique ont un accès réduit au traitement et constituent le groupe de patients le plus nombreux à traiter en France après les migrants (d'après une étude de S POL et al à partir des données du SNDS). Nous avons présenté aux JFOPD 2022 les résultats de l'étude DEVENIR C portant sur les patients retrouvés après analyse de nos fiches RCP. S'était posé la question du devenir des patients diagnostiqués en milieu psychiatrique et qui n'avaient pas pu être présentés en RCP.

Patients et Méthodes : Notre équipe (hépatologue et infirmier) assure des permanences hebdomadaires en hôpital psychiatrique (HP) avec réalisation du FIBROSCAN et mise en place du traitement anti viral sur site depuis 2018. L'HP dispose de son propre laboratoire où sont réalisés l'ensemble du bilan biologique nécessaire. Mais que deviennent les patients ayant une charge virale positive et sortis avant d'être pris en charge par notre équipe ? Quel suivi peut être proposé à ces malades ? Depuis 2018, 8 patients avaient réussi à poursuivre ou à débuter le traitement après relais de la prise en charge intra hospitalière vers l'extérieur (centres médico-psychologiques, centre de post-cure et hôpitaux de jour). Au 1er janvier 2022, nous avons mis en en place le projet RELINK PSY avec analyse de toutes les charges virales réalisées en HP pour identifier des patients non pris en charge par notre équipe, avec une enquête administrative pour retrouver les coordonnées du patient réalisée par notre assistante sociale.

Résultats : Du 1er janvier au 31 août 2022, 36 patients hospitalisés en HP eu une mesure de la charge virale C ; 10 charges virales C étaient positives (27.8%). Parmi les patients ayant une charge virale négative, 3 étaient en cours de traitement antiviral et 12 déjà connus de notre équipe, négatifs spontanément ou après traitement. Parmi les patients ayant une charge virale C positive, 3 patients ont été traités sur site et un après sa sortie ; 1 a été incarcéré à l'étranger après sa sortie et 1 a refusé le traitement. Quatre patients non traités et perdus de vue (3 hommes et 1 femme d'âge moyen 45 ans) ont été identifiés ; 3 ont été retrouvés 3 mois en moyenne après leur sortie (extrêmes 1-4 mois) avec 3 mises en place de traitement dont 2 à domicile, en raison d'une situation sociale difficile. Des résultats plus avancés seront présentés lors du congrès.

Discussion : Les patients psychiatriques représentent une population à risque d'hépatite C sous traitée par rapport à la population générale. Un suivi personnalisé est indispensable, pendant et après leur séjour en HP, afin de limiter les risques de contamination en institution.

Conclusion : Notre étude a permis de retrouver des patients ayant une hépatite chronique C à ARN positif et non traitée et des mises en traitement immédiates. La recherche et le traitement de ces patients est essentiel dans l'élimination de l'hépatite C en France en 2025.

P.311

Etat des connaissances des patients diabétiques type 2 à propos de la NAFLD

S. Nacer [1], H. Mahtal [1], F.Z. Elrhaoussi [1], M. Tahiri [1], F. Haddad [1], W. Hliwa [1], A. Bellabah [1], W. Badre [1]
(1) Casablanca, MAROC.

Introduction : La stéatose hépatique non alcoolique (NAFLD) touche près de 60% des patients diabétiques de type 2. La relation entre diabète et NAFLD est encore mal comprise mais certaines pistes s'orienteraient vers le mécanisme d'insulinorésistance associé à un taux élevé de cytokines pro-inflammatoires. L'objectif de cette étude est d'évaluer les connaissances des patients diabétiques de type 2 concernant la NAFLD et de déterminer la relation entre les caractéristiques personnelles des patients et leur niveau de connaissances.

Patients et Méthodes : Nous avons développé un questionnaire proposé aux patients diabétiques de type 2 de plus de 18 ans recueillant les caractéristiques du patient et de son diabète ainsi que leurs connaissances sur la NAFLD, ses complications et sa prise en charge. La collecte de données a commencé en mars 2022 et se poursuit. Tous les questionnaires étaient anonymes

Résultats : Un total de 127 diabétiques ont répondu au questionnaire. L'âge moyen était de 56 ans avec une prédominance masculine (63%). La durée d'évolution du diabte était de 4 ans avec une hémoglobine glyquée (HbA1c) moyenne de 7,2. L'IMC moyen était de 26,5 et 15% des participants étaient obèses (IMC>30Kg/m2). 43% des répondants avaient fait des études supérieures. Une NAFLD était retrouvée chez 10% des patients, 6% avaient une NASH, 81% déclaraient de ne pas connaître la différence entre NAFLD et NASH et 30% déclaraient n' avoir jamais entendu parlé de la NAFLD . Le diabète constituait un facteur de risque majeur selon 42% des participants en plus de la dyslipidémie (64%), l'obésité (71%), l'hypertension artérielle (31%) et certains médicaments (9%). Aucun patient ne connaissait l'implication du syndrome d'apnée du sommeil dans la survenue de la NAFLD.
21% des participants savaient que la NAFLD correspondait à l'accumulation des graisses dans l'hépatocytes, 28% que le dépistage reposait l'échographie abdominale et un bilan sanguin, 7% que le diagnostic de certitude était fait par la biopsie hépatique et moins de 5% connaissaient le risque d'évolution vers la cirrhose et le carcinome hépatocellulaire
Parmi les participants, 56% rapportaient que la NAFLD était réversible et que traitement reposait sur l'activité physique et une modification des habitudes alimentaires. La principale source d'information était des recherches sur internet (48%) et le médecin traitant (33%)
Après analyse en régression logistique, il a été démontré que l'âge jeune (p=0,02), le haut niveau d'instruction (p=0,003) et l'antécédent de NAFLD (p<0,001) étaient significativement associé à une meilleure connaissance de la maladie

Conclusion : Il est nécessaire d'améliorer les connaissances des patients diabétique de type 2 sur cette maladie à travers des campagnes de prévention insistant sur une meilleure adhérence au traitement du diabète, un changement du comportement alimentaire et la lutte contre la sédentarité.

P.312

Impact pronostique de la sarcopénie dans le carcinome hépatocellulaire avancé traité par atézolizumab/bévacizumab

A. Bai [(1)], V. Haghnejad [(1)], M. Muller [(1)], A. Lopez [(1)], S. Hadj Rhouma [(1)], C. Marechal [(1)], S. Daude [(1)], M. Bensenane [(1)], A. Luc [(1)], J.P. Bronowicki [(2)]
(1) Nancy ; (2) Vandœuvre-lès-Nancy.

Introduction : Le carcinome hépatocellulaire (CHC) est le 3ème cancer mondial en termes de mortalité avec un diagnostic très souvent tardif à un stade avancé de la maladie. Dans ce contexte, depuis 2020, le traitement de référence est l'association de l'Atézolizumab (ATZ) au Bévacizumab (BVZ). La sarcopénie a montré son impact en oncologie, mais elle a pour le moment été peu étudiée avec ce nouveau traitement. Le but de cette étude était de définir l'impact pronostique de la sarcopénie évaluée par l'Indice Musculo-Squelettique (IMS) dans le CHC avancé sous ATZ-BVZ et les facteurs de risque associés à la sarcopénie.

Patients et Méthodes : Etude française, monocentrique, rétrospective sur 52 patients présentant un CHC traité en 1ère ligne par ATZ-BVZ entre octobre 2020 et mai 2022. L'IMS correspondait à la mesure scannographique de la surface musculaire totale en L3 rapportée à la taille du patient au carré. La sarcopénie était retenue pour un IMS <50cm²/m² chez l'homme et <39cm²/m² chez la femme.
Surface Musculaire Totale sur une coupe scannographique passant par L3.

Résultats : La majorité des patients étaient de sexe masculin (86,5%) avec un âge médian de 70,5 ans [64,0-75,5] et un indice de masse corporelle de 27,8 kg/m² |24,5-30,6]. Quarante-trois des CHC étaient développés sur une cirrhose. Trente-deux patients (61,5%) présentaient une sarcopénie à l'inclusion. En les comparant aux patients non-sarcopéniques, ceux avec une sarcopénie présentaient significativement un âge plus avancé (72,9 ans *vs* 66,8 ans, p=0,0090), un indice de masse corporelle (IMC) plus bas (26,6kg/m² *vs* 29,6kg/m², p=0,0108). Les patients sarcopéniques ont présenté significativement plus d'arrêts précoces des traitements (moins de 3 cures) que les patients non sarcopéniques (35 *vs* 5%, p=0,0196). Entre l'inclusion et la fin du suivi, 36 patients sont décédés (69,2%), pour un suivi médian de 6,9 mois [3,38-7,86]. Il n'y a pas de différence sur la survie globale ou la survie sans progression entre les patients sarcopéniques et les non-sarcopéniques. En comparant à l'IMS, le Total Psoas Area Index semblait avoir de bonnes performances diagnostiques pour dépister la sarcopénie, contrairement à l'IMC et au Liver Frailty Index.

Conclusion : Notre étude a retrouvé une association entre la sarcopénie, l'âge, l'IMC. L'arrêt précoce du traitement ATZ/BVZ était plus fréquents chez les patients sarcopéniques. En revanche, il n'a pas été retrouvé d'impact sur la survie globale.

P.313

Un taux de plaquettes < 100 000/mm3 est associé à un risque de décompensation ascitique après traitement par radiothérapie stéréotaxique pour un carcinome hépatocellulaire

H. Giudicelli [(1)], M. Andraud [(1)], R. Bourdais [(1)], M. Wagner [(1)], D. Thabut [(1)], J.M. Simon [(1)], M. Allaire [(1)]
(1) Paris.

Introduction : La place de la radiothérapie est controversée dans l'arsenal thérapeutique du carcinome hépatocellulaire (CHC) avec des données de survie qui sont discordantes selon les études et le type de radiothérapie utilisée. Ce traitement est de plus en plus fréquemment utilisé chez les patients n'ayant pas accès à un traitement locorégional, mais peut-être associé à la survenue d'une ascite rendant difficile l'accès à d'autres traitements du CHC en cas de récidive tumorale. Le développement récent de la stéréotaxie dans le CHC a pour objectif de limiter ce risque de complications et d'augmenter la réponse au traitement. Nos objectifs étaient d'étudier (i) la survie globale (SG) et sans progression (SPP) des patients atteints de CHC traités par radiothérapie stéréotaxique, (ii) la survenue d'ascite clinique post-traitement et ses facteurs prédictifs.

Patients et Méthodes : L'ensemble des patients cirrhotiques atteints de CHC traités par radiothérapie stéréotaxique entre 2016 et 2022 ont été inclus. L'SG, la SPP et la survenue d'une ascite clinique post-traitement ont été évalués selon la méthode de Kaplan Meier. L'influence des caractéristiques initiales sur les évènements au cours du suivi était évaluée par analyse uni et multivariée selon un modèle de Cox.

Résultats : Les données de 39 patients traités par radiothérapie stéréotaxique ont été analysées de façon rétrospective (âge médian 72 an, 66% d'hommes). La cirrhose était d'origine virale dans 45% des cas, liée à une consommation excessive en alcool dans 62%, à une MASH dans 51% des cas et 72% des malades présentaient une cause mixte d'hépatopathie. A l'inclusion, 82% des patients étaient Child-Pugh A, 61% avaient des varices œsophagiennes (VO) (18% de VO de grande taille) et 13% des patients avaient déjà présenté une rupture de varice œsophagienne (RVO) . A l'inclusion, 38% des malades avaient un ATCD d'ascite clinique. Le jour de la radiothérapie, 80% des malades était BCLC 0/A et 41% des patients étaient naïfs de traitement pour le CHC. Le CHC était multi-nodulaire dans 15% des cas, aucun ne présentait de CHC infiltrant et une invasion vasculaire était observée chez 1 patient. A l'inclusion, le taux de bilirubine totale moyen était de 16.7 µM, l'INR de 1.28, l'albumine à 36.5 g/L, les plaquettes à 92.0 [30.2-153.9] G/L le score de MELD de 9.7 et l'AFP de 79 ng/ml. Parmi les patients, 14% avaient un score ALBI à 3 et 59% une thrombopénie <100 000/mm3.
Après un suivi médian de 30 mois, la SSP après radiothérapie stéréotaxique était de 53% à 12 mois, 33% à 24 mois et 28% à 36 mois et l'OS de 81% à 12 mois, 54% à 24 mois et 32% à 36 mois. En analyse univariée, la présence d'un CHC > 3 cm (HR=3,1, IC 95% [1,3-8,5], p=0,03) et celle d'une invasion vasculaire (HR =11,8, IC 95% [1,2-112,9], p=0,03) étaient inversement corrélés à l'SG. Seul un CHC > 3cm était inversement corrélé à l'SG en analyse multivariée (HR =2,8, IC 95% [1,0-8,0], p=0,05).
Au cours du suivi, 26% des malades ont présenté une décompensation ascitique à 6 mois et 41% à 12 mois. En analyse univariée, l'antécédent de RVO (HR=3,17, IC95% [1,00-10,01], p=0,04), le score de MELD (HR=1,20, IC95% [1,03-1,41], p=0,02), et un taux de plaquettes <100 000/mm3 (HR=3,87, IC 95% [1,09-31,76], p=0,04) étaient associés à la survenue de la décompensation ascitique, mais pas la présence de VO ni le fait d'avoir présenté un ATCD d'ascite ni le volume du foie sain irradié ni le volume PTV1. En analyse multivariée, seule la thrombopénie<100 000/mm3 (OR=3,78, IC 95% [1,01-14,18], p=0,04) était associée à la survenue d'ascite clinique. Parmi les patients ayant développés de l'ascite clinique, 40% d'entre eux étaient traités par Bétabloquant non cardio-sélectifs à dose optimale

Conclusion : Les taux de SG et la SSP à 12 mois

étaient respectivement de 81% et 53% après radiothérapie stéréotaxique. Une décompensation ascitique est survenue chez 41% des malades à 12 mois du traitement et seule la présence d'une thrombopénie <100 000/mm3 était indépendamment associée à la survenue d'ascite clinique. En cas de taux de plaquettes <100 000/mm3, un autre traitement du CHC pourrait être discuté chez ces patients afin de limiter le risque d'ascite clinique pouvant contre-indiquer l'accès ultérieur à d'autres traitements du CHC en cas de récidive tumorale.

P.314

Nouvel indice en tomodensitométrie pour la détection de la fragilité chez les cirrhotiques : fiabilité et impact pronostic

C. El Khoueiry [(1)], R. Slim [(1)], M. Rida [(1)], B. El Khoury [(1)], K. Honein [(1)], T. Smayra [(1)], C. Yaghi [(1)]
(1) Beyrouth, LIBAN.

Introduction : Le concept de fragilité est un état de vulnérabilité accrue résultant d'une diminution des réserves physiologiques et fonctionnelles, entrainant une diminution des capacités d'adaptation au stress. Elle est prédictive d'une morbidité et mortalité accrues chez les cirrhotiques. Les facteurs associés à la fragilité incluent le sexe féminin, la malnutrition, la sarcopénie et la myostéatose. L'objectif de cette étude est ainsi d'établir un nouvel indice scannographique permettant de prédire la fragilité et son impact chez les cirrhotiques.

Patients et Méthodes : C'est une étude transversale incluant 51 patients cirrhotiques recrutés entre avril 2020 et juin 2022. Les caractéristiques démographiques et anthropométriques, l'étiologie et les complications de la cirrhose ont été recueillis. Les patients ont été classés en deux groupes selon l'état de fragilité en utilisant le FRAIL score. Les coupes au niveau L3 de tomodensitométrie ont été analysées par le logiciel Coreslicer®, pour mesurer la surface et la densité des muscles et de la graisse. L'indice musculaire squelettique (IMS-L3) est calculé par la surface musculaire/taille2. L'indice musculaire relié à la densité (IMRD-L3) est calculé en divisant IMS/densité musculaire. La surface musculaire ajustée à la densité et la taille (SMDT-L3) est calculée : surface musculaire X taille/densité. Les données collectées ont été analysées à l'aide du logiciel SPSS. Une valeur de P< 0.05 a été utilisée pour déterminer la signification statistique.

Résultats : L'étude a inclus 51 patients cirrhotiques âgés de 65 ± 12.7 ans, dont 32 de sexe masculin (62.7%) et 19 de sexe féminin (37.3%). Le MELD-Na moyen est de 18.1 ± 7.78 [7-39]. Parmi ces patients : 45.1% ont été classés fragiles, 64.7% ont eu des complications liées à l'hypertension portale et 72.5% ont eu des évènements liés à l'insuffisance hépatique. On note un pourcentage de 37.3% de décès durant la période de suivi. La moyenne de la densité musculaire totale est significativement plus faible chez les patients fragiles comparés aux patients non fragiles, ainsi que chez les patients ayant un Child score B/C comparés aux patients avec un Child score A. La SMDT-L3 est significativement plus élevée chez les patients fragiles comparés aux patients non fragiles (p=0.004 pour les hommes et p<0.001 pour les femmes). De même, la SMDT-L3 et l'IMRD-L3 sont significativement plus élevés chez les patients ayant un Child score B/C comparés aux patients avec un Child score A (p=0.006 pour les hommes et p=0.013 pour les femmes). L'AUROC de SMDT-L3 est à 0.784 chez les hommes et 0.975 chez les femmes. Les seuils définissant les catégories de patients fragiles, correspondant aux meilleures sensibilités (Se) et spécificités (Sp), étaient 5.4 (Se= 80% Sp= 67%) chez les hommes et 4.7 chez les femmes (Se= 87%, Sp =80%). Le coefficient Kappa entre la SMDT-L3 et la fragilité est à 0.752, avec un pourcentage d'agrément à 87.5%, montrant une reproductibilité substantielle. Cette classification permettait de détecter une fragilité avec une sensibilité à 100%, une spécificité à 76%, une valeur prédictive positive à 79.3% et une valeur prédictive négative à 100%. Le temps de survie est significativement plus bas chez les patients ayant une SMDT-L3 au-dessus du seuil par rapport à ceux avec une SMDT-L3 au-dessous du seuil (figure 1).

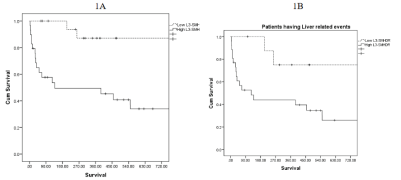
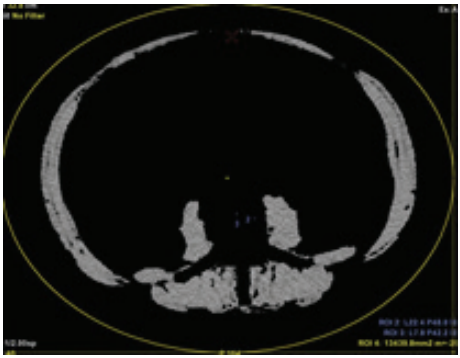


Figure 1-A : Courbe de survie chez les patients en fonction de la fragilité définie par SMDT-L3 (Log Rank (Mantel-Cox) P=0.001) et **1-B**.survie en fonction de l'incidence des complications liées au foie (Log Rank (Mantel-Cox) P=0.035)



Conclusion : La SMDT-L3 est un nouvel indice permettant d'identifier la fragilité qui prend en compte des variables mesurables et reproductibles. Avec un seuil à 5.4 chez les hommes et 4.7 chez les femmes, cet indice pourrait constituer un facteur pronostic de la fragilité chez les cirrhotiques.

P.315

Modalités pratiques de la ponction d'ascite ambulatoire thérapeutique en milieu hospitalier ou libéral non universitaire : résultats d'une enquête nationale

J.F.D. Cadranel [1], H. Zougmoré [1], M. Medmoun [1], A. Wampach [2], B. Hanslik [3], J.R. Ngele Efole [1], R. Smadhi [1], X. Causse [4], G. Macaigne [5], J.J. Meurisse [6], G. Fantognon [1], A. Baron [7], C. Locher [8], G. Barjonet [9], J. Henrion [10], A. Landau [11], M. Laville [1], S. Alibert [12], M.P. Ripault [13], M. Luwawu Mbimba [14], E. Kimmoun [15], C. Lemaitre [16], O. Berthelet [17], K. Bideau [18], M. Ramdani [19], J.A. Seyrig [20], D. Zanditenas [21], A.J. Rémy [22], F. Leclercq [1], T. Le Magoarou [1]

(1) Creil ; (2) Paris ; (3) Montpellier ; (4) Orléans ; (5) Montfermeil ; (6) Bourg-en-Bresse ; (7) Corbeil-Essonnes ; (8) Meaux ; (9) Montélimar ; (10) Haine-Saint-Paul, BELGIQUE ; (11) Dreux ; (12) Arles ; (13) Narbonne ; (14) Chartres ; (15) Argentan ; (16) Le Havre ; (17) Chambéry ; (18) Quimper ; (19) Béziers ; (20) Pontivy ; (21) Bry-sur-Marne ; (22) Perpignan.

Introduction : De nombreuses questions organisationnelles se posent aux équipes paramédicales et aux médecins concernant les ponctions d'ascite thérapeutiques réalisées en ambulatoire (PA).Le but de cette étude de pratique menée de fin décembre 2021 à septembre 2022 réalisée dans les hôpitaux non universitaires et en milieu libéral, était de répondre à un certain nombre de questions concernant l'organisation médicale et paramédicale des PA.

Patients et Méthodes : Un questionnaire Google forms a été adressé aux responsables de structure, aux responsables (R) d'hôpitaux de jour des hôpitaux non universitaires et aux hépato-gastroentérologues libéraux réalisant des PA. Il y avait une seule réponse par centre. Les statistiques sont présentées pour les valeurs qualitatives en proportion et en moyenne (variable quantitative).Les données suivantes ont été analysées : démographiques : âge, sexe, type d'exercice, statut. Organisation générale : structure réalisant la PA ambulatoire dans votre hôpital : le service, l'hôpital de jour ou de semaine. Qui pratique la PA : infirmière (IDE), étudiant hospitalier, interne, assistant, praticien hospitalier. Y-a-t'il une limite maximale lors de la PA ? A l'issue de la PA, qui retire l'aiguille de PA ? En cas de PA programmée, pratiquez-vous une PA exploratrice ? Utilisez-vous un repérage échographique en cas de PA difficile. Utilisez-vous une anesthésie locale : patch Emla, Xylocaïne, Bicarbonate ou autre. Existe-t-il dans le service un protocole d'administration de l'albumine. Quelles sont les modalités de surveillance paramédicale de la PA et quel temps moyen passe l'équipe paramédicale à cette prise en charge ? Le patient sort-il avec un rendez-vous pour la prochaine PA ? Est-il évalué pour un autre type de traitement en cas d'ascite chronique.

Résultats : Au 20 septembre 2022, 52 réponses ont été obtenues : 70 % H, 30 % F ; 96 % R exerçaient en CHG. Concernant le statut des R, 71,5 % étaient chef de service et 24 % responsables d'hôpital de jour. Les PA ambulatoires sont réalisées en hôpital de jour multidisciplinaire dans 71 % R, en hospitalisation classique dans 25 %, en hôpital de jour du service dans 21 %. 37,5 % R utilisaient une anesthésie locale : 28,6 % de patch Emla et dans 61,9 % de Xylocaïne bicarbonate. La majorité des R n'ont pas de kit de PA (71 %). 89,6 % des PA étaient réalisées par gravité. 60,4 % R limitent la PA à 10 litres (3-18). La PA était retirée dans 12,5 % par la personne qui a réalisé la PA, dans 12,5 % par un des médecins indifféremment et dans 87,5 % (42) par une IDE. Une PA exploratrice était utilisée toujours dans 44 % des cas et parfois dans 52,1 % des cas. Les bandelettes urinaires sont très peu utilisées. Le point classique de ponction classique était utilisé par 78 % R. 20 % R utilisaient un trajet en baïonnette pour éviter des fuites d'ascite en cas d'œdème pariétal important. Une aiguille courte de longueur 4 cm était utilisée par 30 % des R et longue par 32 % des R. 54,3 % des R laissaient l'aiguille en place. En cas d'utilisation d'un cathlon, celui-ci était laissé dans 78,5 % des cas. 95,8 % R utilisaient un repérage échographie en cas de PA difficile.

95,8 % des répondants avaient un protocole d'administration de l'albumine écrit dans 70 % des cas. La perfusion d'albumine était débutée pendant la PA et poursuivie pendant la PA dans 83,3 % des cas. 55,3 % R avaient un protocole de surveillance paramédicale de la PA. Le temps moyen pour lequel une IDE était mobilisée était < 30 minutes dans 25 % des cas, entre 30 minutes et une heure dans 37,5 % des cas et de 1 heure ou plus dans 23 %. Les patients sortaient avec un rendez-vous de prochaine PA dans 89,1 % des cas. 44 % des patients revenaient avec un bilan sanguin. 80 % des patients sortaient sans autre exploration.

Discussion : Les PA réalisées en milieu non universitaire sont majoritairement faites à l'hôpital. La PA exploratrice est utilisée dans un peu moins de la moitié des cas de façon systématique
La PA n'est jamais posée par une IDE ; cependant dans la majorité des cas, l'aiguille de PA est enlevée par une IDE comme cela a été relaté par l'équipe d'IDE de Paul Brousse qui prend en charge les PA ambulatoires (1).

Conclusion : Les PA réalisées en dehors d'un CHU sont le plus souvent réalisées en hôpital général. La prise en charge est relativement codifiée notamment pour la perfusion d'albumine, il s'agit d'une activité qui prend du temps au personnel paramédical, les IDE étant très impliquées dans cette prise en charge.

Remerciements, financements, autres :
ANGH CREGG Christelle Legrand

P.316

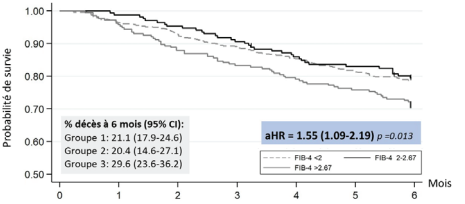
Évaluation de la valeur pronostique de FIB-4 sur la survie et la tolérance au traitement chez des patients âgés atteints de cancer

J. Poisson [(1)], V. de Salins [(1)]
(1) Paris.

Introduction : La prise en charge du cancer du sujet âgé est complexe en raison de l'hétérogénéité de cette population avec de différents degrés de fragilité. L'évaluation gériatrique standardisée, prenant en compte de nombreux domaines, est recommandée pour une prise en charge plus personnalisée des patients âgés. Néanmoins, en oncogériatrie, aucune étude n'a rapporté une analyse complète des paramètres hépatiques et de leur impact sur la mortalité et la toxicité.
Pourtant, le vieillissement est associé à un déclin fonctionnel de la plupart des organes, notamment le foie, et constitue un facteur de risque de développement de maladies chroniques du foie. FIB 4 est un test non invasif recommandé pour écarter ou confirmer une fibrose hépatique avancée, calculé à partir de l'âge, des transaminases et du taux de plaquettes. Le score ALBI est un score pronostique et d'évaluation de fonction hépatique chez des patients cirrhotiques, calculé avec l'albumine et la bilirubine. C'est aussi un facteur pronostique de mortalité en oncologie mais n'a pas été étudié chez le sujet âgé.
L'objectif principal de cette étude est d'évaluer l'intérêt du FIB-4 en oncogériatrie pour prédire la survie globale, la tolérance au traitement oncologique et les hospitalisations non programmées. L'objectif secondaire est d'évaluer la valeur pronostique du score ALBI sur la survie globale dans cette même population.

Matériels et Méthodes : Cette étude prospective multicentrique a inclus des patients âgés de 70 ans ou plus, atteints de cancers solides ou hématologiques, adressés pour une évaluation gériatrique avant un nouveau traitement (chimiothérapie, immunothérapie ou thérapie ciblée), entre mars 2015 et septembre 2019, avec des données disponibles pour le calcul de FIB 4. Les patients atteints de maladies hépatiques chroniques connues ont été exclus. FIB 4 et le score ALBI ont été rétrospectivement calculés sur une biologie réalisée lors de l'évaluation oncogériatrique. Les patients ont été classés en 3 groupes pronostiques selon les valeurs seuils de FIB-4 connus en hépatologie (<2, 2-2,67 et >2.67). Les toxicités du traitement cancérologique (critères CTCAE) et la mortalité globale ont été évaluées à 6 mois de suivi.

Résultats : 989 patients ont été inclus (âge médian : 81 ans) avec un suivi moyen de 28 mois. A 6 mois, 22% étaient décédés et 59% des patients ont présenté des toxicités sévères (grade III/IV), dont 22.4% présentant des toxicités hématologiques sévères.



Courbe de survie selon FIB4

Un score FIB-4 > 2,67 (groupe 3) avant traitement était un facteur prédictif de mortalité globale à 6 mois, indépendamment du site du cancer, du statut métastatique, de la présence d'une insuffisance cardiaque et de la CRP (aHR à 1,55 (1,10-2,20), p=0,028). 28% des patients du groupe 3 étaient décédés à 6 mois. FIB-4 était aussi associé de manière indépendante à l'apparition de toxicités hématologiques de grade III/IV (17% dans le groupe 1, 27% dans le groupe 2 et 32% dans le groupe 3) avec un aOR à 1,92 ((IC 95 % : 1,15-3,22) p=0,02) pour le groupe 3. FIB-4 n'était pas associé aux toxicités globales et aux hospitalisations non programmées.
Le score ALBI (> -2,6) n'était pas associé à la mortalité dans l'analyse multivariée (aHR à 1,26 (0,72-2,23), p= 0,42). Dans

une analyse de sensibilité par partitionnement récursif, des seuils optimaux ont été identifié (≤-2,79 (référence), -2,79 à -1,87 et >-1,87). Cette variable était indépendamment associée à la mortalité (ajustée pour le site du cancer, les métastases, l'insuffisance cardiaque chronique, la CRP et le FIB-4). Les patients ayant un score ALBI de -2,79 à -1,87 (aHR à 2,2, p = 0,020) et les patients ayant un score ALBI > -1,87 (aHR à 2,92, p = 0,031) présentaient un risque plus élevé de mortalité à 6 mois que les patients ayant un score ALBI ≤ -2,79.

Conclusion : Un score FIB-4 > 2,67 est un facteur prédictif indépendant de mortalité globale à 6 mois et de toxicités hématologiques sévères chez les patients âgés traités pour un cancer. Ces résultats illustrent l'importance de l'évaluation hépatique en oncogériatrie. Notre étude peut aider les praticiens à identifier les patients âgés dont le foie est altéré et qui bénéficieraient d'une approche plus personnalisée pour anticiper la toxicité hématologique des traitements et la mortalité.

P.317

Suivi des patients atteints de l'association cholangite sclérosante primitive et maladies inflammatoires chroniques de l'intestin

M. Wallyn [1], C. Bureau [1], C. Gilletta de Saint-Joseph [1]

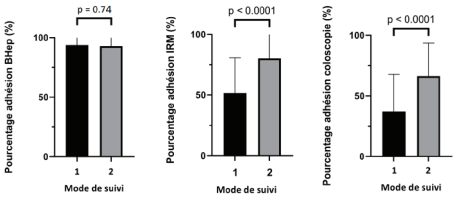
(1) Toulouse.

Introduction : La cholangite sclérosante primitive (CSP) et les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI) sont deux pathologies chroniques d'hépato-gastro-entérologie qui peuvent toutes les deux évoluer et se compliquer, d'autant plus lorsqu'elles sont associées l'une à l'autre.
Ainsi, les patients atteints de cette association nécessitent un suivi régulier, contraignants pour le médecin et pour le patient qui doit réaliser régulièrement de nombreux examens dont certains sont invasifs. Les sociétés savantes recommandent actuellement la réalisation d'un examen clinique et d'un bilan biologique semestriel, ainsi que la réalisation d'une élastométrie, d'une imagerie des voies biliaires et d'une coloscopie de manière annuelle.
Ce suivi pourrait être idéalement réalisé par un hépatologue et un gastro-entérologue mais les modalités de consultation diffèrent d'un centre à l'autre.

Patients et Méthodes : Notre étude est une étude de cohorte, observationnelle, rétrospective, bicentrique.
Nous avons inclus tous les patients suivis dans les deux centres pour l'association d'une CSP et d'une MICI entre Janvier 2010 et Décembre 2021.
Les critères d'exclusion étaient : un âge inférieur à 18 ans, un suivi de moins d'un an, une transplantation hépatique à l'inclusion ou dans l'année suivant l'inclusion.
La modalité de suivi était définie comme suit :
- Suivi par deux spécialistes : un hépatologue et un gastro-entérologue, soit au cours d'une consultation commune, soit de manière distincte
- Suivi par un seul spécialiste : un hépatologue ou un gastro-entérologue

L'objectif principal de notre étude était de comparer l'adhésion aux recommandations de suivi selon la modalité de suivi (par un ou par les deux spécialistes). Les objectifs secondaires étaient d'évaluer l'impact de ce suivi sur la survie et sur la survenue d'événements (dysplasie, adénocarcinome colique, cholangiocarcinome, transplantation hépatique, décès).

Résultats : Au total, cent vingt-cinq patients ont été inclus dans notre étude. Soixante et onze patientes ont été suivis par un spécialiste et cinquante-quatre patients par deux spécialistes.
Le pourcentage moyen d'adhésion à la réalisation du bilan hépatique ne différait pas en fonction de la modalité de suivi (93.9% *vs* 93.0%, p=0.74), respectivement par un spécialiste ou deux spécialistes.
En revanche les taux de réalisation de la bili-IRM et de la coloscopie annuelle étaient supérieurs chez les patients suivis par deux spécialistes par rapport au groupe suivi par un spécialiste (80.2% et 66.3% *vs* 51.5% et 37.2%, p<0.001).
Au total, vingt-neuf patients ont présenté quarante-quatre événements. Quinze patients dans le groupe suivi par un spécialiste et quatorze patients dans le groupe suivi par deux spécialistes.
En analyse multivariée, les facteurs de risque liés à la survenue d'un événement étaient la présence d'une cirrhose à l'inclusion, le mode de suivi et le pourcentage d'adhésion à la coloscopie.
En revanche, il n'existait pas de de différence de survie ou de survenue d'événements en fonction de la modalité de suivi.



Discussion : Les caractéristiques de nos deux groupes étaient comparables entre eux et comparables aux cohortes habituellement décrites dans la littérature.
Les deux protagonistes du suivi peuvent faire expliquer les faibles taux d'adhésion à la bili-IRM et à la coloscopie annuelle. Ces examens sont contraignants et invasifs pour le patient qui a parfois du mal à accepter leur réalisation. Le spécialiste par manque de conviction peut ne pas faire réaliser ces examens annuellement.

Conclusion : Ce travail est le premier à comparer l'adhésion aux recommandations de suivi des patients porteurs de l'association CSP et MICI en fonction de la modalité de suivi par un ou deux spécialistes.
A la lumière de ce travail, un suivi par deux spécialistes semble une meilleure option pour les patients. Néanmoins, devant l'absence de différence de survie et de survenue d'événements, le suivi pourrait être allégé et personnalisé en fonction des risques pour chaque patient.

P.318

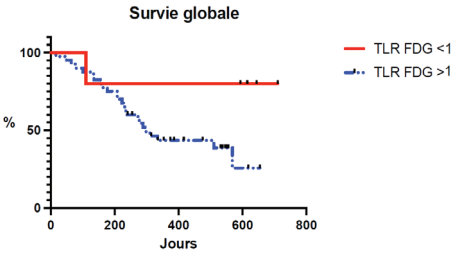
Impact pronostique du TEP scan FDG et choline sur la réponse tumorale et la survie chez les patients traités par atézolizumab et bévacizumab pour un carcinome hépatocellulaire avancé

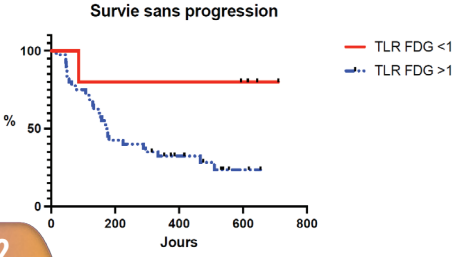
J. Sabbagh [1], M. Muller [2], V. Haghnejad [2], A. Lopez [2], S. Hadj Rhouma [2], S. Daude [2], V. Laurent [2], F. Avila [1], X. Orry [2], M. Bensenane [2], E. Chevalier [2], J.P. Bronowicki [1]
(1) Vandœuvre-lès-Nancy ; (2) Nancy.

Introduction : Le carcinome hépatocellulaire (CHC) est le 6ème cancer le plus fréquent et la 3ème cause de décès par cancer dans le monde. Les données actuelles montrent l'intérêt de la TEP/TDM pour le diagnostic du CHC et la prédiction de la récidive, mais seules quelques études ont évalué l'impact pronostique de la TEP/TDM chez les patients atteints de CHC. Les objectifs de notre étude étaient d'évaluer l'impact pronostique de la TEP/TDM au 18F-FDG et au 18F-fluorocholine en termes de taux de réponse tumorale précoce, de survie globale et sans progression chez les patients traités par atézolizumab et bévacizumab pour un CHC avancé.

Matériels et Méthodes : Dans cette étude rétrospective monocentrique, les patients adultes ayant débuté un traitement palliatif de première ligne par atézolizumab et bévacizumab, entre août 2020 et décembre 2021, et ayant bénéficié d'une TEP/TDM au 18F-FDG et au 18F-FCH avant le traitement ont été inclus. Le SUVmax et le rapport tumeur/foie non tumoral (TLR) ont été calculés. L'impact pronostique de différents seuils du TLR FDG et du TLR choline a été évalué (TLR ≤> médiane de la cohorte, ≤>1, ≤>1,5, ≤>2).

Résultats : Parmi les 55 patients traités dans la période, 45 patients ont été inclus dans l'étude. La médiane du TLR 18F-FDG et du TLR 18F-FCH était de 1,7 et de 1,16 respectivement. Seul le seuil de 1 du TLR FDG semblait avoir un impact sur la réponse tumorale et les survies globales et sans progression. Uniquement 5 patients (11%) étaient considérés comme négatifs pour le FDG (TLR≤1). Les tumeurs de ces 5 patients étaient toutes positives à la fluorocholine (TLR 18F-FCH >1). Aucun de ces 5 patients avaient une progression tumorale au scanner réalisé après 3 cures d'Atézolizumab-Bévacizumab. Chez les 37 patients avec un TLR 18F-FDG >1 qui ont réalisé un scanner après 3 cures, une progression tumorale était observée dans 11 cas (30%) (NS).
La survie globale (SG) médiane n'était pas atteinte pour le TLR <1 et était de 295 jours pour le TLR ≥1 (p= 0,096). La médiane de survie sans progression (SSP) n'était pas atteinte pour les TLR <1 et était de 174 jours pour les TLR ≥1 (p=0,0527).





Conclusion : Nous n'avons pas trouvé de différences statistiquement significatives concernant la réponse tumorale, la SG et la SSP selon les fixations TEP. Néanmoins, nous avons observé une tendance vers une meilleure SG et SSP pour les rares tumeurs fixant uniquement le 18F-FCH sans fixation du 18F-FDG. Ces données doivent être validés sur un plus grand nombre de patients. Le recrutement est en cours.

P.319

Dépistage du VHC en consultation d'anesthésie au centre hospitalier de Bourg-en-Bresse

J.J. Meurisse [1], S. Claveranne [2], S. Devers [1], M. Cattenoz [1], P. Prost [1], J.P. Lagarrigue [1], H. Slibi [1], D. Pillon [1]

(1) Bourg-en-Bresse ; (2) Equipe ETP VHC.

Introduction : L'éradication du VHC en France est un objectif déclaré de nos autorités de santé. Le dépistage des patients porteurs du VHC reste encore un problème . Nous avons voulu savoir si un dépistage systématique du VHC avait un intérêt dans notre hôpital.Le service d'anesthésie,à la fois très structuré et accueillant des patients d'horizons variés, nous a paru le service le plus adapté pour réaliser cette étude

Matériels et Méthodes : Tout patient adulte admis en consultation anesthésie se voyait proposer la réalisation d'une sérologie VHC.Une feuille d'information lui était donnée au préalable en salle d'attente et des explications complémentaires éventuellement apportées par le médecin anesthésiste.Les résultats étaient adressés au gastroentérologue de l'équipe d'ETP VHC. En cas de sérologie positive,le patient était recontacté pour pratiquer une PCR VHC

Résultats : 1332 sérologies ont été effectuées du 15 février 2020 au 28 février 2022.Il s'agissait de 610 hommes et de 722 femmes,dont la répartition par classe d'âge était la suivante :
<30 ans : 2.3% / 30-39: 4.8% / 40-49 : 11.9% / 50-59 : 22.4% : 60-69 : 30.9% / 70-79 : 23.3% : >80 : 4.3 %
11 sérologies sont revenues positives et 11 PCR ont été effectuées.
1 seule PCR est revenue positive soit un taux de 0.07 % de patients porteurs du VHC
Il s'agissait d'une femme de 52 ans d'origine africaine, transfusée dans son pays d'origine avant d'arriver en France en 2013,et prise en charge à plusiieurs reprises à l'hôpital entre 2013 et 2020.

Discussion : Notre étude a été fortement impactée par les vagues successives de Covid qui ont conduit à plusieurs reprises à la fermeture du bloc opératoire au cours de cette période. Néanmoins, elle comporte un échantillon suffisamment conséquent permettant d'évaluer la prévalence du VHC dans la population ciblée

Conclusion : -Le dépistage de patients porteurs du VHC en consultation anesthésie est faible, de l'ordre de 0.07 %
-La recherche d'antécédents transfusionnels doit être plus systématique

Remerciements, financements, autres :
Remerciements à l'équipe médicale d'anesthésie pour leur partipation active,aux iDE des consultations externes pour les prélèvements et au laboratoire Gilead pour le soutien logistique

P.320

Connaissances et conscience des internautes sur l'hépatite B

R. El Jim [1], M. Lahlali [1], A. Lamine [1], N. Lahmidani [1], A. El Mekkaoui [2], M. El Yousfi [1], D.A. Benajah [1], M. El Abkari [1], S.A. Ibrahimi [1], H. Abid [1]

(1) Fès, MAROC ; (2) Oujda, MAROC.

Introduction : L'hépatite B est une infection potentiellement grave due au virus de l'hépatite B (VHB). Il s'agit d'un problème majeur de santé publique. Le VHB peut aussi provoquer des complications graves (cirrhose, cancer…). Le virus se transmet essentiellement via les liquides et sécrétions biologiques de l'organisme : sang, sperme et sécrétions vaginales…, Malgré la gravité de cette affection, il existe plusieurs moyens de prévention notamment le dépistage et la vaccination.
L'objectif de cette enquête et d'évaluer le statut vaccinal, la conscience et la connaissance des internautes sur le VHB via les réseaux sociaux : Facebook et WhatsAPP…

Matériels et Méthodes : Nous avons mené une étude transversale axée sur 722 participants par le biais d'un questionnaire électronique anonyme en utilisant GoogleForms ; plusieurs facteurs ont été analysés : (Âge, sexe, connaissance vis-à-vis le virus, ATCD statut vaccinal…), des statistiques descriptives et une analyse bi-varié ont été effectuées sur les données.

Résultats : Au total 722 internautes ont participé dans la présente étude, dont l'Âge moyen est 30.3 ans et la majorité sont des femmes (55.9 % n=404).
95% (n=686) des participants ont atteint au moins le niveau collège, 88.1% (n=635) connaissent l'existence de cette pathologie,
Un total de 588 (81.1%) participants croyait qu'il avait une connaissance adéquate des modes de transmission du virus dont seulement 462 (63%) on répondu correctement aux questions concernant le mode de transmission. 260 (36%) ont des fausses idées sur le mode transmission (transmission par poignée de main, alimentation commune…).
674 (93%) des participants considèrent le VHB comme une maladie grave, 563 (78%) la considère comme une affection curable.
En matière du vaccin : environ 46% (n=332) étaient vacciné contre 31% non vaccinée et 23% ne connaissent pas leur statut vaccinal, 25% des participants ignorent que le vaccin fait partis de PNI. Parmi les personnes non vaccinées, la phobie du vaccin (13% n=100) était la raison principale de la non-vaccination. 68% des non-vaccinés désirent d'être vacciné.

Conclusion : Les résultats déduits par cette étude montrent la nécessité de faciliter l'accès au vaccin et la Sensibilisation de la population afin de prévenir la propagation du virus chez les sujets sains et d'éviter la marginalisation sociale des patients HVB positifs.

P.321

Évaluation de la perception des soins par les hépatologues au cours des cirrhoses avancées

D. Gouiaa [1], Y. Zaimi [1], M. Ayari [1], L. Mouelhi [1], R. Debbeche [1]

(1) Tunis, TUNISIE.

Introduction : La cirrhose avancée se caractérise par une détérioration rapide et imprévisible de l'état clinique des patients. Le fardeau des symptômes au cours de la cirrhose avancée, associé à la complexité de la transplantation hépatique et le risque élevé de mortalité justifient l'importance d'une orientation précoce vers les soins palliatifs.
Malgré l'importance de ce volet thérapeutique, la qualité actuelle des soins apportés à ces patients reste peu connue. De ce fait, nous avons mené cette étude dont l'objectif était d'évaluer la perception des soins par les hépatologues au cours des cirrhoses avancées.

Matériels et Méthodes : Nous avons mené une étude descriptive, rétrospective, longitudinale et multicentrique s'étalant sur une période de 2 mois allant du mois d'octobre 2021 jusqu'à novembre 2021. Nous avons colligé les données relatives à la perception des soins par les médecins hépatologues au cours des cirrhoses avancées. Les médecins hépatologues exerçant à l'étranger ont été exclus. Toutes les données ont été recueillies à partir d'un questionnaire élaboré sur l'application google Forms.

Résultats : Durant la période d'étude, soixante-dix questionnaires ont été analysés rétrospectivement. L'âge moyen des médecins était de 32,31 ans avec une médiane de 30 ans et des extrêmes allant de 25 à 62 ans. Le Sexe ratio H/F était de 0,25 avec une nette prédominance féminine : 14 hommes *versus* 56 femmes. La majorité des médecins (95,7%) exerçaient dans le secteur public. Les médecins étaient, dans plus de la moitié des cas, des internes en hépato-gastro-entérologie (59%). Le nombre moyen de cirrhotiques à un stade avancé pris en charge à la consultation externe par mois était de 10,4 [1 – 30]. Quant aux patients cirrhotiques hospitalisés par mois, le nombre moyen était de 12,6 [0 – 70]. Concernant les particularités de la prise en charge des comorbidités d'un cirrhotique à un stade avancé, la majorité des hépatologues pensaient que la prise en charge de ces patients nécessite des compétences médicales spécifiques (95,7). Par ailleurs, les médecins pensaient qu'un sujet atteint d'une cirrhose avancée est vulnérable et très fragile pour supporter les traitements des autres pathologies chroniques dans 78,5% des cas. Enfin, les trois quarts des hépatologues étaient en désaccord avec le fait qu'un sujet atteint d'une cirrhose avancée peut bénéficier d'un large éventail de choix thérapeutiques. Concernant la prise en charge oncologique, la majorité des médecins (95,7%) pensaient que les traitements oncologiques sont plus toxiques pour les patients cirrhotiques à un stade avancé en comparaison avec les autres patients. Quarante-quatre des hépatologues (62,9%) étaient d'accord sur le fait que les traitements oncologiques sont moins efficaces chez ces patients et 56 (soit 80%) approuvaient que la cirrhose avancée peut-être un facteur justifiant l'abstention thérapeutique et donc une attitude seulement palliative. Du point de vue des émotions liées aux soins prodigués, la majorité des hépatologues (95,7%) pensaient que la prise en charge des cirrhotiques à un stade avancé expose le médecin traitant à des expériences émotionnelles pénibles. Les avis des hépatologues, concernant le fait que ces patients représentent un fardeau pour l'équipe soignante en milieu hospitalier, étaient mitigés (51,5% *Vs* 48,5%). Près des trois quarts des médecins (72,9%), n'auraient pas voulu renoncer à la prise en charge d'une personne cirrhotique à un stade avancé, s'ils avaient le choix. Concernant les perspectives de la prise en charge d'un patient cirrhotique à un stade avancé, la totalité des hépatologues étaient d'accord qu'une formation en soins palliatifs devrait-être suivie par les médecins et l'équipe paramédicale. La majorité des médecins pensaient que la prise en charge de ces patients devrait-être considérée comme une priorité dans les travaux de recherche en hépatologie (90%). L'étude analytique a conclu que le sexe féminin était corrélé de façon significative au fait qu'une unité de soins palliatifs en hépatologie devrait-être créée avec un p=0,044. Par ailleurs, le statut Junior était corrélé de façon significative au fait que la prise en charge des

cirrhotiques à un stade avancé expose le médecin traitant à des expériences émotionnelles pénibles et qu'elle devrait-être considérée comme une priorité dans les travaux de recherche en hépatologie avec un p=0,021 et 0,048 respectivement. En revanche, le statut sénior était associé de façon significative au fait que le traitement adjuvant a plus d'inconvénients que d'avantages chez le cirrhotique à un stade avancé avec un p=0,038.

Conclusion : Les soins palliatifs représentent un des piliers de la prise en charge des cirrhotiques à un stade avancé en hépatologie. De ce fait, une formation en soins palliatifs de l'équipe médicale et paramédicale ainsi que le développement d'une unité de soins palliatifs constituent les perspectives d'une prise en charge optimale de ces patients.

P.322

Profil sérologique des familles porteuses de l'hépatite B

H. Cherkaoui [(1)], I. Ouchicha [(1)], M. Lahlali [(1)], A. Lamine [(1)], N. Lahmidani [(1)], A. El Mekkaoui [(2)], M. El Yousfi [(1)], D.A. Benajah [(1)], S.A. Ibrahimi [(1)], M. El Abkari [(1)], H. Abid [(1)]

(1) Fès, MAROC ; (2) Oujda, MAROC.

Introduction : L'hépatite virale B est un virus à ADN dont la transmission sexuelle et materno-fœtale est l'un des principaux modes de transmission. Pour avoir une idée du profil sérologique des familles atteintes du VHB, nous avons réalisé une étude rétrospective sur 2 ans incluant les patients suivis dans notre consultation d'hépatite B et sur lesquels nous avons effectué un dépistage familial.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective dans notre unité sur 2 ans, incluant les patients, suivis dans notre consultation, porteurs de l'hépatite B, tous profils confondus, et à tous les stades d'évolution.

Résultats : Parmi les 294 patients suivis dans notre consultation pour une hépatite virale B, le dépistage familial n'a été réalisé que chez un tiers des patients. Nous avons donc inclus 100 familles pour lesquelles le dépistage familial a été réalisé chez le conjoint, les enfants, les parents et la fratrie. Le profil des patients suivis dans notre consultation était : infection chronique avec Ag HBe négatif (36%), cirrhose post virale B (24%), guérison (14%), hépatite chronique Ag HBe + (12%), hépatite chronique B Ag HBe - (8%) et hépatite aiguë (4%). Le dépistage familial a été réalisé chez les conjoints (68% des familles), les enfants (36%), les frères et sœurs (8%) et les parents (4%). Le profil retrouvé chez les conjoints était celui d'une infection par le VHB avec Ag Hbe négatif (24%), guéri (6%), cirrhotique (12%), et négatif (26%). Les conjoints négatifs ont été vaccinés (taux d'anticorps moyen de 70 UI par ml). Les conjoints refusant le dépistage étaient 14%, avec une nette prédominance masculine (10%). Les conjoints n'ont pas été dépistés pour les raisons suivantes : divorce (2%), célibat (10%), décès du conjoint (6%). Dans les familles avec enfants (36%), le nombre moyen d'enfants était de 1,5 par famille et le profil retrouvé était négatif (62%), portage inactif (14%), guéri (11%), et refus (11%). Parmi les enfants négatifs, le taux de vaccination était de 90%. Le dépistage des frères et sœurs a concerné 6% des familles : le portage inactif a été retrouvé dans 2% des cas et la cirrhose post-virale B dans 4%. Le dépistage des parents a concerné 4% des familles : 2% présentaient une hépatite Ag Hbe + et 2% une hépatite Ag Hbe -.

Conclusion : Le dépistage familial du VHB est souvent négligé dans la prise en charge des patients atteints du virus de l'hépatite B. Il permet de prévenir la transmission par la vaccination chez les patients négatifs et de traiter les patients qui indiquent un traitement pour prévenir l'évolution vers la cirrhose et ses conséquences.

P.323

Le Liver Frailty Index : une évaluation simple de la fragilité comme facteur prédictif de survie sans progression sous atézolizumab/bévacizumab chez des patients avec un CHC avancé

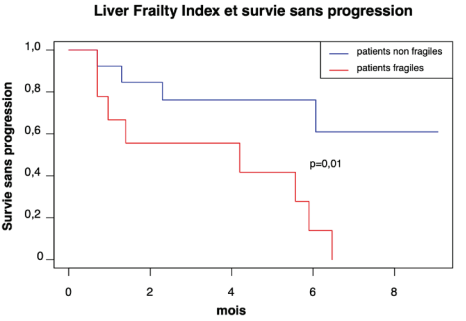
P. Sultanik [1], E. Larrey [1], M. Evain [1], B. Campion [1], H. Giudicelli [1], A. Ait Oufella [1], M. Wagner [1], D. Thabut [1], M. Allaire [1]

(1) Paris.

Introduction : Les facteurs pronostiques de réponse à l'immunothérapie dans le traitement du carcinome hépatocellulaire (CHC) avancé ne sont pas encore tous identifiés. La sarcopénie avant traitement est un facteur de mauvais pronostic chez des patients (pts) avec un CHC avancé traité par inhibiteur de tyrosine kinase, mais son impact sous immunothérapie n'est pas montré. Le Liver Frailty Index (LFI) est un test validé dans l'évaluation de la sarcopénie chez des patients cirrhotiques +/- en attente de transplantation hépatique, et associé à la morbi-mortalité de ces patients.
L'objectif de ce travail était d'évaluer la sarcopénie avant traitement par le LFI et son impact chez des pts avec un CHC avancé recevant un traitement par atézolizumab-bévacizumab (A-B).

Patients et Méthodes : Etude monocentrique prospective de pts recevant de l'A-B pour un CHC avancé. 75 patients ont bénéficié d'A-B depuis août 2020. Seuls les 23 derniers pts ont eu une mesure du LFI. L'étude rapportée ici porte sur ces 23 patients. La sarcopénie était évaluée par l'IMC, l'albumine (ALB) et le LFI à baseline. Le LFI est exprimé en variable continue (LFI) et également en sous-groupes (LFIgr): pt fragile (LFI≥4,5) / pt non-fragile (LFI<4,5).
La progression était définie comme composite (progression et/ou effets secondaires/décompensation hépatique nécessitant un arrêt). Evaluation du LFI sur la survie sans progression (SSP) et la survie globale (SG). Les valeurs continues sont données en médiane[IQR1-3] et les catégorielles en nombre (%). Analyse effectuée en modèle de Cox et Kaplan-Meier, en ne retenant que les valeurs de $p < 0,05$.

Résultats : 23 pts ont bénéficié d'A-B avec un LFI de janvier 2022 à août 2022. 74% étaient des hommes avec un âge à 68[59-74] ans. 17(77%)pts avaient une cirrhose (VHC 33%,VHB 10%,MASH 43%,alcool 62%,mixte 48%) avec un score de Child-Pugh: A 45%/B 45%/C 10%, et un score de MELD à 11[8-15] . Les paramètres carcinologiques à J0 étaient: plus grand diamètre du CHC mesuré à 60[40-76] mm, nombre de lésions ≥3 chez 85%, caractère infiltrant chez 19%, et invasion macrovasculaire chez 38% des pts. Les autres paramètres à J0 étaient: IMC 25,7[23,9-28,2] kg/m2, bilirubine totale 17[10-33] µM, INR 1,25[1,13-1,41], ALB 31[26-36] g/l, créatinine 74[66-87] µM, plaquettes 133[90,5-202] G/mm3, CRP 15[4-52], AFP 126[11-2525] ng/ml, ALBI score: 1 14%/ 2 48%/ 3 38%, et LFI 4,25[3,99-4,68], LFIgr fragile chez 43% des pts.
La médiane de SSP était de 5,9 mois, avec 11(48%) pts vivants sans progression aux dernières nouvelles.
En analyse de Cox univariée, les facteurs associés à la SSP étaient : le taux de plaquettes (p=0,01), l'AFP (p=0,03), le LFI (p=0,01), la fragilité au LFIgr (p=0,02).
En analyse multivariée intégrant le LFI continu, seul le LFI restait associé à la SSP avec un aHR à 4,49, p=0,01 ; avec une tendance pour le taux de plaquettes (aHR à 1,0005, p=0,052). En analyse multivariée intégrant le LFIgr, seule la fragilité restait associée à la SSP avec un aHR à 4,66, p=0,03.
En analyse de Kaplan-Meier, la médiane de SSP pour le groupe fragile était de 4,2 mois, alors que 8 pts / 13 étaient vivants sans progression dans le groupe non fragile, p=0,01.
Enfin, l'AUROC pour le LFI était de 0,77 pour la prédiction de la SSP.
Concernant la SG, 9(39%) pts sont décédés avec un suivi médian à 5,3[1,95-6,85] mois. Aucune association n'était mise en évidence entre le LFI et la SG. Les facteurs associés en univarié étaient le taux de plaquettes (p=0,003), l'ALB (p=0,03) et l'AFP (p=0,03). En analyse multivariée, le taux de plaquettes et l'ALB restaient associés à la SG avec un aHR à 1,01, p=0,04, et un aHR à 0,79, p=0,03, respectivement.



Conclusion : Le Liver Frailty Index est un outil simple d'évaluation de la fragilité des patients et semble un facteur prédictif indépendant de la survie sans progression chez des patients avec un CHC avancé traité par immunothérapie. Le dépistage précoce de la sarcopénie devrait ainsi être systématique et nous amener à une prise en charge nutritionnelle et un renforcement musculaire précoce pour une prise en charge globale optimisée des patients.

P.324

Corrélation des tests neuro-psychologiques dans le diagnostic de l'encéphalopathie hépatique minime chez le cirrhotique dans une population tunisienne

N. Elleuch [(1)], A. Derbel [(1)], O. Chatti [(1)], A. Hammami [(1)], W. Dahmani [(1)], W. Ben Ameur [(1)], A. Ben Slama [(1)], M. Ksiaa [(1)], S. Ajmi [(1)], A. Braham [(1)], H. Jaziri [(1)], A. Jmaa [(1)]

(1) Sousse, TUNISIE.

Introduction : L'encéphalopathie hépatique (EH) minime est souvent sous diagnostiquée en raison de l'utilisation de tests neuropsychologiques et neurophysiologiques qui sont des tests assez difficiles et surtout chronophages. Le test d'énumération des animaux (TEA), est un test simple, réalisable au lit du malade, qui a été récemment proposé pour dépister l'EH minime et qui, à ce jour, n'a pas été validé dans la population Tunisienne.
Notre objectif était d'évaluer les tests de dépistages type Stroop test et le TEA pour le diagnostic de l'EH minime chez le cirrhotique.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude prospective évaluative, cas témoin, menée au service d'Hépato-gastro-entérologie du CHU Sahloul de Sousse, sur une période de 06 mois. Les participants de cette étude ont été répartis ont 02 groupes. Le premier groupe comportait les patients cirrhotiques âgés de plus de 18 ans n'ayant pas présenté au préalable un épisode d'EH clinique. Le deuxième groupe contrôle comportant des volontaires sains appariés dans le sexe, l'âge et le niveau scolaire. Le TEA el Stroop test ont été pratiqués par tous patients le même jour. Les résultats du Stroop test étaient interprétés selon les normes tunisiennes établis par une étude multicentrique.

Résultats : Quatre vingt patients et 80 témoins ont été colligés durant la période de l'étude. La valeur moyenne du test d'énumération des animaux (TEA) était de 17,54±6 avec des extrêmes allant de 9 à 27 points dans le groupe des cirrhotique *versus* 22,4±7,04 dans le groupe témoin les témoins (p<0,001). Ainsi, le diagnostic de l'EHM était retenu chez 37 patients cirrhotiques *versus* 14 chez les témoins. La valeur moyenne de la durée Temps d'arrêt + Temps de marche chez les patients cirrhotiques était 237,04±78,76. Cette valeur était supérieure à celle du groupe des témoins avec une différence statistiquement significative (p<0,001). Dix-neuf cirrhotiques (23,8%) avaient une EH minime selon le Stroop test *versus* 3 (13,6%) dans le groupe témoin.
Le coefficient de corrélation entre les résultats de Stroop test et TEA était égal à -0,450 (P<0,001).
Un résultat de l'ANT inférieur à 19 était significativement corrélé à un Stroop test positif avec un coefficient de corrélation de 0,79 et une sensibilité de 67% et une spécificité de 90%.

Conclusion : Dans notre étude, le TEA qui est un test simple pourrait être intéressant pour le diagnostic de l'EH minime dans la population Tunisienne.

P.325

Premières données épidémiologiques sur l'hépatite auto-immune à La Réunion

S. Chouihab [(1)], L. Cuissard [(1)], H. Audin [(1)], S. Kwiatek [(2)], C. Martineau [(1)], M. de Beauregard [(1)], B. Pichard [(2)], A.L. Le Toux [(1)]

(1) Saint-Paul (La Réunion) ; (2) Saint-Pierre (La Réunion).

Introduction : Les données épidémiologiques de l'hépatite auto-immune (HAI) sont le plus souvent basées sur des populations caucasiennes et japonaises. Il existe très peu de données chez les patients ayant d'autres origines ethniques tels qu'il en existe à la Réunion, en raison d'un brassage ethnique historique entre européen, africain et asiatique. De ce fait, l'objectif de cette étude était d'estimer la prévalence, de décrire et d'analyser les caractéristiques de l'HAI ainsi que la réponse au traitement.

Patients et Méthodes : Étude rétrospective multicentrique entre décembre 2008 et mars 2022 à la Réunion. Tous les patients ayant un diagnostic d'HAI sur preuve histologique ont été inclus.

Résultats : Quatre-vingt-un patients dont 60 femmes (74%) et 14 patients < 18 ans (17,2%) ont été inclus. La prévalence était estimée à 9,4 pour 100000 habitants. L'âge moyen au diagnostic était de 46 ans [4-80], 61,7% des patients avaient plus de 40 ans. L'HAI était asymptomatique ou infra clinique dans 77,8% des cas, ictérique dans 21% et grave dans 2,5% des cas. L'HAI de type 1 était la plus représentée. 13,5% étaient séronégatifs et 18,5% présentaient une forme mixte. 19,7 % avaient une cirrhose au diagnostic. Le taux de gammaglobulines, d'IgG et des anticorps anti-muscle lisse était significativement élevé dans la population pédiatrique comparé aux adultes p <0,05. 89% des patients avaient été traités initialement par corticoïdes et azathioprine, 40% des patients étaient sous AUDC seul ou en association. La réponse complète était obtenue dans 69% et 73% des cas respectivement à 6 mois et 12 mois du traitement.

Conclusion : Il s'agit des premières données épidémiologiques de l'Océan Indien. La prévalence de l'HAI à La Réunion entre 2008 et 2022 est estimée à 9,4 pour 100000. Elle demeure faible comparée aux données européennes, américaines et asiatiques. L'âge moyen au diagnostic est plus tardif. La forme asymptmatique est prédominante. il serait intéressant de réaliser un recueil prospectif de tous les nouveaux patients réunionnais présentant une HAI afin de confirmer nos résultats.

P.326

Hépatites auto-immunes séronégatives : fréquence, présentation et pronostic. Etude préliminaire à partir des données du CCMR Filfoie Guadeloupe

M. Gelu-Simeon [1], M. Caviezel [1], L. Catherine [1], M. Alexis-Rosnel [2], M.J. Lafrance [1], C. Galbas-Frontinois [1], G. Saint-Georges [1], L. Amaral [1], O. Chazouillères [3]

(1) Pointe-à-Pitre (Guadeloupe) ; (2) Pointe-à-Pitre, Guadeloupe ; (3) Paris.

Introduction : L'hépatite auto-immune (HAI) est une maladie rare qui, si elle n'est pas traitée peut évoluer vers une cirrhose ou une insuffisance hépatique. Le diagnostic d'HAI repose notamment sur la présence d'auto-anticorps mais il existe des formes séronégatives qui représenteraient 10 à 20% des cas. Peu d'études ont évalué la prévalence des HAI séronégatives et l'impact de cette séronégativité sur la présentation clinique ou le pronostic des HAI. Par ailleurs, ces études ont été réalisées pour la plupart en population caucasienne. L'objectif principal de cette étude a été d'évaluer la fréquence des HAI séronégatives parmi les patients du CCMR (centre de compétence maladies rares) Guadeloupe de la cohorte Filfoie. Les objectifs secondaires ont été de décrire les caractéristiques phénotypiques et l'évolution sous traitement de ces formes séronégatives.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective monocentrique portant sur les patients porteurs d'HAI et suivis au sein du CCMR Guadeloupe de la Cohorte Filfoie entre janvier 2018 et juillet 2022. Seuls les patients ayant une histologie compatible ou typique d'HAI ont été inclus. L'analyse statistique portait sur l'ensemble des patients inclus et visait à comparer les formes séropositives et séronégatives.

Résultats : La cohorte du CCMR Filfoie de Guadeloupe est constituée de 54 patients suivis pour une HAI. Parmi eux, 24 ont été exclus du fait d'une histologie non disponible (n=10), d'un âge<18 ans (n=1), de données manquantes(n=2), d'un bilan auto-immun incomplet (n=9) ou d'un suivi <6 mois (n=2). Parmi les 30 patients restants, on retrouvait 27 femmes et 3 hommes, tous afro-caribéens, d'âge moyen 41,3 ± 21,6 ans, 11 patients (36.6%) avaient une forme séronégative. Il existait un syndrome de chevauchement dans 20% (n=6) des cas, un diabète type 2 dans 13,3% (n=4), ou une obésité dans 26,7% (n=8) des cas.
Les HAI séronégatives avaient une présentation initiale aigüe (72,7% *vs*. 42,1%, p=0,012), voire fulminante (18,1% *vs*. 0%, p=0,012), déclenchée par un médicament ou une phytothérapie (dans 13,3% *vs*. 0%, p=0,018), avec un recours à la transplantation hépatique (18,2% *vs*. 0%, p=0,025), de façon significativement plus fréquente comparativement aux formes séropositives. La description histologique (comptabilité avec le diagnostic d'HAI, activité inflammatoire ou fibrose extensive) n'était pas significativement différente entre les 2 groupes. Durant une durée moyenne de suivi de 74,8 ± 63,1 mois, la séronégativité n'était pas significativement associée au pronostic de la maladie bien que le taux de rémission clinico-biologique soit plus fréquent dans 81,8% des HAI séronégatives *vs*. 57,9% des HAI séropositives, p=0,370.

Conclusion : La fréquence des HAI séronégatives semble particulièrement élevée dans notre cohorte et leur présentation clinique initiale plus sévère que celle des HAI séropositives mais leur pronostic semble toutefois comparable. L'HAI séronégative pourrait constituer une entité spécifique mais une définition consensuelle et une standardisation des méthodes de détection des auto-anticorps s'avère nécessaire.

P.327

Respect des critères de Baveno VI pour la prédiction des varices œsophagiennes chez les patients atteints de maladie hépatique chronique avancée compensée en pratique clinique en hôpital général

I. Rosa [1], Y. Alshatti [1], A. Wampach [2], C. Barrault [1], M. Vidon [1], L. Costes [1], J.F.D. Cadranel [3], H. Hagège [1]

(1) Créteil ; (2) Paris ; (3) Creil.

Introduction : Selon le consensus Baveno VI, les patients ayant une maladie hépatique chronique sévère compensée (cACLD) présentant une élasticité hépatique < 20 kPa et un taux de plaquettes > 150 000 / µL ont un très faible risque de varices à haut risque (VHR) et n'ont pas besoin d'endoscopie de dépistage. En revanche, les patients ayant une élasticité hépatique >20 kPa ou un taux de plaquettes < 150 000 / µL ont un risque élevé de développer des VHR.
Objectifs : Cette étude visait à vérifier si les recommandations de Baveno VI étaient appliquées en pratique clinique dans un CHG. Les objectifs secondaires étaient la validation des critères de Baveno VI sur une population de patients avec maladie chronique hépatique compensée dont l'étiologie était majoritairement liée à l'alcool.

Patients et Méthodes : analyse rétrospective monocentrique chez des patients consécutifs avec cACLD suivis dans le service entre janvier 2017 et décembre 2020. Les patients ayant bénéficié d'une élastométrie hépatique par Fibroscan® et dont le résultat était supérieur à 10 KPa ont été inclus. Nous avons regardé quels patients avaient bénéficié d'un dépistage d'hypertension portale par endoscopie digestive haute et la pertinence de l'endoscopie en fonction des critères de Baveno VI.

Résultats : 280 patients ont été inclus dans l'étude ; 198 (77,1 %) étaient des hommes et 82 (22,9 %) des femmes. L'âge moyen était de 60,6 ± 11,1 ans. L'étiologie de la maladie du foie était : alcool 62.8 %, MAFLD 31 %, VHC 6.7 % et VHB 13.9 %. Les VHR étaient présentes chez 22,4 % des patients. Dans le groupe des patients à haut risque de VHR, 100% ont bénéficié d'une EOGD et 49% avaient des VHR. Dans le groupe des patients à faible risque de VHR, 38% ont eu une EOGD. Aucun des patients n'avait de VHR. Les EOGD réalisées dans le groupe à faible risque en dehors des recommandations étaient prescrites dans tous les cas par des médecins non spécialistes en hépato-gastroentérologie.
Les critères de Baveno VI avaient une sensibilité de 100 %, une spécificité de 33,3 %, une valeur prédictive positive de 49,4 % et une valeur prédictive négative de 100 %.

Conclusion : Les critères de Baveno VI étaient correctement appliqués chez les patients à haut risque de VHR. Néanmoins, 38 % des patients du groupe à faible risque ont eu une EOGD qui aurait pu être évitée. Dans tous les cas, celle-ci était prescrite par des médecins non hépato-gastroentérologues. Une meilleure collaboration entre médecins et une diffusion de l'information permettrait de mieux appliquer les recommandations.

P.328

Évaluation des critères de Baveno VII dans la prédiction de l'absence de varices œsophagiennes

N. Trad [1], A. Mensi [1], E. Bel Hadj Mabrouk [1], S. Ayadi [1], Y. Zaimi [1], L. Mouelhi [1], Y. Said [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. Récemment, les recommandations de Baveno VII suggèrent de surseoir à l'endoscopie de dépistage chez les patients ayant une élasticité hépatique < 20kpa et un taux de plaquettes ≥ 110000/mm3.
Notre objectif était d'évaluer l'apport des critères de Baveno VII sus cités dans la prédiction de l'absence 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. Nous avons évalué la sensibilité (se), la spécificité (sp), la valeur prédictive positive (VPP) et la valeur prédictive négative (VPN) des critères de Baveno VII dans la prédiction de l'absence VO grade 2 ou 3.

Résultats : Nous avons inclus 138 patients, d'âge moyen de 54,6 ± 15,9 ans 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 l'absence de VO grade 2 ou 3 de 89,1%, 58,3%, 95.5% et 35% respectivement avec une aire sous la courbe ROC de 0.743 [IC à 95% : 0.569-0.917].
Un taux de plaquettes ≥ 110000/mm3 avait une se, sp, VPP et VPN de 90,5%, 25%, 91,4% et 23% avec une aire sous la courbe ROC de 0.581 [IC à 95% : 0.369-0.767].
La combinaison de ces deux critères (p=0,003) avait une se, sp, VPP et VPN de 83,1%, 58,3%, 94,6% et 28% avec une aire sous la courbe ROC de 0.724 [IC à 95% : 0.551-0.897].

Conclusion : Dans notre étude, les critères de Baveno VII étaient sensibles avec une bonne VPP. Nos résultats confirment la performance de ces critères dans la prédiction de l'absence de grosses VO, sous nos cieux, où prédomine les causes virales.

P.329

Questionnaire sur la transplantation hépatique

H. Cherkaoui [1], I. Ouchicha [1], M. Lahlali [1], A. Lamine [1], N. Lahmidani [1], A. El Mekkaoui [2], M. El Yousfi [1], D.A. Benajah [1], S.A. Ibrahimi [1], M. El Abkari [1], H. Abid [1]

(1) Fès, MAROC ; (2) Oujda, MAROC.

Introduction : La transplantation hépatique constitue un tournant dans la prise en charge des patients atteints d'hépatopathies chroniques. Elle améliore le pronostic et apporte une meilleure qualité de vie aux patients cirrhotiques. Nous avons réalisé une étude prospective chez un échantillon de la population générale afin d'évaluer les connaissances de celle-ci sur la transplantation hépatique et comprendre les raisons d'abstinence des potentiels donneurs.

Matériels et Méthodes : Un questionnaire sur google forms comportant 19 questions a été publié en utilisant les réseaux sociaux. Nous avons recueilli 306 participants sur une durée d'un mois dont l'identité est restée anonyme. Le questionnaire était adressé à la population générale afin de comprendre l'attitude de ceux-ci envers la transplantation hépatique. Le questionnaire est réparti en 3 volets (données sociodémographiques des participants, leur connaissance sur le foie et ses fonctions et leur avis sur la transplantation hépatique). Les données sont collectées par un seul enquêteur.

Résultats : Parmi les participants, La tranche d'âge [18- 30ans] était la plus représentée (75,2 %) avec une prédominance féminine (61,5%). Concernant le niveau scolaire, la majorité des participants avait un niveau d'étude supérieur (63%), secondaire (20,4%) et primaire (16,6%). Sur les cinq questions évaluant les connaissances générales sur le foie et ses fonctions, le score moyen était de 3.02 [0-5]. Tous les participants affirment avoir déjà entendu parler du don d'organe. Concernant les organes qu'on peut transplanter 92% des patients pensent qu'on peut transplanter le foie, 86% le cœur, 58.5% le poumon, 92% le rein, et 56% la rétine. Tous les patients pensent que la transplantation permet d'améliorer la survie des patients atteints d'hépatopathie chronique. Pour les indications de la transplantation hépatique, les patients ont répondu : hépatopathie chronique (81,1%), tumeur hépatique (76,6%), enfant avec malformation hépatique (57,4%), insuffisance hépatique aigue (51,1%) et 2% des patients ont répondu cirrhose décompensée. 96,2% des patients ne sont pas enregistré sur une liste de transplantation d'organe et 3.8% le sont. Les raisons du non-enregistrement à la liste sont les suivantes : manque de temps pour aller s'enregistrer (29,4%), longue procédure (7,8%), ne savent pas qu'il existe une liste de transplantation d'organes (19,6%), ne savent pas que la transplantation d'organe se fait au Maroc (19,6%), ne veulent pas penser à leur mort (29,4%), ou autre (29,4%). Les participants pensent que la transplantation hépatique concerne une partie du foie du donneur (83,7%), tout le foie du donneur (26,5%), le donneur décédé (77%), et le donneur vivant (23%). Dans notre série, seuls 2% des participants ont affirmé accepter de faire un don dans leur vie, 65% ont accepté de faire un don post mortem et 33% refusent de faire un don d'organe. Les raisons du refus sont les suivantes : religieuse (8%), la crainte du décès du donneur (25%), le respect de l'intimité du défunt (33%), refus de penser à la mort (34%). Les participants ne connaissent aucun patient qui a été transplanté du foie et 20% ont une histoire d'hépatopathie dans la famille.

Conclusion : Le manque d'information de la population sur cette technique ainsi que l'absence de législation organisant la transplantation sur donneur vivant entrave le lancement de cette technique. La sensibilisation de la population à cette technique pourrait encourager les donneurs éventuels et changer le pronostic des patients atteints d'hépatopathie chronique.

P.330

Connaissances, attitudes et pratiques à propos de l'hépatite virale B chez les professionnels de santé en Tunisie

M. Mabrouk [1], N. Ben Chaaben [1], B.F. Manel [1], I. Jemni [1], L. Safer [1]
(1) Monastir, TUNISIE.

Introduction : L'hépatite virale B (HVB) constitue un enjeu de santé publique par l'importance du nombre de personnes contaminées, la gravité des formes évolutives de l'infection et le coût élevé de la prise en charge des patients. Le personnel de santé représente une population à risque d'exposition aux maladies transmissibles dont l'HVB. Les objectifs de cette étude étaient d'évaluer le niveau de connaissances des professionnels de santé à propos de l'HVB et d'identifier leurs attitudes ainsi que leurs pratiques en rapport avec cette maladie.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude transversale type CAP(Connaissances,Attitudes et Pratiques) qui a été réalisée entre Février et Aout 2020 à l'aide d'un questionnaire auto administré auprès des professionnels de santé.

Résultats : Au total, 187 professionnels de santé ont été inclus, représentant 9,4% de la totalité du personnel travaillant à l'Hôpital. La catégorie médicale représentait 49,2 % et l'âge moyen était de 34,0 ± 8,8 ans avec un sexe ratio (F/H) de 1,96. Les voies de transmission et les moyens de prévention étaient connus respectivement par 43,3% et 57,5 % des participants. Le programme national d'éradication du VHB était reconnu par 112 personnels (59,9%). Trois quarts (75,9%) du personnel se déclaraient correctement vaccinés contre l'HVB, parmi eux 39,9% ont bénéficié d'un contrôle sérologique. Le manque d'information était la principale cause de non vaccination. Durant leur carrière professionnelle, 74,8 % du personnel participants avaient été victime d'au moins un AES, dont 17,15% étaient totalement négligés. Concernant le respect des précautions universelles, 92% de la population d'étude jetaient les aiguilles dans les boites de sécurité et 81,8% se désinfectaient correctement les mains. Le recapuchonnage des aiguilles usées était rapporté par 44,9% des participants.
L'étude comparative selon la catégorie professionnelle a montré que la connaissance des complications (p<0,001), des moyens de prévention (p=0,034) ainsi que du programme national de lutte contre l'HVB (p=0,003) étaient meilleures chez le personnel médical.
La comparaison en fonction de l'ancienneté du travail,de l'âge,du sexe, et du service (médical *vs* chirurgical) n'a pas montré de différence significative.

Conclusion : Le risque de transmission de l'HVB en milieu de soins reste encore sous estimé et insuffisamment pris en compte. Des actions d'information et d'éducation à propos de l'HVB en milieu de soin, l'amélioration des conditions du travail par la disponibilité des équipements de protection ainsi qu'une vaccination obligatoire et généralisée sont des mesures nécessaires pour garantir la sécurité du personnel soignant.

P.331

Profil clinique et évolutif des hépatopathies au cours de la maladie cœliaque

D. Tagzout [1], A. Tebaibia [1]
(1) Alger, ALGÉRIE.

Introduction : La maladie cœliaque (MC) est actuellement considérée comme une maladie multi-systémique. Des études ont montré la survenue de pathologies hépatiques à une fréquence plus élevée chez les patients atteints de MC par rapport à celle observée dans la population générale. Les objectifs de notre étude sont de rapporter la prévalence des hépatopathies au cours de la MC et de décrire leur profil clinique et évolutif sous régime sans gluten (RSG).

Patients et Méthodes : Étude multicentrique prospective comprenant 154 patients cœliaques (42 H; 112 F); moyenne d'âge: 36,1 ans ± 13,6 ans, recrutés sur une période de 18 mois du 01-01-2013 au 30-06-2014 et suivie au moins sur une période de 12 mois. Le type, les caractéristiques cliniques et l'évolution sous RSG des hépatopathies associées à la MC ont été étudiés.

Résultats : La prévalence des pathologies hépatiques chez les patients cœliaques est estimée à 18,1% (n=28). Une hypertransaminasémie cryptogénétique est retrouvée dans 12,3% des cas (n=19). Ce diagnostic a été retenu après un bilan étiologique négatif de la cytolyse hépatique. Les hépatopathies au stade avancé de cirrhose hépatique sont associées à une MC dans 5,8% (n = 9) des cas. La cirrhose est cryptogénétique dans 55,5% (5/9) des cas et secondaire à une origine auto-immune 44,5% (4/9). L'hépatopathie chronique a révélé une MC chez 1,9% de la population cœliaque (3/154), deux cas de cirrhose auto-immune dont un associé à une insuffisance hypophysaire et un cas de cirrhose cryptogénétique. Le diagnostic de cirrhose a précédé celui de la MC dans 55,6% (5/9) des cas. Il était contemporain et révélait la MC dans 33,3% (3/9). Dans un seul cas (11,1%, 1/9), le diagnostic de cirrhose cryptogénétique a été posé chez un patient cœliaque diagnostiqué dans son enfance avec notion de non suivi du RSG, 7 ans après le diagnostic de MC. La cirrhose hépatique est diagnostiquée dans la population cœliaque à un jeune âge, avec une moyenne d'âge de 31,1 ans. La cirrhose est le plus souvent compliquée (77,8%), avec des varices œsophagiennes hémorragiques dans 22,2% (n = 2) des cas et une décompensation ascitique dans un peu plus de la moitié des cas, 55,6% (n = 5). Une insuffisance hépatocellulaire a été notée dans 66,7% des cas. Une prise en charge spécifique de la cirrhose hépatique et de ses complications a été établie. Le RSG est prescris chez tous les patients. Les tests hépatiques se sont normalisés chez 100% des patients présentant une hypertransaminasémie cryptogénétique après RSG. Dans les autres cas, la maladie chronique du foie était souvent décompensée et les signes hépatiques de cirrhose étaient au premier plan, masquant ainsi la réponse de l'hépatopathie avancée au RSG.

Conclusion : Il est recommandé de rechercher l'atteinte hépatique au cours de la maladie cœliaque et même de penser au diagnostic de la maladie cœliaque devant le syndrome de cytolyse du foie sans étiologie évidente et en présence de maladies chroniques du foie cryptogénétiques ou dys-immunitaires.

P.332

Performance des scores non invasifs simples dans l'évaluation de la fibrose dans la cholangite biliaire primitive

R. Tababi [1], H. Kchir [1], O. Alaya [1], R. Ayadi [2], H. Yacoub [1], H. Hassine [1], H. Debbabi [1], N. Maamouri [1]

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

Introduction : L'évaluation non invasive du degré de fibrose au cours de la cholangite biliaire primitive (CBP) se base surtout sur l'élastométrie impulsionnelle. A l'exception du marqueur sérique spécialisé, l'Enhanced-Liver-Fibrosis, aucun autre biomarqueur n'a été validé pour évaluer la fibrose dans cette indication. L'objectif de notre travail était d'étudier la corrélation entre les scores de fibrose simples les plus courants et le stade histologique de CBP ainsi que leur performance dans le diagnostic du degré de fibrose.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective monocentrique colligeant tous les patients suivis pour CBP, sur une période de 20 ans. Les données démographiques, cliniques, biologiques et histologiques ont été collectées. La classification de Scheuer a été employée pour le stade histologique. Les scores suivants ont été calculés à l'aide de formules et calculateurs disponibles en ligne : APRI, FIB-4, eLIFT, rapport ASAT/ALAT (AAR), ratio GGT/plaquettes (GPR) et Fibrosis Index (FI). La corrélation de Spearman a été utilisée pour chercher une corrélation des scores avec le stade histologique. Une régression logistique multiple a été utilisée pour identifier les scores indépendants prédictifs de fibrose. La performance diagnostique des scores a été analysée en s'aidant de la courbe ROC.

Résultats : Il s'agit de 108 patients d'âge moyen 54,6 ±13,8 ans au moment du diagnostic et de sex-ratio (H/F) de 0,08. Une ponction biopsie hépatique a été faite chez 75 patients (69,4%). Soixante-quatre patients (59,3%) avaient une fibrose significative, 49 patients (45,4%) avaient une fibrose avancée et 40 patients (37%) étaient au stade de cirrhose. La répartition des stades histologiques de Scheuer était comme suit : stade 1 (19 patients : 25,3%), stade 2 (7 patients : 9,3%), stade 3 (29 patients : 38,7%) et stade 4 (20 patients : 26,7%). Les médianes et les quartiles des scores APRI, FIB-4, eLIFT, AAR, GPR et FI étaient respectivement de 0,95 [0,56 ;1,84], 2,26 [1,35 ; 4,36], 10 [7 ;13], 1,12 [0,82 ; 1,50], 1,92 [1,31 ; 4,01] et 2,45 [1,68 ; 3,40]. Bien que faible, une corrélation significative de ces scores a été trouvée avec le stade histologique : les valeurs respectives des coefficients de corrélation de Spearman étaient de 0,34 (p=0,003), 0,25 (0,031), 0,35 (p=0,002), 0,23 (p=0,051), 0,29 (p=0,014) et 0,32 (p=0,008). La comparaison de la distribution des scores de fibrose entre les différents stades histologiques selon le test de Kruskal-Wallis n'a montré de différence significative qu'avec les scores APRI (p=0,030), eLIFT (p=0,023) et FI (p=0,025). L'analyse en régression logistique de tous les scores a trouvé que l'AAR était le seul facteur indépendant prédictif de fibrose significative (p=0,031), que le score eLIFT était le seul facteur indépendant associé à une cirrhose (p=0,006) et qu'aucun de ces scores n'était un facteur indépendant prédictif d'une fibrose avancée. Pour le diagnostic d'une fibrose significative, l'AAR avait une aire sous la courbe ROC (AUROC) de 0,76 (p=0,028) avec, pour une valeur seuil de 1,1, il avait une sensibilité, une spécificité, une valeur prédictive positive (VPP) et une valeur prédictive négative (VPN) respectives de 53%, 100%, 100% et 27%. Pour prédire une cirrhose, le score eLIFT avait une AUROC de 0,81 (p<0,001) avec pour un seuil de 12,5 la sensibilité, la spécificité, la VPP et la VPN étaient respectivement de 60%, 86%, 74% et 75%.

Conclusion : Les scores non invasifs étaient associés à la présence de fibrose au cours de la CBP mais leur fiabilité pour évaluer son degré n'était pas bonne. L'AAR semble utile pour détecter une fibrose significative et le score eLIFT parait prédictif de cirrhose.

P.333

L'ostéoporose chez les patients cirrhotiques avant et après la transplantation hépatique : relation entre la malnutrition, le syndrome inflammatoire et les taux altérés des hormones de stress

Y. Gharbi [1]

(1) Milano, ITALIE.

Introduction : La cirrhose et la transplantation hépation sont associées à l'ostéoporose avec une déminéralisation osseuse accrue.
Cette étude visait à étudier l'impact de la transplantation hépatique sur la densité minérale osseuse chez les patients cirrhotiques.

Patients et Méthodes : Nous avons coligé 40 patients cirrhotiques candidats à une transplantation hépatique entre Janvier 2020 et Juin 2021 au centre hospitalo-universitaire "Grande Ospedale Metropolitano Niguarda".
La densité minérale osseuse a été évaluée par ostéodensitométrie. La malnutrition a été définie par l'anthropométrie et l'évaluation de la perte du poids récente. Nous avons également évalué les taux sanguins de l'hormone TSH, la triiodothyronine libre T3, la thyroxine libre T4, l'homone de croissance GH, le cortisol, la testostérone libre, oestradiol, l'interleukine-6 et le facteur de nécrose tumorale TNF-α.
Tout nos patients ont bénéficié d'une transplantation hépatique, et ont été suivis jusqu'à un an après la transplantation. Au suivi nous avons refait et révalué les mêmes paramètres, l'ostéodensitométrie, l'état nutritionel et le bilan sanguin.

Résultats : De tous nos patients cirrhotiques candidats à la transplantation, 50% avaient une ostéopenie ou une ostéoporose (probabilité : 3.5, 95% IC 1.8, 9.2).
La malnutrition était associée à une ostéoporose ou une ostéopénie (probabilité : 3.5, IC à 95%, 1.2, 9.1)
Le Z-score au niveau des hanches a diminué de -0.75 (IC à 95% -0.86, -0.49) par rapport à l'évaluation initiale, à un an après la transplantation.
Les valeurs initialement élevées du TNF-α sont corrélés à une diminution plus prononcée du Z-score (corrélation partielle = -0.49, p<0.05), ainsi que les niveaux élevé du cortisol initial (corrélation partielle = -0.57, p<0.05).

Conclusion : La malnutrition dans la cirrhose semble être associée à une ostéopenie/ostéoporose. L'inflammation systémique avec un taux élévé de TNF-α ainsi qu'un taux élevé de cortisolémie sont corrélés à une ostéopénie/ostéoporose.
Notre étude a montré que la transplatation hépatique améliore la qualité de vie des patients, mais est associée d'une manière statistiquement significative à une aggravation et une détéorisation de la densité minerale osseuse en accélèrant le processus de déminéralisation osseuse dans le moyen terme par l'augmentation de la libération des hormones de stress.

P.334

Connaissances et attitudes des médecins résidents devant une exposition à un risque infectieux viral hépatique - Accident d'exposition au sang (AES)

K. Belhaj [(1)], F. Haddad [(1)], F.Z. Elrhaoussi [(1)], M. Tahiri [(1)], W. Hliwa [(1)], A. Bellabah [(1)], W. Badre [(1)]
(1) Casablanca, MAROC.

Introduction : Les accidents d'exposition au sang (AES) constituent un problème de santé au travail entrainant un risque important de contamination virale. L'objectif de notre étude est d'estimer la prévalence des AES chez les médecins résidents, d'évaluer leurs connaissances concernant la transmission des hépatites virales et d'analyser leur conduite après l'AES, afin de proposer des stratégies de prévention et de sensibilisation.

Matériels et Méthodes : Il s'agit d'une étude descriptive réalisée en juillet 2022 chez les médecins résidents de notre centre hospitalier. Les données ont été recueillies par un questionnaire anonyme comprenant trois grands items: données démographiques et professionnelles, circonstances et pratiques devant un AES et état de connaissance des affections hépatiques virales à transmission sanguines.

Résultats : 200 médecins ont répondu au questionnaire. L'âge moyen des répondeurs était de 29 ans (25-42), le sexe féminin représentait 60% avec un ratio H /F de 0,6.
50% des répondeurs étaient des résidents dans un service de médecine, 34 % de chirurgie et 16 % de biologie.
74% étaient victimes d'un AES, 40% de ces accidents sont survenus lors d'un geste chirurgical et 33 % lors de prélèvements sanguins.
L'infection à VIH était la plus redoutée et l'infection par l'HVB était estimée être au risque de transmission le plus élevé.
44% ont recherché le statut sérologique du patient source et seuls 28% ont fait la déclaration de l'AES.
70% des participants ne connaissaient pas leur statut sérologique,43% n'étaient pas vaccinés contre l'HVB et 67% ignoraient la disponibilité des immunoglobulines anti-HVB.
Uniquement 7% des participants ont fait un suivi combinant la surveillance des enzymes hépatiques et le statut sérologique.
En post-exposition, 1 personne a reçu des immunoglobulines anti-HVB et 4 se sont fait vaccinés contre l'HVB.

Conclusion : D'après ces résultats, il s'avère nécessaire de mettre en place des actions de sensibilisation et de formation sur les AES afin de lutter de façon efficace et adaptée contre les infections virales hépatiques chez les soignants.

P.335

Facteurs de risque de sévérité et de mortalité liés au Covid-19 : focus sur la population cirrhotique

E. Nguyen-Khac [(1)], A. Dejaeger [(1)], J. Meynier [(1)], L. Domisse [(1)], J.P. Lanoix [(1)], F. Bloch [(1)], J. Maizel [(1)], H. Dupont [(1)], J. Moyet [(1)], S. Lion-Daolio [(1)], S. Castelain [(1)], E. Brochot [(1)], G. Desfasse [(1)], M. Peltier [(1)], C. Andrejak [(1)], M. Jaureguy [(1)], P. Jeanjean [(1)], N. Amenouche [(1)], G. Ghostine [(1)], O. Fourdinier [(1)], B. Vaysse [(1)], V. Salle [(1)], J.L. Schmit [(1)], A. Al-salameh [(1)], C. Naepels [(1)], C. Renard [(1)], M.A. Sevestre [(1)], C. Picard [(1)], O. Ganry [(1)]
(1) Amiens.

Introduction : Les données épidémiologiques en France sur l'infection à SARS-Cov2 et la COVID-19 restent peu nombreuses et son impact sur les hépatopathies peu étudié. Les objectifs de notre étude sont d'analyser les facteurs de risque de la forme sévère de la COVID-19 et la mortalité intra-hospitalière avec un focus sur les patients porteurs d'une cirrhose.

Patients et Méthodes : Tous les patients hospitalisés de Mars à Mai 2020 au CHU Amiens ont été inclus prospectivement dans une cohorte. L'infection par le SARS-Cov2 était définie par une PCR COVID-19 positive ou une symptomatologie clinique et un scanner thoracique compatibles en dehors d'une autre cause. Les formes sévères étaient définies par un des critères de pneumonie sévère de l'OMS : fréquence respiratoire > 30/min, saturation en oxygène < 93% en air ambiant, nécessité d'oxygène, hospitalisation en réanimation, rapport PaO2/FiO2<300mmHg, ventilation assistée. Les principales caractéristiques cliniques, biologiques, virologiques, morphologiques et le statut vital étaient reportés.

Résultats : 525 patients étaient inclus avec un âge médian de 70 ans, 55% d'hommes. Les principales comorbidités étaient : IMC ≥ 25 kg/m2 (70,6%), diabète (25%), cardiopathie ischémique (17,7%), BPCO (9,1%), cancer dans les 5 ans (19%), antécédent d'accident vasculaire cérébral (13%) et cirrhose (2,8%). 433 (83%) ont développé une forme sévère. Les facteurs de risques de forme sévère étaient le sexe masculin (p=0,0001, OR 2.99 IC95% [1.74-5.27]), un IMC ≥25 kg/m2 (p=0,012, OR 1.06 [1.01-1.11]) et la BPCO (p=0,024, OR 10.3 [2.09-186.86]). La mortalité hospitalière était de 24,7% (n=130). Les facteurs de risque de décès étaient l'âge (p<0,0001, OR 1.05 [1.04-1.07]), la BPCO (p=0,049, OR 2.24 [1.01-4.98]), la cirrhose (p=0,001, OR 8.7 [2.43-31.25]), le taux d'urée (p=0.0002, OR 1.07 [1.03 - 1.10] et l'infection surajoutée (p=0,018, OR 2.03 [1.13 - 3.65]). Parmi les 13 patients cirrhotiques, la mortalité était de 61,5% à J30 *versus* 22.3% pour les patients sans cirrhose (p=0.003, OR à 5.5 IC95% [1.57-22.04]). La fonction hépatique se dégradait significativement au cours de l'infection COVID-19 sur les scores de CHILD (p=0,002) et MELD (p=0,005). Un modèle pronostic incorporant les 5 facteurs indépendant de mortalité avait une AUC de 0.79 IC95% [0.75 – 0.84]).

Conclusion : Sur une population large et non sélectionnée de patients hospitalisés pour la COVID-19, la cirrhose est un facteur de risque indépendant de mortalité. Les patients cirrhotiques devraient bénéficier de la vaccination et des thérapeutiques curatives dès qu'une infection par la COVID-19 est démontrée.

P.336

Nécessité d'une prise en charge simplifiée de l'hépatite C dans les centres pénitentiaires d'Île-de-France

H. Depost [1], J.C. Duclos-Vallée [2], A. Dulioust [3]
(1) Paris ; (2) Villejuif ; (3) Fresnes.

Introduction : La prévalence de l'hépatite C reste plus élevée en milieu carcéral en comparaison avec le milieu ouvert. Cette infection concerne presque 3 % des personnes détenues en Ile-de-France et contribue à la persistance de la circulation du virus à l'extérieur. Depuis 2019, les agents antiviraux directs (AAD) peuvent être prescrits par tous les médecins dans le cadre de la prise en charge simplifiée. L'objectif de notre étude était d'évaluer l'appropriation par les médecins généralistes travaillant dans les unités sanitaires en milieu pénitentiaire (USMP) de cette nouvelle possibilité.

Matériels et Méthodes : Douze médecins généralistes travaillant dans onze établissements pénitentiaires d'Île-de-France ont été interrogés, du 31 mai 2021 au 07 avril 2022. Les modifications d'accompagnement entraînées par la généralisation de prescription des AAD par les médecins généralistes ont été identifiées ainsi que les freins principaux à leur mise en œuvre. Des pistes d'amélioration à la prise en charge ont été collectées et synthétisées.

Résultats : Depuis la publication des recommandations de prise en charge simplifiée du VHC, le rôle des médecins généralistes exerçant en détention a été transformé. Depuis, leur rôle est plus central et ne se limite plus à un travail d'orientation. Cela permet une mise en route du traitement plus rapide. Mais de nombreux freins continuent d'entraver la prise en charge des malades. Certains freins découlent de l'organisation médicale: parcours de soins des personnes détenues peu standardisé, protocoles de dépistage changeant d'un établissement à l'autre, temps d'objectivation du diagnostic trop long, bilan pré-thérapeutique mal optimisé; Certains sont inhérents au système pénitentiaire: surpopulation carcérale, brièveté des peines de prison, enfermement des patients; enfin certains viennent du patient lui-même: personnes détenues désintéressées par les soins, patients réfractaires aux interventions des soignants. Pour y remédier, les médecins suggèrent de rendre les unités sanitaires médicalement plus autonomes en recrutant plus de personnel et augmentant les dotations en équipements techniques. Ils désirent accélérer le dépistage des patients positifs dès l'arrivée au moyen de méthodes diversifiées. Enfin, ils préconisent de rendre le patient acteur de sa prise en charge par une éducation thérapeutique.

Conclusion : Les médecins généralistes des unités sanitaires en milieu pénitentiaire se sont investis pleinement dans le traitement de l'hépatite C par AAD depuis 2019 et la prise en charge simplifiée. Cependant, de nombreux freins structurels en limitent l'efficacité. Augmenter et accélérer le dépistage dès l'arrivée en détention, limiter les examens complémentaires à ceux recommandés dans ce contexte, semblent être les leviers indispensables pour optimiser la portée des traitements et envisager une éradication du VHC.

P.337

Comparaison du score Liaoning au score Newcastle dans la prédiction des signes endoscopiques d'hypertension portale au cours de la cholangite biliaire primitive

R. Tababi [1], H. Kchir [1], O. Alaya [1], R. Ayadi [2], H. Yacoub [1], H. Hassine [1], H. Debbabi [1], N. Maamouri [1]
(1) Tunis, TUNISIE ; (2) Ariana, TUNISIE.

Introduction : Un moyen validé non invasif prédictif de la présence de varices œsophagiennes (VO) dans la cholangite biliaire primitive (CBP) est le Newcastle Varices Score. Le score Liaoning a été validé comme marqueur fiable dans la prédiction non invasive de la présence de VO chez les patients cirrhotiques de toute étiologie. L'objectif de cette étude était d'évaluer la performance diagnostique du score Liaoning pour prédire les signes endoscopiques d'hypertension portale au cours de la CBP.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective colligeant tous les patients suivis dans notre centre pour CBP sur une période de 20 ans. Les données démographiques, cliniques, biologiques et endoscopiques ont été prélevés. Les grades des VO utilisés étaient ceux de New Italian Endoscopic Club. Le score Newcastle a été calculé à partir de calculateur en ligne. Le score Liaoning a été calculé selon la formule suivante : 0,466 + 1,088 × hémorragie digestive haute (1 = oui ; 0 = non) + 1,147 × ascite (1 = oui ; 0 = non) – 0,012 × plaquettes (en 10^9 elts/l).

Résultats : Cent-huit patients ont été inclus d'âge moyen 54,6 ±13,8 ans et de sex-ratio (H/F) de 0,08. Quarante patients (37%) étaient au stade de cirrhose. Des VO étaient présentes dans 39,8% des cas (43 patients) : grade 1 (11 patients ; 10,2%), grade 2 (19 patients ; 17,6%) et grade 3 (13 patients ; 12%). Douze patients (11,1%) avaient une varice gastrique (VG) et 12 patients (11,1%) avaient une gastropathie hypertensive (GHT). La moyenne du score Liaoning était de -1,603 ± 1,479 et la médiane du score Newcastle était de 0,580 (IQR=0,618). Ces 2 scores étaient étroitement corrélés (r=0,782 ; p<0,001). La valeur moyenne du score Liaoning était significativement plus élevée chez les patients ayant des VO (-0,627 *vs* -2,256 ; p<0,001), des VG (-0,594 *vs* -1,718 ; p=0,022) et une GHT (-0,297 *vs* -1,756 ; p=0,001). Ce score était aussi modérément corrélé aux grades des VO (r=0,476 ; p=0,001).
Le score Liaoning était apte à prédire la présence de VO, de VG, de GHT et de pronostiquer le grade 3 des VO avec des valeurs respectives de l'aire sous la courbe ROC (AUROC) de : 0,83 (pour un seuil de -1,424 la sensibilité, la spécificité, la valeur prédictive positive (VPP) et la valeur prédictive négative (VPN) étaient respectivement de 79%, 79%, 72%, 84% ; p<0,001), 0,70 (pour un seuil de -0,538 la sensibilité, la spécificité, la VPP et la VPN étaient respectivement de 55%, 80%, 25% et 93% ; p=0,030), 0,79 (pour un seuil de -1,706 la sensibilité, la spécificité, la VPP et la VPN étaient respectivement de 92%, 54%, 20% et 98% ; p=0,001) et 0,78 (pour un seuil de -0,291 la sensibilité, la spécificité, la VPP et la VPN étaient respectivement de 85%, 73%, 58% et 92% ; p=0,004).
Le score Liaoning était compétitif du score Newcastle, celui-ci a permis de prédire la présence de VO, de VG, de GHT et de VO grade 3 avec des valeurs respectives de l'AUROC de : 0,85 (pour un seuil de 0,740 la sensibilité, la spécificité, la VPP et la VPN étaient respectivement de 74%, 81%, 74% et 81% ; p<0,001), 0,71 (pour un seuil de 0,473 la sensibilité, la spécificité, la VPP et la VPN étaient respectivement de 82%, 45%, 16% et 95% ; p=0,022), 0,73 (pour un seuil de 0,792 la sensibilité, la spécificité, la VPP et la VPN étaient respectivement de 83%, 66%, 25% et 97% ; p=0,009) et 0,70 (pour un seuil de 0,888 la sensibilité, la spécificité, la VPP et la VPN étaient respectivement de 92%, 60%, 50% et 95% ; p=0,037).

Conclusion : Le score Liaoning était performant pour prédire surtout l'absence des signes endoscopiques d'hypertension portale au cours de la CBP. Il était compétitif du score Newcastle. D'autres études seraient nécessaires pour évaluer davantage son intérêt particulièrement chez les patients non cirrhotiques.

P.338

Prévalences de la stéatose et de la stéatohépatite chez des patients diabétiques type II. Résultats préliminaires

S. Zemmouchi [1], R. Ouldgougam [1], M. Lahcene [1], M.A. Boudjella [1]
(1) Alger, ALGÉRIE.

Introduction : Le risque de développer des stéatopathies dysmétaboliques (MAFLD, NAFL, NAFLD et NASH) sévères est élevé pour les personnes diabétiques de type 2 (DT2). Les prévalences de la NAFLD, de la NASH et de la fibrose avancée (F3F4) sont de 55.5%, 37.3% et de 17% respectivement [1]. L'objectif de cette étude a été d'évaluer les prévalences de la NAFLD, de la NASH et de la fibrose avancée dans une cohorte de patients DT2.

Patients et Méthodes : C'est une étude prospective monocentrique observationnelle. 132 patients DT2 suivis en consultation de médecine générale, de diabétologie et de médecine interne ont été adressés à la consultation d'hépatologie entre novembre 2018 et décembre 2021 pour un dépistage systématique d'une stéatopathie métabolique. Une PBH avait été proposée en cas d'élévation persistante des ALAT (> 30 UI/L chez les femmes ou >35 UI/L chez les hommes) et/ou valeur d'élastographie > 7.9 Kpa, en l'absence d'autre cause de maladie du foie. Les lésions histologiques (NASH et fibrose) ont été évaluées selon le NASH CRN de façon centralisée au niveau d'un seul service d'anatomo-pathologie.

Résultats : 107 (81%) patients avaient une stéatopathie dysmétabolique. 61(57%) patients ont eu une PBH, considérée comme adéquate dans 53 cas (Femmes 68% : âge médian 59 ans, association à une HTA 65% ; moyennes d'IMC 32,5 kg/m2 ; tour de taille 110 cm ; HbA1c 7.6% ; TG 1.84 g/L, HDLc 0.42 g/L chez les hommes et 0.39 g/L chez les femmes, ASAT 38 IU/L ; ALAT 37 IU/ L ; CAP 330 dB/m ; élasticité hépatique (EH) 10.3 kPa, score FIB-4<1.45 dans 98% des cas). Une NASH était présente chez 45 (84.5%) patients. Les stades de fibrose hépatique se répartissaient de la façon suivante : F0 6.66 %; F1 40% ; F2 31.11% ; F3 15.5% ; F4 6.66%.

Discussion : La prévalence de la NAFLD chez les patients atteints de DT2 est en hausse rapide, elle est estimée à 80% sur les dernières données publiées [2] (81.5% dans notre série). Le diabète est associé à une maladie hépatique plus sévère [3]. Dans une large cohorte Française de patients DT2; la prévalence de la NASH et de la fibrose avancée étaient de 58% et de 38% respectivement[4]. Dans notre série, 42% des NAFLD avaient une NASH dont 22% de fibrose avancée. Les principaux biais de ce travail sont la taille de l'échantillon et la provenance de nos patients suivis en majorité en consultations spécialisées de Médecine interne et d'endocrinologie.

Conclusion : Dans cette cohorte de patients DT2, les prévalences de la NAFLD (81.5%), de la NASH (42%) et de la fibrose avancée (22%) sont élevées. Le dépistage de la NAFLD et de la fibrose hépatique devrait être systématique chez les patients DT2 suivis en consultation spécialisée et en médecine de ville.

P.339

Hépatite auto-immune après le vaccin contre le Covid-19

A. Castiella Eguzquiza [1], A. Izagirre [1], T. Arzallus [1], M.J. Sanchez-Iturri [1], M. Garmendia [1], S. Torrente [1], E. Zapata [1]
(1) Saint-Sébastien, ESPAGNE.

Introduction : La vaccination contre l'infection par le SARSCov-2 a diminué l'incidence des cas graves. Cependant, les inquiétudes concernant sa sécurité sont de plus en plus nombreuses et plusieurs cas d'hépatite auto-immune (HAI) ont été signalés après la vaccination. Le but de cette étude était de collecter les cas dans notre hôpital et d'analyser la causalité possible du vaccin.

Patients et Méthodes : Nous avons mené une étude observationnelle descriptive et rétrospective et nous avons recueilli des cas avec un début suspect de HAI de moins de 90 jours après la vaccination. Les données suivantes ont été recueillies: âge, sexe, type de vaccin, latence, taux de transaminases et de bilirubine au moment du diagnostic, biopsie du foie, auto-anticorps et IgG, HLA prédisposant et traitement reçu.

Résultats : Depuis le début de la vaccination, 6 cas d'altération de la biochimie du foie après la vaccination ont été détectés. Cinq patients étaient des femmes et un cas était un homme, avec un âge moyen de 62 ans. Trois cas ont reçu Pfizer, deux cas Astrazeneca et un cas Moderna. Le délai moyen entre la vaccination et la détection des anomalies de laboratoire était de 21 jours. Aucun patient ne présentait de signes d'insuffisance hépatique, bien qu'il y ait eu un cas d'hépatite aiguë grave. Les anticorps antinucléaires étaient positifs ainsi que les taux d'IgG élevés chez tous les patients. Une biopsie du foie a été réalisée dans 4 cas, qui étaient compatibles avec une HAI.
Quatre patients ont été traités par corticostéroïdes systémiques avec un bon résultat, et 3 d'entre eux avec l'azathioprine comme traitement coadyuvant. Cinq des patients présentaient une susceptibilité HLA pour l'HAI (HLA-DRB*1-03/04).
Le score a été calculé sur la base des critères diagnostiques simplifiés de l'International Autoimmune Hepatitis Group, tous les patients ayant subi une biopsie ayant obtenu un score > 7 points (HAI certaine).

Conclusion : Dans tous les cas présentés, il existe une relation temporelle avec l'apparition des altérations de moins de 90 jours après la vaccination. Bien qu'elle soit controversée, l'hypothèse selon laquelle la vaccination pourrait être la cause de l'auto-immunité, ou plutôt jouer un rôle de déclencheur d'une maladie latente, est avancée. Au moins 20 articles sur l'HAI probable après une vaccination contre le covid-19 ont été rapportés dans la littérature (1), avec des caractéristiques similaires aux cas présentés dans cette étude. Cependant, à l'heure actuelle, il n'est pas possible de savoir avec certitude si le vaccin est la cause de l'apparition de l'HAI ou s'il s'agit d'une association fortuite chez des patients prédisposés.

P.340

Comparaison des scores pronostiques dans la prédiction de la mortalité en cas d'insuffisance hépatique aiguë sur chronique

R. Zmerli [1], A. Mensi [1], E. Bel Hadj Mabrouk [1], Y. Zaimi [1], S. Ayadi [1], L. Mouelhi [1], Y. Said [1], R. Debbeche [1]
(1) Tunis, TUNISIE.

Introduction : L'insuffisance hépatique aigue sur chronique ou ACLF est une entité, de plus en plus reconnue chez les patients ayant une hépatopathie chronique ou une cirrhose, caractérisée par une décompensation aiguë, une défaillance d'organe et une mortalité élevée à court terme. De nombreux scores ont permis d'évaluer le pronostic de ces patients. L'objectif de notre étude était de comparer la performance de différents pronostiques (Child, MELD, MELD-Na, CLIF-C OF et CLIF-C ACLF) dans la prédiction de mortalité intra-hospitalière.

Matériels et Méthodes : On a mené une étude rétrospective descriptive et analytique ayant inclus les patients cirrhotiques hospitalisés durant la période allant de 2018 à 2020 pour une décompensation de leur maladie.
Pour chaque patient, on a précisé s'il a développé une ACLF, on a calculé les scores Child, MELD, MELD-Na, CLIF-C OF, CLIF-C ACLF on a évalué la mortalité Inta hospitalière, et on a mené une analyse uni variée suivie d'une analyse multi variée.

Résultats : On a inclus 100 patients. L'âge moyen de ces patients était de 62,82 ans avec un sexe ratio de 1,86.
L'étiologie de la cirrhose était virale C dans 30% des cas, d'origine indéterminée dans 17% des cas, et post-virale B chez 13% des patients.
Trente-sept patients (37 %) ont développé une ACLF. L'ACLF était classée grade 1 dans 35% des cas, grade 2 dans 18% des cas et grade 3 dans 45% des cas.
Pour les patients ayant développé une ACLF, le score Child moyen était de 11,81+/-2,436(Child A ; 0%, Child B : 18,9% ; Child C : 81,9%).Le score MELD moyen était de 27,19±8,508. Le score MELD-Na moyen était de 27,27 ±9,03. Le score CLIF-C OF moyen était de 10,92+/-2,54.
En cas d'ACLF, le score CLIF-C ACLF a été calculé avec une moyenne de 57,19 +/-13,946. La mortalité intra-hospitalière chez les patients ayant présenté une ACLF était de 64,9 %.
En analyse uni variée ; tous les scores : Child, MELD, MELD-Na, CLIF-C OF, et CLIF-C ACLF étaient significativement associés à la survenue de mortalité chez les patients ayant développé une ACLF avec une p<0,05. L'aire sous la courbe de ROC (AUC) a été alors analysée.
La performance des différents scores est détaillée dans le tableau 1.

Score	P	AUC	Valeur seuil prédictive de mortalité	Intervalle de confiance 95%
Child	**<0,001**	0,869	11	0,754-0,983
MELD	**0.022**	0,731	30,5	0,570-0,864
MELD-Na	**0.022**	0,726	30,5	0,565-0,887
CLIF-C OF	**<0.001**	0,928	9,5	0,844-0,999
CLIF-C ACLF	**<0.001**	0,912	54,5	0,810-0,999

Tableau 1: Performance des différents scores pronostiques dans la prédiction de mortalité intra-hospitalière chez les patients ayant développé une ACLF.

En analyse multi variée, seulement un facteur prédictif indépendant de mortalité a été identifié qui est le score CLIF-C OF (OR : 6,320, IC à 95 % 1,44–27,63, P :0,014)

Conclusion : La mortalité précoce est fréquente chez les patients ayant présenté une ACLF. Les scores Child, MELD, MELD-Na, CLIF-C OF, CLIF-C ACLF sont significativement associés à la survenue de mortalité chez les patients atteints d'ACLF. Le score CLIF-C OF avait la meilleure performance dans la prédiction de la mortalité intra-hospitalière chez ces patients.

P.341

Encéphalopathie hépatique minime chez les patients cirrhotiques : prévalence et facteurs associés

B. Aourarh [1], S. Rokhsi [1], S. Berrag [1], T. Adioui [1], M. Tamzaourte [1]
(1) Rabat, MAROC.

Introduction : L'encéphalopathie hépatique minime (EHM) est une complication fréquente et sévère des maladies du foie, grevée d'un pronostic défavorable. Elle est responsable d'une altération de la qualité de vie des patients. Cependant, il s'agit d'une complication mal connue dont le diagnostic ne fait pas l'objet d'un consensus. Cette pathologie est par conséquent sous-diagnostiquée.
L'objectif de notre étude est de déterminer la fréquence de l'encéphalopathie hépatique minime (EHM) chez les patients cirrhotiques qui ne présentent pas d'encéphalopathie hépatique clinique et d'identifier ses facteurs de risque.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude prospective monocentrique à propos de 40 cas menée sur une période d'un an entre janvier 2021 et janvier 2022 au sein du service de gastro-entérologie de notre institution.
Un score psychométrique de l'encéphalopathie hépatique (PHES) composé de 5 tests a été utilisé et calculé chez tous les patients admis au service pour prise en charge d'une cirrhose.
Ont été inclus tous les patients ayant un score PHES < -4 définissant l'EHM.
Les informations concernant les données démographiques, cliniques, endoscopiques et thérapeutiques ont été recueillies, saisies et analysée à l'aide du logiciel JAMOVI 2.0 pour mac, en utilisant le modèle de régression logistique binaire en analyses univariée et multivariée.

Résultats : L'âge moyen de nos patients était de 60,7 ± 11,8 ans avec des extrêmes de 31 et 82 ans.
Le sex-ratio était de 1.5.
30% de nos patients était tabagiques et 15% consommaient de l'alcool.
Sur le plan clinique, 60% des patients présentaient une décompensation oedémato-ascitique, 53% une hémorragie digestive, 5% un syndrome hépatorénal ou encore une infection du liquide d'ascite chez un seul patient.
Sur le plan biologique, les valeurs médianes de l'hémoglobine et de la numération plaquettaire étaient respectivement de 10,1 [7,8-12,2] g/dl et 71,5 [56-126,5] × 103 elem/mm3. Les valeurs médianes de l'albumine et du rapport international normalisé (INR) étaient respectivement de 28 [25-34] g/L ; et 1,4 [1,3-1,7].Les valeurs médianes de la bilirubine totale (BT), l'alanine aminotransférase (ALAT), l'aspartate aminotransférase (ASAT), la phosphatase alcaline (PAL) et de la gamma-glutamyl transférase (GGT) étaient respectivement de 14 [12,3-26,3] mg/L, 20,5 [13-39,3] UI/L, 38[20-76] UI/L, 93,5 [66,3-156,8] UI/L, 47 [24-88] UI/L.
La prévalence de l'EHM était de 42,5%.
En analyse univariée, il existe une différence statistiquement significative en termes de thrombopénie (p=0.033), de valeur ASAT augmentée (p=0,049), d'hypoalbuminémie (p=0.016), d'un score MELD élevé (p=0,001), le score Child Pugh (p=0,033) entre les groupes avec EHM et sans EHM.
En analyse multivariée et en ajustant sur les paramètres étudiés à savoir l'âge, le sexe, l'augmentation de l'ASAT, l'hypoalbuminémie, la thrombopénie, le score ChildPugh et le score MELD, seules l'augmentation de l'ASAT (OR : 0,461, IC : 0,199-1,065), l'hypoalbuminémie (OR : 0,277, IC : 0,074-1,035) et la thrombopénie (OR :0,215, IC : 1,409) ressortent comme facteurs prédictifs indépendants de l'EHM chez les patients cirrhotiques.

Conclusion : Le score psychométrique de l'encéphalopathie hépatique (PHES) s'est avéré utile pour le diagnostic de l'EHM et peut être appliqué aussi bien en ambulatoire qu'au lit du malade. La fréquence de l'EHM retrouvée dans notre étude est de 42,5%.
Les facteurs de risque indépendants (thrombopénie, augmentation ASAT, hypoalbuminémie) pourraient nous servir d'outils de dépistage chez les patients cirrhotiques.
Des études à plus grande échelle restent cependant à encourager.

P.342

Performance de "Toronto HCC risk index" et de l'alpha-fœtoprotéine dans la prédiction de dégénérescence chez le cirrhotique

N. Trad [(1)], M. Ghanem [(1)], S. Bizid [(1)], S. Soua [(1)], B. Ben Slimane [(1)], K. Boughoula [(1)], H. Ben Abdallah [(1)], R. Bouali [(1)], M.N. Abdelli [(1)]
(1) Tunis, TUNISIE.

Introduction : Le carcinome hépatocellulaire (CHC) est une complication grave de la cirrhose. Les sociétés savantes recommandent un dépistage biannuel de cette néoplasie. L'alpha foetoprotéine (AFP) est un marqueur biologique simple classiquement proposé pour la prédiction du développement du CHC. Néanmoins, son incidence pourrait dépendre de plusieurs facteurs tel que l'étiologie, l'âge, le genre et le taux de plaquettes. Le Toronto HCC risk index (THRI) qui est un score simple, validé, basé sur ces paramètres, pourrait prédire la survenue du CHC.
Notre objectif était de d'évaluer la performance de THRI et de l'AFP dans la prédiction de dégénérescence dans une population africaine.

Patients et Méthodes : Nous avons mené une étude rétrospective incluant tous les patients cirrhotiques suivis dans notre services entre janvier 2010 et décembre 2019. Les patients ayant un suivi inférieur à 6 mois et ceux ayant un CHC inaugural ont été exclus. Les données démographiques, cliniques et para cliniques des patients ont été collectées. L'AFP et le THRI ont été calculés à la première admission pour tous les patients. En se référant à l'étude canadienne de l'Université de Toronto, les patients ont été ensuite classés selon le niveau de risque du CHC: groupe 1 (G1) de faible risque (<120), groupe 2(G2) de risque intermédiaire (entre 120 et 240) et groupe 3(G3) de haut risque (>240). La courbe ROC a été établie pour déterminer le seuil du score qui correspondait au meilleur couple "sensibilité-spécificité".

Résultats : Au total, 219 patients ont été colligés avec un âge moyen de 61,21 ± 13,06 et un sex-ratio de 1,64. L'infection virale C était l'étiologie la plus fréquente de la cirrhose (39,1%) suivie par l'infection virale B(26,1%) et la stéato-hépatite non alcoolique (13,3%). Soixante un patients ont développé un CHC au cours de suivi (27,9%). Le taux d'AFP était significativement corrélé à la survenue du CHC (p=0.030). La sensibilité et la spécificité de l'AFP dans la prédiction du CHC étaient de 71,2% et 63% respectivement avec une aire sous la courbe ROC de 0.750 [95% CI: 0.671-0.829]. Les patients qui ont développé un CHC avaient un score THRI plus élevé que ceux qui n'ont pas développé de CHC (278,92 ± 62,19 *vs* 226,23 ± 81,72, respectivement, p <0,001). A un seuil de 226, le THRI avait une sensibilité et une spécificité dans prédiction de dégénérescence de 80,3% et de 48% respectivement avec une aire sous la courbe ROC de 0,69 [IC à 95%: 0,61-0,76]. Les patients ont été classé selon le niveau de risque: 7,3% dans le G1, 38,8% dans le G2 et 53,8% dans le G3. Aucun patient de G1 n'a développé un CHC. Vingt pour cent et 37,2% des patients de G2 et G3 respectivement ont développé un CHC au cours du suivi. Une différence statistiquement significative a été notée entre les 3 groupes dans la survenue du CHC (p<0,001).

Conclusion : Le THRI semblerait être un bon score dans la stratification de risque de survenue du CHC dans notre population dont l'origine virale de la cirrhose était prédominante. En plus de l'AFP, ce score pourrait donc mieux guider les protocoles de dépistage.

P.343

La performance du score MELD3.0 dans la survenue d'une « further decompensation » après une 1ère décompensation de la cirrhose

S. Chtioui [(1)], A. Khsiba [(2)], M. Mahmoudi [(2)], A. Ben Mohamed [(3)], M. Yakoubi [(3)], M. Medhioub [(2)], L. Hamzaoui [(2)], M. Azouz [(2)]
(1) Beni Khiar, TUNISIE ; (2) Nabeul, TUNISIE ; (3) Tunis, TUNISIE.

Introduction : La cirrhose est une cause majeure de morbi-mortalité dans le monde. Récemment, une nouvelle version du score MELD : le score MELD3.0 a été développée afin de prédire la mortalité, toutefois la performance de ce nouveau score dans la prédiction de la survenue des complications n'a pas été encore évaluée.
Le but de notre travail était de comparer la performance des trois scores : MELD, MELD-Na et MELD3.0 dans la prédiction de la survenue d'une décompensation ultérieure « further decompensation » au décours d'une 1ère décompensation.

Patients et Méthodes : Il s'agissait d'une étude rétrospective colligeant 118 patients admis au service d'hépato-gastro-entérologie de l'hôpital Mohammed Taher Maamouri de Nabeul pour prise en charge d'une 1ère décompensation de la cirrhose sur une période étalée sur 12 ans allant de 2010 à 2021. La décompensation de la cirrhose et la « further decompensation » étaient définies selon les critères de BAVENO VII.
L'analyse statistique des 3 scores était basée sur les courbes ROC.

Résultats : Il s'agissait de 61 hommes et 57 femmes d'âge médian de 62 ans [31-72]. Les étiologies de la cirrhose étaient dominées par l'origine virale dans 71,2% des cas, suivies par la NASH et l'origine alcoolique dans 11,8% et 3,3% des cas respectivement. La décompensation œdémato-ascitique (DOA) était la plus fréquente (88,9%). Douze patients (10,1%) avaient une encéphalopathie hépatique (EH) associée ou non à une DOA à l'admission. L'hémorragie digestive associée ou non à une autre complication était présente dans 11% des cas (n=13). La durée moyenne du suivi était égale à 18,6 mois [1-85]. Le taux global de la survenue d'une « further décompensations » était de 75,4% des cas (n=89). La durée moyenne entre la 1ère et la 2ème décompensation était égale à 8.65 mois [1-60]. Au cours du suivi, la décompensation ultérieure la plus fréquente était la survenue ou la récidive de l'ascite (42,3%),suivie par l'EH (28,8%), l'hémorragie digestive (11,8%) et l'infection spontanée du liquide d'ascite (9,3%).
Les scores : MELD, MELD-Na et MELD3.0 étaient tous prédictifs de survenue d'une décompensation ultérieure « further decompensation » à 3 mois (p<0,001).L'AUROC du score MELD3.0 dans la prédiction de la survenue d'une « further decompensation » était supérieure à celles des scores MELD et MELD-Na (0,752 *vs* 0,676 *vs* 0,675 respectivement). Pour le score MELD3.0, la valeur seuil de survenue d'une décompensation ultérieure était de 20 (sensibilité 70,6%, spécificité 73,3%). La VPN était de 52,6% et la VPP était de 85,5%. Une corrélation significative a été notée entre le score MELD 3.0 ≥ 20 et la survenue d'une décompensation ultérieure à 3 mois (p<0,001).

Conclusion : Les 3 scores MELD, MELD-Na et MELD3.0 étaient prédictifs de la survenue d'une « further decompensation ». Toutefois, le nouveau score : MELD 3.0 était le plus performant dans la détection de cet événement. Ainsi, les patients ayant un score MELD 3.0 ≥20 sont plus susceptibles de développer une décompensation ultérieure d'où l'intérêt d'une surveillance rapprochée notamment dans les 3 mois chez ces patients.

P.344

Impact du site d'infection sur la mortalité chez les cirrhotiques infectés

R. Zmerli [(1)], A. Mensi [(1)], E. Bel Hadj Mabrouk [(1)], N. Trad [(1)], S. Ayadi [(1)], Y. Zaimi [(1)], L. Mouelhi [(1)], Y. Said [(1)], R. Debbeche [(1)]

(1) Tunis, TUNISIE.

Introduction : Les patients cirrhotiques sont prédisposés aux infections bactériennes. Chez ces patients, les infections sont associées à une morbidité et à une mortalité élevées. Toutefois, le risque de mortalité est variable selon le type d'infection. Le but de notre étude était d'évaluer l'impact du site d'infections sur la mortalité précoce.

Matériels et Méthodes : Nous avons mené une étude rétrospective descriptive ayant inclut les patients cirrhotiques hospitalisés durant la période allant de 2018 à 2020 pour une décompensation de leur maladie. Pour chaque patient, on a dépisté les infections bactériennes et on a évalué la mortalité intra-hospitalière.

Résultats : Nous avons inclut 100 patients d'âge était de 62.82 ans, répartis en 65 hommes (65%) et 35 femmes (35%) soit un sexe ratio de 1,86.
L'étiologie de la cirrhose était virale C 30% des cas, d'origine indéterminée dans 17% des cas, et virale B était chez 13% des patients.
Une infection bactérienne a été trouvée chez 49 patients. Seize patients ont présenté une infection spontanée du liquide d'ascite ISLA. Une infection urinaire était diagnostiquée dans 18% des cas avec un ECBU positif à Escherischia coli chez 88.9% des patients, Klebsiella pneumoniae dans 11,1% des cas. Une pneumopathie et un érysipèle étaient présents chez 10 % et 5 % des patients respectivement.
Parmi ces patients infectés, 44 % des patients ont développé un sepsis et 14 % de ces patients ont présenté un état de choc septique. Plus que la moitié des patients (59,5 %) ont développé une insuffisance hépatique aigue sur chronique (ACLF).
En cas d'infection, le taux de mortalité intra hospitalière était de 33%.
En analysant l'impact du site d'infection sur la mortalité, la pneumonie et l'ISLA étaient significativement associées à la survenue de mortalité avec des taux de mortalité respectifs de 60% (p=0,018) et 52 % (p=0,02). Les taux de mortalité en cas d'infection urinaire et en cas d'infection cutanée étaient de 38 % et 7 % respectivement sans association significative.
L'analyse multi variée, a conclu que la pneumonie était associé au taux de mortalité le plus élevée chez les cirrhotiques infectés. (odds ratio [OR] 2,73.

Conclusion : Certes l'infection est un facteur prédictif de survenue d'ACLF et de mortalité. Néanmoins, le risque de mortalité précoce varie selon le type d'infection. Chez nos cirrhotiques infectés, la pneumonie était l'infection la plus associée à la mortalité.

P.345

Insuffisance hépatique aiguë sur chronique : rôle de l'inflammation systémique

N. Trad [(1)], M. Ghanem [(1)], S. Bizid [(1)], S. Soua [(1)], B. Ben Slimane [(1)], K. Boughoula [(1)], H. Ben Abdallah [(1)], R. Bouali [(1)], M.N. Abdelli [(1)]

(1) Tunis, TUNISIE.

Introduction : L'insuffisance hépatique aigue sur chronique ou «Acute-on-Chnonic Liver Failure» (ACLF) est une entité récemment individualisée caractérisée par une détérioration aigue de l'hépatopathie chronique associée à des défaillances d'organes et une mortalité élevée à court terme.
Le rôle majeur de l'inflammation systémique dans la survenue de ce syndrome a été récemment suggéré. Notre objectif était d'étudier la corrélation entre la sévérité de l'inflammation systémique et la survenue d'ACLF en cas de cirrhose décompensée.

Patients et Méthodes : Nous avons mené une étude rétrospective, incluant tous les patients cirrhotiques hospitalisés dans notre service pour une décompensation aigue, entre janvier 2010 et décembre 2019. Les taux de CRP et de leucocytes ont été utilisés comme marqueurs de l'inflammation systémique.

Résultats : Au total, 224 patients ont été colligés avec un âge moyen de 61,02 ± 13,21 ans et un sex-ratio (H/F) de 1,60. Un total de 523 admissions pour une décompensation aigue a été colligé. Quatre-vingt-dix-huit patients (43,75%) avaient présenté au moins un épisode d'ACLF. Ces épisodes ont été rapportés dans 31,35% des admissions. Les épisodes d'ACLF ont été classés en garde 1, grade 2 et grade 3 dans 58,54%, 20,73% et 20,73% des cas, respectivement. L'atteinte rénale était la défaillance d'organe la plus fréquente (45,73%). L'infection bactérienne était le facteur précipitant le plus fréquent (80,48%). Le taux de mortalité à j28 était de 20,73%. La CRP était positive dans 87,65% des épisodes d'ACLF avec une valeur moyenne de 59,09mg/L. Une corrélation significative a été notée entre le taux de CRP et la survenue d'ACLF (p<0,001). Le taux moyen de leucocytes au cours d'ACLF était de 8503,65/mm3. Une corrélation significative a été notée entre le taux de leucocytes et la survenue d'ACLF (p<0,001). Le taux de CRP (p=0,024) et de leucocytes (p=0,016) était également significativement associé aux gardes d'ACLF. De même, la mortalité à j28 était significativement corrélée au taux de CRP (p<0,001) et de leucocytes (p=0,004).

Conclusion : Dans notre étude, la forte prévalence des marqueurs de l'inflammation systémique au cours de l'ACLF ainsi que leur impact pronostique soulignerait le rôle crucial de l'inflammation systémique dans la physiopathologie de ce syndrome.

P.346

Rôle de l'acide ursodésoxycholique dans la prévention de la récidive de la cirrhose biliaire primitive après transplantation hépatique

Y. Gharbi [1]

(1) Milano, ITALIE.

Introduction : La transplantation hépatique (TH) est le traitement de référence pour les patients à un stade avancé de la cirrhose biliaire primitive (CBP). Les facteurs de risques de récidive de la maladie sur le greffon hépatique sont peu connus. L'objectif de notre étude était d'identifier les facteurs de risque et d'évaluer l'effet préventif potentiel de l'acide ursodésoxycholique (AUDC) sur la récidive dans une cohorte de patients avec un long suivi.

Patients et Méthodes : Cent patients ont été transplantés hépatiques pour CBP entre 2008 et 2020 dans le centre hopitalo-universitaire "Grande Ospedale Metropolitano Niguarda" de Milan. Les patients décédés dans la première année et les patients perdus de vue ont été exclus. Au total 60 patients ont pu être inclus de façon rétrospective. Le diagnostic de récidive a été effectué sur les biopsies hépatiques réalisées de façon protocolaire à 1, 3 et 5 ans ou lors de perturbation du bilan hépatique.

Résultats : Le suivi moyen après transplantation était de 3,9 ans +-1,1. Un traitement par AUDC était prescrit chez 20 malades au long cours après la TH. Le diagnostic de récidive a été porté chez 30 (50%) des 60 patients avec un délai moyen de récidive de 3,5 ans +- 1,5 ; 60% des patients ayant récidivé avaient un taux de phosphatases alcalines normal au moment du diagnostic. Le dosage pondéral des IgM étaient significativement plus élevé en cas de récidive (p = 0.005). La probabilité de récidive a été estimé à 25 % (IC : 0.195-0.400) à 1 ans, 45% (IC : 0.224-0.541) à 3 ans et 65 % (IC : 0.321-0.563) à 5 ans. En analyse univariée et multivariée le seul facteur associé à la récidive est l'absence d'AUDC (HR : 0.48, IC 0.10-1.0 p = 0.03). Passée la première année, la survie globale après TH était excellente, 92% à 3 ans, et 80% à 5ans ; la récidive n'avait pas d'impact sur la survie.

Conclusion : Dans notre étude, le taux de récidive de CBP après TH était élevé (50%). Des biopsies de foie systématiques permettent de diagnostiquer des récidives en l'absence de perturbations du bilan biologique hépatique. L'AUDC semble permettre de prévenir la récidive.

P.347

Apport de l'intelligence artificielle dans la prédiction de carcinome hépatocellulaire sur foie de cirrhose

I. Akkari [1], **H. Chaima** [1], **S. Mrabet** [1], **R. Harbi** [1], **E. Ben Jazia** [1]

(1) Sousse, TUNISIE.

Introduction : L'intelligence artificielle (IA), dont le but est la création de machines capables de simuler l'intelligence humaine est de plus en plus appliquer dans le domaine de la santé. Des études récentes se sont intéressés à étudier l'apport de cette IA dans la prise en charge du carcinome hépatocellulaire (CHC) qui constitue la 2ème cause de décès par cancer dans le monde. Le but de ce travail est d'élaborer un modèle de prédiction de survenue de CHC sur cirrhose en se basant sur les modèles de machine learning

Patients et Méthodes : étude rétrospective monocentrique incluant tous les patients suivis aux services d'hépato-gastroentérologie de l'hôpital Farhat-Hached Sousse pour cirrhose. Les patients ayant un CHC douteux ou un CHC au moment du diagnostic étaient exclus. Une collecte des marqueurs cliniques et biologiques a été faite. Le logiciel Python était utilisé pour la réalisation de ce travail

Résultats : Au total 141 patients ont été retenus d'âge moyen de 63,79 ans (extrêmes : 28-93 ans) avec un sex ratio de 1,01. La cirrhose était d'origine virale dans la majorité des cas (71cas) ; compensée dans 33,3% des cas. Parmi ces malades, 15 (10,6%) avaient développé un CHC. Deux groupes équitables étaient par la suite définis en fonction de la survenue de CHC. En se basant sur le logiciel Python, 3 modèles de machine learning étaient testés : la régression logistique, le Forêt Aléatoire et la machine à vecteurs de support. Les métriques de performance (L'exactitude, la précision, rappel/sensibilité et score F1) étaient : (0.8 ;0.714 ;1 ; 0.833) ; (1 ;1 ;1 ;1) et (0.7; 0.6667; 0.8; 0.727) respectivement de pour chacune des méthodes utilisées.

Conclusion : L'application de l'IA en particulier le modèle de Forêt Aléatoire semble intéressante pour sélectionner les groupes des malades cirrhotiques à haut risque de CHC nécessitant une surveillance particulière à fin de poser le diagnostic à un stade précoce et donc améliorer le pronostic.

P.348

Facteurs associés et prévalence de l'hépatite virale D chez les porteurs chroniques de l'AgHBs au CHU la Renaissance

M.S. Tahir [(1)], H. Mayana [(1)], A.B. Mahamat [(1)], H. Mahamat Ali [(1)], M.M. Ali [(1)]

(1) N'Djamena, TCHAD.

Introduction : Les caractéristiques de la co infection hépatite virale B et D sont peu documentées au Tchad.
Le but de notre étude était de déterminer la prévalence de la co infection VHB-VHD ainsi que ses caractéristiques

Patients et Méthodes : Etude rétrospective incluant tous les malades porteurs chroniques de l'AgHBs vus en consultation de gastroentérologie de janvier 2014 à décembre 2018 à l'HGRN et l'HR. Les critères d'exclusion étaient : l'absence de recherche des anticorps anti VHD, la présence d'anticorps anti VHC ou VIH ou la consommation excessive d'alcool. Les variables étudiées étaient l'âge, le sexe, le taux des transaminases, le taux d'ADN du VHB, le taux d'ARN VHD et le score d'activité et de fibrose hépatique. La prévalence de l'hépatite D ainsi que les caractéristiques de la co infection VHD-VHB ont été déterminées.

Résultats : Durant la période d'étude, 403 patients ont été reçus pour portage chronique de l'AgHBs. Parmi eux, 378 (75%) ont réalisé un dosage de l'anticorps anti-VHD. Les anticorps anti-VHD étaient positifs chez 53 patients (14%).
En analyse multivariée, les patients co-infectés VHB-VHD étaient, moins souvent AgHBe positifs (5,4% *vs* 28,1% P = 0,0001), plus âgés (35 ans *vs* 32 ans ; P = 0,001) et avaient plus fréquemment une activité nécrotico inflammatoire significative (3,9% *vs* 3,2% ; P = 0,031). Ni le sexe, ni la charge virale, ni la fibrose hépatique significative, ni les transaminases, n'étaient différents par rapport aux mono infectés.

Conclusion : L'hépatite virale D est fréquente au Tchad. Elle est associée à une activité nécrotico inflammatoire hépatique plus importante

P.349

Evaluation de l'état nutritionnel chez les cirrhotiques : corrélation des données cliniques, biologiques et radiologiques

M. Yakoubi [(1)], G. Gharbi [(1)], S. Harrathi [(2)], K. Chabbouh [(2)], A. Ben Mohamed [(1)], A. Khsiba [(3)], M. Mahmoudi [(3)], L. Hamzaoui [(3)], M. Medhioub [(3)], M. Azouz [(3)]

(1) Tunis, TUNISIE ; (2) Sousse, TUNISIE ; (3) Nabeul, TUNISIE.

Introduction : La dénutrition représente un facteur pronostique indépendant au cours de la cirrhose. Toutefois, son évaluation reste difficile par les moyens classiques clinico-biologiques qui sont souvent mis à défaut au cours de la cirrhose. Afin de pallier à ces difficultés, le recours à une évaluation objective par l'imagerie de la masse musculaire a été adopté dans plusieurs études. L'objectif de notre travail était d'étudier la corrélation entre les scores cliniques, les données anthropométriques, biologiques et radiologiques dans l'évaluation de l'état nutritionnel chez les cirrhotiques.

Patients et Méthodes : Nous avons mené une étude prospective au service de gastro-entérologie de l'hôpital Mohamed Taher Maamouri entre Mai 2021 et Septembre 2022. Nous avons inclus les patients cirrhotiques qui nous ont consulté durant cette période et ayant consenti à participer à cette étude. L'état nutritionnel a été évalué par des paramètres anthropométriques : l'indice de masse corporelle sec (IMC) avec une dénutrition définie pur un IMC < 18,5 kg/m2 et la circonférence musculaire brachiale (CMB) avec une dénutrition définie pour une valeur de CMB < 80% des normes. Nous avons calculé différents scores cliniques évaluant l'état nutritionnel : SGA (Subjective Global Assessement), NRS (Nutritional Risk Screening), RFH-NT-Assessement (Royal Free Hospital Nutritional Prioritizing Tool) et MUST (Malnutrition Universal Screening Tool). Le dosage de l'albuminémie a été demandé. Une hypoalbuminémie est retenue pour un taux inférieur à 35g/L. Tous les patients ont eu une TDM abdominale sans injection de produit de contraste. Le volume total du muscle psoas a été mesuré au niveau de la vertèbre L3. L'indice de surface totale du psoas est défini par les aires des deux muscles psoas additionnées et normalisées par rapport à la taille du patient au carré (cm^2/m^2). Les valeurs seuils optimales de l'indice de surface totale du psoas étaient selon différentes études de 4,78 cm2/m2 pour les hommes et de 3,46 cm2/m2 pour les femmes.

Résultats : Soixante-quatre patients ont été inclus dont 28 hommes et 36 femmes avec un sex-ratio H/F de 0,8. L'âge moyen était de 62 ans [19-84 ans]. Le score Child était A, B et C dans respectivement 48,1%, 40,4% et 11,5% des cas. La prévalence de la dénutrition était de 4,7% en utilisant l'IMC comme paramètre nutritionnel et de 56,3% en utilisant la CMB. En se basant sur les scores cliniques, Une dénutrition a été objectivée chez 64,1% des malades selon le score SGA, 45,3% selon le NRS, 65,6% selon la RFH-NT-Assessement et 43,8% selon le MUST. Biologiquement, une hypoalbuminémie a été notée chez 58,8 % des patients.
Le volume total du muscle psoas était en moyenne de 18,16 cm2 [6,28-31,18 cm2] chez les hommes et de 10,26 cm2 [6,3-17 cm2] chez les femmes. La moyenne de l'indice de surface totale du psoas était respectivement de 6,29 cm2/m2 [2,42-10,3 cm2/m2] et de 4,12 cm2/m2 [1,9-6,9 cm2/m2] chez les hommes et les femmes. Une sarcopénie a ainsi été notée chez 29,7% des patients.
Seul un IMC bas était associé d'une manière statistiquement significative à la présence d'une sarcopénie (p=0.023). Aucune corrélation n'a été retrouvée entre la présence d'une sarcopénie et la CMB (p=0.9), la présence d'une hypoalbuminémie (p=0.76), les scores SGA (p=0.63), NRS (p=0.49), RFH-NT-Assessement (p=0.27) et MUST (p=0.27).

Conclusion : Dans notre étude, la prévalence de la dénutrition variait en fonction de la méthode choisie. La sarcopénie a été retrouvée chez 29,7% de nos patients. L'absence de sa corrélation avec les paramètres anthropométriques, les scores usuels d'évaluations de la dénutrition et l'hypoalbuminémie démontre que ces paramètres ne permettent pas une évaluation fiable de l'état nutritionnel au cours de la cirrhose. La TDM abdominale permet certes une évaluation objective de la dénutrition, mais

reste un outil irradiant et peu reproductible. Ainsi, une étude à plus large échelle est nécessaire afin de préciser l'outil le plus adéquat pour le dépistage de dénutrition chez le cirrhotique, vu son importante valeur pronostique.

P.350

Stéatose hépatique diagnostiquée par la fonction CAP du FibroScan® : prévalence et facteurs associés

Y. Essadni [(1)], M. Salihoun [(1)], I. Serraj [(1)], M. Acharki [(1)], N. Kabbaj [(1)]

(1) Rabat, MAROC.

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. Le but de ce travail est d'évaluer la prévalence de la stéatose hépatique chez les patients atteints d'une hépatopathie chronique et de déterminer les facteurs associés à la présence d'une stéatopathie.

Patients et Méthodes : Ont été inclus, sur une période d'étude de 3 ans, tous les patients adressés pour une mesure de leur élastométrie hépatique, par FibroScan®, ayant une hépatopathie chronique quelque soit son étiologie. Une mesure du CAP a été réalisée à l'aide de la sonde M, ou XL. La mesure du CAP était quantitative, mesurée en dB/m.

Résultats : Sur un total de 424 patients, 194 avait une stéatose hépatique soit 45,7%. L'âge moyen était de 54,8 ans et 55,2% étaient des femmes. 61,9 % des patients étaient infectés par le virus de l'hépatite B (VHB), 31,4 % par le virus de l'hépatite C (VHC), 2,1 % avaient une hépatite auto-immune (HAI), 2,1% une cholangite biliaire primitive (CBP), 1% une maladie vasculaire porto-sinusoïdale et 1,5% avaient une hépatopathie d'origine indéterminée.
30% étaient obèses (IMC ≥ 30 kg / m²) et 33,5% en surpoids (IMC ≥ 25 kg / m²). 25,8% étaient hypertendus, 20,1% diabétiques et 9,3% dyslipidémiques. 24,3% avaient une stéatose à l'échographie.
La valeur moyenne du CAP (± DS) était de 278,17 dB / m avec une mesure moyenne de l'élasticité hépatique correspondante de 8,5 kPA. La stéatose hépatique était classée S1 dans 23,7% des cas, S2 dans 35,1% et S3 dans 41,2%. L'élasticité était classée F0-F1 chez 64,9% des patients, F2 chez 12,9%, F3 chez 7,7% et F4 chez 14,5%.
44% des patients avec VHC avaient une stéatose au Fibroscan®, 49% de ceux avec VHB, 40% des patients avec HAI et 28,6% des patients porteurs d'une CBP.
Les valeurs du CAP étaient significativement corrélées avec l'indice de masse corporelle ($p < 0,001$) et à la présence d'une stéatose à l'échographie ($p < 0,012$). En revanche, il n'y avait pas de corrélation entre les valeurs du CAP et l'âge, le sexe, l'étiologie de l'hépatopathie, l'existence d'un diabète, d'hypertension artérielle ou de dyslipidémie.

Conclusion : La stéatose hépatique diagnostiquée par la fonction CAP du Fibroscan® est présente chez un peu moins de la moitié des patients, toutes causes d'hépatopathies confondues. L'obésité et la présence d'une stéatose à l'échographie sont des facteurs important à prendre en considération. Ainsi, la prise en charge de la maladie hépatique sous jacente doit toujours être alliée à la prise en charge de la stéatose associée.

P.351

Apport du score de la dépression PHQ-9 chez les cirrhotiques hospitalisés en décompensation ascitique

M. Ben zeid [(1)], S. Ayadi [(1)], K. Babbou [(1)], A. Mensi [(1)], Y. Zaimi [(1)], E. Bel Hadj Mabrouk [(1)], N. Trad [(1)], Y. Said [(1)], L. Mouelhi [(1)], R. Debbeche [(1)]

(1) Tunis, TUNISIE.

Introduction : Les troubles dépressifs sont un problème majeur de santé publique et se voient 2 à 4 fois plus fréquemment chez les personnes souffrant d'une pathologie somatique chronique que dans la population générale.
Les patients cirrhotiques, essentiellement à cause des hospitalisations récurrentes, pourraient développer un trouble dépressif, qui reste sous-estimé et souvent confondu avec des signes d'une encéphalopathie hépatique.
Le but de notre étude était de décrire la prévalence et les facteurs prédictifs de la dépression chez les cirrhotiques décompensés, dans une population tunisienne.

Patients et Méthodes : Nous avons mené une étude transversale mono centrique et prospective dans une unité de Gastro-entéro-hépatologie tunisienne entre le 15/09/2022 et le 15/10/2022.
Le score PHQ-9 (coté de 0 à 27), traduit et validé en dialecte Tunisien, a été utilisé chez des patients cirrhotiques hospitalisés pour une ascite (décompensation ou ascite réfractaire).
Ce test contient les 9 critères de symptômes de diagnostic utilisés dans le DSM-IV, incluant les deux signes cardinaux de la dépression : l'anhédonie et l'humeur dépressive.
Un score >=5 est considéré comme significatif.
Tous les patients présentant une encéphalopathie hépatique minime ou clinique ont été exclus de l'étude (moyennant les tests psychométriques usuels, à l'admission)

Résultats : Nous avons colligé 37 patients, dont 56,8% sont des femmes et 43,2% sont des hommes avec un sexe ratio F/H de 1,31.
L'âge moyen était de 66,69 ±10,5.
L'étiologie virale de la cirrhose (VHB ou VHC) était prépondérante, représentant 64,9 % des patients.
La durée moyenne d'évolution de la cirrhose était de 58,35 mois ± 49,93 mois et le CHILD moyen était B9.
Les patients au stade d'ascite réfractaire représentaient 56,8% de la population étudiée.
Le score PHQ-9 moyen était de 12 (trouble dépressif modéré).
Le score moyen chez les hommes était de 10,6 et chez les femmes de 13,28 (dépression modérée)
Une dépression a été retrouvée chez 94,6% des patients : une dépression légère (40.5%), une dépression modérée (16,2%), une dépression modérément sévère (24,3%) et une dépression sévère (13,5%).
Le stade d'ascite réfractaire est un facteur de dépression avec un p=0.022.
Les patients vivant seuls ont, également, un risque majoré de développer un trouble dépressif (p=0.02).
Le sexe, la durée d'évolution de la cirrhose ainsi que le score de CHILD-PUGH ne sont pas des facteurs prédisposants selon notre étude (p=0.251, p=0.348 et p=0.454, respectivement).

Conclusion : Dans notre étude, la dépression représente plus de 90% des patients cirrhotiques interrogés.
Les facteurs prédictifs retrouvés sont : le stade d'ascite réfractaire et l'isolement social.
L'évaluation de la santé mentale des patients cirrhotiques en décompensation est, de ce fait, primordiale dans leur prise en charge globale et dans l'amélioration de leur qualité de vie.

P.352

Facteurs de risque de réactivation du virus B en onco-hématologie : à propos d'une série hospitalière

A. Safir [(1)], L. Mallem [(1)], N. Amani [(1)], M. Amar [(1)], N. Korti [(1)]

(1) Oran, ALGÉRIE.

Introduction : Décrite il y a 40 ans dans le cadre de la chimiothérapie anticancéreuse et de la transplantation rénale, la réactivation du virus de l'hépatite B, bien que de définition non encore consensuelle, est caractérisée par la réapparition du virus chez les patients atteints du VHB préalablement résolu, ou par une augmentation de la virémie du VHB chez les patients atteints d'une hépatite B chronique auparavant inactive. Celle-ci peut se produire spontanément, mais elle est le plus souvent provoquée et déclenchée par des thérapeutiques dites immunosuppressives.
Un certain nombre de facteurs, notamment l'âge, le sexe, le niveau de réplication virale, et le type de tumeur maligne, a été associée à la réactivation du VHB, chez les patients subissant une chimiothérapie anticancéreuse. Ce risque varie cependant en fonction du statut immunitaire du patient, du type et de l'intensité du traitement immunosuppresseur.
Notre étude va porter sur l'estimation des risques relatifs ou Odds-Ratio (OR) des facteurs de risque de la réactivation virale B dans la population de patients d'oncohématologie réactivant suite à chimiothérapie anti-cancéreuse.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude, observationnelle, analytique, monocentrique, de type cas témoins appariée à recueil prospectif et rétrospectif, menée au service d'hépato- gastro-entérologie, sur une période allant de janvier 2010 à septembre 2020.
L'étude a porté sur 995 patients porteurs chroniques du VHB, la réactivation du virus B a concerné 41 patients (4.1%).

Résultats : La moyenne d'âge de notre population était de 45,1 ± 2,8 ans, le sex-ratio était de 1.7,la moyenne de l'IMC était de 24,8±0,7.L'Analyse univariée des facteurs de risque dans la réactivation du VHB en oncohématologie a permis de constater que l' OR correspondant à un IMC compris entre 25 et 30 augmente le risque de réactivation de 5,5.Une association négative est retrouvée pour la stéatose avec un OR =0,2[0,03- 0,90],et pour la dyslipidémie OR= 0,1 [0,02-0,59]. La présence d'un Ag HBs positif multiplie le risque par 6,3 (OR = 6,3 IC95 % compris entre 1,3 et 30,8.L'hépatite chronique à Ag HBe négatif est un facteur de risque avéré multipliant le risque de réactivation par 18,6IC 95% [2,3-150,2] .L'infection à Ag HBe positif semble être un facteur protecteur, vu l'association négative révélée par un OR = 0,2 et un IC95% compris entre 0,08 et 0,6. La cytolyse supérieure à 3 N expose à un risque de réactivation virale B multiplié par 10,7(OR= 10,7 [3,2-35,6], ce risque parait être plus important chez l'homme (OR=11,6 *vs* OR= 9,7 pour la femme. Dans le même sens, on a relevé qu'une charge virale élevé à plus de 20.000 UI/ml est statistiquement liée au risque de réactivation virale B, l'OR a été estimé à 5,5 avec un IC 95% [2,1-14,6]. En évaluant l'intensité de l'immunodépression, on a pu noter l'absence d'association épidémiologique pour les antracyclines et les corticoïdes et les Ac monoclonaux, cependant l'OR pour les immunosuppresseurs est estimé à 0,1à IC 95% [0,04-0,4] avec un P significatif. L'OR était de 9,7 [1,1-81,5] pour les inhibiteurs de tyrosine kinase .Les immunosuppresseurs ne semblent pas être des facteurs de risque, vu que l'OR est de 0,1.
Les résultats de l'analyse multivariée par regression logistique binaire,selon la méthode « pas à pas descendante » a permis de considerer qu' un taux de ALAT supérieur 3 N, bien que celui-ci soit un critère diagnostic, est un facteur majorant le risque de réactivation du virus B dans cette population particuliére.

Conclusion : Le profil « hépatite chronique à Ag HBe négatif » semble d'après les résultats de notre étude monocentrique et d'effectif réduit, sous nos climats être un facteur de risque de réactivation virale B.Des études d'effectif plus large, et pluricentriques sont nécessaires permettrons de vérifier ces résultats.

P.353

Hépatite virale E chez les femmes enceintes : étude transversale à l'hôpital gynéco-obstétrique et pédiatrique de Douala

S.A. Eloumou Bagnaka [(1)], W. Bekolo [(1)], D.G.R. Nsenga [(2)], A.W. Ndjitoyap Ndam [(3)], G. Aghoagni [(4)], N.D. Noah [(1)], G.P. Ngaba [(1)], M.P. Kowo [(3)], H.N. Luma [(1)]

(1) Douala, CAMEROUN ; (2) Dschang, CAMEROUN ; (3) Yaoundé, CAMEROUN ; (4) Buéa, CAMEROUN.

Introduction : L'OMS estime qu'il y a chaque année 20,1 millions d'infections liés à l'hépatite virale E dont 3,40 millions de cas symptomatiques, 70 000 décès et 3000 mortinaissances. Il existe plusieurs modes de transmission de cette affection dont la principale est par la voie oro-fécale. La prévalence est plus élevée chez la femme que dans la population générale. Ce travail avait pour but de déterminer la prévalence de l'hépatite virale E chez les femmes enceintes à HGOPED.

Patients et Méthodes : nous avons mené une étude transversale analytique du 1er novembre 2016 au 30 juin 2017 soit huit (08) mois. Cette étude avait pour cadre l'Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Douala. Étaient inclus dans l'etude toutes les femmes enceintes consentantes venus en consultation prénatale ou hospitalisées dans le service de gynécologie obstétrique. Le diagnostic du virus de l'hépatite E (VHE) était posé sur la présence des anticorps IgM et IgG du sang prélevé chez les femmes enceintes. Les kits ELISA HEV-IgM et HEV-IgG de références EI 2525-9601 M et EI 2525-9601 G respectivement et de marque EUROIMMUN étaient utilisés. La régression logistique (modèle multivarié) était utilisée pour identifier les facteurs associés avec l'infection au Virus de l'Hépatite E. Le seuil de significativité a été fixé à P-value < 0,05.

Résultats : nous avons inclus 210 femmes enceintes dans l'étude. L'âge moyen était de 29,47 ± 4,87 ans. La prévalence globale du VHE était de 7,1% dont 4,3% (n=9) pour les IgM et 2,8% (n=6) pour les IgG. Les patientes au troisième trimestre de la grossesse représentaient 41,6% des cas. Elles avaient une prévalence du VHE à 8,1%. Les patientes au premier trimestre de la grossesse quant à elles avaient une prévalence du VHE à 3,8%. Les patientes avec un âge de moins de 25 ans avaient une prévalence du VHE à 9,1%. Soixante-deux virgule cinq pourcent (62,5%) n'avaient jamais entendu parler du VHE. Les patientes avec un niveau d'éducation universitaire représentaient 62,7% des cas. Dans la population d'étude, 56,7% étaient mariées et 41,8% célibataires. La co infection entre le VHE et le VIH était retrouvée chez 1,4%. L'élevage domestique était retrouvé comme facteur associé à la présence du VHE (ORa= 2,71, IC95%, [1,15 – 30,87], p= 0,04).

Conclusion : la prévalence du VHE chez la femme enceinte est de 7,1% à Douala. Le VHE est plus retrouvé au troisième trimestre de la grossesse et touche les femmes jeunes. L'élevage des animaux domestiques est associé à la présence du VHE. Au vu des risques que ce virus peut avoir pour la mère et l'enfant, il est impératif de mettre en place des stratégies de dépistage et de prise en charge de cette affection pendant la grossesse dans notre contexte.

Remerciements, financements, autres : Nous remercions l'ensemble du personnel du service de gynecologie obstétrique de l'hopital gyneco-obstétrique et pédiatrique de Douala au Cameroun

P.354

Adénopathies intra-abdominales au cours de la cholangite biliaire primitive : caractéristiques évolutives sous AUDC

H. Kchir [(1)], O. Alaya [(1)], R. Tababi [(2)], R. Ayadi [(3)], S. Ben Azouz [(1)], H. Hassine [(1)], H. Debbabi [(1)], H. Yacoub [(1)], N. Maamouri [(1)]

(1) Tunis, TUNISIE ; (2) Sousse, TUNISIE ; (3) Ariana, TUNISIE.

Introduction : Des adénopathies intra-abdominales modérées sont assez souvent rapportées au cours de la cholangite biliaire primitive (CBP). L'objectif de ce travail était de préciser l'évolution de ces adénopathies (ADP) chez les patients suivis pour une CBP, traités par Acide urso-désoxycholique (AUDC), en fonction de la réponse au traitement.

Patients et Méthodes : Nous avons inclus tous les patients suivis dans notre service pour une CBP et ayant reçu un traitement par AUDC pendant au moins 1 an. Les données cliniques, biologiques et de l'imagerie et les paramètres biologiques ont été collectés. La réponse au traitement a été définie selon les critères de Paris II.

Résultats : il s'agissait de 108 patients d'âge moyen de 54,6 ans, (extrêmes : 40,8 ans- 68,4 ans), dont 93% étaient des femmes. Quinze patients (13,9%) avaient des ADP à l'imagerie initiale. Parmi ces patients, deux étaient cirrhotiques (soit 13,3 %) et huit avaient une bonne réponse au traitement (soit 53,3 %). Quatre patients n'ont pas eu d'imagerie de contrôle. La taille moyenne des adénopathies intra-abdominales mesurée à 22,7 + /- 15 mm avant traitement avait diminué à 15,3 +/- 5 mm après au moins 1 an de traitement sans différence statistiquement significative (p =0,368). Il n'y avait pas également de différence significative de l'évolution en fonction de la réponse au traitement. En effet, en comparant les patients répondeurs et non répondeurs, une disparition des adénopathies a été observée dans respectivement 25% et 40% des cas (p=0,392) et une stabilisation de la taille des ADP a été retrouvée dans respectivement 25% et 14% des (p=0,576).

Conclusion : L'évolution des adénopathies intra abdominales au cours de la CBP parait indépendante de la réponse au traitement par AUDC. Leur signification et évolution reste à déterminer par des études de large effectif.

P.355

Association entre la gravité des troubles du sommeil et le risque de malnutrition chez les patients cirrhotiques

H. Jlassi [1], R. Limam [1], F. Kahlaoui [1], N. Bibani [1], M. Sabbah [1], D. Trad [1], N. Bellil [1], H. Elloumi [1], D. Gargouri [1]

(1) Tunis, TUNISIE.

Introduction : Les troubles du sommeil et la malnutrition sont fréquents au cours de la cirrhose et pourraient être associés à des conséquences similaires, telles que l'altération de la qualité de vie, l'encéphalopathie hépatique et la sarcopénie.
L'objectif de notre étude était d'examiner la relation entre la gravité des troubles du sommeil et le risque de malnutrition chez les patients cirrhotiques.

Patients et Méthodes : Une étude transversale prospective incluant des patients ayant une cirrhose suivis au service entre Janvier et Juillet 2022 a été réalisée. Les troubles de sommeil étaient évalués par deux scores : Epworth Sleepiness Scale et l'Index de Sévérité de l'Insomnie (ISI).
Le risque de malnutrition a été estimé par le Royal Free Hospital-Nutritional Prioritizing Tool (RFH-NPT) qui permet de le classer en faible (0 point), modéré (1 point) et élevé (2-7 points). L'analyse statistique a été réalisée à l'aide du logiciel SPSS 22.

Résultats : Quarante-et-un patients cirrhotiques ont été inclus. L'âge moyen était de 63 ans [27-79ans]. Le genre-ratio (F/H) était de 1,05. Les principales étiologies de la cirrhose étaient : la stéato-hépatite non alcoolique dans 49 % des cas, virale (B ou C) dans 25 % des cas, alcoolique dans 10% et dys-immunitaire dans 5 %. Le score de Child-Pugh était A dans 29 %, B dans 51 % et C dans 20 % des cas. Le sore MELD moyen était de 12,9 [extrêmes 7-26].
L'insomnie était présente chez 53% des patients cirrhotiques, répartis comme suit : Insomnie sub-clinique (légère) dans 36 % des cas et insomnie clinique (modérée) dans 17 % des cas. Les patients étaient somnolents (score de somnolence >10) dans 18% des cas.
Le RFH-NPT moyen était de 1 [extrêmes 0-4]. Le risque de malnutrition était significativement corrélé à la sévérité de l'insomnie (r=0,32 ; p=0.04). Les mauvais dormeurs avaient plus d'ascite réfractaire (60% contre 40%, P = 0,03), des scores RFH-NPT plus élevés (3 contre 1 points, p=0,02) et une hypoalbuminémie (20,4 *vs* 31,2, p=0,01).

Conclusion : Il ressort de notre étude que les troubles du sommeil sont corrélées à un risque élevé de malnutrition chez les patients cirrhotiques. Ainsi nous recommandons de les rechercher systématiquement en vue de les prendre en charge et afin d'améliorer la qualité de vie des patients.

P.356

Prédire la réponse à la seconde chimioembolisation du CHC : place du score ART

N. Lahmidani [1], F.Z. Hamdoun [1], M. Lahlali [1], A. Lamine [1], H. Abid [1], A. El Mekkaoui [2], M. El Yousfi [1], D.A. Benajah [1], M.Y. Alaoui Lamrani [1], M. El Maaroufi [1], S.A. Ibrahimi [1], M. El Abkari [1]

(1) Fès, MAROC ; (2) Oujda, MAROC.

Introduction : La chimioembolisation lipiodolée (CEL) est une option thérapeutique de première ligne des carcinomes hépatocellulaires (CHC) évolués. Le score ART (Assessment for Retreatment with TACE) sélectionne les patients éligibles à une seconde CEL. Il évalue l'augmentation des transaminases, du score de Child-Pugh et la réponse radiologique. L'objectif de notre travail est de montrer la valeur pronostic du score ART avant la seconde CEL.

Matériels et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective et prospective portant sur des patients atteints de CHC sur foie de cirrhose ayant bénéficié d'une CEL entre janvier 2012 et juillet 2019. Le diagnostic de CHC était posé selon les critères non invasifs de l'EASL avec recours à l'histologie pour les cas douteux. Le score ART était calculé après la première chimioembolisation. Les patients étaient répartis en 2 groupes : groupe A avec un score ART entre 0 et 1,5 ; groupe B avec un score ≥2,5.

Résultats : Durant la période d'étude, 58 patients porteurs de CHC sur foie de cirrhose ont bénéficié d'une CEL dont 55,17% avaient un score ART entre 0 - 1,5 avant la deuxième séance et 44,8% avaient un score ART ≥2,5. Les deux groupes étaient comparables concernant l'âge, les circonstances de découverte et score de Child. La taille du CHC ainsi que la valeur de l'AFP était plus augmentée dans le groupe B. nous avons observé une différence significative concernant la réponse radiologique, l'augmentation du Child et des transaminases entre les deux groupes après la première chimioembolisation. Le taux de survie global à 3 ans était respectivement de 75 % dans le groupe A *versus* 7,6 % dans le groupe B.

Conclusion : Le score ART a une valeur pronostique indépendante et devrait être prise en compte dans la stratégie thérapeutique avant la seconde chimioembolisation.

P.357

Facteurs prédictifs de lésions histologiques significatives au cours de l'hépatite virale B à virus mutant avec un ADN viral entre 2 000 et 20 000 UI/mL

W. Sellami [1], M. Medhioub [2], A. Khsiba [2], M. Yakoubi [3], A. Ben Mohamed [2], M. Mahmoudi [2], L. Hamzaoui [2], M. Azouz [2]

(1) Sfax, TUNISIE ; (2) Nabeul, TUNISIE ; (3) Tunis, TUNISIE.

Introduction : La ponction biopsie hépatique (PBH) demeure l'examen de référence pour l'évaluation des lésions histologiques d'activité et de fibrose au cours de l'infection chronique par le virus de l'hépatite B (VHB). Les patients Ag HBe négatif ayant un ADN viral entre 2000 et 20000 UI/mL représentent le groupe qui pose le plus de problèmes quant à l'utilité d'une PBH.
Notre étude avait pour objectifs de déterminer la prévalence des lésions histologiques significatives à la PBH chez ces patients selon le score Metavir d'activité et de fibrose et d'identifier les facteurs prédictifs de présence de lésions histologiques significatives nécessitant le recours au traitement

Patients et Méthodes : Etude rétrospective (2008-2021) incluant tous les patients suivis dans le service d'hépato-gastroentérologie et porteurs d'une hépatopathie chronique virale B Ag HBe négatif avec un ADN du VHB entre 2000 et 20000
UI/mL et ayant bénéficié d'une PBH dans un but pré-thérapeutique.
L'activité et la fibrose histologiques ont été évaluées selon le score de Métavir. Les lésions histologiques étaient considérées significatives si le score d'activité ≥ A2 et/ou un score de fibrose≥ F2.

Résultats : On a inclut 101 patients âgés en moyenne de 35,7 ans avec un sex ratio de 0,8 . La maladie était découverte dans 86,1% des cas dans le cadre de dépistage systématique : bilan de grossesse (36,8%), don de sang (18,4%), bilan prénuptial (13,8%) et de dépistage familial (12,6%). A la PBH, 9,9% des patients avaient des lésions histologiques d'activité ≥A2, et 7,8% avaient une fibrose ≥F2. Aucun patient n'avait une cirrhose. Des lésions histologiques significatives, définies ont été retrouvées dans 13.9% des cas. En étude analytique, seules des ALAT >40 UI/L et des ASAT>40 UI/L étaient des facteurs prédictifs indépendants de présence de lésions histologiques significatives à la PBH.

Conclusion : La PBH a permis de révéler qu'environ 14% des patients avec des lésions histologiques significatives nécessitant le recours au traitement. Il sera plus licite de l'indiquer chez les patients avec des transaminases >40 UI/mL.

P.358

Fréquence de la stéatose hépatique non alcoolique chez les patients tunisiens obèses : résultats préliminaires d'une étude prospective

S. Hamza [1], R. Tlili [1], O. Berriche [2], C. Makni [1], M. Dalhoum [2], A.L. Belhaj [1], S. Nsibi [1], H. Jamoussi [2], L. Kallel [1]

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

Introduction : La stéatose hépatique non alcoolique (Nonalcoholic Fatty Liver Disease (NAFLD)) constitue désormais l'hépatopathie chronique la plus fréquente dans le monde développé où elle est devenue une cause principale de cirrhose, de CHC et de recours à la transplantation hépatique. Elle est étroitement associée au surpoids et à l'obésité. Or, en Tunisie où l'obésité est reconnue comme un véritable problème de santé public, la prévalence de la stéatopathie dite d'origine métabolique, dans cette population, demeure indéterminée.
L'objectif de notre étude était d'évaluer la prévalence de la stéatose hépatique non alcoolique (NAFLD) et de la fibrose hépatique avancée chez une population d'obèses en utilisant la fonction CAP du Fibroscan et d'évaluer son retentissement sur l'élasticité hépatique ainsi que d'en dégager ses principaux facteurs de risque.

Patients et Méthodes : Nous avons mené une étude prospective, colligeant tous les patients suivis pour obésité au service des maladies de la nutrition et de diabétologie et adressés au service d'hépato-gastro-entérologie entre Janvier 2022 et Juillet 2022, pour dépistage de la stéatose hépatique moyennant la fonction CAP du Fibroscan. Le seuil utilisé indiquant la présence d'une stéatose était de 248 dB/mn. Les conditions de réalisation de l'examen, ses critères de fiabilité ainsi que ses contre-indications, telles que fixés par son fabriquant, ont été respectés. N'ont pas été inclus dans cette étude, les patients connus porteurs d'une hépatopathie chronique quelque soit son étiologie de même que les consommateurs chroniques d'alcool ou ceux ayant une prise chronique de médicaments autre que celle d'un éventuel syndrome métabolique.
Pour tout patient diagnostiqué avec une stéatopathie hépatique, un bilan spécifique était systématiquement réalisé, en particulier métabolique et virologique, une mesure de la ferritinémie et du taux sérique de TSH. L'analyse statistique de toutes les données a été effectuée à l'aide du logiciel SPSS (version 22) et les valeurs P < 0,05 ont été considérées comme statistiquement significatives.

Résultats : Quatre-vingt-quinze (95) patients ont été inclus avec une prédominance féminine (91,6%). L'âge moyen était 48 ans [18-77 ans], avec un indice de masse corporelle moyen (IMC) de 41,72 ± 13,46 kg/m2 et un tour de taille moyen (±DS) de 116 ± 20 cm.
La valeur moyenne du paramètre d'atténuation contrôlée (CAP) était de 287,64 ±57,04 dB/m. En utilisant le seuil du CAP de 248 dB/mn, une stéatopathie a été retenue chez 70,5 % des patients.
La valeur moyenne de l'élasticité hépatique (E) était de 5,38 ±2,83 KPa. Une fibrose avancée définie par une E>9,7 KPa était présente chez 8,1 % des patients ayant une stéatopathie.
En analyse univariée, la présence de la NAFLD était associée significativement au diabète, (p=0,023), au tour de taille (p=0,033), au taux de cholestérol total (p=0,016), au taux de triglycérides, à la glycémie à jeun (p=0, 004), tandis que la fibrose avancée était significativement associée au diabète sucré (p=0,031) et au taux de plaquettes (p=0,014).
En analyse multivariée, seul le tour de taille était un facteur prédictif indépendant de la NAFLD (p=0,007). L'analyse des courbes ROC, a montré que le tour de taille avait une bonne spécificité et sensibilité dans la prédiction de la NAFLD (AUC=0,776 [0,634-0,918]) avec un cut-off de 107,5. En revanche, aucun facteur n'était prédictif indépendant de la fibrose avancée.

Conclusion : Plus des 2/3 des obèses se sont révélés touchés par une NAFLD dans notre population tunisienne, avec plus de 8% ayant déjà une fibrose avancée complètement méconnue. Il s'agit d'un résultat alarmant qui devrait nous inciter à un dépistage systématique de la stéatose hépatique dans cette population et auquel cas une

évaluation de la fibrose hépatique afin d'activer la prise en charge de l'obésité sous ses différents aspects pouvant aller jusqu'à poser l'indication de la chirurgie métabolique avant que celle-ci ne soit contre indiquée notamment par une maladie hépatique évoluée.

P.359

L'intérêt de Fatty liver index et d'Hepatic Steatosis Index dans la prédiction de la fibrose avancée au cours de la stéatopathie métabolique

N. Trad [(1)], A. Mensi [(1)], E. Bel Hadj Mabrouk [(1)], Y. Zaimi [(1)], S. Ayadi [(1)], L. Mouelhi [(1)], Y. Said [(1)], R. Debbeche [(1)]

(1) Tunis, TUNISIE.

Introduction : La stéatopathie métabolique représente, de nos jours, un problème majeur de santé publique. Son pronostic dépend essentiellement du degré de fibrose hépatique. Le Fatty liver index (FLI) et l'Hepatic Steatosis Index (HSI), qui sont des scores simples proposés initialement pour prédire la stéatose hépatique dans la population générale, pourraient avoir une valeur pronostique au cours de la SM(1-2).
Notre objectif était d'évaluer la performance des scores FLI et HSI dans l'évaluation de la fibrose au cours de la SM.

Patients et Méthodes : Il s'agissait d'une étude prospective incluant des patients consécutifs suivis à notre consultation externe pour une SM du 1er janvier 2021 au 31 décembre 2021. L'élasticité hépatique a été évaluée par Fibroscan. Les scores FLI, HSI et FIB-4 ont été calculés. L'hépathopathie chronique avancée a été définie par une élasticité hépatique > 9,6 kpa et un FIB-4 > 2,67.

Résultats : Quatre-vingt-dix-neuf patients ont été colligés. L'âge moyen était de 55,49 ± 11,91 ans. Le sex-ratio (H/F) était de 0,5. L'indice de masse corporelle moyen était de 32,37 kg/m². Le diabète (46,3%) et l'hypertension artérielle (40,4%) étaient les comorbidités les plus fréquentes. Une corrélation significative a été notée entre le score FLI et l'élasticité hépatique évaluée par Fibroscan (p=0,001). Le score FLI était également significativement corrélé au score FIB-4 (p = 0,023). À un seuil de 82, la sensibilité et la spécificité du score FLI pour prédire une hépatopathie chronique avancée dans la SM étaient de 70,6 % et 67 %, respectivement avec un aire sous la courbe ROC de 0,72 [IC à 95% : 0.64-0.88]. Le score HSI était significativement corrélé à la présence d'une hépatopathie chronique avancée au cours de la SM (p=0,003). À un seuil de 50,23, la sensibilité et la spécificité du score HSI pour prédire une hépatopathie chronique avancée au cours de la SM étaient de 70,7 % et 91.3 %, respectivement, avec un aire sous la courbe ROC de 0,801 [IC à 95% : 0.651-0.952].

Conclusion : Dans notre étude, les scores FLI et HSI semblent avoir une bonne valeur prédictive de l'hépatopathie chronique avancée au cours de la SM. Fortement corrélés au Fibroscan et au score FIB-4, l'utilisation de ces scores permettrait de conforter leurs apports dans l'évaluation de la fibrose au cours de la SM.

P.360

Le rapport volume plaquettaire moyen sur taux des plaquettes est prédictif du pronostic au cours de la cholangite biliaire primitive

R. Tababi [1], S. Mrabet [1], I. Akkari [1], E. Ben Jazia [1]
(1) Sousse, TUNISIE.

Introduction : Le rapport volume plaquettaire moyen (VPM) sur le taux des plaquettes (PLT) est un biomarqueur émergent dans plusieurs pathologies inflammatoires et néoplasiques. La baisse du taux des PLT et l'augmentation du VPM en cas de fibrose hépatique et d'hypertension portale suggèrent l'intérêt potentiel de ce rapport au cours des hépatopathies chroniques. L'objectif de cette étude était d'évaluer la performance du rapport VPM/PLT dans la prédiction de complication hépatique au cours de la cholangite biliaire primitive (CBP) et d'étudier la corrélation de ce marqueur avec les scores pronostiques validés.

Patients et Méthodes : Dans cette étude rétrospective, ont été colligés 50 patients suivis à notre service pour CBP et ayant reçu un traitement par acide ursodésoxycholique pendant au moins 1 an. Les paramètres démographiques, cliniques, biologiques au moment du diagnostic et à un an du traitement ont été recueillis. Les complications de cirrhose (ascite, hémorragie digestive, encéphalopathie hépatique, dégénérescence) dans les 5 ans ont été notées. Les rapports VPM (fl) /PLT (G/L) au moment du diagnostic et à un an du traitement ont été calculés. Les scores pronostiques GLOBE et UK-PBC (5ans) ont été déterminés à l'aide de calculateurs en ligne.

Résultats : L'âge médian des patients au moment du diagnostic était de 56 ans [IQR : 18ans]. Quarante-neuf patients étaient de sexe féminin (98%). Les valeurs médianes respectives du taux des PLT, du VPM et du ratio VPM/PLT au moment du diagnostic étaient de 200G/L [IQR : 158,5G/L], 8,8fl [IQR :2,1fl] et 0,0485 [IQR : 0,0551]. Les valeurs médianes de ces paramètres évalués à un an du traitement étaient de 203G/L [IQR : 108G/L], 9,7fl [IQR : 1,7fl] et 0,0468 [IQR : 0,0529]. Les médianes des scores GLOBE et UK-PBC étaient de 0,40 [IQR : 2,48] et 0,042 [IQR : 0,146] respectivement. A 5ans d'évolution, 13 malades (26%) ont eu au moins une complication de cirrhose. Les taux des PLT au moment du diagnostic et à un an du traitement étaient prédictifs de survenue de complication de cirrhose à 5 ans avec des valeurs d'aire sous la courbe ROC (AUROC) de 0,73 (p=0,023) et 0,70 (p=0,049) respectivement. Par contre, ni le VPM au moment du diagnostic ni celui à un an du traitement n'en étaient prédictifs (p=0,227 et p=0,569 respectivement). Le rapport VPM/PLT avait une bonne performance dans la prédiction de complication de cirrhose à 5 ans (AUROC=0,79 ; p=0,019) : une valeur seuil de ce rapport de 0,0815 avait une sensibilité de 86%, une spécificité de 84%, une valeur prédictive positive (VPP) de 56% et une valeur prédictive négative (VPN) de 93%. Le rapport VPM/PLT calculé à un an du traitement était encore plus performant (AUROC=0,82 ; p=0,011) : les valeurs de ce rapport au-dessus de 0,0786 avaient une sensibilité, une spécificité, une VPP et une VPN respectives de 86%, 84%, 55% et 87%.
Le rapport VPM/PLT était corrélé aux scores pronostiques GLOBE (r=0,51 ; p=0,003) et UK-PBC (r=0,48 ; p=0,003). De même pour le rapport calculé à un an du traitement qui avait aussi une bonne corrélation avec les scores GLOBE (r=0,53 ; p=0,001) et UK-PBC (r=0,53 ; p=0,001).

Conclusion : Le rapport VPM/PLT était un marqueur pronostique prédictif de survenue de complication de cirrhose et encore plus performant après un an du traitement. Il était également corrélé aux scores pronostiques de la CBP. Le rapport VPM/PLT était plus fiable que le taux des PLT seul ou le VPM seul pour prédire le pronostic.

P.361

Résultats du traitement par chimiothérapie et greffe autologue de cellules souches chez les patients avec maladie cœliaque réfractaire de type 2 : l'expérience française du réseau CELAC

S. Khater [1], O. Chatelanat [1], D. Sibon [1], J. Bruneau [1], T. Molina [1], L. Lhermitte [1], V. Asnafi [1], C. Brouzes [1], O. Hermine [1], C. Cellier [1]
(1) Paris.

Introduction : La maladie cœliaque est une entéropathie auto-immune traitée par régime sans gluten. Certains patients développe une maladie cœliaque réfractaire. La sprue réfractaire de type 2 (SR II) place les patients à haut risque de développer un lymphome à cellule T associé aux entéropathies (EATL). Il n'y a actuellement pas de traitement standardisé. En 2011 (1), une étude publiée a démontré une amélioration clinique et une normalisation des villosités duodénales chez 50% des patients traités par greffe autologue de cellules souches (GaCS). L'objectif de cette étude est de reporter l'expérience française du réseau CELAC des patients SR II traité par traité par GaCS.

Patients et Méthodes : Nous avons collecté les données cliniques, histologiques et immunologiques des patients avec SR II traités par chimiothérapie (Fludarabine et cyclophosphamide) suivi par une GaCS dans le réseau CELAC.

Résultats : Six patients ont été traités par chimiothérapie puis GaCS entre 2008 et 2021 avec un suivi médian d'une durée de 81,5 mois (Écart interquartile [EI] 22,7-132,7). Cinq sont en rémission clinique et aucun n'a développé d'EATL. Un patient a eu un traitement supplémentaire d'anticorps monoclonal anti-interleukine 15 et un patient était sous un traitement de budésonide au dernier suivi. Une rémission histologique a été observée chez 5/6 patients et 2/6 patients ont un réarrangement polyclonal du récepteur de cellule T (TCR). Les patients ayant eu une GaCS il y a plus de 10 ans ont une proportion de LIE aberrants entre 18 et 45% et les patients traités depuis 2018 ont un percentage élevé de LIE aberrants entre 35 et 90%.

Conclusion : Dans notre expérience la greffe autologue de cellules souches chez les patients avec une maladie cœliaque réfractaire de type 2 montre des résultats à long terme encourageants avec une diminution du nombre de LIE de phénotype aberrants et une diminution de l'atteinte muqueuse. Ce traitement pourrait également prévenir la survenue d'un EATL.

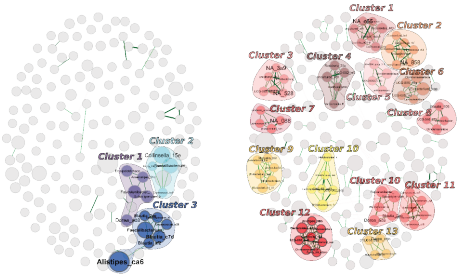
P.362

Les patients ayant un spina bifida ont de profondes altérations du microbiote intestinal et elles sont corrélées à leurs atteintes digestives : de nouvelles cibles thérapeutiques ?

C. Brochard [1], J. Zoppi [2], G. Bouguen [1], C. Cardaillac [2], T. Durand [2], B. Peyronnet [1], M. Pagenault [1], P. Aubert [2], A. Ropert [1], L. Siproudhis [1], M. Neunlist [2]
(1) Rennes ; (2) Nantes.

Introduction : Les troubles fonctionnels anorectaux sont fréquents chez les patients ayant un Spina Bifida (SB) mais la physiopathologie n'est pas clairement établie. Des études récentes ont montré (1) que les patients SB présentaient des atteintes de leurs fonctions rectales, une augmentation de la perméabilité paracellulaire rectale et de marqueurs inflammatoires. Il a également été constaté une diminution de la teneur luminale en acides gras à chaines courtes dont le butyrate. Néanmoins les modifications du microbiote intestinal et leur associations éventuelles n'a jamais été exploré chez le patient SB. Notre étude vise (i) à décrire l'impact du SB sur la composition du microbiote intestinal par analyses métagénomiques 16S et (iii) et à prédire les signatures associatives entre certains gènes du microbiote des patients SB et les atteintes digestives fonctionnelles ou moléculaires par des approches bio-informatiques.

Patients et Méthodes : Des patients adultes SB consultant au "Centre de Référence Spina Bifida-Dysraphismes " en France et des volontaires sains (*Vs*) ont été inclus prospectivement et consécutivement. Les caractéristiques des patients et des *Vs* ainsi que les données fonctionnelles anorectales (compliance, perméabilité intestinale, expression des protéines des jonctions serrées, des cytokines de l'inflammation et les concentrations d'acides gras à chaîne courte) ont été reprises de l'étude princeps (1). Les patients ayant eu un recueil des selles ont été inclus dans cette étude ancillaire. La composition du microbiote a été étudiée par des méthodes de métagénomiques permettant de mesurer l'α-et la β-diversité et la composition différentielle du microbiote entre *Vs* et SB. Pour identifier des clusters d'AS*Vs*, le package R Netcomi (version 1.0.2) a été utilisé (2). Les métriques, les structures et les modules des clusters identifiés et communs aux patients SB et les *Vs* ont été comparés. Les clusters d'AS*Vs* identifiés ont été corrélées aux paramètres cliniques, de la manométrie et de la barrière épithéliale et aux concentrations d'acides gras à chaînes courtes avec une corrélation de type Spearman.



Résultats : Les données de 11 adultes SB (âge : 38,7 [34,9-46,4], sexe : 9 hommes (88,8%)) ont été comparées à celles de 16 *Vs* (âge : 39,0 [31,0-46,5] sexe : 9 femmes (56,3%)). L'α-diversité était comparable entre les patients SB et les *Vs* (p=0.891) ; la β–diversité était différente entre les 2 groupes (p= 0.003). La composition du microbiote au niveau des genres (11 genres) était différente entre les 2 groupes. Ainsi, les patients SB présentaient une abondance significativement réduite et marquée de Prevotella et Veillonella, par rapport aux *Vs* (0,02% *vs* 9,6% ; 0,003% *vs* 0,15%, respectivement). De plus, 26 AS*Vs* étaient différentiellement abondants entre les patients SB et H*Vs*. Enfin, 13 clusters de bactéries (AS*Vs*) fortement associées entre elles ont été identifiés chez les patients SB alors que seul 3 clusters ont été identifiés chez les *Vs*. De plus, nous avons identifié certains clusters des patients SB qui étaient associés significativement aux fonctions anorectales, aux caractéristiques de la barrière intestinales et aux niveaux d'expression des acides gras à chaînes courtes (Figure 1). De manière intéressante, chez les *Vs*, aucun cluster n'a été associé aux paramètres étudiés.

Conclusion : Chez les patients SB, il existe des modifications importantes de la composition du microbiote. Ces modifications sont associées aux atteintes digestives et sont des marqueurs phénotypiques du microbiote des patients SB. Il est difficile de savoir si elles sont causes ou conséquences des dysfonctions. Des études supplémentaires sont nécessaires pour clarifier les mécanismes d'action des modifications du microbiote sur le dysfonctionnement intestinal chez les patients atteints de SB afin de proposer d'éventuels outils thérapeutiques adaptés.

P.363

Recours aux thérapies complémentaires (TC) chez les consultants en hépato-gastroentérologie (HGE). Large enquête de pratiques

E. Abdini [1], A. Haennig [2], L. Aziere [1], H. Del Arco [1], N. Berbera [2], J.L. Payen [2]
(1) Anglet ; (2) Capbreton.

Introduction : Les TC sont largement accessibles en France, toutefois leur recours et l'influence de l'âge et du sexe notamment ne sont pas bien connus au sein des consultants en HGE. Or, l'impact de leur utilisation chez ces patients est loin d'être négligeable.

Patients et Méthodes : Buts de l'enquête : Evaluer le recours aux TC chez les consultants des HGE libéraux et apprécier l'efficacité perçue par les patients. Méthode : du 1er eu 31/07/2022 tous les consultants de 3 cabinets où exercent 6 HGE libéraux ont répondu à 1 questionnaire, après consentement, concernant leur recours à des TC : Acupuncture, homéopathie, ostéopathie et équivalents, hypnose, sophrologie, EMDR, naturopathie, « médecine chinoise », phytothérapie, ou « Autres » : méditation, magnétiseur, kinésiologie, yoga, auriculothérapie, énergéticien, micronutrition ; ils devaient également juger leur efficacité ressentie sur une échelle de 0 à 10 => 0 inefficace-10 très efficace.

Résultats : Résultats : 410 consultants ont répondu, d'âge moyen 54 ans (17-93 ans), 228 femmes, 179 hommes. Le motif de consultation était hépatologique = 30, gastroentérologique = 317, proctologique = 31. Le recours à une TC était de 52 % et concernait le motif de consultation en HGE dans 1 cas sur 2. La moyenne d'âge était identique dans le groupe TC et pas de TC.

Type	Total en %	Homme (n)	Femme (n)	Différence H-F p	Jugement efficacité (moyenne) 0-10
Acupuncture	23	22	66	**0,01**	8
Homéopathie	20	26	49	0,91	7
Ostéopathie	30	42	77	0,93	8
Hypnose	9	9	24	0,31	7
Sophrologie	8	9	22	0,43	7,5
EMDR	0,3	3	3	0,67	4
Réflexologie	7	3	21	**0,01**	7
Médecine chinoise	5	0	19	**0,001**	7
Naturopathie	5	2	9	0,33	7
Phytothérapie	5	2	18	**0,01**	6
Autres TC	5,1	7	17	0,49	6

Nombre de recours > à 10 séances = 111 patients.

Conclusion : Conclusions : Plus d'1 consultant sur 2 en HGE dans un cabinet libéral a recours à une TC qu'il juge efficace, non spontanément spécifié lors de la consultation et indépendamment de l'âge. Le spécialiste devrait donc questionner ses patients à ce sujet et composer avec ses pratiques qui répondent à une demande incontestable afin notamment de se coordonner avec les professionnels des TC pour une prise en charge optimale et holistique des patients. Des interférences entre ces thérapies et la pharmaco-cinétique des traitements allopathiques et du microbiote seraient à étudier. De nombreux détails concernant les liens entre les différentes données de l'enquête seront précisés lors de la présentation.

P.364

Variabilité du transit intestinal dans le syndrome de l'intestin irritable

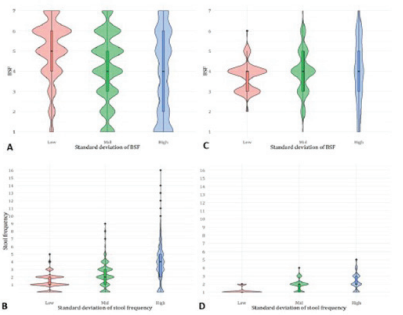
C. Melchior [1], J.P. Hreinsson [2], H. Törnblom [2], M. Simrén [2]
(1) Rouen ; (2) Göteborg, SUÈDE.

Introduction : Le syndrome de l'intestin irritable (SII) est défini par la présence de douleur abdominale chronique associée à la défécation ou à des changements du transit intestinal. Les sous types sont catégorisés selon leur pourcentage de selles dures ou molles (>25%). Une meilleure description du transit intestinal et du type de selles dans cette population manque et pourrait aider à définir une classification plus précise dans le futur.
L'objectif de notre étude était de décrire le transit intestinal et sa variabilité dans le SII en utilisant un calendrier de selles et de le comparer avec des volontaires sains.

Patients et Méthodes : Nous avons inclus des patients souffrant d'un SII et des volontaires sains, qui avaient prospectivement complété un calendrier de selles, sur 1 ou 2 semaines, basé sur l'échelle de Bristol (BSF). La fréquence et la consistance moyennes des selles ainsi que le sous-type de SII (Rome IV) ont été évalué. Les résultats ont été présentés avec des nombres et pourcentage pour les données qualitatives et par la médiane [Q1;Q3] pour les données quantitatives. Pour l'analyse de la variabilité du transit, les patients et les volontaires ont été catégorisés selon la déviation standard (DS) de la consistance et de la fréquence de leurs selles (variabilité faible (DS<25%), moyenne (DS=25-75%) et élevée (DS>75%)).

Résultats : Nous avons inclus 80 volontaires sains et 783 patients SII (43.9% SII-D, 35.8% SII-C, 13.9% SII-A, 6.4% IBS-I). Les patients souffrant d'un SII avaient une fréquence des selles plus élevée (1.6 [1.1;2.4] *vs* 1.3 [1.1;1.6] selles/jour, p<0.001) mais une consistence des selles similaires (4.1 [3.2;5.1] *vs* 4.0 [3.6;4.3], p=0.096) en comparaison aux volontaires sains.
La DS de la consistence (DS médiane de BSF [95% confidence interval] 1.26 [1.21-1.31] *vs*. 0.92 [0.78-1.07], p<0.0001) et de la fréquences (DS médiane de la fréquence 0.94 [0.92-1.00] *vs*. 0.61 [0.51-0.66], p<0.0001) des selles étaient plus élevées chez les patients que chez les volontaires. Dans le SII, une faible variabilité de la consistance des selles était associées avec des selles plus molles en comparaison au groupe avec une variabilité moyenne et élevées (figure A), tandis qu'une variabilité élevée de la fréquence des selles était associée à une fréquence des selles plus grande (figure B). Chez les volontaires sains, la consistance des selles était similaires dans les 3 groupes de variabilité (figure C), tandis que les différences sur la fréquence des selles étaient similaires au groupe avec SII, mais moins prononcées (figure D).

Figure: Consistance et fréquence des selles selon leur distribution



La figure représente des bloxplot affichant la distribution de la consistance des selles (BSF) selon la variabilité "faible" (<25%), "moyenne" (25-75%), et "élevée" (>75%) chez les patients SII (A) et les volontaires sains (C); et la distribution de la fréquence des selles selon la variabilité "faible" (<25%), "moyenne" (25-75%), et "élevée" (>75%) chez les patients SII (B) et les volontaires sains (D).

BSF: Bristol stool form

Conclusion : Il existe un impact plus fort, mais inconsistant, de la variabilité du transit intestinal sur la consistance et la fréquence des selles dans le SII en comparaison aux volontaires sains.
La variabilité du transit intestinal pourrait être un paramètre pertinant dans les études évaluant les altérations du transit intestinal, et devrait être considérée dans la caractérisation clinique et le sous-typage des patients SII.

Remerciements, financements, autres :
L'UEG pour l'obtention de l'UEG research felloswhip 2020.

P.365

Facteurs prédictifs au développement d'un lymphome à cellule T associé aux entéropathies chez les patients avec maladie cœliaque réfractaire de type 2

O. Chatelanat [(1)], S. Khater [(1)], L. Lhermitte [(1)], E. Perez-Cuadrado-Robles [(1)], A. Aidibi [(1)], V. Asnafi [(1)], C. Brouzes [(1)], A. Bensalah [(1)], J. Bruneau [(1)], T. Molina [(1)], B. Rosenbaum [(1)], N. Cerf-Bensussan [(1)], G. Malamut [(1)], D. Sibon [(1)], O. Hermine [(1)], C. Cellier [(1)]
(1) Paris.

Introduction : La maladie cœliaque réfractaire de type 2 (SR II) est une condition pré-maligne avec un haut risque de développer un lymphome à cellule T associé aux entéropathies (EATL). Les facteurs qui placent les patients à haut risque de progresser en EATL sont inconnus. L'objectif de notre étude était d'identifier ces facteurs prédictifs chez les patients suivis dans le cadre du réseau français CELAC.

Patients et Méthodes : Nous avons revu les dossiers médicaux de tous les patients avec SR II suivis entre 2000 et 2018 dans le réseau français CELAC. Les facteurs prédictifs étaient identifiés parmi les données démographiques, l'hémoglobinémie, l'indice de masse corporelle, l'histologie, la clonalité et les traitements reçus étaient enregistrés. Les mutations génétiques ont également été recherche par Next-Generation-Sequencing (NGS).

Résultats : Quarante-neuf patients avec SR II ont été inclus. Après un suivi médian de 58,7 mois (Ecart interquartile [EI] 6-219), 16 patients (32,7%) ont développé un EATL. Concernant les traitements reçus, 31 patients (63,3%) ont eu des corticostéroïdes, 12 (24,5%) une chimiothérapie dont 5 suivies d'une greffe autologue de cellule souche et 6 étaient sous régime sans gluten uniquement. Il n'y avait pas de différence statistiquement significative au développement d'EATL en fonction des traitements reçus. Deux facteurs de risques ont été identifiés ; la présence d'une jéjunite ulcéreuse (JU) au diagnostic de SR II (valeur P < 0,01) et la persistance d'une atrophie villositaire totale ou subtotale après traitement après ajustement pour la JU (Valeur P < 0,05). Parmi les 59 mutations identifiées, seulement 3 ont été statistiquement significativement associées à un EATL : BCOR, ZRSR2 et JAK3. Toutefois, ces mutations n'étaient présentes que chez moins de 3 patients chacune.

Conclusion : Nous avons identifié 3 facteurs associés au développement d'EATL chez des patients avec SR II : la persistance d'une atrophie villositaire totale ou subtotale après traitement, la présence d'une jéjunite ulcéreuse au diagnostic de SR II et des potentielles mutations génétiques au NGS. En raison de la possible efficacité de la greffe autologue de cellule souche, ces facteurs pourraient être utilisés pour identifier les patients à haut risque qui pourraient bénéficier d'un traitement.

P.366

Présentation clinique et évaluation pronostique des adénocarcinomes de l'intestin grêle survenant chez les patients avec maladie cœliaque

O. Chatelanat [(1)], S. Khater [(1)], J. Bruneau [(1)], T. Molina [(1)], L. Lhermitte [(1)], C. Brouzes [(1)], A. Bensalah [(1)], B. Rosenbaum [(1)], D. Sibon [(1)], O. Hermine [(1)], C. Cellier [(1)]

(1) Paris.

Introduction : Dans la population générale, l'adénocarcinome de l'intestin grêle (AIG) est rare et le pronostic est mauvais avec une survie à 5 ans estimée à 35%. La maladie cœliaque (MC) a été décrite comme un facteur de risque pour développer un AIG. En raison de la rareté de l'AIG, peu de données ont été publiées sur la présentation clinique, les caractéristiques et le pronostic de l'AIG chez les patients avec MC.

Patients et Méthodes : Nous avons revu tous les diagnostics d'AIG chez les patients avec MC suivis dans notre centre tertiaire de référence de 2000 à 2022. Les données démographiques, cliniques, les traitements et l'évolution de ces patients ont été enregistrées.

Résultats : Parmi les 1024 patients avec MC suivis dans notre centre, 8 (0,78%) ont eu un diagnostic d'AIG. L'âge médian au diagnostic d'AIG était de 64,5 ans (Ecart interquartile [EI] 57,7-68,5). Le diagnostic d'AIG était contemporain à celui de la MC chez 2 patients et antérieur de 11 années chez 1 patient. Dans les 5 autres cas, le délai médian entre le diagnostic de MC et d'AIG était de 65 mois (EI 41-101). Un patient avait une sprue réfractaire de type 2 avant l'AIG. Les éléments les plus fréquents menant aux investigations d'une complication de la MC étaient l'anémie (n=6), la diarrhées chronique (n=4) et les douleurs abdominales (n=3). La localisation de l'AIG était jéjunale chez 6 patients et duodénale chez 2 patients. Tous les patients ont bénéficié d'un traitement chirurgical et 3 ont eu une chimiothérapie adjuvante pour une atteinte ganglionnaire (N1), un stade métastatique (M1) et un T4N0M0. La recherche de mutation était disponible chez 5 patients, révélant une instabilité de microsatellite (MSI) par mutation MLH1 et PMS2 chez 3 patients et une mutation KRAS chez un patient. Après un suivi médian de 34 mois (EI 15-89,2), seul le patient avec la mutation KRAS et le stade métastatique est décédé. Aucune récidive n'a été noté chez les autres patients.

Conclusion : Nous reportons l'une des plus grande série de patients MC ayant développé un AIG et le 1er cas d'AIG chez un patient avec une maladie cœliaque réfractaire. L'évolution semble meilleure chez les patients avec MC que le population générale. L'origine du meilleur pronostic pourrait être dûe à une fréquence plus élevée de MSI ou un diagnostic précoce en raison de la découverte d'anomalie lors du suivi de la MC. La présence fréquent de MSI pourrait apporter des éléments à la pathogénèse de l'AIG dans la MC.

P.367

Efficacité et acceptabilité des thérapies diététiques dans le syndrome du côlon de l'intestin irritable non constipé : résultats préliminaires d'une étude prospective monocentrique

H. Aouroud [(1)], M. Aouroud [(1)], F.E. Lairani [(1)], A. Ait Errami [(1)], S. Oubaha [(1)], Z. Samlani [(1)], K. Krati [(1)]

(1) Marrakech, MAROC.

Introduction : Différents régimes sont proposés comme thérapies de première ligne pour le syndrome du intestin irritable (SCI) non constipé, malgré des preuves insuffisantes ou de faible qualité. Nous avons réalisé un essai randomisé comparant les conseils diététiques traditionnels (TDA) au régime pauvre en FODMAP (LFD)

Patients et Méthodes : Nous avons colligé 33 patients souffrant d'un SII non constipé défini par Rome IV qui ont été randomisés entre le TDA et le LFD. Le critère d'évaluation principal était la réponse clinique après 4 semaines d'intervention diététique, définie par une réduction ≥50 points du score de gravité des symptômes du SII (IBS-SSS). Les points d'aboutissement secondaires comprenaient (1) les changements dans les items individuels de l'IBS-SSS chez les répondeurs cliniques, (2) l'acceptabilité et la qualité de vie liée à l'alimentation avec la thérapie diététique, (3) les changements dans l'apport nutritionnel et (4) facteurs de base associés à la réponse clinique.

Résultats : Le critère primaire de réduction ≥50 points de l'IBS-SSS a été atteint par 42% (n = 14/33) entreprenant le TDA, 55% (n = 18/33) pour le LFD. Les répondants ont connu des améliorations similaires dans les items du IBS-SSS, quel que soit le régime alimentaire qui leur a été attribué. Les individus ont trouvé le TDA moins cher (P < 0,01), moins long à acheter (P < 0,01) et plus facile à suivre lors des repas à l'extérieur (P = 0,03) que le LFD. Le TDA était également plus facile à intégrer dans la vie quotidienne que le LFD (P = 0,02). Les réductions globales de l'apport en micronutriments et en macronutriments ne différaient pas de manière significative entre les régimes. Cependant, le groupe LFD a connu la plus grande réduction de la teneur totale en FODMAP par rapport au TDA. Les caractéristiques cliniques de base et l'indice de dysbiose des selles n'ont pas permis de prédire la réponse au traitement diététique.

Conclusion : Le TDA, le LFD sont des approches efficaces dans le SII non constipé, mais le TDA est le plus convivial pour le patient en termes de coût et de commodité. Nous recommandons la TDA comme thérapie diététique de premier choix dans le SII non constipé, la LFD étant réservé en fonction des préférences spécifiques du patient et de l'avis d'un diététicien spécialisé.

P.368

Rentabilité diagnostique de la vidéocapsule endoscopique et de l'entéroscopie dans le diagnostic du lymphome intestinal chez les patients atteints de sprue réfractaire de type 2

O. Chatelanat [(1)], A. Aidibi [(1)], S. Khater [(1)], B. Rosenbaum [(1)], J. Bruneau [(1)], L. Lhermitte [(1)], D. Sibon [(1)], O. Hermine [(1)], T. Molina [(1)], C. Cellier [(1)]

(1) Paris.

Introduction : La jéjunite ulcéreuse (JU) est une complication rare et sévère de la maladie cœliaque (MC). Elle s'observe le plus souvent au cours des sprues réfractaires surtout de type II (SRII) avec un risque accru de développement du lymphome intestinal (EATL). Notre étude était de décrire la rentabilité diagnostique de la vidéo capsule (VCE) et de l'entéroscopie pour le diagnostic de lymphome intestinal par rapport à l'entéro-IRM.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective monocentrique d'une cohorte de patients présentant une sprue réfractaire de type 2. Les données cliniques, endoscopiques, morphologiques de 2000 à 2021 de tous ces patients ont été recueilli. La JU est définie par la présence de multiples ulcérations visibles à l'endoscopie ou/et à la vidéocapsule.

Résultats : Parmi les 1024 patients suivis au sein du réseau, 75 patients atteints de SRII ont été identifié . 20 VCE et 35 entéroscopies ont été faites chez ces patients.
Quinze patients (75%) présentaient un aspect typique de JU à la VCE. La localisation la plus fréquente était le jéjunum proximal dans 60% (n=9) suivie de jéjunum distal et iléon dans 20% chacune.
On observait un aspect sténosant ulcéré dans 13% (n=2) sans rétention de la VCE et des ulcérations creusantes également dans 13% des cas alors qu'un seul cas des érosions diffuses du grêle a été identifié.
Vingt-quatre patients (68%) présentaient un aspect typique de JU a l'entéroscopie dont cinq avaient une sténose.
Les biopsies faites à l'entéroscopie confirmaient L'EATL chez 11 patients (31,4%).
Parmi les 14 entéro-IRM faites, seulement trois aspects pathologiques ont été identifiés (1 aspect de sténose, 1 épaississement jéjunal et 1 présentant des adénopathies mésentériques). Seulement 3 patients présentaient une concordance entre l'imagerie et l'aspect endoscopique (VCE et/ou EH).

Conclusion : La vidéo capsule endoscopique et l'entéroscopie haute sont utiles pour diagnostiquer l'EATL chez les patients SRII et sont plus pertinents que l'entéro-IRM.

P.369

Le stress psychologique induit une augmentation de la motilité colique à travers un mécanisme GR-dépendant au niveau des neurones entériques

J. Blin [(1)], C. Gautier [(1)], D. Masson [(1)], P. Aubert [(1)], T. Oullier [(1)], P. Naveilhan [(1)], M. Neunlist [(1)], K. Bach-Ngohou [(1)]

(1) Nantes.

Introduction : Le stress aigu répété (StAR) est connu pour être associé aux troubles gastro-intestinaux. Cependant, les mécanismes sous-jacents ne sont pas entièrement compris. Le but de notre étude était d'évaluer l'implication des récepteurs aux glucocorticoïdes (GR) dans les modifications de la motilité intestinale observées suite à l'exposition au StAR, en particulier à travers le système nerveux entérique (SNE).

Matériels et Méthodes : Nous avons tout d'abord étudié l'expression génique et protéique de GR dans les neurones du SNE. Puis, à l'aide d'un modèle murin de stress d'évitement de l'eau, nous avons caractérisé l'impact du StAR sur la motilité colique et sur le phénotype du SNE. Nous avons également caractérisé la fonction motrice colique des souris avec ou sans exposition au StAR.

Résultats : Nous avons montré que les GR étaient exprimés dans les neurones myentériques du côlon distal en conditions basales et stressées. Le StAR augmente la translocation nucléaire des GR et induit une augmentation de la proportion de neurones immunoréactifs ChAT, une augmentation de la concentration tissulaire d'acétylcholine et une augmentation de la transmission neuromusculaire cholinergique. Enfin, nous avons montré que l'antagoniste spécifique de GR (CORT108297) empêchait l'augmentation de la concentration d'acétylcholine et de la motilité colique *in vivo*.

Conclusion : Notre étude suggère que les modifications fonctionnelles induites par le StAR sur la motilité colique sont, au moins en partie, dues aux modifications phénotypiques cholinergiques induites par GR.

P.370

La dénutrition est fréquente après le sevrage de nutrition parentérale à domicile pour une insuffisance intestinale chronique

L. Wauters [1], S. Dermine [2], B. de Dreuille [3], J. Bettolo [2], C. Hutinet [2], E. Lecoq [2], L. Billiauws [2], A. Nuzzo [2], O. Corcos [2], F. Joly [2]

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

Introduction : Bien qu'une définition et classification formelles de l'insuffisance intestinale chronique (IIC) aient été proposées (1), les différences dans les résultats nutritionnels ne sont pas claires. Le sevrage de la nutrition parentérale à domicile (NPAD) est plus probable chez les patients atteints du syndrome de grêle court (SGC) avec un côlon en continuité et/ou l'utilisation d'analogues du GLP2, mais l'impact n'a pas été comparé à d'autres groupes.

Patients et Méthodes : Les différences entre des groupes de patients adultes IIC, suivis et sevrés de NPAD dans un seul centre de soins tertiaires (2019-2022), ont été étudiées. L'IIC a été classée comme temporaire (intestin grêle >2m après chirurgie de continuité) ou SGC définitive (entérostomie ou intestin grêle <2m avec côlon en continuité), dysmotilité, atteintes muqueuses et fistules. Les marqueurs nutritionnels comprenaient l'IMC, la composition corporelle à l'aide de l'indice de masse maigre ou IMM (impédancemétrie) et les taux d'albumine sérique. Les marqueurs fonctionnels comprenaient la force de préhension (dynamomètre de Jamar). Les changements pendant NPAD et le suivi après le sevrage ont été comparés entre les groupes (testes de Kruskal-Wallis et Wilcoxon). Les proportions de dénutrition ont été définies à l'aide des critères de la Global Leadership Initiative on Malnutrition (GLIM) (2).

Résultats : Au total, 87 patients (46 femmes, âge médian 58 (47;70) ans) ont été inclus, avec des caractéristiques démographiques similaires entre les groupes. La durée de l'NPAD était significativement différente et les groupes de SGC temporaire (n=23) ou définitive (entérostomie (SGC-J, n=8), anastomose jéjuno-colique (SGC-JC, n=23) ou jéjuno-iléo-colique (SGC-JIC, n=14)) et dysmotilité (n=11) étaient les plus fréquentes (tableau), suivies des atteintes muqueuses (n=5) et fistules (n=3) qui ont été exclues des analyses. Les modifications de l'IMC au cours de l'NPAD différaient entre les groupes (tableau), avec des augmentations significatives dans le SGC définitive et la dysmotilité (tous p<0,01). En revanche, l'albumine a augmenté chez les SGC temporaire (p<0,0001) et définitive ou dysmotilité (tous p<0,01) sans différence entre les groupes (tableau). La durée du suivi était similaire entre les groupes. Les différences d'IMC s'expliquaient par une diminution significative chez les SGC-JC (p=0,01) mais une augmentation dans la dysmotilité (p=0,02) avec une albumine stable (tableau).

Groupe/ Δ	SGC temp.	SGC-JC	SGC-JIC	SGC-J	Dysmotilité	p
Durée NPAD (sem)	11 (8;23)	42 (28;66)	29 (15;79)	79 (35;134)	47 (16;109)	<0,0001
ΔIMC (kg/m2)	0,2 (-1,8;1,4)	1,9 (1;2,9)	1,4 (0,1;2,9)	4,5 (2,4;6,4)	1,7 (0,8;4,7)	0,005
Δalbumin (g/L)	12,9 (3,7;20,9)	10,6 (2,7;17,3)	11,9 (5,3;18,6)	11,5 (4,5;12,4)	8,4 (4,8;13,9)	0,73
Post-NPAD (sem)	31 (15;45)	34 (11;76)	27 (13;83)	41 (10;55)	45 (18:79)	0,25
ΔIMC (kg/m2)	1,5 (-0,4;2,8)	-1,6 (-2,9;-0,6)	-0,4 (-1,6;1)	-0,3 (-1,4;0,3)	2,5 (0,3;6)	<0,001
Δalbumin (g/L)	2,3 (-1,3;6,9)	2,7 (0,7;4,9)	3,6 (2,1;9,7)	-0,7 (-2,1;0,7)	1,2 (-3,6;4,8)	0,3

La dénutrition (GLIM) était présente chez 41,7% de tous les patients, dont 86,7% avec une masse musculaire réduite (IMM). Par contre, l'IMC est resté stable chez les patients SGC-JC sous analogues du GLP2 (n=5), dont aucun ne souffrait de dénutrition. Enfin, la force de préhension a significativement augmenté pendant le suivi chez tous les patients (4 (0,1;8,4) kg, p<0,0001), y compris les SGC-JC (7,1 (2,9;9,4) kg, p=0,03).

Conclusion : La dénutrition est courante après le sevrage de NPAD pour une IIC, avec une faible masse musculaire. Malgré une perte de poids importante chez les patients SGC-JC après le sevrage, les implications nutritionnelles et physiques sont plutôt limitées compte tenu de l'augmentation de la force musculaire. Par rapport aux résultats bénéfiques avec les analogues du GLP2, un suivi étroit est nécessaire chez les patients SGC après le sevrage de NPAD.

P.371

Facteurs associés à la qualité de vie chez les patients atteints de dyspepsie fonctionnelle

M. Aouroud [1], H. Aouroud [1], A. Ait Errami [1], S. Oubaha [1], Z. Samlani [1], K. Krati [1]
(1) Marrakech, MAROC.

Introduction : La dyspepsie fonctionnelle est définie comme la présence de symptômes dont on pense qu'ils proviennent de la région gastroduodénale, en l'absence de toute maladie organique, systémique ou métabolique susceptible d'expliquer les symptômes. Les symptômes de dyspepsie sont fréquemment observés dans la communauté et dans la pratique clinique. Sa prévalence représenterait 5 à 20% de la population générale. Elle est associée à une diminution de la qualité de vie, une souffrance psycho-sociale et à une diminution de la productivité au travail.De ce fait, L'évaluation de la qualité de vie liée à la santé (HRQoL) est importante pour les patients atteints de dyspepsie fonctionnelle.

Matériels et Méthodes : Dans une étude transversale, nous avons recruté 124 patients sur une période de 18 mois, présentant une dyspepsie fonctionnelle selon les critères de Rome III. La QVLS a été mesurée à l'aide du questionnaire SF-36 (Medical Outcomes Study Short-Form 36). Les facteurs étudiés étaient l'âge, le sexe, la gravité des symptômes, le niveau d'éducation, le statut professionnel, l'anxiété, la dépression et l'origine ethnique. Les facteurs associés à une diminution de la QVLS ont été identifiés à l'aide d'une analyse de régression linéaire.

Résultats : Tous les domaines de la QVLS, à l'exception de la vitalité, étaient altérés chez les patients atteints de dyspepsie fonctionnelle. Le PCS moyen était de 42,3 (ET = 8,4) et le MCS moyen était de 47,8 (ET = 10). L'augmentation de l'âge (p = 0,002), le sexe féminin (p = 0,006), le niveau d'instruction faible à moyen (p = 0,015) et la gravité accrue des symptômes (p < 0,001) ont été associés de manière significative à l'altération de la qualité de vie.

Conclusion : Il y avait une altération significative de la QVLS chez ces patients atteints de dyspepsie fonctionnelle. L'anxiété, la dépression, l'augmentation de l'âge, le sexe féminin, la gravité des symptômes et le niveau d'éducation faible à moyen étaient des facteurs significatifs associés à une faible QVLS.

P.372

L'amitryptiline : tolérance et efficacité dans le syndrome de l'intestin irritable ?

H. Aouroud [1], F.E. Lairani [1], J. Rizkou [1], A. Ait Errami [1], S. Oubaha [1], Z. Samlani [1], K. Krati [1]
(1) Marrakech, MAROC.

Introduction : Le syndrome de l'intestin irritable (SII) est l'une des maladies intestinales les plus courantes, qui affecte gravement la qualité de vie du patient et consomme une quantité considérable de ressources médicales . À ce jour, il n'existe aucune méthode universellement acceptée pour guérir efficacement cette maladie. La plupart des médicaments populaires, y compris les antispasmodiques, les antidiarrhéiques et les laxatifs, ne traitent que les symptôme. Pamis ces traitement on trouve l'amitryptiline qui en reste une piste efficace mais a effets secondaires notables et assez fréquents. Le but de notre travail était d'évaluer l'efficacité globale des symptômes, l'amélioration de la qualité de vie et comparer à la fois l'innocuité et les effets secondaires de cette molécule chez les patients souffrant d'un SII.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude prospective transversale descriptive à objectif analytique utilisant un questionnaire mené sur 70 sujets qui répondaient aux critères de Rome IV admis au sein de notre formation sur une période de 6 mois (Janvier 2022 – Juin 2022) et traité par l'amitryptiline qui a été prescrite chez nos patients en seconde intention pour une dose variable entre 5 mg - 25mg et une durée variable entre 4 à 12 semaines. Le recueille des données a été réalisé grâce à une fiche d'exploitation comportant des caractéristiques sociodémographiques et cliniques, la détermination des effets secondaires majeurs rapporté par les patients et l'évaluation de l'efficacité du traitement a été jugée sur l'amélioration de la douleur abdominale (échelle d'évaluation numérique en 10 points) et du score de qualité de vie SF-36. Les évaluations ont été effectuées au départ, 4 et 12 semaines de traitement et 3 mois après la fin du traitement.

Résultats : 70 patients ont été inclus, la moyenne d'âge de nos patients était de 42 ans (21 – 56 ans), on note une légère prédominance féminine avec une sexe ratio F/H= 1,2. 25 % avaient des antécédents familiaux de SII. Les symptômes ayant le plus d'impact étaient les troubles du transit chez 47% (diarrhées 27% et constipation 20%), les douleurs abdominales chez 34% (avec un EVN 7-10 points chez 20% ; 4-6 points 57% 1-3 points 23%), les ballonnements chez 15 % et les borborygmes chez 3%. Les scores de qualité de vie de départ variaient entre 30 – 57. Après mise sous traitement, nous avons remarqué une amélioration des symptômes notamment de la douleur abdominale chez 30% de notre échantillon avec un EVN 7-10 points chez 12% ; 4-6 points 45% 1-3 points 43%), et un score SF-36 amélioré chez 22% des patients. Tandis que les effets secondaires majoritaires étaient représenté par maux de tête (9%), nausées (10%), étourdissements et/ou somnolence (20%),sècheresse buccale (10%), tachycardie (3%) et aucun cas de réactions allergique n'a été rapporté dans notre série.

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 reste une option thérapeutique efficace mais non dépourvue d'effets indésirables.

P.373

Le syndrome de l'intestin irritable : fréquence et profil épidémiologique à travers 4 530 iléo-coloscopies

S. Elaoula [1], M. Salihoun [1], I. Serraj [1], M. Acharki [1], N. Kabbaj [1]
(1) Rabat, MAROC.

Introduction : Les manifestations cliniques du syndrome de l'intestin irritable ne sont pas spécifiques. Le syndrome du côlon irritable (SII) est une affection courante qui affecte le système digestif. C'est généralement un problème qui dure toute la vie. Le diagnostic est retenu après élimination d'une cause organique à la coloscopie. Le but de cette étude est de déterminer la fréquence de ces troubles et d'étudier les caractéristiques épidémiologiques de ces patients.

Matériels et Méthodes : Ont été inclus tous les patients ayant des symptômes de SII (douleurs abdominales, troubles de transit et ballonnement abdominal) et adressés au service pour une iléo-coloscopie de Janvier 2016 à Aout 2022. Ont été exclus les patients présentant des signes d'alarme (rectorragies, méléna, anémie, altération de l'état général) ou ayant eu une coloscopie incomplète. Le diagnostic de SII a été retenu chez les patients après une iléo-coloscopie totale normale. Toutes les coloscopies ont été faites sous sédation au propofol et tous les patients ont été préparés par du Polyéthylène Glycol (PEG).

Résultats : Sur 4530 iléo-coloscopies réalisées, 1132 (25%) étaient indiquées pour des symptômes de SII sans signe d'alarme. L'âge moyen des patients était de 47 ans (16-89 ans), la tranche d'âge de 40-65 ans prédominait dans 41%. 66,7% étaient de sexe féminin. La fréquence des symptômes était comme suit : douleurs abdominales dans 64,3% des cas, diarrhée chronique : 33%, constipation : 30,7%, alternance diarrhée- constipation : 18,1% et ballonnement abdominal dans 10,75%. 569 patients soit 50,2% avaient une iléo-coloscopie normale. L'iléo-coloscopie était anormale dans 49,8% des cas : polypes : 47 %, diverticules : 19 %, aspect congestif ou ulcéré de la muqueuse colique et/ou iléale : 18,8%, tumeur : 7%, aspect de lipome : 4,7% et mélanose colique : 3,5%. Les tumeurs étaient en premier lieu chez les patients de > 40 ans (9%), et les lésions de MICI chez les patients de < 40 ans (11%).

Conclusion : L'iléo-coloscopie reste indispensable pour éliminer une cause organique même devant des symptômes typiques de SII. En effet, la moitié de nos patients ayant des symptômes de SII sans signes d'alarme ont une lésion organique dominée par les tumeurs en premier lieu chez les > 40 ans et les lésions de MICI chez les < 40 ans.

P.374

Comportement alimentaire et perméabilité intestinale chez les personnes obèses atteintes du syndrome de l'intestin irritable

Y. Gharbi [1]
(1) Milano, ITALIE.

Introduction : Le but de l'étude est d'identifier les caractéristiques des préférences alimentaires et la perméabilité de la paroi intestinale afin de développer une approches axée sur le patient pour la prise en charge des patients atteints du SII avec obésité

Patients et Méthodes : 30 patients atteints du SII ont été interrogés pour évaluer leurs préférences alimentaires. La détermination du niveau de perméabilité intestinale a été réalisé avec une évaluation du niveau de zonuline dans les matières fécales par la méthode d'immunodosage enzymatique. Les patients ayant un indice de masse corporelle (IMC) ≥30 kg/m2 ont été inclus dans le groupe principal, les patients ayant un IMC <30 kg/m2 ont été inclus dans le groupe témoin.

Résultats : Les préférences alimentaires des patients atteints du SII dans le contexte de l'obésité diffèrent de ceux qui ont un poids normal par une consommation plus élevée de produits sucrés, de farine et de fruits. Lors du choix de nourriture, les répondants du groupe principal sont plus guidés par leurs propres habitudes alimentaires, la valeur nutritionnelle du produit et le budget familial. Le degré de satisfaction à l'égard de la variété et de la quantité d'aliments consommés dans les deux groupes ne différait pas significativement. La concentration moyenne de zonuline dans les selles des patients atteints du SII dans le groupe principal était significativement plus élevée que dans le groupe de poids normal (328,0 [188,5; 666,0] ng / ml contre 220,5 [150,9; 263,4] ng/ml)

Conclusion : D'autres études sur le régime alimentaire des patients atteints du SII sont nécessaires, à la fois pour établir les caractéristiques de l'influence des préférences alimentaires sur les symptômes du SII et la dynamique du poids, ainsi que pour étudier l'effet du tissu adipeux sur le comportement alimentaire des patients. Un suivi à long terme peut établir la nécessité de modifier les régimes alimentaires standard actuels pour les patients atteints du SII et le développement des algorithmes pour la thérapie diététique axée sur le patient.

P.375

Le syndrome de l'intestin irritable chez les étudiants en médecine : une enquête pilote

S. Taharboucht [1], L. Bengherbia [1], A. Chibane [2]
(1) Alger, ALGÉRIE ; (2) Douera, ALGÉRIE.

Introduction : La prévalence du syndrome de l'intestin irritable (SII) dans la population générale algérienne est estimée à 5,5% (1). Cette affection fait partie encore des entités cliniques dont la physiopathologie est mal connue. L'objectif était d'estimer la prévalence du SSI chez des étudiants de la faculté de médecine.

Patients et Méthodes : A travers un questionnaire incluant les critères diagnostiques ROME IV, l'échelle de Bristol et deux échelles d'évaluation psychique (PHQ-15 et GAD-7), une enquête auprès des étudiants de médecine a été réalisée grâce à Google Forms. Nous avons utilisé le test de Student et celui du Chi 2 pour la comparaison des variables quantitatives et qualitatives, respectivement. Logiciel d'analyse : SPSS 21.0.

Résultats : 272 étudiants en cycle de graduation âgés de 22.8±2.1ans dont 210 femmes, ont participé à l'étude. Il n'y avait pas de différence d'âge entre les deux sexes (22.5± 2.4 *vs* 22.8± 2.1 ans, p=Ns). La prévalence du SII était de 21,3% (n=58). La différence était statistiquement significative entre les deux sexes (femmes : 24.7 % *Vs* hommes : 4.4 %, p=0.002). Les sous types de SII étaient les suivants : constipation : 32.4%, diarrhée : 20.7%, mixte : 46.6%. On n'a pas noté de différence statistique entre les trois sous types. Presque la moitié (48,7%) des étudiants avec SII présentaient un profil dépressif modéré à sévère et 24,0% d'entre eux avaient des somatisations.

Conclusion : Les résultats de notre enquête montrent que le SII établi sur les critères de ROME IV, concerne un étudiant en médecine sur cinq dont la moitié présente des signes dépressifs modérés à sévères.

P.376

Translocation bactérienne intestinale et sensibilisation immunitaire chez le jeune rat malnutri sous métronidazole. Effet de la réalimentation par un régime à base de blé fermenté type Hamoum

B.M. Benakriche [1], D. Yssaad [2], P. Pochart [3], P. Gérard [4]
(1) Mostaganem, ALGÉRIE ; (2) Oran, ALGÉRIE ;
(3) Paris ; (4) Jouy-en-Josas.

Introduction : La qualité nutritionnelle joue un rôle principal dans l'équilibre du microbiote intestinal, le maintien l'intégrité de la barrière muqueuse et de la défense immunitaire intestinale. La malnutrition protéique (PM) associée aux antibiotiques perturbe la flore de barrière et entraine une atrophie de l'épithélium intestinal. Notre objectif est d'évaluer la translocation bactérienne (TB) intestinale au niveau des ganglions lymphatiques mésentériques (GLM), la rate et le foie de bactéries endogènes viables dans une phase dite de malnutrition protéique associé au métronidazole (MTZ) et une phase de réalimentation avec d'un régime expérimental à base de blé fermenté type Hamoum (BFH) chez le jeune rat Wistar.

Matériels et Méthodes : Notre modèle expérimentale est le rat Wistar mâle, âgés de 4 à 6 semaines. Dans une première étape dite phase de malnutrition pendant 15 jours, cinquante rats sont répartis en 3 groupes. Le groupe I témoins (N= 10) est alimenté avec un régime conventionnel, le groupe II est soumis à une malnutrition protéique (N= 20), le groupe III est soumis à une PM associé au métronidazole (N= 20). Dans une deuxième étape dite phase de réalimentation pendant 10 jours, les vingt rats malnutris sont répartis en 02 groupes de 10 rats. Le groupe IV est réalimenté avec un régime expérimental à base d'un blé fermenté type Hamoum, le groupe V est réalimenté avec un régime à base de BFH, le groupe VI est réalimenté avec un régime à base de BFH associé au (MTZ). A la fin de la période de réalimentation, nous avons évalué l'incidence de la translocation bactérienne au niveau des GLM, la rate et le foie ainsi que la sensibilisation des lymphocytes intra-épithéliaux (LIE).

Résultats : Dans la phase de malnutrition, nous avons constaté une incidence de la TB intestinale assez importante au niveau des (GLM), cette incidence moindre au niveau de la rate et d'autant plus fiable eu niveau du foie chez les rats malnutris. L'utilisation du MTZ aggrave la TB intestinale dans le groupe malnutri avec une augmentation du nombre des LIE. Dans la phase de réalimentation par le régime à base de BFH dans le groupe malnutri et le groupe malnutri associé au MTZ, nous avons constaté une diminution significative de la TB intestinale au niveau des GLM, la rate et le foie. Ainsi qu'une diminution significative du nombre des LIE.

Discussion : La malnutrition protéique surtout associée au métronidazole entraine de lourdes perturbations sur la physiologie du microbiote intestinal, elle se traduit par une atrophie et une perméabilité anormale au niveau de l'épithélium intestinal, ce phénomène physiopathologique a pour conséquences un déséquilibre quantitatif et qualitatif de la flore bactérienne endogène et donc une sensibilisation immunitaire par l'augmentation des LIE. L'apport du régime expérimental à base de BFH, par sa richesse en bactéries lactiques et leur métabolites comme les acides gras volatiles et certains fibres alimentaires, limite l'invasion des bactéries endogènes viables à travers la barrière muqueuse et démuni le stress de l'immunité intestinale chez le rat en situation de malnutrition protéique avec ou sans utilisation de métronidazole.

Conclusion : La MP entraîne une translocation bactérienne intestinale et une sensibilisation des LIE, ce phénomène est d'autant plus grave avec l'administration du métronidazole. Cependant, durant les 10 jours de réalimentation, le régime à base de BFH semble apporter un équilibre de la flore bactérienne intestinale et une amélioration du statut immunitaire intestinal. Le BFH pourrait être utilisé comme adjuvant nutritionnelle dans les situations de malnutrition protéique chez les enfants malnutri sous traitement antibiotique.

P.377

Constipation chronique et coloscopie : à qui et à quoi s'attendre ?

H. Kallel [1], M. Ayari [2], A. Chehaider [2], F. Souli [2], Z.E.I. Abdelaali [2], T. Jomni [2], H. Douggui [2]
(1) Ariana, TUNISIE ; (2) Tunis, TUNISIE.

Introduction : La constipation est un motif courant de consultation en gastroentérologie, engendrant un impact médico-économique non négligeable. Bien que les causes bénignes soient plus fréquentes, l'objectif principal est d'éliminer une cause organique, notamment une maladie grave comme le cancer colorectal (CCR). Par conséquent, une exploration endoscopique s'avère souvent nécessaire. Parmi les critères majeurs indiquant pertinemment la coloscopie de première intention devant une constipation chronique, sont l'âge du patient et la présence de signes d'alarme.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive monocentrique incluant les patients ayant eu une coloscopie dans le cadre d'exploration d'une constipation entre avril 2018 et septembre 2022. Nous avons exclu les patients sous traitements ralentisseurs du transit, les patients porteurs d'une maladie chronique de l'intestin ou d'une dysthyroïdie, et ceux dont la préparation colique n'était pas satisfaisante. Les patients ont été répartis en 2 groupes : Groupe 1 (G1) : Âge < 45 ans et Groupe 2 (G2) : Âge > 45 ans.
Les données épidémiologiques, cliniques et endoscopiques des patients ont été évaluées.
Le recueil des données et l'analyse statistique ont été réalisés par le logiciel SPSS 26.0.

Résultats : Au total, nous avons inclus 282 patients explorés par coloscopie. L'âge moyen était 57,91 ans (entre 21-89 ans).
100 patients appartenaient au groupe 1 (35,46%) d'âge moyen de 40,36 ans alors que 182 patients constituaient le groupe 2 (64,54%) avec un âge moyen de 67,55 ans. Le sexe ratio H/F était estimé à 0,88 et 1,42 respectivement dans G1 et G2 (p>0,05). La constipation rapportée était « de transit » chez 193 patients (68,4%), « terminale » chez 33 patients (11,8%), « mixte » chez 24 cas (8,5%), et trente-deux patients (11,3%) ont rapporté une alternance constipation-diarrhée. La constipation était isolée dans 23,8% des cas (G1 : 24%, G2 : 23,6%, p=0,944), elle était associée à des douleurs abdominales dans 39,4% des cas (G1 : 45%, G2 : 36,3%, p=0,152), à un ballonnement abdominal dans 26,2% des cas (G1 : 28%, G2 : 25,3%, p=0,62), une rectorragie dans 19,5% des cas (G1 : 23%, G2 : 17,6%, p= 0,274), une anémie dans 28,4% des cas (G1 : 22%, G2 : 31,9%, p=0,079) et une altération de l'état général dans 8,5% des cas (G1 : 2%, G2 : 12,1%, p= 0,004).
La coloscopie diagnostique s'est révélée pathologique dans 24% pour G1 et dans 61% pour G2 (p<0,001). Les pathologies principalement retrouvées étaient : Des polypes recto-coliques dans 33,5% des cas (G1 : 13%, G2 : 42,3%, p<0,001), un processus colorectal dans 5,5% (G1 : 1%, G2 : 6,6%, p=0,032), une diverticulose colique dans 13,5% des cas (G1 : 2%, G2 : 17,6%, p<0,001), un aspect de colite dans 1% des cas (G1 : 2%, G2 : 1,1%, p= 0,542), un ulcère solitaire du rectum dans 2,5% des cas (G1 : 2%, G2 : 2,2%, p=0,913).
En analyse univariée, les facteurs associés à une coloscopie pathologique chez les patients avec constipation était l'âge supérieur à 45 ans (p<0,001) et la présence d'une anémie associée (p=0,021). Ni la présence de rectorragies ou d'altération de l'état général n'ont été retenues comme facteurs significativement associés à une coloscopie pathologique.
En analyse multivariée seul l'âge > 45 ans était un facteur de risque indépendant d'une coloscopie pathologique (OR=4,951, IC=95%, 2,865-8,556, p<0,001).

Conclusion : Notre étude a montré que l'âge supérieur à 45 ans constitue un facteur de risque indépendant de coloscopie pathologique en cas de constipation, rejoignant plutôt les dernières directives de dépistage du cancer colorectal. Cependant chez l'adulte jeune, la coloscopie de première intention ne semble pas d'un apport diagnostique majeur.

P.378

Particularités des manifestations digestives du Covid-19 : étude bicentrique marocaine

C. Dassouli [1], F. Aboutarik [1], A. Ait Errami [1], S. Oubaha [1], Z. Samlani [1], K. Krati [1]
(1) Marrakech, MAROC.

Introduction : Bien que les symptômes respiratoires de la covid 19 sont les plus fréquents et conditionnent le pronostic de la maladie, les manifestations extra pulmonaires notamment digestives ont été fréquemment rapportées chez les patients infectés soulevant le potentiel tropisme du SARS-CoV2 pour le tractus digestif . Les symptômes gastro intestinaux et hépato biliaires sont diverses et le plus souvent intriqués, se distribuant de façon variable entre les séries . Ils peuvent précéder les symptômes respiratoires et dérouter le diagnostic, avec un impact aussi bien sur le pronostic que sur la chaine de transmission du virus .
L'objectif de notre étude est de décrire le profil épidémiologique, diagnostique et évolutif des cas diagnostiqués de la COVID-19 présentant des manifestations digestives.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude bicentrique, rétrospective descriptive, étendue sur une période d'une année allant d'avril 2020 à Mai 2021, regroupant les patients ayant été hospitalisés durant cette période pour infection confirmée par le SARS-CoV-2, au niveau de deux centres hospitaliers universitaires (CHU) marocains .

Résultats : Durant la période de l'étude 682 dossiers ont été colligés dont 400 patients au niveau du premier CHU et 200 patients au niveau du deuxième , avec une prévalence générale des manifestations digestives de 48.2 % . La médiane d'âge était égale à 60 ans. La prédominance était masculine avec un sexe ration de 1.2 . Les manifestations digestives étaient révélatrices de la maladie chez 25% des cas et isolées sans signes respiratoires dans 3.65 % des cas . Les signes cliniques étaient souvent intriqués avec association chez le même malade de plusieurs signes d'appel , le symptôme le plus fréquent était la diarrhée (34,65%) suivi de l'anorexie (25,83%), des vomissements (20,67%), la douleur abdominale diffuse (16.41%) et les épigastralgies (14.6%) . L'hémorragie digestive était présente chez 14 patients sous forme d'hématémèses (0.60%), méléna(1.82%) et rectorragies (1.82%) . L'examen clinique était sans anomalies chez 70% des patients, la sensibilité abdominale a été constaté chez 54 patients (16.4%) . Les principales anomalies hépatiques étaient : la cytolyse hépatique (21,28%), la cholestase (6,66%), l'hypo albuminémie (21,87%), la lipasémie était élevée chez un seul patient . Les tests PCR réalisés sur les selles chez 14 patients (4,25%) étaient tous positifs. L'échographie abdominale a été réalisée chez seulement 22 patients retrouvant une lithiase vésiculaire chez 4 patients (1,21%), une aérocolie (0,91%,) et un hématome pariétal (0.91 %) . La TDM abdominale était effectuée dans 29 cas (8,81%), retrouvant une distension colique sans obstacle dans 1,82% des cas, un cas de pancréatite aigue stade B (0.30%), un cas de péritonite avec infarctus mésentérique (0.30%). La fibroscopie digestive était réalisée chez 2 patients (0,61%) . Le traitement des manifestations digestives était symptomatique chez tous les patients. L'évolution était favorable chez 172 patients (52.3%) , des complications digestives ont été rapportées chez 5,15% des cas, dominées par l'hémorragie digestive chez 3,65%, l'évolution était fatale dans 25.3% . Au niveau de notre étude, 147 patients (44,68 %) ont présenté des effets secondaires sous traitement, les effets secondaires gastro intestinaux et hépatiques ont été rapportés chez 14,23% des patients .

Conclusion : Devant la fréquence des manifestations digestives, le tropisme entérocytaire du SARS-CoV-2 est bien établi. Le tropisme hépatique est aussi probable. Ces manifestations peuvent être révélatrices d'une infection COVID-19 mais aussi peuvent être à l'origine d'erreurs et de retards diagnostiques en l'absence de manifestations respiratoires. Le traitement de ces symptômes est obligatoire afin de prévenir la transmission de la maladie et l'évolution vers des complications qui peuvent aggraver le pronostic.

P.379

Apport de la coloscopie au cours de la constipation chronique : étude comparative selon l'âge

I. Radouane [(1)], A. Rachid [(1)]
(1) Marrakech, MAROC.

Introduction : La constipation constitue un symptôme très fréquent. Elle peut être l'expression d'une maladie organique ou fonctionnelle. Un bilan étiologique comportant essentiellement une coloscopie s'impose devant tout patient présentant une constipation chronique résistante au traitement symptomatique ou en présence des signes d'alarme (Age>50ans, apparition récente, rectorragies, anémie, amaigrissement). Le but de notre étude était d'évaluer l'intérêt de la coloscopie dans l'exploration de la constipation chronique en fonction de l'âge du malade.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective comparative colligeant tous les patients ayant eu une coloscopie dans le cadre de l'exploration d'une constipation chronique entre septembre 2021 et octobre 2022.

Les patients ont été répartis en deux groupes :
- Groupe 1 (G1) : incluait les patients d'âge inférieur à 50 ans.
- Groupe 2 (G2) : incluait les patients d'âge supérieur à 50 ans

Nous avons comparé les données épidémiologiques, cliniques et endoscopiques entre les deux groupes. Les patients ayant eu une coloscopie incomplète ou de mauvaise qualité ont été exclus de notre étude.

Résultats : Au total, 113 cas ont été inclus. L'âge moyen était de 53 ans (18-84 ans) avec 68 hommes et 45 femmes sans différence significative entre les deux groupes. Le groupe1 comportait 37 patients (33%) alors que le groupe 2 comportait 76 patients (67%). La constipation était isolée dans 70 % (G1 19% *vs* G2 51%), associée à un ballonnement abdominal et des douleurs abdominales dans 16 % (8% *vs* 8%), à des rectorragies dans 5,3% (2% *vs* 3,6%), à un amaigrissement dans 5,3% (1,8% *vs* 3,5%) ou à une anémie ferriprive dans 1,8% (1% *vs* 0%).Seule l'amaigrissement était associée à une coloscopie pathologique (p=0,03). Ni l'anémie, ni la rectorragie n'ont été retenues comme facteurs de risque de coloscopie pathologique et ce quel que soit l'âge.
La coloscopie était normale dans 61 % au total. Quand elle était pathologique elle objectivait : des polypes recto-coliques dans 11,5% des cas (G1 2% *vs* G2 9,5%), une diverticulose colique dans 4% (1% *vs* 3%), une néoplasie colorectale 9,7% (1,8% *vs* 9,7%), un ulcère solitaire du rectum dans 1,8% (0,9% *vs* 0,9%) et des angiodysplasies dans 3% des cas (0% *vs* 3%), une MICI dans 7% des cas (5 % *vs* 2%).
En analyse analytique, nous avons retrouvé une association entre l'âge supérieur à 50 ans et une coloscopie pathologique (p=0,024), particulièrement la présence de polype (p< 0,01) et une néoplasie colorectale (p=0.03).

Conclusion : Notre étude a conclu que la coloscopie apporte peu dans le cadre d'exploration d'une constipation chronique chez l'adulte jeune et lorsqu'elle est isolée. Chez les sujets d'âge supérieur à 50 ans, elle est le plus souvent pathologique et le but de sa pratique peut rejoindre les indications du dépistage du cancer colorectal.

P.380

Effets du régime pauvre en oligosaccharides, disaccharides, monosaccharides et polyols fermentescibles (FODMAP) sur le syndrome de l'intestin irritable

E. Bel Hadj Mabrouk [(1)], A. Mensi [(1)], Y. Zaimi [(1)], N. Trad [(1)], S. Ayadi [(1)], Y. Said [(1)], L. Mouelhi [(1)], R. Debbeche [(1)]
(1) Tunis, TUNISIE.

Introduction : Le syndrome de l'intestin irritable (SII) touche la population mondiale avec une prévalence de 5 à 15%. Un régime pauvre en oligosaccharides, disaccharides, monosaccharides et polyols fermentescibles (FODMAP) est souvent utilisé pour gérer les symptômes gastro-intestinaux fonctionnels chez les patients atteints du SII.
Le but de notre étude était d'évaluer l'effet du régime pauvre en FODMAP sur une population Tunisienne suivie pour SII.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude prospective descriptive, incluant 34 patients qui répondaient aux critères de ROME IV pour le SII. Nous avons fait une enquête alimentaire recueillant les habitudes alimentaires des sujets pendant une semaine habituelle. Les participants ont suivis par la suite 4 semaines de régime pauvre en FODMAP. Les symptômes habituels ont été évalués à l'aide d'une échelle visuelle analogique de 0 à 10 cm.

Résultats : L'âge moyen de nos patients était de 47 ans et le sex-ratio F/H était de 1,1. Les principaux motifs de consultations étaient les douleurs abdominales (53 %) et les ballonnements (44 %). Les résultats de l'enquête alimentaire montraient une intolérance aux légumineuses (56 %) et aux pâtes (50 %). Les sucres les plus impliqués dans l'apparition des symptômes étaient les oligosaccharides (85%) et le lactose (18%).
La classe SII-Constipation était prédominante (62%). Le score de sévérité était supérieur à 300 chez 56% des patients. L'application du régime avait entraîné une amélioration significative des symptômes : le score a diminué significativement chez 91% de nos patients (p=0,01). Ceci a englobé les douleurs abdominales (p=0,00), les ballonnements (p=0,00), les flatulences (p=0,00), les borborygmes (p=0,025) la satisfaction de l'évacuation (p=0,004) et la qualité de vie (p=0,00).

Conclusion : Le régime FODMAP est en effet efficace dans la prise en charge du SII. Il permet de diminuer les symptômes gastro-intestinaux permettant ainsi une amélioration de la qualité de vie.

P.381

Patients stomisés : quels facteurs associés à leur qualité de vie en 2022 ?

Y. Benhayoun Sadafyine [(1)], H. Delsa [(1)], S. Mounsif [(1)], N. Faquir [(1)], S. Darhoua [(1)], M. Maizi [(1)], A. Nadi [(1)], F. Belabbes [(1)], F. Rouibaa [(1)], K. Sair [(1)]

(1) Casablanca, MAROC.

Introduction : La pose de stomie est parfois indiqué en présence d'une maladie inflammatoire chronique de l'intestin (MICI), d'un cancer colorectal (CCR) ou d'autres pathologies. Les patients stomisés se trouvent faire face à des problèmes d'ordre physique et psychologique affectant leur qualité de vie.Cette dernière, bien qu'elle soit sous-estimée dans notre contexte marocain, est importante à connaître car elle permet d'aboutir à une intervention adaptée pour les patients. L'objectif de notre étude est d'évaluer la qualité de vie des patients stomisés et les éventuels différents facteurs influents.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une enquête incluant 51 patients adultes éligibles au niveau de notre structure sur une durée de 11 mois (n=51). L'enquête a consisté à remplir un questionnaire contenant des questions d'ordre général démographique ainsi qu'une fiche du score validé de la qualité de vie des patients stomisés " Stoma-QOL score" contenant 20 questions,côté d'une échelle 20 à 100 et englobant 4 domaines: le sommeil,les relations intimes,les relations avec la famille et les amis proches et les relations sociales. Les données ont ensuite été exploitées en utilisant les paramètres de description et les tests de régression et de corrélation à travers le logiciel Jamouvi version 1.6.9.

Résultats : La médiane d'âge de notre étude était de 59,1 ans avec une légère prédominance masculine à 55,6%. Respectivement, 56,2% et 33,6% ont reçu leur stomie en raison d'un CCR et d'une MICI.Chez 56,6% des patients, il s'agissait d'une colostomie.La médiane du score de qualité de vie était de 49,6. Plus de 50% des patients stomisés ont rapporté une mauvaise qualité de vie (Stoma-QOL <50). 86,2% des patients ont déclaré ne pas avoir reçu de formation concernant la gestion de stomie. Le type définitif des stomies, ainsi que les formations reçues étaient corrélés à une meilleure qualité de vie (p<0,005). Par ailleurs, Il n'y avait pas de corrélation avec le sexe, l'âge, la profession et le type de la maladie sous jacente. Chez 85% des patients, les poches de stomies étaient non remboursées par leur assurances.

Conclusion : Le score global de qualité de vie était considérablement bas dans notre étude qui est une première au Maroc. Ce qui indique l'importance de l'éducation et de la formation du patient pour maintenir une qualité de vie plus élevée. Enfin, l'intégration avec d'autres domaines et spécialités (psychologues, stomathérapeutes, associations, assurances) pour traiter des problèmes multidimensionnels, est nécessaire pour améliorer la qualité de vie de nos patients.

P.382

La vie gestationnelle chez la femme cœliaque : quelles particularités ?

D. Tagzout [(1)], A. Tebaibia [(1)]

(1) Alger, ALGÉRIE.

Introduction : Les patientes cœliaques non traitées ont, par rapport aux non cœliaques, une augmentation significative du risque des complications de la grossesse : avortements répétés, retard de croissance intra-utérine, petit poids de naissance ou accouchement prématuré. Le but de ce travail de rapporter la prévalence et le type des anomalies de la grossesse observées chez des femmes cœliaques et de déterminer le rôle du régime sans gluten (RSG).

Patients et Méthodes : Etude prospective multicentrique, portant sur 154 patients cœliaques (112 F – 42 H). Les femmes cœliaques ayant tenté de procréer ont été retenues pour l'étude. La population masculine (n=42) ainsi que les femmes cœliaques sans volonté de grossesse (n=71), ont été éliminé. Quarante et une femmes cœliaques ont été incluses à l'étude. Le nombre moyen de grossesses était de (4,6 ± 2,9) grossesses/femme avec nombres de grossesses extrêmes de [0 – 13] grossesses/femme. Le déroulement des différentes grossesses avant et/ou durant l'étude a été noté et les différents types d'anomalies obstétricales ont été décrits.

Résultats : Vingt-deux (53,7%) des 41 patientes colligées avaient présenté au moins une des anomalies de la grossesse. En effet, 4 patientes cœliaques ont présenté lors des grossesses consécutives 2 types d'anomalies: avortement- mort-né (n=2), avortement- mort-in utéro (n=1), accouchement prématuré- mort-né (n=1), et une patiente a présenté 3 types d'anomalies de la grossesse : avortement, mort-in utéro, mort- né (n=1). Au total 28 anomalies obstétricales ont été notées dans la population cœliaque féminine, ce qui permet d'estimer la prévalence de ces anomalies à 68,3% (28/41). La prévalence des différents désordres était par ordre décroissant : les avortements à 46,3% (n=19), la mortalité néo-natale à 12,2% (n=5), la mortalité intra-utérine et les accouchements prématurés à 4,9% respectivement (n=2). Le taux d'anomalies obstétricales était significativement plus élevé dans le groupe non adhérant au RSG (68,2%) par rapport au groupe adhérant (31,2%) avec un p=0,02.

Conclusion : La période gestationnelle chez la femme cœliaque est marquée par la survenu d'anomalies multiples avec une prévalence élevée des avortements. Ce risque est en rapport avec la non-observance du régime sans gluten.

P.383

La restitution *ad integrum* des lésions intestinales influe-t-elle réellement sur le syndrome de malabsorption ?

N. Ben Safta [(1)], S. Ayadi [(1)], Y. Zaimi [(1)], A. Mensi [(1)], E. Bel Hadj Mabrouk [(1)], L. Mouelhi [(1)], R. Debbeche [(1)]
(1) Tunis, TUNISIE.

Introduction : La maladie cœliaque (MC) est une entéropathie auto-immune chronique induite par l'ingestion de gluten . Elle se traduit histologiquement par une atrophie villositaire, responsable d'un syndrome de malabsorption. L'exclusion du gluten permettrait une restitution *ad integrum* des lésions histologiques. Notre étude avait pour objectif de rechercher l'influence de la guérison histologique sur le syndrome de malabsorption.

Patients et Méthodes : Nous avons réalisé une étude prospective, transversale, incluant des patients adultes âgé de 18 ans ou plus, atteints de MC confirmée par la présence d'une atrophie villositaire à l'étude anatomo-pathologique des biopsies duodénales. Tous les patients étaient sous RSG depuis au moins un an et avaient un contrôle histologique de la muqueuse duodénale. Les données des patients ont été saisies et analysées sur le logiciel SPSS 26.

Résultats : Quarante-six patients ont été inclus avec une nette prédominance féminine (sexe ratio H/F=0,31). L'âge moyen était de 42,28 ans et la durée d'évolution moyenne de la MC de 12,77 ans. L'indice de masse corporelle était égal à 22,35 kg/m² en moyenne. La majorité des patients (n=30) avaient une réponse clinique au RSG avec disparition des symptômes. Un contrôle endoscopique avec des biopsies duodénales avait été réalisé chez tous les patients. Treize patients seulement présentaient une disparition de l'atrophie villositaire. Nous avons comparé les patients ayant une normalisation de l'histologie intestinale aux autres. Les deux groupes de patients avaient une moyenne de durée de suivi, une moyenne d'âge et un sexe ratio comparables. La persistance de symptômes était retrouvée chez 39% des patients ayant une atrophie villositaire, contre 30% des patients qui avait une réponse histologique, sans que cette différence ne soit statistiquement significative (p=0,78). Concernant les signes biologiques de carence, il n'y avait pas de différence significative quant aux taux d'anémie (p=0,3), de carence martiale (p=0,72), d'hypocalcémie (p=0,76) ni d'hypoalbuminémie(p=0,54).

Conclusion : Le régime sans gluten permet une restitution des anomalies muqueuses intestinales secondaires à la maladie cœliaque. Toutefois, la normalisation des lésions histologiques n'était pas associée dans notre étude à une meilleure réponse clinico-biologique. Ceci pourrait être dû à des pathologiques associées telles que les troubles fonctionnels de l'intestin ainsi qu'au caractère restrictif du régime sans gluten.

P.384

État des lieux de l'utilisation d'un sirop d'élixir parégorique dans la réduction des efflux digestifs au sein du pôle digestif d'un centre hospitalo-universitaire

C. Chmielowski [(1)], L. Trottein [(1)], C. Cool [(1)], B. Bournet [(1)], V. Duhalde [(1)]
(1) Toulouse.

Introduction : La prise en charge actuelle des hyper-débits stomiaux et des diarrhées repose principalement sur l'utilisation du lopéramide et de diosmectite associée à une restriction en boissons hypotoniques et la perfusion de soluté riches en glucose et en sodium. La place de l'utilisation d'une préparation magistrale de sirop d'élixir parégorique ou teinture d'opium benzoïque est quant à elle mal décrite.
L'objectif de ce travail a été de décrire l'utilisation d'un sirop d'élixir parégorique chez des patients hospitalisés dans les services cliniques du pôle digestif d'un centre hospitalo-universitaire sur la période de janvier 2021 à aout 2022.

Patients et Méthodes : La population d'étude a été identifiée sur l'historique des délivrances de sirop d'élixir parégorique du préparatoire de la pharmacie. Les données d'intérêt ont ensuite été recueillies à partir du dossier patient informatisé (description de la population d'étude, posologie à l'initiation, débit d'efflux à différents points de contrôle, traitements anti-diarrhéiques associés, poursuite à la sortie d'hospitalisation).

Résultats : 20 patients d'une moyenne d'âge de 63,4ans [43-84], principalement des hommes (sexe ratio 1.9) ont reçu pour la première fois depuis janvier 2021 de l'élixir parégorique.
Dans 75% des cas, l'indication retrouvée était la réduction du débit d'une iléostomie (principalement iléostomie de protection) avec un débit moyen à l'instauration de l'élixir parégorique de 3,33L par jour [1-5]. On retrouvait également des fistules entéro-cutanées (10%) et des diarrhées (5%).
La posologie initiale journalière moyenne était de 46mL [20-60], répartie en 3 prises par jour dans 80% des cas. Pour 6 patients, la posologie initiale a été augmentée au cours de l'hospitalisation, en moyenne de 62% [33-100%] (augmentation de la dose par prise ou du nombre de prises journalières).
A l'instauration de l'élixir parégorique seulement 2% des patients étaient naïfs de tout anti-diarrhéiques tandis que 80% étaient déjà sous bithérapie lopéramide et diosmectite dont 94% d'entre eux à posologie maximale. L'élixir a été instauré en moyenne 6jours [2-12] après le début de la bithérapie.
Au cours de l'hospitalisation, le débit d'iléostomie a diminué en moyenne de 24% [0-68%] à 48heures de l'instauration de l'élixir parégorique et de 42% à 5 jours [0-72%].
Pour les 6 patients ayant eu une augmentation de posologie au cours de l'hospitalisation, le débit d'iléostomie a diminué en moyenne de 40,7% [34-75%] 48heures après la modification de posologie.
Aucun effet indésirable n'a été rapporté pendant l'hospitalisation.
11 patients ont vu leurs prescriptions d'élixir parégorique stoppées avant la sortie d'hospitalisation, le motif majoritaire a été le retour d'un efflux acceptable (82% des cas). Parmi eux il a été rapporté 2 cas d'arrêt de l'elixir parégorique suite à un refus de prise des patients dû au goût anisé de l'élixir.
9 patients ont nécessité une poursuite de l'élixir parégorique à leur sortie d'hospitalisation. Les données concernant les dispensations en ville n'ont pas été recueillies.

Conclusion : L'élixir parégorique est utilisé majoritairement pour diminuer les efflux d'iléostomie après échec d'une bithérapie par lopéramide et diosmectite. L'association des trois a été efficace sur la diminution de l'efflux, néanmoins, pour presque un patient sur deux, l'élixir parégorique a dû être maintenu à la sortie d'hospitalisation.
Une étude de méthodologie plus robuste sera nécessaire pour confirmer ces résultats.

P.385

Autre facette de la maladie cœliaque : l'atteinte hépato-biliaire

F.E. Aharbil [1], D. Rajih [2], H. El Marmouk [1], M. Jarti [1], A. Ait Errami [1], S. Oubaha [1], Z. Samlani [1], K. Krati [1]

(1) Marrakech, MAROC ; (2) Marrakech.

Introduction : La maladie cœliaque est une entéropathie auto-immune secondaire à l'ingestion de gluten chez des sujets génétiquement prédisposés, au moins 20 à 30% des patients atteints de la MC présentent des manifestations extra digestives y compris l'atteinte hépatique. L'objectif de cette étude est d'évaluer la prévalence et l'évolution des différentes atteintes hépatiques sous régime sans gluten chez les patients atteints de maladie cœliaque.

Patients et Méthodes : Nous avons mené une étude descriptive rétrospective de 2012 à 2022, incluant tous les patients atteints de MC suivis dans un service de gastro-entérologie. Les données épidémiologiques et clinico-biologiques ont été recueillies ainsi que l'évolution sous régime sans gluten.

Résultats : Pendant la période de l'étude, 276 cas de MC ont été inclus. L'atteinte hépatique a été notée chez 39 cas (14%) : 31 femmes et 8 hommes. Le sexe ratio (F/H) était de 3,8. L'âge moyen était de 37,9 ans (14-71). La découverte de l'atteinte hépatique était concomitante à celle de la MC dans 52% des cas, elle était survenue au cours de l'évolution de la MC chez 38% alors qu'elle était révélatrice de la MC chez 4 patients soit 10 % des cas.
Les différentes hépatopathies associées à la MC étaient représentée par : L'hépatite auto immune (n=4), l'hyperplasie nodulaire régénérative (n= 3), la cholangite biliaire primitive (n= 2), la cholangite sclérosante primitive (n=1), une hypertension portale idiopathique (n=2) et une hépatite viral C (n =1). Par ailleurs, l'atteinte hépatique cryptogénétique était de loin la plus rencontrée avec 26 cas (66%), elle incluait la stéatose hépatique, l'hypecytolyse cryptogénétique, hépatite chronique non spécifique et la cirrhose cryptogénétique.
Tous nos patients ont été mis sous régime sans gluten couplé au traitement spécifique de l'hépatopathie associée. L'évolution a été caractérisée par la normalisation du bilan hépatique dans tous les cas avec un délai moyen de 6 mois à compter du début du traitement.

Conclusion : L'atteinte hépatique est fréquente au cours de la maladie cœliaque. Elle était associée dans 66% des cas à une atteinte hépatique cryptogénétique. Par conséquent, une maladie cœliaque doit être vigoureusement recherchée chez tout patient ayant une hépatopathie cryptogénétique même asymptomatique.

P.386

Thrombose vasculaire : présentation atypique ou complication de la maladie cœliaque ?

D. Tagzout [1], A. Tebaibia [1]

(1) Alger, ALGÉRIE.

Introduction : La maladie cœliaque (MC) est une entéropathie auto-immune secondaire à l'ingestion du gluten chez des sujets génétiquement prédisposés, pouvant affecter plusieurs organes. Les événements thromboemboliques tels que les accidents vasculaires cérébraux (AVC) et la thrombose veineuse font partie des manifestations extra-intestinales. Les objectifs de notre travail sont de déterminer la prévalence de la thrombose au cours de la MC et de décrire les modalités de survenue de la thrombose au cours de la MC.

Patients et Méthodes : Étude multicentrique prospective déroulée entre Janvier 2013 et Juin 2015 ayant inclus 154 patients (42 H, 112 F) adultes (âge≥16 ans) présentant une MC répondant aux critères diagnostiques de l'ESPGHAN (European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition) 2012.L'âge moyen est de 36,1 ± 13,6 ans (Âges extrêmes : 16 -83 ans). Les cas de thrombose associés à la MC ont été étudiés.

Résultats : La prévalence de la thrombose vasculaire dans la population cœliaque est de 8% (n=13). Elle survient plus fréquemment chez la femme (85%) (11 F - 2 H). Il s'agit de 6 cas de cavernome porte dont un associé à une thrombose des membres inférieurs, 4 cas d'AVC etde 3 cas de thrombose des membres inférieurs.Le diagnostic de thrombose a révélé celui de la MC chez 8 patients (62%) avec un délai moyen de 11,6 mois et des délais extrêmes de 1 à 43 mois. Il s'agit de 4 cas de cavernome porte dont un associé à une thrombose profonde des membres inférieurs, 3 cas d'AVC, et d'un cas de thrombose profonde des membres inférieurs. Le diagnostic de MC est fait en moyenne 72 mois après celui de thrombose chez 4 patients (31%). Dans un cas, la thrombose a compliqué 39 ans après une MC de l'enfance non traitée par RSG, diagnostiquée à l'âge de 5ans. Le bilan de thrombophilie pratiqué chez les 13 patients, est négatif chez 11 d'entre eux (85%) et a révélé un déficit en protéine S associé à une MC dans un cas et un déficit en antithrombine III dans un autre cas. La prise de contraceptifs oraux et dans tous les cas un œstro-progestatif micro-dosé, a été retrouvée chez 7 femmes (64% des femmes concernées par la thrombose).

Conclusion : Le diagnostic de maladie cœliaque doit être évoqué devant une maladie thrombotique sans cause évidente. Des facteurs de thrombophilie peuvent être présents au cours de la maladie cœliaque et doivent être recherchés systématiquement. La maladie cœliaque est le plus souvent le seul facteur de risque de thrombose retrouvé devant l'association maladie cœliaque, thrombose.

P.387

Formes cliniques de la maladie cœliaque de l'adulte : à propos de 154 patients

D. Tagzout [1], A. Tebaibia [1]
(1) Alger, ALGÉRIE.

Introduction : La maladie cœliaque (MC) est une entéropathie auto-immune secondaire à l'ingestion du gluten chez des sujets génétiquement prédisposés ; classiquement révélée par un tableau de malabsorption intestinale. Les manifestations cliniques révélatrices de la maladie sont très variables et de plus en plus trompeuses.
Objectif: préciser les différents modes de présentation clinique de la MC et les classer en forme typique et atypique.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude prospective, descriptive, multicentrique portant sur 154 patients adultes (42H, 112F), d'âge moyen de 36,1 ans ± 13,6, et des extrêmes de 16-83 ans, atteints de MC. Les différents signes cliniques lors du diagnostic de la maladie ont été notés et regroupés selon les définitions d'Oslo en forme typique et en forme atypique. Les pathologies associées à la MC ont été rapportées.

Résultats : Les signes d'appel révélateurs de la MC étaient digestifs dans 61% des cas avec tableau typique fait de diarrhée chronique associée à un syndrome de malabsorption chez seulement 33,8% des patients. Les autres signes digestifs moins évocateurs, sont par ordre décroissant : ballonnement abdominal (12,3%), douleurs abdominales (8,4%), dyspepsie (5,4%), vomissements (1,9%). L'anémie de gravité variable est objectivée dans 85,1% des cas, carentielle dans 92,4% et en rapport avec une carence en fer dans 84,7%. Elle était révélatrice de la MC dans 18,2% des cas. Les autres circonstances révélatrices étaient : bilan de maladie auto-immune dans 3,2%, bilan de thrombose dans 5,2% des cas (n=8) dont un cas associé à une hépatopathie cryptogénétique, un seul cas diagnostiqué lors du bilan de stérilité primaire et seul cas par dépistage familial.
La présentation clinique était donc atypique dans 66,2% des cas avec symptômes digestifs atypiques dans 27,2% et des manifestations extra-digestives dans 39% des cas. Le retard pubertaire est constaté dans 46,8% des cas. Les troubles du cycle menstruel sont notés chez 6,6% (n=41) des femmes cœliaques. 53,7% (22/41) des femmes avec vie conjugale ont présenté des anomalies obstétricales. L'hypertransaminasémie cryptogénétique
associée est retrouvée dans 12,3%.La cirrhose hépatique est associée dans 5,8% des cas, survenue à un âge jeune, en moyenne 31,1 ans, dont 1,9% révélatrice de la MC, elle est le plus souvent compliquée (77,8%), d'origine cryptogénétique et auto-immune respectivement dans 55,5%des cas et 44,5% des cas. L'ostéodensitométrie ciblée était pathologique dans 88,3% des cas. Les maladies auto-immunes étaient associées dans 20,8% des cas dont 6,5% de DT1, 4,5% d'anémie Biermer et 3,8% de TAI. La thrombose vasculaire associée chez 8,4% cœliaques, presque exclusivement chez la femme (92,3%). 2,6 % de cancer associés ont été répertoriés.42,2% des patients ont présenté une forme grave lors du diagnostic en rapport avec un syndrome carentiel sévère ou une complication associée. Les formes familiales de MC sont notées dans 26,6% (n=41) des cas. Plus de 2 tiers (67,2%) des patients recensés dans la famille de nos patients avec MC, ont un lien de parenté de premier degré essentiellement dans la fratrie (56,7%).

Conclusion : La présentation clinique de la MC est atypique dans 66,2% des cas. Le spectre de présentations cliniques de la MC correspond à une combinaison variable de manifestations diverses multi systémiques dépendantes de gluten aboutissant à des phénotypes de plus en plus atypiques.

P.388

Atteinte vasculaire digestive au cours de la maladie de Takayasu

R. Limam [1], G. Grira [1], S. Daadaa [1], I. Saoud [1], I. Chaabene [1], M. Kechida [1], K. Rim [1], S. Hammami [1]
(1) Monastir, TUNISIE.

Introduction : La maladie de Takayasu (MT) est une forme rare et chronique d'artérite des gros vaisseaux touchant principalement l'aorte et ses branches. L'atteinte digestive reste une manifestation assez fréquente au cours de la MT mais souvent sous-estimée.
L'objectif de notre étude est de déterminer la prévalence de l'atteinte vasculaire digestive au cours de la MT ainsi que les principales caractéristiques de ce sous-groupe.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective, colligeant tous les patients atteints de MT suivis dans un service de médecine interne. Ont été relevés tous les cas de patients présentant une atteinte vasculaire digestive de la MT objectivée à l'imagerie.

Résultats : Dix-neuf patients étaient inclus dont 18 femmes. L'atteinte vasculaire digestive était présente dans 68% des cas (n=13). L'âge moyen au moment du diagnostic était de 26 ans [15–43]. Le délai diagnostique moyen était de 5 mois. Dans deux cas la symptomatologie digestive était révélatrice de la maladie. Les principaux signes généraux présentés étaient : altération de l'état général (n = 6), arthralgies (n = 5), fièvre (n = 6). Les patients présentant une atteinte vasculaire digestive étaient symptomatiques dans 53% des cas (n=7) avec comme manifestations : douleur abdominale (n=4), diarrhée (n=2), nausées (n=2), vomissements (n=2), constipation (n=1).
Un souffle sur le trajet de l'aorte abdominale était perçu dans un cas.
L'atteinte vasculaire digestive consistait en : un épaississement pariétal de l'aorte abdominale (n=8), une sténose de l'aorte abdominale (n=7),un épaississement pariétal de l'artère mésentérique supérieure (n = 7), une sténose de l'artère mésentérique supérieure (n = 6), un épaississement du tronc cœliaque (n = 1) et une sténose de l'artère splénique compliquée d'un infarcissement splénique (n=1).
L'atteinte digestive s'associait à : une HTA (n = 4), une atteinte respiratoire (n=4), HTAP (n=1), des signes neurosensoriels (n=6), des signes visuels à type d'épisclérite (n=1) et d'ischémie rétinienne bilatérale (n=1).
Une corticothérapie était associée à un immunosuppresseur chez 8 patients et 7 patientes ont reçu une anti agrégation plaquettaire. L'évolution était favorable dans tous les cas.

Conclusion : L'atteinte vasculaire digestive était asymptomatique dans presque la moitié des cas, d'où l'intérêt d'un bilan vasculaire complet au cours de la MT.

P.389

Place du régime pauvre en FODMAP dans l'arsenal de prise en charge du syndrome de l'intestin irritable : à propos d'un essai prospectif en simple aveugle

O. Nacir [1], M. Michouar [1], A. Ait Errami [1], S. Oubaha [1], Z. Samlani [1], K. Krati [1]
(1) Marrakech, MAROC.

Introduction : Les troubles fonctionnels intestinaux (TFI) présentent un véritable problème de santé, se sont des troubles digestifs qui peuvent se manifestent par des symptômes digestifs hauts ou bas. Le syndrome de l'intestin irritable (SII), colopathie fonctionnelle ou côlon irritable est l'un des TFI qui nécessite une prise en charge bien structuré afin de soulager les symptômes et améliorer la qualité de vie des patients souffrant de ce dysfonctionnement intestinal.
Lerégime pauvre en FODMAP (fermentescibles oligosaccharides, disaccharides, monosaccharides et polyols) connu comme une alimentation réduite en hydrates de carbones à chaine courte rapidement fermentescible, est l'un des régimes les plus répondus du syndrome de l'intestin irritable (SII).
Le but de notre travail est d'évaluer l'efficacité de ce mode alimentaire sur les patients adultes présentant une colopathie fonctionnelle du point de vue sévérité des symptômes.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'un essai clinique, simple aveugle, étendu sur 6 mois, entre Novembre 2021 et Avril 2022, réalisé au service de gastro-entérologie, qui a pour objectif la mise en valeur du régime pauvre en FODMAP chez 20 patients adultes dont le diagnostic du côlon irritable a été retenu selon les critères de ROME. Ces patients ont été divisés aléatoirement en deux groupes, le premier sous régime pauvre en FODMAP et le deuxième sous des conseils standards basés sur les recommandations de NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence), dont la sévérité des symptômes liées au SII était évaluée suivant le score IBS-SSS (Irritable bowel syndrom symptom severity scale).

Résultats : Le traitement statistique des résultats par le logiciel SPSS a permis de constater une nette prédominance féminine avec un sex-ratio de 4 pour le groupe 1 et 1,5 pour le groupe 2. L'âge moyen était de 35,6 ans pour le groupe 1 et 35,5 pour le groupe 2. Aucune différence significative n'a été observée concernant le niveau d'instruction, le statut social, la consommation de l'alcool et du tabac, le niveau d'activité physique et l'indice de masse corporel ainsi que les symptômes les plus fréquents qui sont représentés par la douleur abdominale, le ballonnement abdominal et la constipation.
Une régression significative de la symptomatologie globale, démontrée chez 100% des patients du premier groupe par rapport au total du score avant et après la prise en charge (p=0,005). Au total, 100% des patients du premier groupe ont noté une satisfaction générale suite à l'approche FODMAP, tandis que pour le deuxième groupe, la régression du score n'était pas statistiquement significative (p=1,167).

Conclusion : Notre étude atteste l'efficacité de l'approche FODMAP dans le traitement de la symptomatologie chez des patients souffrant du SII au Maroc. La prise en charge nutritionnelle de ces patients, notamment dans la mise en pratique quotidienne du régime, est essentielle.

P.390

Retard diagnostique au cours de la maladie cœliaque : causes associées

D. Tagzout [1], A. Tebaibia [1]
(1) Alger, ALGÉRIE.

Introduction : La maladie cœliaque (MC) est une entéropathie auto-immune secondaire à l'ingestion du gluten chez des sujets génétiquement prédisposés ; son diagnostic et sa prise en charge précoces sont indispensables afin de prévenir les complications graves de cette maladie. Cependant, plusieurs facteurs peuvent retarder le diagnostic.
Objectifs : évaluer le délai diagnostic de la MC et identifier les causes du retard diagnostique.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude prospective, descriptive, multicentrique portant sur 154 patients adultes (42H, 112F), d'âge moyen de 36,1 ans ± 13,6, et des extrêmes de 16-83 ans, atteints de MC. La date du début des symptômes ainsi que la date de la confirmation diagnostique ont été précisées pour chaque patient permettant d'apprécier le délai diagnostique. L'impact des caractéristiques cliniques ou épidémiologiques chez de la MC sur le délai diagnostique a été étudié.

Résultats : Le délai diagnostique moyen est de 10,9 mois ± 18,3 avec un large intervalle allant de 0 à 10 ans. Ce délai diagnostique est significativement plus prolongé dans le groupe de patients avec présentation atypique de la maladie par rapport au groupe avec présentation typique (12,3 mois ± 21,8 *vs* 8,7 mois ± 10,7 p<0,001). L'âge au diagnostic des patients est inférieur à 45 ans dans 85% des cas (n=131). Le délai diagnostique est significativement plus prolongé en cas de diagnostic porté chez des sujets âgés de plus de 45 ans qu'en cas de diagnostic porté chez les sujets jeunes de moins de 45 ans (49 mois ± 11,5 *vs* 22,8 mois ± 12,5 p<10-6). Le délai diagnostique est de 16 mois ± 26,9 chez les patients à conditions socio-économiques médiocres, de 9,2 mois ± 15,9 chez les patients avec conditions socio-économiques moyennes et de 10,4 mois ± 15,8 chez les patients avec bonnes conditions socio-économiques (p=0,25). Le délai diagnostique est de 11,2 mois ± 19,6 en présence de cas de MC dans la famille des patients et de 10,7 mois ± 17,9 en absence de forme familiale de MC (p= 0,89). Le délai diagnostique est de 9,9 mois ± 15,9 chez les sujets de sexe masculin et de 11,2 mois ± 18,2 chez les patients de sexe féminin. Le délai diagnostique n'est pas significativement plus prolongé dans le groupe de patients sans niveau d'instruction par rapport au groupe de patients instruits (6.8 mois ± 10.8 *vs* 11.15 mois ± 18.69 p=0,47). Le délai diagnostique est de 9.05 mois ± 8.94 en cas de niveau d'instruction primaire, de 13.83 mois ± 24.92 chez les patients avec niveau d'instruction secondaire et de 8.71 mois ± 12.10 en cas de niveau d'instruction universitaire (p=0,28).

Conclusion : Le délai diagnostique moyen est estimé à 10,9 mois ± 18,3. Le retard diagnostique au cours de la maladie cœliaque est en rapport avec la présentation clinique atypique ainsi qu'avec un âge tardif au diagnostic de la maladie. Une meilleure connaissance du phénotype de la maladie cœliaque permet de porter un diagnostic précoce avec prise en charge adaptée et de prévenir des complications graves.

P.391

Stomie : quels impacts sur la qualité de vie ?

I. Jbara [1], W. Hliwa [1], F.Z. Elrhaoussi [1], M. Tahiri [1], F. Haddad [1], A. Bellabah [1], W. Badre [1]
(1) Casablanca, MAROC.

Introduction : Les stomies digestives entraînent pour le patient et son entourage de multiples modifications physiques et psychologiques inévitables et souvent difficiles à vivre.Le but de notre étude est d'évaluer les répercussions de la stomie sur l'image de soi, le quotidien ainsi que son impact professionnel et familial et sur la qualité de vie .

Patients et Méthodes : Ce travail est une étude prospective descriptive et analytique effectuée auprès des patients vivant avec une stomie digestive.
Le support de l'enquête est un questionnaire composé de deux parties : une partie correspondant aux données épidémiologiques sociodémographiques et l'autre au SF-36 dans sa version arabe validée. Ce dernier évalue huit domaines de santé perçue qui permettent de calculer deux scores résumés le score résumé physique ou Physical Health Status (PCS) et le score résumé mental ou Mental Health Status (MCS).Ce questionnaire a été élaboré sous forme papier et rempli soit par les patients eux-mêmes soit par le médecin.

Résultats : Quatre vingt seize réponses au questionnaire ont été recueillies. 78,12%(n=75) de nos patients avaient une stomie pour une pathologie bénigne et 21,87%(n=21) pour une pathologie maligne. L'âge moyen au moment de la stomie était de 42 ans [18-71ans] avec un sexe ratio H /F de 1,52. La durée moyenne de port de la stomie au moment de notre enquête était de 13 mois avec des extrêmes de 3 à 36 mois.
Il faut noter que 81 ,25%(n=78) avaient un niveau d'études de base, et que sur le plan professionnel : 39,59% avaient un travail journalier (n= 38).
57,29%(n=55)de nos patients étaient mariés , 29% affirment que la relation maritale et intime est affectée par la présence de la stomie et se traduit par une gêne devant sa /son compagnon. 75% des patients ne sont pas satisfaits de leur apparence ; 35% ont adopté un nouveau style vestimentaire pour cacher leur stomie, 50% des patients suivent un régime en diminuant le nombre de repas afin d'éviter le changement de la poche de stomie . Le coût de cette dernière a poussé 46 ,87%(n=45) de nos patients à vendre des objets de valeur pour subvenir à leurs besoins financiers.
La présence familiale et de l'entourage permet de soutenir ces malades : 64 ,58%(n=62) affirment que leur proches apportent un soutien moral et 35,41% (n= 34) à la fois un soutien moral et financier. En plus de son impact social, financier et moral, la stomie semble également gêner 57 ,29% de nos malades lors de leur ablution et prière et ces patients expriment leur incertitude vis-à-vis de la légitimité de leur pratique.
Les scores résumés physique et psychique obtenus chez nos patients sont respectivement 54 ,06 et 37,68. Cependant, le score résumé physique reste supérieur au score résumé psychique. Notre étude statistique univarié a montré que les deux scores : le score résumé physique (PCS) et le score résumé mental (MCS) n'étaient influencés ni par l'âge ni par le niveau d'étude ni par le statut marital .Quant à la durée de port de la stomie elle n'avait pas elle aussi une influence sur le PCS (p : 0,369) ni sur le MCS (p :0,192).

Conclusion : Les stomies digestives ont des conséquences très importantes sur la vie quotidienne des patients tant au niveau physique que psychologique mais aussi au niveau financier. Les associations de stomisés au Maroc sont un pilier crucial dans le soutien et le réconfort à la personne stomisée.

P.392

Maladie cœliaque et densité minérale osseuse : quels sont les facteurs prédictifs de l'atteinte osseuse ?

F. Aboutarik [1], C. Dassouli [1], S. Boudda [1], A. Ait Errami [1], S. Oubaha [1], Z. Samlani [1], K. Krati [1]
(1) Marrakech, MAROC.

Introduction : La maladie cœliaque est une entéropathie chronique, inflammatoire et auto-immune, induite par le gluten qui survient chez des sujets génétiquement prédisposées . La minéralisation osseuse peut être compromise lors de son évolution en raison de la présence de plusieurs facteurs de risque comme la malabsorption, l'inflammation et les troubles nutritionnels.Notre étude a pour objectif d'étudier l'impact de la maladie cœliaque sur la densité minérale osseuse, et de mettre en évidence les facteurs prédictifs de l'atteinte osseuse au cours cette affection.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective étalée sur une période de 6 ans (2016-2022), colligeant tous les patients suivi pour une maladie cœliaque MC. Notre étude a intéressé les patients ayant bénéficié d'une DMO. Le diagnostic d'ostéoporose et d'ostéopénie a été retenu en se basant sur les critères de l'OMS. Un p<0,05 était jugé significatif.

Résultats : Durant la période d'étude, 45 patients ont été inclus .l' âge moyen était 27.7 ans [14 ans,61 ans], une nette prédominance féminine est notée avec un sexe ratio femmes/hommes de 3.5. 77.7% des patients avaient une atrophie villositaire sévère et 22.3% des patients avaient une atrophie villositaire modérée. Une dénutrition était notée dans 36,5% des cas avec un BMI<20 Kg/mm2. Les femmes ménopausées représentaient 29% de la totalité des patientes. La prise d'hormonothérapie stéroïdienne substitutive a été notée chez 6.5 % des patientes. Le tabagisme a été noté chez 4% de nos patients. Un déficit en vit D a été retrouvé chez 47%. Selon les données de la DMO, 75% des patients avaient une masse osseuse réduite: ostéoporose dans 30% des cas et ostéopénie dans 35% des cas. Les facteurs prédictifs de l'atteinte osseuse identifiés étaient : les sujets de sexe féminin (p=0,003),l'âge avancé (p=0,004), IMC bas (0,0002) , une atrophie villositaire marquée (0,0003), une autre pathologie auto-immune associé.Enfin, une amélioration de la DMO après RSG était soulignée (p=0,0002).

Conclusion : La présente étude souligne l'impact de la maladie cœliaque sur l'atteinte osseuse . la réalisation bilan phosphocalcique et l'ostéodensitométrie doivent être réalisés chez tous les patients atteints de MC, surtout chez les patients qui présentent les facteurs prédictifs de cette atteinte .

P.393

Intérêt de la coloscopie au cours de la constipation : étude comparative selon l'âge

B. Aourarh [1], A. Benhamdane [1], A. Sair [1], K. Boualiten [1], T. Addajou [1], S. Mrabti [1], R. Berraida [1], F. Rouibaa [2], A. Benkirane [1], H. Seddik [1]

(1) Rabat, MAROC ; (2) Casablanca, MAROC.

Introduction : La constipation est probablement le symptôme digestif le plus fréquent. Elle peut être l'expression d'une pathologie organique ou fonctionnelle. Les étiologies sont multiples et doivent être éliminées.
Notre étude a pour objectif d'évaluer l'intérêt de la coloscopie dans l'exploration de la constipation en fonction de l'âge du patient.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive, incluant 387 patients ayant bénéficié d'une coloscopie pour constipation entre Janvier 2019 et Aout 2022.
Les patients ont été répartis en 2 groupes :
Groupe 1: âge <50 ans et le Groupe 2: âge>50 ans.
Les données épidémiologiques, cliniques et endoscopiques des patients ont été évaluées.
Ont été exclus de notre étude les patients connus porteurs de MICI.
Les informations concernant les données démographiques, cliniques, endoscopiques et thérapeutiques ont été recueillies, saisies et analysée à l'aide du logiciel JAMOVI 2.0 pour mac, en utilisant le modèle de régression logistique binaire en analyses univariée et multivariée.

Résultats : 1518 coloscopies ont été réalisées pendant la durée de l'étude, dont 387 (25,5%) avaient pour indication l'exploration d'une constipation.
L'âge moyen de nos patients était de 57,18+/-14,79 avec des extrêmes allant de 29 à 87ans, avec un sexe ratio (H/F) à 1,02 : 50,6% des hommes et 49,4% des femmes.
Le groupe 1 comportait 88 patients soit 30,6%, alors que le groupe 2 comportait 200 patients soit 69,4%. Il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre les deux groupes concernant les antécédents personnels et familiaux de cancer colorectal ou de polypes recto-coliques.
La constipation était isolée dans 63,8% (n=247), alors qu'elle était associée à une diarrhée dans 15,9% (G1: 23,8% ;G2:14,3%;p=0,53), à des rectorragies dans 15,1% (G1:25% ;G2:10,7%;p=0,02), à des méléna s dans 0,3% (G1:0% ;G2:0,5%;p=0,512) et à une anémie ferriprive dans 3,8% (G1:3,6%,G2:4,1%;p=0,828)
La coloscopie était normale chez 62,8% des patients et pathologique dans 37,2% (G1: 18,6%;G2 :41,5%; p<0,001). Les pathologies principalement retrouvées étaient: polypes recto coliques dans 61% (G1:46,7%;G2:69,1%p=0,092), un processus colorectal dans 21,3% (G1:20% ;G2:22,2% p=0,670), une diverticulose colique dans 17,7% (G1:0%,G2 :17,3% p=0,117), aspect de colite dans 7,8% (G1: 33,3% ; G2:4,9% p= 0,004), ulcère solitaire du rectum dans 4,3% (G1 : 13,3%, G2 : 1,2% p=0,063) et des angiodysplasies coliques dans 2,8% (G1: 0%, G2 :1,2% p=0,665).
En analyse multivariée, les facteurs associés à une coloscopie pathologique pour constipation sont : l'âge supérieur à 50 ans (p<0,001) ; le sexe (p=0,002) ; antécédents de cancer colo rectal (p=0,05); et la présence d'une anémie associée (p=0,01).

Conclusion : La constipation représente 25,5% des indications de coloscopie dans notre pratique courante permettant de dépister des lésions significatives dans 37,2% des cas, dominées par les polypes et les processus recto coliques.
Notre étude a démontré que l'âge supérieur à 50 ans constitue un facteur de risque indépendant d'une coloscopie pathologique en cas de constipation. Le sexe masculin, les antécédents de cancer colorectal et la présence d'une anémie seraient également des facteurs prédictifs de coloscopie pathologique dans ce contexte.

P.394

Apport de la coloscopie dans la prise en charge des troubles fonctionnels intestinaux : à propos de 150 cas

H. Mohamed Vall [1], H. Gdoura [1], L. Chtourou [1], M. Moalla [2], L. Mnif [1], A. Amouri [1], M. Boudabbous [1], N. Tahri [1]

(1) Sfax, TUNISIE ; (2) Nabeul, TUNISIE.

Introduction : Les troubles intestinaux fonctionnels (TFI) représentent une affection intestinale fréquente atteignant 20% de la population générale. Les symptômes sont polymorphes. Ils restent un diagnostic d'élimination et la coloscopie est un examen essentiel pour éliminer une lésion organique.
Le but de notre étude est de dégager l'apport de la coloscopie au cours des TFI.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective colligeant 150 cas de patients chez qui le diagnostic de TFI a été retenu selon les critères de ROME III et qui ont bénéficié d'une coloscopie.

Résultats : Nos patients ont été répartis en54 hommes et 96 femmes avec un sex-ratio H/F=0.56. L'âge moyen est de 63 ans (36-90 ans), 124 patients (82.6%) avaient un âge supérieur à 50 ans. Cinq de nos patients avaient des antécédents familiaux de cancer colique. Concernant la symptomatologie d'appel, 116(77.33%) de nos malades avaient un ballonnement abdominal, 83 (55.33%) avaient des douleurs abdominales,131 (87.33%) avaient un trouble du transit (constipation chronique: 84 malades, alternance diarrhée constipation : 23 malades, diarrhée chronique : 23 malades).
La présence de signes d'alarmes était notée chez 20 malades (rectorragies chez 13malades et altération de l'état général chez 7malades). La coloscopie réalisée chez les malades présentant des signes d'alarmes avait objectivé : polypes coliques dans 2% des cas, diverticules coliques chez un malade, dolichocôlon chez un malade, hémorroïdes internes chez un malade et elle était normale chez 14malades.
La coloscopie réalisée chez les malades sans signes d'alarme : normale dans 58% des cas, dolichocôlon dans 3.33% des cas, diverticules coliques dans 10% des cas, polypes coliques dans 12% des cas et des hémorroïdes internes dans 3.33% des cas. Aucun cas de tumeur colique n a été retrouvé. La prévalence d'une coloscopie normale est de 66.9% chez les malades qui ne présentent pas de signes d'alarme et de 70% chez les malades qui présentaient de signes d'alarme.

Conclusion : Les TFI restent un motif fréquent de consultation en gastroentérologie et la coloscopie est examen primordial afin d'éliminer une cause organique sous jacente mémeen l'absence de signe d'alarme.

P.395

Impact des maladies gastro-intestinales sur la qualité de vie liée à la santé des patients

M. Aouroud [1], H. Aouroud [1], A. Ait Errami [1], S. Oubaha [1], Z. Samlani [1], K. Krati [1]
(1) Marrakech, MAROC.

Introduction : On estime que la prévalence des symptômes gastro-intestinaux (GI) est élevée chez les patients se présentant dans la consultation externe ainsi que dans la population générale. De nombreux troubles gastro-intestinaux se caractérisent par des symptômes chroniques. La qualité de vie liée à la santé (QVLS) est un paramètre important de la médecine moderne et fait référence à la mesure dans laquelle le bien-être physique, émotionnel et social d'un individu est affecté par une condition médicale et son traitement. Les personnes souffrant de symptômes gastro-intestinaux signalent systématiquement une QVLS inférieure. Des études ont montré que les patients souffrant de reflux gastro-œsophagien (RGO), du syndrome de l'intestin irritable (SII) et de colites font état de beaucoup plus de stress et de détresse psychologique que les patients en bonne santé. En outre, les maladies gastro-intestinales fonctionnelles entraînent une mauvaise qualité de vie, ce qui se traduit par un recours accru aux soins de santé. Le but de cette étude visait à évaluer l'impact des maladies gastro-intestinales (GI) sur la qualité de vie liée à la santé (QVLS) des patients.

Matériels et Méthodes : Une étude transversale a été menée du Janvier 2022 – Juin 2022 en employant un questionnaire auto-administré appelé Gastrointestinal Quality of Life Index (GIQLI). Les questionnaires ont été distribués parmi les patients se présentant en consultation de gastroentérologie pour évaluer leur QVLS.

Résultats : Au total, 199 patients ont été inclus dans cette étude, et leur score GIQLI moyen était de 87,8 ± 17,8. Les résultats ont montré que des symptômes centraux plus sévères peuvent conduire à une moins bonne qualité de vie. Les scores globaux du GIQLI et la plupart des scores de ses domaines étaient plus faibles chez les femmes que chez les hommes (valeur p : 0,02). Les patients obèses avaient un score GIQLI moyen globalement plus faible, y compris dans les domaines GI, psychologique et social, tandis que l'âge avancé était associé à un score GIQLI spécifique à la maladie plus élevé.

Conclusion : D'après nos résultats, les maladies gastro-intestinales ont un impact négatif sur la QVLS des patients. Les médecins doivent tenir compte des différents domaines de la qualité de vie dans le cadre d'une approche holistique du traitement de ces patients.

P.396

Complications vasculaires d'une helminthiase intestinale par Schistosoma mansoni

B.M. Ralaizanaka [1], A. Randrianarisoa [1], H.T. Ravelomanantsoa [1], J.T. Andrianoelison [1], H. Rakotoniaina [2], A. Randrianiaina [2], C.I. Razafindrazoto [1], S. Maherison [2], J.A. Rakotomalala [2], R. Rafaralahivoavy [1], T.H. Rabenjanahary [2], R. Rakotoarivelo [1], S.H. Razafimahefa [1], R.M. Ramanampamonjy [2]
(1) Fianarantsoa, MADAGASCAR ; (2) Tananarive, MADAGASCAR.

Introduction : La parasitose digestive est une maladie liée à un niveau d'hygiène précaire et un environnement tropical adéquat. Le foie est le principal carrefour vasculaire de l'infestation parasitaire. Le Schistosoma mansoni est un ver plat hématophage à l'origine d'une helminthiase intestinale avec des diverses manifestations hépatiques après des infestations chroniques et répétitives. La gravité de la schistosomiase hépatosplénique est l'hypertension portale (HTP) suite au bloc vasculaire intra-hépatique pré-sinusoïdal. Le pronostic des patients est fonction de l'hémorragie digestive par la rupture des varices œsophagiennes, le syndrome oedémato-ascitique et l'hypersplénisme. Cette étude avait pour objectif de rapporter les complications vasculaires de l'HTP secondaire à une schistosomiase hépatosplénique.

Patients et Méthodes : Il s'agissait d'une étude transversale dans un service de gastroentérologie et de médecine interne pendant 21 mois (novembre 2020 à juillet 2022). Nous avons inclus les patients avec un syndrome d'HTP. Nous avons retenu le diagnostic d'une schistosomiase hépatosplénique devant un syndrome d'hypertension portale, l'absence d'arguments biologiques d'une cirrhose hépatique et les signes radiologiques indirects d'une fibrose péri-portale selon les modèles d'image échographique de l'OMS. Nous avons exclus la cause cirrhotique de l'HTP et l'absence d'une endoscopie digestive.

Résultats : Il y avait 22 patients retenus. Il n'y avait pas de différence selon le genre (sex ratio = 1). La moyenne d'âge des patients était de 44 ans (18 à 72 ans). L'hémorragie digestive haute représentait 68,2% des motifs d'admission en hospitalisation. A la clinique, l'hématémèse et le méléna étaient le principal mode d'extériorisation de l'hémorragie digestive. Il y avait une baisse de la pression artérielle systolique <90 mm Hg chez 31,8% et une tachycardie >100/min chez 36,4 % des patients. La splénomégalie stade 4 selon la classification de Hackett était présente chez 36,4% des patients. A l'hémogramme, un taux d'hémoglobine < 9g/dl était observé dans 68,2% et une thrombopénie <150000/mm3 dans 54,5% des cas. Il y avait 36,4% de pancytopénie. En endoscopie digestive, les varices œsophagiennes grade 3 étaient présentes chez 63,6% des patients et la présence de signe rouge dans 77,3% des cas.

Discussion : La tolérance hémodynamique de l'hémorragie digestive variqueuse observée chez 30 à 40% des patients pourrait s'expliquer par un saignement digestif chronique au cours duquel l'organisme s'adapte mais il existe une situation urgente d'une hémorragie digestive aiguë massive engageant le pronostic vital immédiat des patients. L'anémie, la thrombopénie et la pancytopénie sur un tableau d'HTP sont des paramètres hématologiques justifiant les mesures de réanimation pour un remplissage vasculaire prudent et une transfusion sanguine adaptée avec une cible thérapeutique de 7 à 8 g/dl d'hémoglobine.

Conclusion : L'hémorragie digestive variqueuse constitue la principale complication de l'HTP d'une schistosomiase hépatosplénique. La rupture des varices œsophagiennes grade 3 avec signe rouge étaient le signe vasculaire majeur en endoscopie digestive. L'endoscopie digestive reste l'examen clé du diagnostic et thérapeutique par la ligature des varices œsophagiennes. La lutte contre ce fléau parasitaire ne serait possible que par le renforcement des mesures préventives à chaque étape du cycle parasitaire notamment sur les hôtes et l'amélioration des conditions d'hygiène sanitaire

P.397

Mesure et déterminants de la qualité de vie chez les patients atteints de troubles fonctionnels intestinaux

S. Salim [1], A. Lamine [1], M. Lahlali [1], H. Abid [1], N. Lahmidani [1], A. El Mekkaoui [2], D.A. Benajah [1], S.A. Ibrahimi [1], M. El Abkari [1], M. El Yousfi [1]
(1) Fès, MAROC ; (2) Oujda, MAROC.

Introduction : La pratique de l'évaluation de la qualité de vie s'est rapidement imposée comme concept fondamental de la médecine moderne. En effet, l'évaluation de la qualité de vie des patients apparaît comme particulièrement pertinente puisqu'elle correspond au plus près à la description de la Santé définie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme « état de bien-être physique, psychique et social». Cetaspect est surtout intéressant à prendre en compte pour des pathologies «lourdes » en termes de Santé Publique. Les troubles fonctionnels intestinaux (TFI) en sont une bonne illustration puisqu'elles constituentun véritable en jeu de Santé Publique.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude transversale mono centrique, étalée sur 6 mois, de 123 patients ayant des TFI ; répondant aux critères de ROME IV avec absence de signes d'organicité, Une analyse desdifférents paramètres sociodémographiques, clinique et thérapeutiques a été réalisée. Deux scores concernant l'évaluation de la qualité de vie ont été calculés : le scores SF 36 et le IBS QOL score.

Résultats : L'âge moyen de nos patients était de 47.6 ans [17 ; 77]. Une prédominance féminine a été notéeavec un sex-ratio de 1.6 (76F/47H).Plus que la moitié de nos malades (58%) avaient un niveau socio-économique moyen. Le sous type le plus représenté était celui avec prédominance constipation (IBS-C).Cestroubles intestinaux ont motivé les patients à consulter plus de 4 médecins dans 36% des cas. Par ailleurs,l'adhérence au régime méditerranéen, de nos patients, était moyenne chez 76% du patient interrogé sur lerégime. La qualité de vie chez nos malades était altérée par rapport à la population générale. Les domainesles plus altérés, selon le score de SF 36, étaient ceux des douleurs physiques et des limitations dues à l'étatpsychique. Alors que les moyennes les plus basses du score IBS-QOL étaient celles concernant l'imagecorporelle et les relations sociales. En Outre, la qualité de vie chez les femmes étaie plus altérée que celle deshommes, bien que cette différence ne soit pas statistiquement significative.

Conclusion : Notre étude suggère que les TFI altèrent bel et bien la qualité de vie des patients qui ensouffrent, surtout chez les femmes. Afin d'en alléger l'impact socio-économique, ne serait-il pas tempsd'intégrer une prise en charge psychologique systématique pour tout patient souffrant d'un TFI ?

P.398

Rôle et efficacité de la supplémentation en vitamine D dans la prise en charge du syndrome du l'intestin irritable

H. Aouroud [1], M. Aouroud [1], A. Ait Errami [1], S. Oubaha [1], Z. Samlani [1], K. Krati [1]
(1) Marrakech, MAROC.

Introduction : La vitamine D s'est avérée fortement associée à de nombreux troubles systémiques. Il y a eu un intérêt accru au sein de la communauté médicale pour la vitamine D, en particulier sa carence, dans divers troubles systémiques. Bien que le rôle de la carence en vitamine D dans le syndrome de 'l'intestin irritable (SII) n'ait pas encore été établi, des études sont en cours pour établir clairement son rôle dans la maladie. L'objectif de notre étude était d'élucider et d'établir l'efficacité du traitement de la carence en vitamine D sur l'intensité et la sévérité des symptômes et la qualité de vie des patients atteints du SII.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude prospective transversale descriptive à objectif analytique menée sur une période de 06 mois (Janvier 2022 – Juin 2022) où on a inclus tous les patients dont un SII a été retenu sur les critères Rome VI, un dosage de la vitamine D (valeur initial de base) a été réalisé systématiquement puis nous avons repartis nos malades entre ceux qui vont recevoir une supplémentation de 25000UI de vitamine D hebdomadaire pendant 6 semaines (groupe A) et ceux qui n'en recevrons rien (groupe B) en dehors du traitement. L'évaluation de l'intensité de la maladie a été évaluée par l'IBS-SSS (IBS-symptom severity score) score validé prenant en compte les douleurs abdominales, les ballonnements, les troubles du transit et l'impact global de la maladie, la sévérité selon le score de Francis et la qualité de vie par le score IBS-QOL.

Résultats : Un total de 250 patients ont été inclus, l'âge moyen de notre population était de 42,24 et de 39 ans dans les groupes A et B respectivement. On note une légère prédominance féminine avec une sexe ratio F/H= 1,2. Les apports alimentaires étaient similaires entre et au sein des groupes. Le taux sérique moyen de 25(OH)D chez les patients atteints du SCI était de 18 nmol/L par rapport au témoin apparié de 22 nmol/L (entre groupe A et groupe B). Après supplémentation on note une amélioration des valeurs sériques de la vitamine D dans le groupe A avec une moyenne de 25 nmol/L, L'IBS-SSS, l'IBS-QOL et le score de Francis ont été significativement plus améliorés à la semaine 6 dans le groupe A que le groupe B ($p<0,05$)

Conclusion : La supplémentation en vitamine D doit désormais être considérée comme faisant partie du protocole thérapeutique chez les patients atteints de SCI. Des recherches supplémentaires pour déterminer une quantité quantifiable de supplémentation en vitamine D sont nécessaires pour établir l'effet dose-réponse optimal.

P.399

Impact de la dénutrition en service de réanimation médico-chirurgicale dans un pays à ressources limitées

W. Bekolo [(1)], S.A. Eloumou Bagnaka [(1)], A.W. Ndjitoyap Ndam [(2)], D.G.R. Nsenga [(3)], J. Metogo [(1)], F. Ndom Ntock [(1)], F. Ankouane [(2)], O. Njoya [(2)], H.N. Luma [(1)], N.E.C. Ndam [(2)]

(1) Douala, CAMEROUN ; (2) Yaoundé, CAMEROUN ; (3) Dschang, CAMEROUN.

Introduction : La Malnutrition protéino-énergétique est un facteur de morbi-mortalité chez les patients hospitalisés en unité de réanimation. Il existe peu données sur l'état nutritionnel des patients dans les pays à ressources limitées. Le but de notre étude était d'évaluer l'impact de la malnutrition dans un service de réanimation dans un pays à ressources limitées.

Patients et Méthodes : Nous avons mené une étude transversale et analytique dans le service de réanimation médico-chirurgicale de l'hôpital général de Douala, durant 4 mois de 1er mars à 30 juin 2022. Étaient inclus tous les patients âgés de plus de 18 ans admis en service réanimation durant la période de l'étude, pour lequel un consentement éclairé a été obtenu. Les données étaient cliniques (âge, sexe, présentation cliniques), biologiques et le pronostic. Les données ont été analysées grâce au logiciel SPSS 28.0. Le test de Student a été utilisé pour évaluer la corrélation entre les variables avec un seuil de significativité pour un p<0,05.

Résultats : Nous avons inclus 104 patients, parmi lesquels 50 femmes et 54 hommes. L'âge moyen était de 49,2±17,6 ans. Les patients venaient majoritairement du service des urgences (n=50 soit 48,1%) et présentaient principalement des pathologies médicales (n= 60 soit 57,7%). La médiane du score IGS II était de 42 avec une mortalité prévisible de 23,5. La prévalence de la dénutrition était de 82,7% soit 86 patients, elle était sévère chez 25% des patients soit n=26. Pour les paramètres anthropométriques des patients dénutris, l'IMC moyen était de 23,9±1,7kg, le pli cutané trcipital moyen de 7,9±4,8mm et la circonférence musculaire brachial moyenne de 22,6±6,4cm. Le taux moyen d'albuminémie des patients dénutris était de 25,8±7,6g/l. La circonférence musculaire brachiale et le pli cutané tricipital avaient des valeurs prédictives positives respectivement de 100% et 85% par rapport à l'albuminémie. Le taux de mortalité était de 42,3% soit 44 patients, parmi lesquels 40 avaient une dénutrition. La survenue du décès n'était pas de manière significative à l'état nutritionnel des patients.

Conclusion : La prévalence de la dénutrition était 82,7%. Bien que la majorité des patients décédés avaient une dénutrition, elle n'était pas liée de manière significative au devenir des patients.

P.400

Non observance du régime sans gluten chez les patients cœliaques : étiologies et facteurs associés

D. Tagzout [(1)], A. Tebaibia [(1)]

(1) Alger, ALGÉRIE.

Introduction : Le régime sans gluten (RSG) constitue à l'heure actuelle le seul traitement de la maladie cœliaque (MC) ; l'adhérence à ce régime varie selon les études de 42 à 91%.

Objectifs : évaluer le taux d'observance du RSG et déterminer les étiologies et les facteurs associés à la non observance.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude prospective, multicentrique, descriptive et analytique de 154 patients adultes (42H, 112F), d'âge moyen de 36,1 ans ± 13,6, et des extrêmes de 16-83 ans, atteints de MC, recrutés sur une période de 18 mois. Un RSG est instauré lors du diagnostic chez tous les patients. L'observance du RSG est jugée à l'interrogatoire lors du suivi des patients. L'adhérence au RSG par intermittence est considérée comme un non adhérence à l'exception des écarts minimes (une seule prise accidentelle d'un aliment contenant du gluten en 3 mois). Nous avons recherché si certains facteurs sont significativement associés à la non observance au RSG.

Résultats : Le taux d'observance du RSG est de 51% (n=78). Les causes de non adhérence au RSG retrouvées à l'interrogatoire des patients, sont dominées par les mauvaises conditions socio-économiques et/ou le caractère contraignant du RSG : 86,8% des cas, 13,4% des patients déclarent un refus de la maladie. L'adhérence au RSG appréciée selon l'âge au diagnostic initial de la MC retrouve un taux d'observance de 34,5% si âge< 16 ans, de 62,4% si l'âge entre 16 et 45 ans et de 21,7% après l'âge de 45 ans (p<10-3). Le taux d'observance est significativement plus élevé en cas de diagnostic porté à l'âge adulte par rapport à celui porté durant l'enfance (54,4% *vs* 34,5% p<0,05). Le taux d'adhérence est de 20% chez les patients non instruits, de 37,8% en cas de niveau primaire, de 54,5% en cas de niveau secondaire et de 63,4% chez les patients universitaires (p<0,03). L'adhérence au RSG n'est pas significativement différente selon le sexe (H :42,8% *vs* F : 53,6% p>0,05), ni selon la situation familiale (célibataire : 54,8% *vs* marié : 45% p>0,05). L'association à une maladie auto-immune n'augmente pas significativement le taux d'observance au RSG (53,1% *vs* 50,4% p>0,05). La survenue de thrombose n'influe pas l'observance au RSG (46,1% *vs* 51,4% P> 0,05). Le taux d'observance est significativement plus élevé chez les patients ayant présenté une forme grave lors du diagnostic par rapport aux autres patients (62,5% *vs* 42,7% p<0,01).

Conclusion : Le taux d'observance du RSG est retrouvée chez la moitié des cœliaques. Les facteurs associés significativement à l'observance du RSG sont les conditions socio-économiques, le caractère contraignant du régime, l'âge au diagnostic initial de MC, le niveau d'instruction et la sévérité initiale du tableau clinique.

P.401

Les caractéristiques cliniques et évolutifs de la colite lymphocytaire

A. Chehaider [1], M. Ayari [1], W. Khemiri [1], H. Kallel [2], Z.E.I. Abdelaali [1], T. Jomni [1], H. Douggui [1]
(1) Tunis, TUNISIE ; (2) Ariana, TUNISIE.

Introduction : Les colites lymphocytaires (CL), une forme de colite microscopiques, sont définies par une inflammation chronique du colon avec des anomalies histologiques spécifiques avec un aspect endoscopique normal de la muqueuse colique. L'étiopathogénie n'est pas complètement élucidée. Elles constituent une cause fréquente de diarrhée chronique. Un facteur déclenchant, notamment de type médicamenteux ou infectieux, est fréquemment évoqué. Le but de notre travail est d'analyser les aspects épidémiologiques, cliniques et évolutifs des CL.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective et descriptive colligeant les patients diagnostiqués d'une colite lymphocytaire dans le cadre du bilan étiologique d'une diarrhée chronique. Pour chaque patient, on a précisé les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et histologiques ainsi que les modalités thérapeutiques et évolutives.

Résultats : Nous avons inclus 21 patients, 18 hommes et 3 femmes avec un âge moyen de 39,9 ans (Extrêmes ente 24 et 65 ans). Une consommation tabagique était notée chez 38,1% des patients. La symptomatologie évoluait depuis une durée moyenne de 6 mois avant le diagnostic. Il s'agissait d'une diarrhée chez tous les patients qui était liquidienne dans 85,7% des cas (N=18) et glaireuse dans 14,3% des cas (N=3). Une impériosité a été notée chez 28,6% des patients avec réveils nocturnes dans 9% des cas. Des douleurs abdominales, un ballonnement, des épigastralgies et une asthénie étaient signalés dans respectivement 47,6%, 23.8%, 19% et 14,3% des cas. Sur le plan biologique, 4 patients (19%) avaient une anémie ferriprive, un seul avait une hypokaliémie. Un syndrome inflammatoire était noté chez un patient. Tous les patients ont eu une iléo-coloscopie avec biopsies coliques étagées. Macroscopiquement, la muqueuse iléale était d'aspect nodulaire chez un patient et normale chez le reste de la population. Des biopsies iléales ont été réalisées chez 52% des patients, un seul avait une iléite chronique lymphocytaire avec une exocytose lymphocytaire dans l'épithélium de surface supérieure à 40 lymphocytes pour 100 cellules de surface, deux patients avaient une hyperplasie lymphoïde iléale et les autres patients avaient une muqueuse iléale histologiquement normale. La muqueuse colique avait un aspect érythémateux chez un patient et était normale chez le reste de la population. Il y avait une exocytose lymphocytaire dans l'épithélium de surface supérieure à 20 lymphocytes pour 100 cellules de surface avec des extrêmes allant de 20 à 37. Le chorion était inflammatoire dans 85,7% des cas (N=18). La fibroscopie œsogastroduodénale, pratiquée chez 66.7% des patients (N= 14) avait montré une gastrite réactionnelle chez 14,3% des patients (N=3), une maladie de biermer chez un patient. Sur les 10 patients ayant eu des biopsies duodénales, aucun n'avait une atrophie villositaire. L'association à une pathologie dysimmunitaire était notée dans un tiers des cas (N=7) : psoriasis (N=2), maladie de biermer (N=1), un syndrome de Sjogren (N=1), polyarthrite rhumatoïde (N=1), une spondylarthrite ankylosante (N=1) et une dysthyroïdie (N=1). Une prise médicamenteuse connue susceptible de pouvoir entrainer une colite lymphocytaire a été notée chez 15 patients (71,4%) : 3 patients ayant reçu un traitement veinotoniques pour une maladie hémorroïdaire, un patient était sous acarbose pour un diabète de type 2, des sartans étaient prescrits chez 3 malades présentant une hypertension artérielle, deux malades était sous aspirine et six patients avaient reçu un traitement par des anti-inflammatoires non stéroïdiens. La consommation d'inhibiteurs de la pompe à protons au long cours a été notée chez 66,6% des patients. Un traitement a été indiqué chez seulement 71,4% des patients, le reste avaient une évolution spontanément favorable. Un ralentisseur du transit a été prescrit chez 10 patients (47,6%) dont 2 ont présenté une forme réfractaire ayant répondu au budésonide. Un patient a reçu d'emblée du budésonide avec une forme corticodépendante nécessitant un traitement transitoire par azathioprine avec une bonne évolution. Le reste des patients (N=4) ont reçu de la rifaximine. Tous les patients avaient une évolution favorable au bout d'un suivi moyen de 41 mois et aucune maladie de Crohn n'a été diagnostiquée ultérieurement.

Conclusion : La CL est une étiologie fréquente des diarrhées chroniques à colon macroscopiquement sain. Il faut donc souligner l'importance de l'étude anatomopathologique de la muqueuse colique d'aspect endoscopique normal. L'évolution à long terme est rarement défavorable. Cependant, la bénignité de cette pathologie peut contraster avec un risque potentiel d'une altération de la qualité de vie de ses patients d'où l'importance d'un diagnostic précoce, la recherche d'une iatrogénie et une prise en charge adéquate

P.402

La maladie cœliaque et l'hypertension portale : une association controversée

F. Benahsin [(1)], M. Lahlali [(1)], A. Lamine [(1)], N. Lahmidani [(1)], A. El Mekkaoui [(1)], M. El Yousfi [(1)], D.A. Benajah [(1)], S.A. Ibrahimi [(1)], M. El Abkari [(1)], H. Abid [(1)]

(1) Fès, MAROC.

Introduction : La maladie cœliaque (MC) est une entéropathie chronique auto-immune induite par l'ingestion du gluten chez des patients génétiquement pré-disposés ; l'atteinte hépatique est fréquente au cours de la MC mais l'association à une hypertension portale (HTP) est rare .

L'objectif de notre travail est de rapporter la prévalence de l'HTP au cours de la MC et de décrire les différents aspect endoscopiques et étiologiques de l'HTP.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive colligeant 173 malades suivis au service de gastroentérologie du CHU hassane II fès pour MC entre janvier 2009 et juillet 2022. ayant porté sur 16 cas associant une MC et une HTP.

Résultats : Dans notre série 9.24% des cas (n=16) avaient une HTP , l'âge moyen de nos patients était 32 ans [16 ;62], avec une prédominance féminine à 66.19%, les pricipaux symptomes de découverte de la MC étaient la diarrhée chronique chez 46.3% et l'AEG chez 65,7%.
L'ascite était présente chez 8 patients soit 50% des patients ayant une HTP, une décompensation hémoragique chez 11 patientes soit 68.75% ;
Les causes de l'HTP retrouvées étaient : une thrombose portale chez 5 patients, un syndrome de budd chiari chez 3 patients, une cholongite sclérosante primitive chez 1 patient, une cirrhose post virale C chez 1 patient , une cirrhose sur hépatite autoimmune chez 1 patient et une cirrhose d'étiologie non determinée chez 5 patients.
L'endoscopie digestive haute a objectivée : des varices œsophagiennes chez 10 patients, des varices gastriques isolées chez 2 patients, une gastropathie HTP chez 7 patients. L'aspect crénelé du duodénum était objectivé chez 83.6% des cas.
L'HTP était révélatrice d' une MC chez 8 patients soit 50% des cas.

Conclusion : L'association MC et HTP est une association rarement rapportée, dans notre série 9.24% avaient cette association . la MC est responsable de l'HTP par plusieurs mécanismes dans le plus décrit est la thrombose portale ou des *V*sH, d'ou l'interet de sa recherche au cours des HTP d'étiologies non détérminées.

P.403

Profils épidémiologique, diagnostique et évolutif de la tuberculose digestive

S. Roudi [(1)], T.Z. Benjelloun [(1)], A. Ait Errami [(1)], S. Oubaha [(1)], Z. Samlani [(1)], K. Krati [(1)]

(1) Marrakech, MAROC.

Introduction : La tuberculose digestive constitue l'une des formes les plus communes de la tuberculose extra pulmonaire, elle occupe le troisième rang après la forme pleurale et ganglionnaire et est dominée par la forme péritonéale. Elle se caractérise par son polymorphisme clinique et radiologique et par les difficultés diagnostiques qu'elle pose surtout avec la maladie de crohn et les tumeurs digestives. Le but du travail est d'analyser les particularités épidémiologiques, cliniques, paracliniques, diagnostiques, thérapeutiques et évolutives de la tuberculose digestive dans notre région.

Patients et Méthodes : Pour cela nous avons mené une étude rétrospective descriptive colligeant 509 cas de tuberculose abdominale au service de gastro-entérologie sur une période de 16 ans allant de Janvier 2001 à Décembre 2016.Les différentes localisations abdominales étudiées étaient : la localisation péritonéale, tube digestif, hépatique, splénique, pancréatique et ganglionnaire intra-abdominale. Le diagnostic de tuberculose abdominale a été retenu sur des arguments bactériologiques,histologiques ou par un faisceau d'arguments anamnestiques, cliniques, biologiques, radiologiques, la présence d'autre localisation et sur des critères évolutifs permettant de faire un diagnostic de présomption en l'absence de preuve bactériologique ou histologique.

Résultats : Il s'agissait de 308 femmes et 201 hommes (sexe-ratio : 0,65) avec un âge moyen de 38.3 ans (12-90 ans). 56% de nos patients sont d'origine urbaine, 74.5% sont de bas niveau socio-économique, un contage tuberculeux et un antécédent de tuberculose sont retrouvés respectivement dans 16.3% et 4.3% des cas, La tuberculose est révélée par une fièvre avec altération de l'état général chez 389 cas, cependant une douleur abdominale est rapportée par 403 malades, une distension abdominale par 397 cas, les troubles de transit par 249 cas, les troubles de cycles par 261 femmes et une masse abdominale par 47 cas. La localisation péritonéale de la tuberculose est notée dans 77.6% des cas, suivie de la localisation intestinale dans 9.3%, ganglionnaire abdominale dans 1.2%, péritonéo-intestinale dans 6.1% des cas, péritonéo-ganglionnaire dans 2% des cas, intestino-ganglionnaire dans 2 % des cas, hépatique dans 1.2% des cas, splénique et pancréatique dans 0.3% des cas. Le diagnostic de la tuberculose était retenu sur des arguments bactériologiques ou histologiques dans 42,04% des cas (n : 214) et des critères de présomption dans 57.96% des cas (n = 295). Une laparotomie exploratrice avec biopsie ganglionnaire était incontournable dans 23% des localisations péritonéales de notre série. Un traitement antibacillaire est instauré chez tous nos malades selon le programme de lutte antituberculeuse, et sur un recul de 6 mois l'évolution était favorable et sans complications dans 474 cas (93.1%), 7 malades ont développé une hépato-toxicité, 6 cas ont présenté une réaction cutanée, 17 patients étaient perdus de vue et 5 malades sont décédés.

Conclusion : Malgré le programme de lutte anti tuberculeuse, la tuberculose digestive reste encore une pathologie abdominale courante dans notre contexte.Nous proposons ainsi dans le but de réduire cette fréquence et d'améliorer la prise en charge de cette pathologie : l'amélioration du plateau technique pour permettre un diagnostic précoce et précis de la tuberculose abdominale, l'amélioration des conditions de vie de la population de notre pays et la facilitation de l'accès aux soins pour tous les citoyens afin de réduire les délais diagnostiques.

P.404

Quel profil de pathologies auto-immunes s'associe à la maladie cœliaque ? A travers une série prospective de 98 cas

O. Nacir [(1)], T.Z. Benjelloun [(1)], A. Ait Errami [(1)], S. Oubaha [(1)], Z. Samlani [(1)], K. Krati [(1)]
(1) Marrakech, MAROC.

Introduction : La maladie cœliaque (MC) est une maladie dysimmunitaire systémique caractérisée par la présence d'une entéropathie inflammatoire auto-immune secondaire à une réponse immunitaire inappropriée de la muqueuse intestinale à la gliadine du gluten. Plusieurs maladies auto-immunes (MAI) très hétérogènes peuvent être associées à la MC avec une prévalence globale pouvant atteindre 14% voire 30%. Le fond génétique commun et le chevauchement des halotypes HLA reste actuellement les principaux facteurs déterminant cette association.
L'objectif de ce travail est d'évaluer la prévalence globale des MAI dans la population cœliaque, d'identifier leur aspects évolutifs ainsi que la rechercher des facteurs déterminant leur développement dans ce contexte.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude transversale, prospective et monocentrique menée au niveau du service de gastroentérologie, de janvier 2019 à janvier 2022. La fréquence des maladies auto-immunes (MAI) a été évaluée chez 98 patients adultes atteints de maladie cœliaque (MC) confirmée. Pour évaluer les facteurs de risque de cette association, les patients ont été répartis en deux groupes : groupe I (avec une ou plusieurs MAI), et groupe II (sans aucune autre MAI). Ensuite une comparaison de l'ensemble des aspects cliniques, sérologiques et histologiques a été réalisée.

Résultats : Parmi les 98 patients atteints de MC, 42,86% avaient au moins une MAI. Les endocrinopathies auto-immunes et les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin étaient les MAI les plus fréquentes. La thyroidite auto-immune était présente dans 14,29% des cas, le diabète type 1 dans 11c,29% des cas et les maladies inflammatoires s de l'intestin dans 6,63% . L'âge (P=0,012) et les formes atypiques au moment du diagnostic de la MC étaient les seuls facteurs prédictifs significatifs du développement d'une maladie auto-immune, alors que le délai diagnostique n'avait aucune influence.

Conclusion : La MC est devenue une des maladies les plus communes dans le monde et constitue un problème de santé publique. Nos résultats démontrent une prévalence élevée des MAI chez la population cœliaque est avec tendance à la poly-auto-immunité, soulignant la nécessité d'un dépistage ciblé des MAI chez les patients cœliaques, notamment ceux avec des facteurs de risques

P.405

Les colites microscopiques : cause assez fréquente de diarrhée chronique

J. Rizkou [(1)], H. El Abbassi [(1)], H. Aouroud [(1)], A. Ait Errami [(1)], S. Oubaha [(1)], Z. Samlani [(1)], K. Krati [(1)]
(1) Marrakech, MAROC.

Introduction : La colite microscopique (CM) est une maladie inflammatoire chronique et une cause assez fréquente de diarrhée chronique avec un aspect endoscopique normal de la muqueuse colique. Le diagnostic est porté exclusivement par l'étude anatomopathologique de biopsies coliques qui montrent une altération de l'épithélium de surface et un infiltrat inflammatoire lympho-plasmocytaire de la lamina propria. De ce fait, la réalisation de biopsies systématiques multiples étagées coliques s'avère essentielle. Il en existe deux types: la colite lymphocytaire (CL) et la colite collagène (CC). Ainsi, Le but de notre étude était d'analyser les aspects épidémiologiques, cliniques et histologiques des malades suivis pour une colite microscopique et de préciser les modalités thérapeutiques et évolutives.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective colligeant tous les patients ayant une colite microscopique diagnostiquée sur une période de 10 ans (avril 2012- avril 2022). Pour chaque patient, on a précisé les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, histologiques et évolutives.

Résultats : Quarante-sept patients ont été colligés. L'âge moyen des patients était de 46 ans (30-72 ans). Le sexe ratio H/F était de 0.7 (27 femmes et 20 hommes). La coloscopie était pratiquée dans le cadre d'exploration d'une diarrhée chronique chez 95.7 % des patients ; associée à des douleurs abdominales dans 51% des cas. 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 43 patients (91,5%), 4 patients (8.5%) avaient un aspect de muqueuse colique congestive. Les biopsies ont révélé une colite collagène(CC) dans 29 cas (61.7%) et une colite lymphocytaire(CL) dans 18 cas (38.3%). Pour les CC, l'épaisseur moyenne de la membrane basale était de 12.4 µm (10 - 20 µm). Pour les CL, le nombre moyen des lymphocytes intraépithéliaux était de 26% (20 -50 %). L'association à une pathologie auto-immune a été notée dans 8 cas (17%) : polyarthrite rhumatoïde (N = 3), hypothyroïdie (N = 3), maladie cœliaque (N = 1), et l'hépatite auto-immune (N=1). Un facteur déclenchant à type de prise médicamenteuse a été signalé dans 5 cas (Daflon®, Tardyféron®), et une infection digestive a été notée dans 2 cas. Le traitement était : des ralentisseurs de transit dans 20 cas (42.5%), des salicylés dans 18 cas (38.3%), un seul patient a reçu les corticoïdes. L'abstention thérapeutique était envisagée dans 8 cas (17%) devant une régression spontanée des symptômes. L'évolution était bonne chez 91.5 % des malades dès la première prescription. Quatre patients ont eu recours à une association lopéramide-salicylé avec évolution favorable. Un cas de maladie de Crohn a été diagnostiqué ultérieurement à la suite d'une récidive symptomatique.

Conclusion : Les colites microscopiques sont une étiologie sous-estimée des diarrhées chroniques. Notre étude montre l'intérêt des biopsies en cas de diarrhée chronique avec endoscopie normale. La bénignité habituelle des colites microscopiques justifie un traitement médicamenteux selon une stratégie progressive dont l'évolution est souvent favorable.

P.406

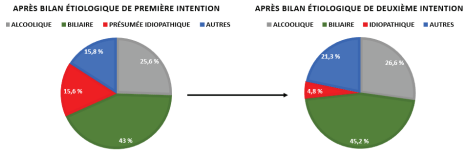
Epidémiologie, caractéristiques et histoire naturelle de la pancréatite aiguë idiopathique : étude rétrospective sur une cohorte de 582 patients à l'aide d'un nouvel algorithme

S. Vuola [(1)], O. Britschu [(1)], A. Saviano [(1)], L. Serfaty [(1)]
(1) Strasbourg.

Introduction : L'analyse de la pancréatite aiguë idiopathique (PAI) à l'aide du nouvel algorithme diagnostique a fait l'objet de peu d'études. A partir d'une large cohorte de pancréatites aiguës (PA) nous avons évalué la prévalence, les caractéristiques et l'histoire naturelle des PAI.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude observationnelle, rétrospective, unicentrique menée chez 582 patients hospitalisés pour PA, entre janvier 2015 et avril 2021. Les cas de PA pour lesquels aucune cause n'était objectivée après le bilan étiologique de première intention (incluant un dosage des enzymes hépatiques, un bilan phosphocalcique et lipidique ainsi que des examens d'imagerie par échographie hépato-biliaire et scanner abdomino-pelvien), ont été définis comme présumés idiopathiques (PAPI). Après un bilan étiologique de deuxième intention (immunologique, génétique et radiologique par cholangio-pancréato-IRM et/ou échoendoscopie bilio-pancréatique) réalisé à distance de l'épisode, les PAPI sans cause avérée ont été définies comme idiopathiques (PAI). Les patients du groupe PAI ont été comparés aux patients ayant une PA de cause connue.

Résultats : Lors du bilan initial chez les 582 patients, la distribution des étiologies de pancréatites aiguës était la suivante : biliaire chez 43 %, alcoolique chez 25,6 %, autre cause chez 15,8 % et présumé idiopathique chez 15,6 %. Le bilan étiologique de seconde intention a permis d'identifier une cause chez 56 % des PAPI, l'origine biliaire étant la plus fréquente. Finalement, la prévalence des PAI était de 4,81 % (n=28). Les patients atteints de PAI étaient majoritairement des hommes (57,1 %) et d'âge moyen de 46,2 ans. Il s'agissait d'un premier épisode de PA dans trois quarts des cas. La durée d'hospitalisation médiane était de 7,5 jours. Les caractéristiques des patients n'étaient pas significativement différentes entre le groupe PAI et les témoins, en dehors de l'hypercholestérolémie (respectivement 35,7 % et 11,8 %, p = 0,025). Les caractéristiques des pancréatites n'étaient pas significativement différentes entre les deux groupes. Cependant, les PAI tendaient à être plus sévères avec un taux de pancréatite sévère de 10,7 % dans le groupe PAI et de 2,0 % dans le groupe témoin (p > 0,05). L'insuffisance rénale était la défaillance d'organe la plus fréquente. Après un suivi moyen de 43 mois, une récidive de la PA était observée chez 17,9 % des patients du groupe PAI contre 19,6 % dans le groupe témoin (p > 0,05).



Conclusion : Dans cette étude sur une large cohorte de patients hospitalisés pour PA, l'algorithme en deux étapes a permis de redresser le diagnostic chez 56 % des pancréatites aigues présumées idiopathiques, avec une prévalence globale de PAI de seulement 4,8 %. Aucune différence n'a été mise en évidence chez les patients ayant une PAI, en dehors de l'hypercholestérolémie et une tendance à une plus grande sévérité de la pancréatite par rapport aux patients ayant une pancréatite d'étiologie déterminée. Ces résultats justifient la réalisation d'une étude multicentrique prospective.

P.407

Adénocarcinome pancréatique KRAS-sauvage : une autre maladie ?

I. Ben-Ammar [(1)], A. Tarabay [(1)], A. Fuerea [(1)], C. Smolenschi [(1)], M. Valéry [(1)], M.A. Bani [(1)], A. Hollebecque [(1)], M.L. Tanguy [(1)], R. Barbe [(1)], E. Rouleau [(1)], M. Gelli [(1)], V. Boige [(1)], M. Ducreux [(1)], A. Boileve [(1)]
(1) Villejuif.

Introduction : La mutation KRAS représente l'altération moléculaire la plus fréquemment retrouvée parmi les adénocarcinomes pancréatiques, et seulement 8 à 10% de ces tumeurs expriment un phénotype KRAS sauvage (KRAS WT). Cette étude a pour objectif de décrire les caractéristiques cliniques et moléculaires des adénocarcinomes pancréatiques KRAS WT et de les comparer aux KRAS mutés (KRASm).

Patients et Méthodes : Les données cliniques et moléculaires de tous les patients (pts) atteints d'un adénocarcinome pancréatique, suivis à Gustave Roussy (GR) et avec un profil moléculaire contributif, ont été recueillies rétrospectivement entre 2015 et 2021. Le séquençage de ces tumeurs est réalisé en routine permettant de déterminer le statut KRAS, utilisant un panel génétique interne à GR ou Foundation Medicine® NGS, soit sur du tissu tumoral (63%) ou après biopsie liquide (37%). Les altérations moléculaires identifiées ont été catégorisées selon leur actionabilité thérapeutique selon l'échelle ESCAT (ESMO).

Résultats : Au total, 41 patients KRAS WT ont été inclus et ont été comparés à 197 patients KRASm.

Table 1. Principales caractéristiques cliniques (n=238)

	KRAS WT (n=41)	*KRAS*m pts (n= 197)
Age médian [Q25;75]	65 ans [58.0-71.0]	62 ans [53.0-68.0]
Stade au diagnostic	Résécable: 4 (10%) Borderline/LA: 16 (39%) Métastatique: 17 (41%)	Résécable: 33 (17%) Borderline/LA: 36 (18%) Métastatique : 123 (62%)
Métastases métachrones	15 (36%)	56 (28%)
Sites métastatiques		
Foie	15 (32%)	143 (55%)
Péritoine	12 (26%)	27 (10%)
Poumon	10 (21%)	40 (16%)
Autre	10 (21%)	48 (19%)

La survie globale médiane (mSG) depuis le diagnostic était significativement améliorée dans le groupe KRAS WT comparée au groupe KRASm (32,8 mois, IC95% [25,9-Non atteint (NA)] *vs* 21,5 mois, IC95% [18,8-24,9] respectivement). De même que la mSG depuis le diagnostic de métastases qui était de 26 mois, IC95% [15,7-NA] pour les pts KRAS WT *vs* 17,7 mois IC95% [15,5-19,3] pour les KRASm (tous avec p<0,05)). Après ajustements sur le sexe, l'âge, le statut métastatique au diagnostic, le hazard ratio (HR) de la survie globale depuis le diagnostic de métastase associé au statut KRAS était de 1,9 [1,1-3,4], p=0,02 (similaire pour la PFS 1ère ligne thérapeutique et OS depuis le diagnostic initial).
Des altérations moléculaires (AM) ont été retrouvées chez 31 pts KRAS WT (76%). Les pts KRAS WT et KRASm présentaient des profils moléculaires différents, avec moins d'altérations de TP53, SMAD4 et CDKN2A/B (p<0.05) dans les tumeurs KRAS WT, mais plus de mutations de BRAF (p<0.05), PALB2, RET et BRIP1 (p=NS).
A noter que 3 tumeurs étaient classées MSI dans le groupe KRAS WT (dont une ayant reçu de l'immunothérapie), *vs* aucune chez les KRASm. La charge mutationnelle tumorale était similaire dans les deux groupes (2,0 Mut/Mb chez les pts KRAS WT *vs* 2,7 chez les KRASm). D'après la classification ESCAT, une potentielle cible thérapeutique (ESCAT I-IV, autre que KRAS) était identifiée chez 15 pts (36%) KRAS WT et 65 pts (33%) KRASm, ainsi permettant d'enrichir l'arsenal thérapeutique chez cette population. En effet, par exemple, 9 patients KRAS WT (22%) ont reçu une thérapie ciblant leur AM (tel que des anti-RET ou anti-PARP) après un traitement palliatif standard et ont montré de meilleurs taux de survie comparé aux pts n'en ayant pas reçu (mSG depuis le diagnostic NA (14,2 mois; NA) et 28.3 mois (26; NA) respectivement).

Conclusion : Dans notre cohorte de 238 adénocarcinomes pancréatiques, nous confirmons que le

statut KRAS est un facteur pronostique de survie globale. Les pts KRAS WT avaient une SG significativement meilleure comparée aux pts KRASm. De plus, 36% des tumeurs KRAS WT avaient une AM potentiellement actionnable, et 9 pts ont eu des survies plus élevées après avoir reçu une thérapie ciblant leur AM. Cette étude suggère que les pts KRAS WT avec un adénocarcinome pancréatique devraient être éligible à un large screening moléculaire.

P.408

Intérêt du screening moléculaire pour les adénocarcinomes canalaires pancréatiques en fonction du statut KRAS : résultats de l'étude BIP

L.J. Palmieri [(1)], A. Italiano [(1)], M. Alame [(1)], S. Cousin [(1)], E. Khalifa [(1)], I. Soubeyran [(1)], L. Blouin [(1)], S. Pernot [(1)]

(1) Bordeaux.

Introduction : L'adénocarcinome du pancréas (AP) est le cancer digestif dont le pronostic est le plus sombre. Les patients atteints de tumeurs localement avancées ou métastatiques ont un taux de survie à 5 ans inférieur à 5%. Le choix d'un essai thérapeutique est une option à envisager dès la première ligne selon le thésaurus national de cancérologie digestive (TNCD). D'après le TNCD, la réalisation d'un screening moléculaire est à considérer précocement dans la prise en charge si un essai thérapeutique peut être envisagé, et plus particulièrement en l'absence de mutation KRAS. En effet, les AP sans mutation KRAS sont décrits comme enrichis en mutations actionnables.
L'objectif principal de cette étude était de déterminer dans un centre tertiaire avec large recours au screening moléculaire la fréquence des altérations moléculaires actionnables dans les AP selon la présence d'une mutation KRAS ou non. Les objectifs secondaires étaient de déterminer le nombre de patients inclus dans des essais cliniques adaptés à leur altération moléculaire et de déterminer la survie globale de ces patients.

Patients et Méthodes : Cette étude monocentrique prospective a inclus les patients avec un AP localement avancé ou métastatique ayant eu un screening moléculaire large sur biopsie liquide et/ou solide entre 2018 et 2022, (panel NGS FoundationOne® CDx ou liquid CDx) dans le cadre du programme de screening moléculaire BIP (NCT02534649). Les altérations moléculaires ciblables ont été définies d'après la classification ESCAT (ESMO Scale for Clinical Actionability of molecular Targets).

Résultats : Cent soixante-trois patients avec un AP ayant eu un screening sur biopsie liquide et/ou tissulaire ont été identifiés. Vingt-sept patients ont eu un screening sur biopsie solide uniquement. Soixante-dix-neuf patients ont eu un screening sur biopsie liquide uniquement, et parmi ceux-ci 54 étaient contributifs et 25 non contributifs. Cinquante-sept patients ont eu un screening sur biopsie liquide et solide ; parmi ces biopsies liquides 30 screenings étaient contributifs et 27 non contributifs. Au total, sur 136 biopsies liquides, 84 (61,7%) étaient contributives.
Après suppression des screening non contributifs, 138 patients ont été analysés. Cent dix-neuf (86,3%) présentaient une mutation KRAS, dix-neuf (13,7%) n'avaient aucune mutation KRAS.
12,7% des patients avec AP KRAS muté présentaient une altération ciblable : mutations BRCA (9 patients), mutations PIK3CA (2), amplifications ERBB2 (2) et fusion avec NTRK (1).
Chez les patients avec un AP KRAS sauvage, des altérations ciblables ont été identifiées chez 21,1% des patients : mutation BRAF (2), mutation PIK3CA (1), fusion NTRK (1).

Conclusion : Bien que moins fréquentes que chez les patients ayant un AP KRAS sauvage, la fréquence des altérations ciblables est de plus de 10% chez les patients avec un AP KRAS muté. Ces données soulignent l'intérêt du recours au screening moléculaire pour tout patient avec un AP potentiellement éligible à un essai thérapeutique, qu'il soit ou non porteur d'une mutation KRAS. Les données cliniques des patients inclus dans des essais thérapeutiques seront présentées ultérieurement. De plus, cette étude montre la faisabilité d'un screening par biopsie liquide chez ces patients.

P.409

La localisation et le volume des collections nécrotiques pancréatiques symptomatiques traitées par nécrosectomie endoscopique sont associés à une augmentation du risque de chirurgie

M.A. Rodriguez [1], C. Yzet [1], R. Delcenserie [1], T. Yzet [1], F. Brazier [1], S. Hakim [1], M. Fumery [1], J.P. Le Mouel [1]

(1) Amiens.

Introduction : La nécrosectomie endoscopique est désormais un traitement de première intention en cas de nécrose pancréatique organisée symptomatique. Les facteurs prédictifs associés à la morbi-mortalité du geste et au recours à la chirurgie ne sont pas ou peu connus. De même, le timing optimal de drainage endoscopique reste débattu. L'objectif de cette étude était d'évaluer le taux de succès, le timing et les facteurs prédictifs d'échec de la nécrosectomie endoscopique.

Matériels et Méthodes : Nous avons réalisé une étude observationnelle, rétrospective, monocentrique en centre expert. Tous les patients consécutifs hospitalisés pour une pancréatite aigüe compliquée d'une collection nécrotique symptomatique entre janvier 2016 et janvier 2022 ont été inclus. Le succès du traitement était défini par l'absence de mortalité et d'une chirurgie de sauvetage. Les complications secondaires à la procédure endoscopique ont été collectées (perforation digestive, hémorragie, ulcère ou fistule cutanée). Les facteurs pronostiques d'échec étaient analysés à partir de caractéristiques cliniques, biologiques, radiologiques et endoscopiques pour chacun des patients. Le timing de drainage comparait un drainage précoce (< 4 semaines) à un drainage tardif (> 4 semaines).

Résultats : Sur la période d'étude, 66 patients ont été inclus pour un total de 256 séances de nécrosectomie endoscopique. Le taux de succès du traitement était de 84,8 %. Le taux de mortalité était de 6 %. Le taux de complication était de 27 % dont : 3 (4,5 %) perforations digestives, 9 (13,6 %) hémorragies digestives, 3 (4,5 %) ulcères et 3 (4,5 %) fistules cutanées. 7 patients (10 %) ont bénéficié d'une chirurgie complémentaire en raison d'un échec ou d'une efficacité partielle du traitement endoscopique. En analyse multivariée, les facteurs associés à la morbi-mortalité du traitement endoscopique ou au recours à la chirurgie, étaient le volume de nécrose [OR 1,002 ; IQR 1,000-1,003] et la localisation rétropéritonéale des collections [OR 6,06 ; IQR 1,26-28,98]. L'aire sous la courbe de ce modèle de prédiction est de 0,798. Le taux de mortalité ou de complications n'était pas différent entre les patients ayant bénéficié d'un drainage précoce plutôt que tardif (p = 0,373).

Conclusion : La nécrosectomie endoscopique est une technique efficace pour traiter les collections nécrotiques pancréatiques symptomatiques. La localisation rétropéritonéale et le volume des collections sont des facteurs pronostiques de morbi-mortalité où de recours à la chirurgie. Le délai avant nécrosectomie ne semble pas intervenir dans la morbi-mortalité du geste.

P.410

Evaluation des facteurs prédictifs de malignité des tumeurs intracanalaires papillaires et mucineuses du pancréas et comparaison des recommandations internationales

R. Fontanié [1], J.B. Chevaux [1], M. Muller [1], M. François [1], A. Lopez [1], A. Ayav [1], V. Laurent [1], M. Schaefer [1]

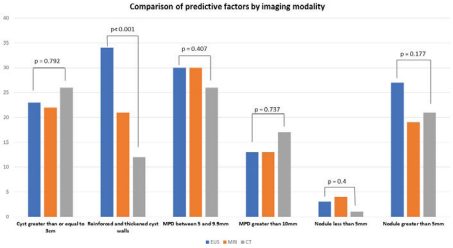
(1) Nancy.

Introduction : Les tumeurs intracanalaires papillaires et mucineuses du pancréas (TIPMP) sont des tumeurs kystiques bénignes à risque de dégénérescence en adénocarcinome du pancréas dont le pronostic reste sombre et la fréquence augmente. La progression vers la malignité des TIPMP représente un fenêtre d'opportunité pour la prévention et la détection précoce du cancer du pancréas. Actuellement, les critères permettant de suspecter une transformation de la TIPMP restent débattus, de puissance modeste, et nécessitent souvent une association de signe pour se renforcer.
Cette étude visait à évaluer la valeur prédictive des facteurs de risques de malignité des TIPMP selon les guidelines internationales disponibles (American/European guidelines et consensus international) et d'évaluer le rendement de l'imagerie.

Patients et Méthodes : C'est une étude monocentrique rétrospective portant sur les dossiers médicaux de tous les patients consécutifs ayant eu une TIPMP opérée entre janvier 2013 et avril 2021 inclus au CHRU de Nancy.

Résultats : Parmi les 102 patients inclus, 68 % (69/102) avaient des lésions malignes et 32 % (33/102) des lésions bénignes. Les valeurs prédictives de malignité des facteurs de risques suivants étaient un antécédent de pancréatite aigüe (sensibilité (Se) = 34 %, spécificité (Sp) = 75 %), un ictère obstructif (Se = 19 %, Sp = 100 %), l'élévation du taux de CA19.9 sanguin (Se = 55 %, Sp = 100 %), un nodule supérieur ou égal à 5 mm (Se = 64 %, Sp = 87 %), un canal pancréatique principal (CPP) supérieur ou égal à 10 mm (Se = 38 %, Sp = 77 %), et une cytologie suspecte (Se = 59 %, Sp = 100 %). Selon les guidelines disponibles, le consensus international a obtenu le meilleur rendement avec une sensibilité élevée à 86 % et une spécificité à 64 %. A l'exception des parois kystiques épaissies et rehaussées (p<0.001), tous les critères de risque étaient présents dans les mêmes proportions en tomodensitométrie (TDM), imagerie par résonance magnétique (IRM) et échoendoscopie (EE). Respectivement en TDM, IRM et EE, un nodule > 5 mm avait une sensibilité de 50 %, 42 % et 61 % avec une spécificité de 81 %, 76 %, 63 %. Un CPP ≥ 10 mm avait une sensibilité de 43%, 33% et 28% avec une spécificité de 90%, 90%, 79%. Les parois des kystes épaissies/rehaussées avaient une sensibilité de 21 %, 39 % et 62 % avec une spécificité de 76 %, 60 %, 30 %.

	Surgery	Benign lesion	Malignant lesion	Sensitivity	Specificity	Positive predictive value	Negative predictive value
American recommendations (n = 98)	Indicated	17	53	0.79 (95% CI: 0.67, 0.88)	0.45 (95% CI: 0.27, 0.64)	0.76 (95% CI: 0.64, 0.85)	0.50 (95% CI: 0.31, 0.69)
	Not indicated	14	14				
International consensus (n = 102)	Indicated	12	59	0.86 (95% CI: 0.75, 0.93)	0.64 (95% CI: 0.45, 0.80)	0.83 (95% CI: 0.72, 0.91)	0.68 (95% CI: 0.49, 0.83)
	Not indicated	21	10				
European recommendations (n = 101)	Indicated	25	66	0.96 (95% CI: 0.88, 0.99)	0.22 (95% CI: 0.09, 0.40)	0.73 (95% CI: 0.62, 0.81)	0.70 (95% CI: 0.35, 0.93)
	Not indicated	7	3				



Conclusion : Notre cohorte démontre que les facteurs prédictifs de malignité utiles sont la présence d'un ictère obstructif, un nodule > 5 mm, et d'une masse parenchymateuse. Le consensus international de 2017 semble être le meilleur avec une sensibilité et une spécificité élevées, et les recommandations européennes privilégient la chirurgie, entraînant une faible spécificité.

P.411

Ampullectomie endoscopique R1 pour adénocarcinome : la DPC complémentaire est-elle indispensable ?

A. Palen [(1)], J.P. Ratone [(1)], J. Garnier [(1)], F. Caillol [(1)], F. Poizat [(1)], E. Mitry [(1)], J. Ewald [(1)], O. Turrini [(1)], M. Giovannini [(1)]

(1) Marseille.

Introduction : Bien que la duodénopancréatectomie céphalique (DPC) soit le traitement de référence de l'adénocarcinome ampullaire (ADKA), le traitement des stades précoces T1 (résection endoscopique, ampullectomie chirurgicale ou DPC) reste discuté et soumis à l'expertise du centre.
L'ampullectomie pour ADKA en marges non saines (R1) impose, pour ne pas méconnaitre un envahissement ganglionnaire ou un résidu tumoral, de réaliser une DPC complémentaire.
La DPC dans ce contexte (conduit pancréatique principal non dilaté / parenchyme sain-friable) apparait une procédure à haut risque de complications (fistule pancréatique/hémorragie post opératoire).
L'objectif de l'étude était d'évaluer l'intérêt oncologique de la DPC complémentaire chez les patients ayant eu une ampullectomie endoscopique R1.

Patients et Méthodes : Entre 2010 et 2021, ont été inclus les patients ayant eu une ampullectomie endoscopique pour ADKA et les patients opérés d'une DPC d'emblée pour ADKA. Trois groupes ont été définis : les ampullectomies endoscopiques R1 sans traitement complémentaire (R1 surveillés), les ampullectomies endoscopiques R1 + DPC et les patients opérés d'une DPC d'emblée. Les résultats post opératoires et à long terme des 3 groupes ont été comparés.

Résultats : Cinquante-trois ampullectomies endoscopiques ont été pratiquées, 36 étaient en marges non saines (R1). Parmi ces dernières, on notait 20 patients dans le groupe R1+DPC et 16 dans le groupe R1 surveillés (balance bénéfice/risque en défaveur d'une DPC (comorbidités sévères)). Sur la même période 68 DPC d'emblée ont été réalisées du fait d'une impossibilité d'ampullectomie par envahissement local et/ou de la stratégie appliquée dans notre centre au début des années 2010 indiquant un geste radical quel que soit le stade.
A propos des 36 patients réséqués R1, 96% présentaient une dilatation de la voie biliaire au diagnostic et 40% un ictère. Le délai médian entre le diagnostic et l'ampullectomie était de 24 jours [0-107] et la taille médiane de la lésion était de 16mm [10-22]. La complication la plus fréquente était l'hémorragie post procédure (25%), 75% des patients ont eu une prothèse pancréatique durant le geste et aucun n'a présenté de pancréatite aiguë post procédure.
Le délai entre le diagnostic et la réalisation de la DPC était de 91 jours dans le groupe R1+DPC *versus* 43 jours pour les DPC d'emblée (p<0,001). Le taux de fistule pancréatique grade B/C était comparable entre les 2 groupes (30% p=1) de même que le taux d'hémorragie post opératoire (R1+DPC 20% *vs* DPC d'emblée 22% p=0.09). Le taux de mortalité à 90 jours était de 5% dans le groupe DPC d'emblée contre 6,7% dans le groupe R1+DPC (p=1). Dans le groupe R1+DPC, l'analyse histologique de la pièce opératoire identifiait un reliquat tumoral ≤ 1mm dans 50% des cas. Parmi ces patients, deux d'entre eux présentaient un envahissement ganglionnaire.
Aucune différence concernant le taux de survie globale à 5 ans n'était observée entre les 3 groupes (p=0.06) : 68% dans le groupe DPC d'emblée, 76% dans le groupe R1+DPC et 76% dans le groupe R1 surveillés. Parmi les patients R1 surveillées, 4 ont présenté une récidive : 1 récidive locale isolée traitée avec succès par radiofréquence, 1 récidive locale et métastatique et 2 récidives métastatiques.

Conclusion : L'ampullectomie endoscopique n'augmentait pas les complications et la mortalité d'une DPC complémentaire.
De façon surprenante, la survie des patients réséqués endoscopiquement R1 et surveillés semblait comparable aux patients ayant eu une DPC complémentaire.
Compte tenu de ces résultats nous avons modifié notre pratique clinique. Nous réalisons ainsi systématiquement

une ampullectomie endoscopique dès lors qu'elle apparaît techniquement réalisable (tumeur suspectée T1 sans extension canalaire en échoendoscopie). Celle-ci permet de confirmer le diagnostic et de personnaliser la suite de la prise en charge (DPC ou surveillance) après discussion pluridisciplinaire.
Cette stratégie thérapeutique soulève cependant plusieurs questions chez les patients R1 proposés pour une surveillance à savoir la nécessité d'une lymphadenectomie ou d'une chimiothérapie adjuvante ainsi que la fréquence de la surveillance endoscopique.

P.412

La pancréatite aiguë biliaire modérée : ne plus différer la cholécystectomie

R. Khiali [(1)], N. Nait Slimane [(1)], K. Drai [(1)], S. Ammari [(1)], M. Messaoudi [(1)], H. Bellatreche [(2)], M. Taieb [(1)]

(1) Alger, ALGÉRIE ; (2) Tipaza, ALGÉRIE.

Introduction : la pancréatite biliaire bénigne à modérée (sans défaillance persistante des grandes fonctions vitales) est la plus fréquente, autorisant une cholécystectomie précoce. Le délai entre la poussée de la pancréatite aigue (PA), et le traitement étiologique n'est pas encore déterminé même si les sociétés savantes s'accordent à dire qu'il faut réaliser cette cholécystectomie durant la même hospitalisation. Le but de cette étude est d'évaluer les résultats de la cholécystectomie précoce *versus* celle retardée. Nous émettons l'hypothèse que la cholécystectomie précoce réduit la survenue d'évènements biliaire sans en augmenter les complications.

Matériels et Méthodes : C'est une étude prospective comparative. Les patients présentant une PA biliaires légère à modérée ont été affectés prospectivement en deux groupes : cholécystectomie précoce à la 72eme heure *versus* un groupe cholécystectomie retardée au-delà de ce délai. On a évalué et comparé le taux de survenu d'évènements biliaires (récidive de PA, colique hépatique, cholécystite aigue, LVBP et angiocholite) dans les deux groupes (objectif principal), ainsi que la durée du séjour hospitalier, le taux de conversion, le temps opératoire et les complications post-opératoires objectifs secondaires).

Résultats : 118 patients ont été inclus dans notre étude comparative. 55 d'entre eux ont été opérés précocement à la 72e heure suivant la poussée, 63 autres opérés au-delà de ce délai. Un taux plus élevé d'événements biliaires a été observé dans le groupe de la chirurgie tardive, quand elle est réalisée entre le 4eme jour jusqu'à 4 semaines suivant la poussée de PA (33,3% *vs* 01,8 %; p <0,001). La durée du séjour à l'hôpital était plus longue chez les malades opérés tardivement (4,56 *vs* 12,10 jours, p <0,000001). Il n'y avait pas de différence significative entre les deux groupes en matière de taux de conversion en laparotomie, ni en matière de taux de complications.

Conclusion : La cholécystectomie précoce à la 72e heure réduit de façon significative la survenue d'évènement biliaire sans augmenter la difficulté opératoire ni le taux de conversion, ni la morbi-mortlité post-opératoire.

P.413

Pancréatite aiguë secondaire à une hypertriglycéridémie : quelle place pour le traitement spécifique ?

C. Gourdeau [1], L. Laurent [2], V. Rebours [2], B. Souweine [3], G. Savoye [1], S. Grangé [1], C. Lemaitre [1]

(1) Rouen ; (2) Clichy-la-Garenne ; (3) Clermont-Ferrand.

Introduction : L'intérêt d'un traitement à visée hypotriglycéridémiante au cours d'une pancréatite aiguë (PA) secondaire à une hypertriglycéridémie (HTG) ne fait pas consensus. Aucune étude n'a comparé directement la mise en place d'un traitement par échanges plasmatiques (EP), une insulinothérapie en continue et une mise à jeun seule dans cette maladie.
L'objectif de cette étude était d'évaluer le risque de survenue d'une évolution défavorable (décès, nombre de défaillances d'organes) en fonction du traitement reçu : insulinothérapie en continue, EP ou jeûne seul.

Patients et Méthodes : Nous avons conduit une étude observationnelle, rétrospective, multicentrique, au sein de trois centres hospitaliers entre 2008 et 2020. Les patients inclus présentaient un taux de triglycérides sériques ≥10g/L et une PA définie par les critères d'Atlanta. Les patients ont été répartis en trois groupes en fonction du traitement reçu : EP (groupe 1), insulinothérapie en continu (groupe 2) et un jeûne seul (groupe 3). Le critère principal était la survenue de défaillances d'organes ou d'un décès. Les critères de jugement secondaires étaient la présence d'un SIRS persistant (> 48h), l'index de sévérité scanographique (CTSI), la présence de complications locorégionales et la durée d'hospitalisation.

Résultats : 95 patients étaient inclus : 77,9% d'hommes, l'âge médian était 44 ans [21-62] et l'indice de masse corporelle médian était de 31kg/m2 [15-43,2]. Les patients étaient alcooliques chroniques (53,7%), fumeurs actifs (49,5%), diabétiques (28,4%) dont 59,3% étaient insulinorequérants, 35,8% des patients présentaient un antécédent de PA et 25,3% un antécédent de PA associée à une HTG. Il n'y avait pas de différences significatives entre les groupes. Les traitements reçus étaient : Gr1 n=28 ; Gr2 n= 35 et Gr3 n=32. Le temps moyen après l'admission pour obtenir un taux de TG <10g/L était de 1,1 jour dans le groupe 1, 3,4 jours dans le groupe 2 et de 3,5 jours dans le groupe 3 (p<0,01).
Il n'existait pas de différence significative entre les groupes concernant l'apparition de défaillances hémodynamique, respiratoire, rénale, hépatique, neurologique (p=0,71 ; p=0,84 ; p=0,28 ; p=0,12 ; p=1) ou la survenue d'un décès (p=0,24).
Il n'existait pas non plus de différence entre les groupes sur la présence d'un SIRS persistant (p=0,64), le score CTSI (p=0,73), l'apparition de collections aiguës nécrotiques (p=0,20) ou de nécrose organisée pancréatique (p=0,81) . Le temps médian d'hospitalisation était plus court chez les patients du groupe EP (p=0,02). Il y avait moins de thrombose du système splanchnique dans le groupe 1 (n=1) que dans le groupe 2 (n=7) et (n=11) dans le groupe 3 (p=0,016).

Conclusion : Dans cette étude rétrospective, l'histoire naturelle des pancréatites aigues secondaires à une HTG n'était pas modifiée malgré la mise en place rapide d'un traitement spécifique hypotriglycéridémiant (insulinothérapie ou EP). Aucun traitement spécifique de l'HTG ne peut être recommandé dans les phases initiales de la prise en charge, cependant une étude prospective est nécessaire pour valider ces données.

P.414

Analyse longitudinale des parcours de soins des patients atteints d'un cholangiocarcinome en France

S. Tzedakis [1], A. Challine [1], U. Marchese [1], A. Dhote [1], M. Gaillard [1], R. Coriat [1], V. Mallet [1], S. Katsahian [1], D. Fuks [1], A. Lazzati [2]

(1) Paris ; (2) Créteil.

Introduction : Les parcours de soins des patients atteints d'un cholangiocarcinome (CC) sont mal connus en France. L'objectif principal de ce travail était d'étudier ces différents parcours à l'échelle du pays et identifier les facteurs influençant l'accès à un parcours curatif (PC).

Patients et Méthodes : Les données issues du PMSI entre 2017-2021 ont été utilisées et les parcours de soins ont été construits utilisant une méthode d'analyse des données longitudinales appelé « sequence cluster analysis ». Une régression logistique multinomiale cherchait à identifier les facteurs influençant l'appartenance à un type de PC

Résultats : Parmi les 20079 patients analysés, 2363 (12%) patients ont été opérés à visée curative (PC). Parmi les autres patients, 4997 (25%) recevaient un traitement palliatif (chimiothérapie essentiellement) et 12465 (62%) patients n'avaient aucun traitement. En analyse multivariée, l'accès à la chirurgie était associée à des patients jeunes (OR 5.92 [95%CI: 4.59-7.64]), avec un score charlson faible (OR 1.43 [95%CI: 1.26-1.62]), sans hépatopathie (OR 1.95 [95%CI: 1.56-2.43]), pris en charge dans un centre universitaire (OR 1.39 [95%CI: 1.14-1.70]) à haut volume (OR 1.24 [95%CI: 1.04-1.49]).

Conclusion : Seuls 12% des patients atteints d'un CC accèdent à la chirurgie tandis que la grande majorité ne reçoivent aucun traitement. Une réflexion sur une centralisation de la prise en charge de cette pathologie devrait être envisagée.

P.415

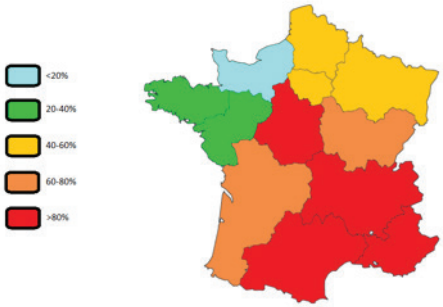
Médecine personnalisée dans le cancer des voies biliaires avancé : est-ce vraiment le cas en France en 2022 ?

L. Sayah [1], C. Neuzillet [2], D. Malka [3], M. Muller [1], D. Verneret [4], J. Henriques [4], A. Lopez [1]
(1) Nancy ; (2) Saint-Cloud ; (3) Paris ; (4) Besançon.

Introduction : Le cancer des voies biliaires (CVB) regroupe plusieurs entités anatomiques dont l'incidence reste faible en France mais plus élevée dans certaines zones mondiales avec une agressivité toujours équivoque. Après plusieurs années avec un faible panel thérapeutique, il a été mis en évidence que le CVB est une des néoplasies les plus riches en altérations moléculaires ciblables. De ce fait, des thérapeutiques ont été évaluées et, devant des résultats prometteurs, elles ont pu bénéficier d'autorisations anticipées de prescription. De ce fait, nous avons voulu étudier les connaissances et les pratiques des oncologues digestifs français en matière de médecine personnalisée dans le CVB avancé et rechercher d'éventuelles disparités territoriales ou environnementales.

Matériels et Méthodes : Nous avons envoyé un questionnaire à 260 oncologues digestifs français entre mai et juillet 2022. Nous avons obtenu et analysé 123 réponses. Les questions portaient sur les connaissances des praticiens, la recherche des anomalies moléculaires et les prescriptions des thérapies ciblées mais aussi sur les barrières éventuelles. Des analyses descriptives et comparatives ont été réalisées sur la base de quatre variables : l'âge des praticiens, leur région d'exercice, leur mode d'exercice et si leur centre était membre de l'association pour l'étude des cancers et affections des voies biliaires (ACABi).

Résultats : Les répondants ont pour la majorité rapporté avoir lu les dernières publications concernant les thérapeutiques dans le CVB avancé (96,7%) et avoir prescrit des recherches d'anomalies moléculaires (95,1%). Parmi ces dernières, les plus demandées étaient le statut MMR (mismatch repair) dans 95% des cas, la mutation du gène IDH1 dans 93% des cas et la fusion ou réarrangement du gène FGFR2 dans 90% des cas. Le séquençage haut débit (NGS) était fait en routine dans 58% des cas. Les anomalies moléculaires étaient recherchées au moment du diagnostic dans 35-60% des cas. 41% des praticiens avaient déjà réalisés une prescription de thérapie ciblée avec un nombre moyen de 3 prescriptions. Presque la moitié (43%) des prescriptions de thérapie ciblée avaient été faites dans le cadre d'un essai thérapeutique. Cependant parmi les non-prescripteurs de thérapie ciblée, plus de la moitié rapportaient l'indisponibilité des essais thérapeutiques. Concernant les pratiques dans les 12 prochains mois, 77% des répondants effectueront des recherches moléculaires chez leurs patients et cela dès le diagnostic et 17% auront tendance à attendre l'échec d'une première ligne thérapeutique. Des analyses comparatives ont permis de mettre en évidence une hétérogénéité de pratique en ce qui concerne la prescription de thérapies ciblées et la réalisation du NGS en relation avec le mode de pratique des oncologues et leur région d'exercice.



Cartographie de la réalisation du NGS en routine

Conclusion : Les oncologues digestifs français étaient au fait des dernières mises à jour concernant le cancer des voies biliaires avancé avec, cependant, des disparités qui persistent notamment concernant la prescription des thérapies ciblées. Il existe un besoin essentiel de nouvelles recommandations concernant la recherche des anomalies moléculaires, l'accès aux essais thérapeutiques et la prescription des thérapies ciblées. À l'ère de la médecine de précision et de la prise en charge personnalisée et globale des patients, ces attentes doivent être considérées comme une véritable priorité.

P.416

Survie après drainage biliaire pour obstruction biliaire d'origine néoplasique en contexte palliatif : développement et validation d'un score pronostique

E. Antoine [(1)], M. Morvan [(2)], A. Drouet d'Aubigny [(2)], E. Perez-Cuadrado-Robles [(3)], R. Olivier [(1)], L. Quénéhervé [(2)]

(1) Poitiers ; (2) Brest ; (3) Paris.

Introduction : Le drainage biliaire, endoscopique ou radiologique, est un geste invasif et potentiellement morbide. Il peut être délétère et inadapté chez des patients en contexte néoplasique palliatif. Les indications de drainage biliaire augmentent et des outils sont nécessaires pour sélectionner les patients qui pourront en tirer le plus grand bénéfice. L'objectif principal de cette étude était donc de développer et de valider un score pronostique de survie après drainage biliaire en contexte d'obstruction néoplasique chez des patients sans perspective de traitement curatif.

Patients et Méthodes : Il s'agissait d'une étude rétrospective, multicentrique. Tous les patients atteints d'obstruction biliaire d'origine néoplasique ayant eu un drainage avec pose de prothèse biliaire entre 2014 et 2018 dans un 1er centre hospitalier universitaire ont été inclus dans la cohorte de dérivation pour identifier les facteurs prédictifs de mortalité et développer le score. Ce score a ensuite été validé sur une deuxième cohorte de patients pris en charge dans un 2eme centre hospitalier universitaire. Les données cliniques et biologiques ont été recueillies de manière rétrospective. Les variables biologiques continues ont été catégorisées à l'aide des courbes ROC et la survie globale a été estimée selon la méthode de Kaplan-Meier.

Résultats : La cohorte de dérivation comprenait 262 patients, avec un âge médian de 73 ans. L'obstruction biliaire était due à un cancer primitif chez 203 patients (77.5%) et à un cancer métastatique chez 59 patients (22.5%). La morbidité intra-hospitalière était de 18,2%, la mortalité à 30 jours était de 14% et la médiane de survie globale était de 4,8 mois. Deux variables étaient associées de manière indépendante à un pronostic défavorable : la présence de métastases hépatiques, et une bilirubine ≥ 185 µmol/L ; une variable était associée à un meilleur pronostic : le score OMS = 0 ou 1. Le score PROBILI a été construit selon les modalités suivantes : Bilirubine totale > 185 µmol/L : +1 / Présence de métastases hépatiques : +1 / OMS = 0 ou I : -1. Les valeurs du score sont donc comprises entre -1 et 2 avec une survie moins favorable pour des valeurs élevées du score. La médiane de survie était à 7,5 mois dans le groupe « pronostic favorable » (PROBILI <0.5) *versus* 2,5 mois dans le groupe « pronostic défavorable » (PROBILI >0.5) (p < 0,001). La cohorte de validation a inclus 187 patients. La médiane de survie était de 16 semaines pour les patients avec un score défavorable > 0.5 et de 30 semaines pour les patients avec un score favorable < 0.5 (p= 0,0041). La survie à 4 semaines était de 91% (86%- 98%) dans le groupe de pronostic favorable et de 78% (69%-88%) dans le groupe défavorable. Les survies à 12 semaines étaientt respectivement de 79% (71%-89%) et de 53% (43%-66%). Enfin il faut noter que les patients avec un score de 2, le plus défavorable, avaient une survie de 69% (48%-99%) à 4 semaines, 38% (19%-76%) à 8 semaines et de 23% (8.6%-62%) à 12 semaines.

Conclusion : Cette étude a permis d'identifier 3 facteurs pronostiques indépendants de survie chez les patients ayant un drainage biliaire pour une obstruction biliaire néoplasique en contexte palliatif permettant le développement d'un score pronostique. Ce score semble particulièrement pertinent pour l'évaluation de la survie précoce à 4 et 12 semaines et plus discriminant lorsque le score maximal est atteint ; il pourrait être utilisé comme aide lors d'une approche multidisciplinaire afin de discuter la pertinence d'un drainage biliaire.

P.417

Impact clinique de l'analyse moléculaire dans la prise en charge des patients suivis pour une lésion kystique du pancréas

S. Mack [(1)], P. Giacomo [(1)], L. Rubbia-Brandt [(1)], E. Coron [(1)], J.L. Frossard [(1)], P. Bichard [(1)]

(1) Genève, SUISSE.

Introduction : Les lésions kystiques du pancréas (LKPs) sont fréquentes, le plus souvent découvertes de manière fortuite et représentent un challenge diagnostique. Parmi les LKPs néoplasiques et non néoplasiques, les LKPs mucineuses ont le potentiel de progresser en cancer et doivent être différenciés des autres LKPs afin d'assurer une surveillance. Selon la littérature, l'utilisation de l'IRM, de l'EUS, du dosage biochimique et de la cytopathologie permet une précision diagnostique de 70 %. Cette valeur pourrait augmenter jusqu'à 90% lors de l'utilisation de l'analyse moléculaire du liquide du kyste pancréatique (KRAS et GNAS). L'objectif de cette étude était d'évaluer l'impact de l'analyse moléculaire sur le diagnostic clinique et la prise en charge des patients atteints de LKP.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une analyse rétrospective, conduite de 2014 à 2021 dans un centre universitaire tertiaire de patients ayant bénéficié d'une EUS avec ponction par aspiration pour une LKP.

Résultats : 85 patients ont été analysés (39 % d'hommes avec un âge moyen de 63 ans). La plupart des LKPs était unique (77 %). Les LKPs uniques étaient localisées dans la tête dans 32 %, dans le corps dans 25 % et dans la queue du pancréas dans 12%. Le diamètre médian était de 23 mm. Soixante-treize pourcent des LKPs ont été découverts fortuitement. Vingt-sept pourcent des patients avaient des douleurs abdominales ou une pancréatite. Le principal type de LKP était une tumeur intra-canalaires papillaires et mucineuse du pancréas (58 %), un cystadénome séreux (14 %) et un cystadénome mucineux (11 %). Sur les 63 patients présentant des lésions mucineuses, une mutation de KRAS et/ou GNAS était présente chez 16 patients. La présence d'une mutation KRAS et/ou GNAS était observée chez 12 % des LKPs sans élévation du CEA. Parmi les 25 patients opérés pour suspicion de lésion maligne, seulement 32 % avaient une dysplasie de haut grade et 12% un cancer. Deux autres patients avaient une tumeur maligne avancée non opérable. Des mutations de KRAS et/ou GNAS ont été trouvées dans les lésions malignes dans 46 % des cas (6/13) et dans les lésions non malignes dans 21 % des cas (3/14). Chez les patients opérés pour des lésions mucineuses, dont 5 pour des lésions malignes, aucune mutation n'a été retrouvée dans 32 % des cas (8/25). Le séquençage de la mutation KRAS et GNAS a été réalisé par la méthode de Sanger (PCR) dans 78 % des cas, tandis que 22 % des cas ont été réalisés par NGS (haut débit). La performance diagnostique des différents tests, seuls et en combinaison, pour diagnostiquer les kystes mucineux ont été analysés. Parmi eux, le CEA a la sensibilité la plus élevée de 57 % et une spécificité de 85 %. L'analyse moléculaire a une sensibilité de 24 % et une spécificité de 94 %. Lorsque les méthodes de séquençage utilisées pour détecter le KRAS ou/et le GNAS étaient séparées (méthodes de Sanger ou NGS), nous avons constaté, dans notre population, une tendance à détecter les lésions mucineuses avec une meilleure performance diagnostique lorsque les mutations moléculaires (KRAS et/ou GNAS) étaient détectées à l'aide du NGS.

Conclusion : Dans notre expérience, l'analyse moléculaire du liquide de ponction des LKPs a un impact limité sur le diagnostic clinique et la prise en charge des patients. De nouvelles études utilisant la méthode NGS sont nécessaires avant de considérer cette technique comme pertinente.

P.418

Impact de la sarcopénie et de la myostéatose sur la tolérance de la chimio-radiothérapie chez les patients atteints de cancer du pancréas localement avancé

M. Fontaine [1], M. Perrier [1], M. Brugel [1], M. Djelouah [2], P. Guilbert [1], P. Torielli [1], D. Botsen [1], F. Slimano [1], E. Bertin [1], C. Carlier [1], A. Saint [3], E. François [3], J. Fabre [1], O. Bouché [1]
(1) Reims ; (2) Paris ; (3) Nice.

Introduction : La présence d'une sarcopénie (perte de masse musculaire) ou d'une myostéatose (excès de dépôts graisseux dans le tissu musculaire) a été associée à un mauvais pronostic chez les patients atteints de cancer. L'objectif de cette étude était d'évaluer l'impact de la sarcopénie et de la myostéatose sur la tolérance de la chimio-radiothérapie (CRT) chez les patients atteints d'un adénocarcinome du pancréas localement avancé ou borderline (LAPC).

Matériels et Méthodes : Dans cette cohorte rétrospective, tous les patients atteints d'un LAPC et traités par CRT entre le 1er janvier 2011 et le 1er mai 2022 dans 2 centres tertiaires français ont été inclus Les scanners de centrage de radiothérapie étaient utilisés pour mesurer la surface et la densité musculaire au niveau de la troisième vertèbre lombaire. La sarcopénie était définie comme un index de surface musculaire (SMI) <38,5 cm²/m² (femmes) et <52,4 cm²/m² (hommes), et la myostéatose par une densité moyenne des psoas ≤44,5 Hounsfield unit (HU). Les effets indésirables ont été recueillis et rassemblés par semaine de traitement. Les toxicités dose limitante étaient définies comme toute toxicité conduisant à une réduction de dose, un report ou un arrêt de traitement.

Résultats : Un total de 85 patients a été inclus, et principalement des femmes (n=52 (61,2%)), stades localement avancés (n=53 (62,4%)), chimiothérapie d'induction par FOLFIRINOX (n=68 (81,9%)), et CRT avec capecitabine (n=78 (91,8%)). Le SMI moyen (SD) était de 33,9 (8,5) cm/m² et la densité moyenne du psoas de 42,8 (6,6) HU. La sarcopénie et la myostéatose étaient présentes chez 75 (88,2%) et 47 (55,3%) patients respectivement. Les patients sarcopéniques développaient significativement plus de toxicités (tous grades) aux 2ième (p=0,013) et 5ième semaines (p=0,026) durant la CRT, notamment plus de nausées (p=0,037) et d'anémie (p=0,004). La myostéatose n'était pas significativement associée à l'apparition des toxicités hebdomadaires. Onze patients (12,9%) ont eu une toxicité dose limitante de la chimiothérapie, les plus fréquentes étant les nausées (n=4 (36,4%)), vomissements (n=4 (36,4%)), syndrome main-pied (n=3 (30%)) et thrombopénie (n=6 (54,5%)). Un seul patient (1,2%) a eu une toxicité dose limitante de la radiothérapie, avec un arrêt temporaire de 11 jours (nausées et vomissements). La survie globale médiane était de 17,1 mois (1,2-64,0) dans l'ensemble de la cohorte. La présence d'une sarcopénie était significativement prédictive d'une survie globale diminuée (HR 3,65 (1,29-10,28) ; p=0,014). En revanche, la présence d'une myostéatose n'était pas prédictive de la survie globale (HR 1,05 (0,62-1,76) ; p=0,854).

Conclusion : La présence d'une sarcopénie était associée à plus d'effets indésirables et prédictive d'un pronostic défavorable chez les patients avec un LAPC traité par CRT. Un dépistage précoce de la sarcopénie pourrait permettre d'améliorer la tolérance de la CRT, en proposant un support nutritionnel et une activité physique adaptée.

P.419

Impact de la sarcopénie sur le pronostic des patients traités par FOLFIRINOX pour un cancer du pancréas avancé

L. Lellouche [1], R. Coriat [1], M. Barat [1], A. Pellat [1], P. Soyer [1]
(1) Paris.

Introduction : La sarcopénie, définie par une diminution de la masse et de la force musculaires, peut être évaluée par tomodensitométrie (TDM) et pourrait être associée à une réduction de la survie chez les patients atteints d'un cancer du pancréas avancé. La chimiothérapie par FOLFIRINOX (5-fluorouracile, irinotecan, oxaliplatine) est l'une des options thérapeutiques validées en première ligne pour ces patients. L'objectif de cette étude était d'étudier l'impact de la sarcopénie au moment du diagnostic sur la survie globale et la survie sans progression chez les patients atteints de cancer du pancréas métastatique ou localement avancé.

Patients et Méthodes : Les données cliniques et les examens tomodensitométriques des patients traités par FOLFIRINOX en première ligne pour un cancer du pancréas avancé dans notre institution entre 2012 et 2020 ont été examinés rétrospectivement. L'indice de masse musculaire squelettique (IMS) (cm2/m2) a été calculé à partir de la surface musculaire squelettique (cm2) sur une coupe tomodensitométrique passant au niveau de la troisième vertèbre lombaire et de la taille (m2). Les patients ont été classés en deux groupes, sarcopéniques et non-sarcopéniques selon des seuils d'IMS spécifiques au sexe (IMS < 43 cm2/m2 pour les hommes ayant un indice de masse corporelle [IMC] < 25 kg/m2, < 53 cm2/m2 pour les hommes ayant un IMC ≥ 25 kg/m2 et < 41 cm2/m2 pour les femmes, quel que soit l'IMC). La survie globale et la survie sans progression ont été calculées par la méthode de Kaplan-Meier et comparées entre les patients sarcopéniques et non sarcopéniques à l'aide du test du log-rank.

Résultats : Cent sept patients (femmes 52,8% ; n = 56, hommes 47,2% ; n = 51) atteints d'un cancer du pancréas métastatique (70% ; n = 75) ou localement avancés (29,9% ; n = 32) et traités par FOLFIRINOX en première ligne ont été inclus. Soixante et un (57%) étaient sarcopéniques au moment du diagnostic selon les seuils d'IMS utilisés. La survie globale médiane des patients non sarcopéniques et sarcopéniques était de 46,5 et 36,9 mois, respectivement (hazard ratio [HR], 1,14 ; intervalle de confiance à 95% [IC95%], [0,53-2,5]). La survie sans progression médiane était de 11,4 et 6,9 mois chez les patients sarcopéniques et non sarcopéniques, respectivement (HR, 0,6 ; IC95%,[0,39-0,93] ; p = 0,038). Lors de la progression, les patients sarcopéniques ont reçu moins de chimiothérapie de seconde ligne que les patients non sarcopéniques (39,3 % *versus* 58,7 % ; p = 0,04).

Conclusion : La survie globale n'était pas significativement différente selon la présence ou non d'une sarcopénie au moment du diagnostic de cancer du pancréas avancé, à la différence de la survie sans progression, raccourcie chez les patients sarcopéniques.

P.420

Prise en charge et pronostic du cancer du pancréas dans la population générale

S. Manfredi [(1)], V. Jooste [(1)], L. Bengrine [(1)], V. Quipourt [(1)], C. Lepage [(1)], F. Ghiringhelli [(1)], A.M. Bouvier [(1)]

(1) Dijon.

Introduction : La résection chirurgicale est le seul traitement potentiellement curatif du cancer du pancréas dont l'indication repose sur des critères d'imagerie et sur l'opérabilité des patients. La chimiothérapie est recommandée pour les patients dont l'espérance de vie le permet. Notre objectif était de décrire les modalités de prise en charge du cancer du pancréas dans la population générale.

Patients et Méthodes : 912 patients diagnostiqués avec un cancer du pancréas entre 2014 et 2017 ont été enregistrés par un registre de cancers en population générale. La survie sans progression et la survie nette sans progression ont été estimées.

Résultats : 52% des cancers du pancréas ont été diagnostiqués à un stade métastatique. Parmi les 20 % de patients remplissant les critères de résécabilité, la moitié des 75-84 ans et aucun des 85 ans n'ont eu de résection. L'âge n'était pas associé à la survie observée à 3 ans chez les patients ayant eu une résection chirurgicale. Parmi l'ensemble de la population, 77 % des patients âgés de moins de 75 ans, 55 % de ceux âgés de 75 à 84 ans et 8 % de ceux âgés de 85 ans ou plus ont reçu une chimiothérapie. Parmi les patients à qui une chimiothérapie était proposée, 7% des moins de 75 ans et 73% des 85 ans ou plus l'ont refusée (eux ou leur famille). La toxicité de la chimiothérapie était plus élevée avec la Gemcitabine-Oxaliplatine/Gemcitabine-Abraxane et FOLFIRINOX qu'avec la Gemcitabine seule. Les patients réséqués après induction par FOLFIRINOX et ceux traités par Gemcitabine adjuvante présentaient le plus faible risque de progression. La survie nette à trois ans était de 35 % chez les patients présentant des tumeurs non métastatiques résécables et inférieure à 10 % chez les autres patients.

Conclusion : Seule la moitié des patients appartenant à la classe d'âge 75-84 ans ayant une tumeur résécable au moment du diagnostic ont eu une résection chirurgicale. Deux tiers des patients âgés de 85 ans ou plus ont refusé la chimiothérapie, soulignant la nécessité d'étendre les évaluations gériatriques.

Remerciements, financements, autres : cette étude a bénéficié d'un financement par la bourse FARE 2021 de la SNFGE

P.421

Impact de la pré-habilitation sur la morbi-mortalité après une duodéno-pancréatectomie céphalique (DPC)

R. Jabi [(1)], M. Bouziane [(1)]

(1) Oujda, MAROC.

Introduction : La duodéno-pancréatectomie céphalique (DPC) est une intervention majeure en chirurgie viscérale. Elle est le seul moyen thérapeutique à visée curative des cancers de la tête du pancréas. Une intervention chirurgicale très lourde généralement associée à un risque important de complications post opératoires et des effets à long terme sur la physiologie normale et la qualité de vie

Nous allons analyser les cas des patients qui ont bénéficié d'un programme de préhabilitation avant d'être opérés pour une DPC.

Etudier la morbi-mortalité de cette chirurgie dans ce contexte en le comparant avec des patients sans programme de pré habilitation préalable.

Rappeler les principes du programme de préhabilitation qui comprenait des exercices physiques, respiratoires, un coaching psychologique et un soutien nutritionnel.

Patients et Méthodes : Etude rétrospective descriptive analytique sur 7 ans de 35 cas, répartis en 2 groupes :

*Groupe G1 (n=20 patients): ayant bénéficié d'une DPC sans programme de pré habilitation.

*Groupe G2 (n=15 patients) : ayant bénéficiés d'une DPC avec programme de pré habilitation.

Résultats : - L'évaluation préopératoire a décelé un taux d'IMC moyen de 26.6 kg/m2 en G1 *versus* 28.2 kg/m2 en G2.

-En post opératoire immediat:l'extubation etait jugée facile,rapide, faite au bloc dans la majorité du groupe G2 tandis que la majorité du groupe G1 ont ete extubé en reanimation plut tard en moyenne 3 heuresapres fin du geste

-En postopératoires, on a relevé dans le groupe de préparation G2 des taux significativement plus faibles de complications pulmonaires telles l'encombrement bronchique (23% G2 *vs* 80% G1), l'épanchements pleuraux, l'atélectasie et l'infection respiratoire.

-Egalement on avait signalé dans le groupe de préparation G2 un taux plus faible des complications cardiaques avec une remise à la marche et une restauration rapide de l'indépendance fonctionnelle ainsi qu'un séjour hospitalier plus court. On avait noté aussi un taux plus faible de douleurs post opératoires (Moyenne EVA dans le groupe G2 était 4/10 contre 7/10 dans le groupe G1) avec diminution des besoins de prescription de morphiniques dans le groupe G2.

-Alors que l'impact de la pré habilitation sur la mortalité postopératoire et sur l'infection du site opératoire dans notre étude n'était pas associée significativement à des taux plus faibles.

Conclusion : La pré habilitation semble susceptible d'améliorer le suivi post-opératoire, il réduit les complications chirurgicales et accélère la récupération fonctionnelle.

Les programmes de pré habilitation ont été mis en place pour optimiser à la fois le bien-être physique et psychologique des patients avant chirurgie abdominale majeure

P.422

Kyste hydatique hépatique rompu dans les voies biliaires : efficacité du traitement endoscopique

B. Aourarh [1], A. Benhamdane [1], A. Sair [1], K. Boualiten [1], J. Benass [1], T. Addajou [1], S. Mrabti [1], R. Berraida [1], F. Rouibaa [2], A. Benkirane [1], H. Seddik [1]

(1) Rabat, MAROC ; (2) Casablanca, MAROC.

Introduction : Le kyste hydatique du foie (KHF) est une affection parasitaire due au développement du tænia Echinococcus Granulosus. La fistulisation dans les voies biliaires est l'une des complications les plus fréquentes. Le traitement endoscopique s'impose en raison des risques liés à la chirurgie.L'objectif de notre étude est d'évaluer l'apport de la cholangio-pancréatographie rétrograde endoscopique (CPRE) dans la prise en charge diagnostique et surtout thérapeutique des KHF rompus dans les voies biliaires.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive et analytique, de Janvier 2003 à Aout 2022, ayant porté sur 50 patients présentant un KHF fistulisé dans les voies biliaires. La CPRE et la sphinctèrotomie biliaire endoscopique ont été réalisées chez tous les malades. Le succès global était défini par la vacuité définitive de la voie biliaire principale. L'analyse statistique est réalisée à l'aide du logiciel JAMOVI 2.0 pour mac.

Résultats : Parmi les CPRE réalisées dans notre service pendant la période de l'étude, 4,6% (n = 50) ont été effectués devant un kyste hydatique hépatique communiquant avec les voies biliaires.L'âge moyen de nos patients était de 46,1 ±14,8 ans avec une prédominance masculine à 66% soit un sex-ratio (H/F) de 1,94.
Pour nos 50 patients inclus dans l'étude, la CPRE a été réalisée dans 52,2% des cas en préopératoire, et dans 47,8% en postopératoire.La CPRE a été indiquée pour une angiocholite aigue dans 44,9% et une fistule biliaire externe persistante dans 34%.Le diamètre médian du cholédoque était de 10 [7-14] mm et le diamètre médian du kyste était de 35 [27-47].
La Sphinctérotomie a été réalisée chez 96% des patients permettant l'extraction du matériel hydatique par ballon ou par Dormia dans 87,8 % des cas. Néanmoins 24 % ont nécessité un drainage naso-biliaire et 8 % ont bénéficié d'une mise en place de prothèse biliaire.
Le succès global était de 96 % (n=46).
Le taux de complications immédiates était de 8% (n=4) à savoir un patient avait une hémobilie et 3 patients avaient un saignement de berges. L'évolution a été marquée par la disparition de l'ictère au bout de 5 à 10jours et par le tarissement de la fistule biliaire externe au bout de 10 jours.

Conclusion : Notre étude confirme que le traitement endoscopique par CPRE du kyste hydatique rompu dans les voies biliaires représente une alternative thérapeutique efficace, avec un faible taux de complications immédiates (8%) et une bonne évolution à long terme.

P.423

Rentabilité diagnostique d'une seconde ponction sous écho-endoscopie après une première non contributive pour le diagnostic des tumeurs solides du pancréas

B. Camus [1], A. Pellat [1], A. Rouquette [1], U. Marchese [1], A. Dohan [1], A. Belle [1], E. Abou Ali [1], S. Chaussade [1], R. Coriat [1], M. Barret [1]

(1) Paris.

Introduction : Le cancer du pancréas est une tumeur fréquente dont l'incidence est en constante augmentation en France et dans le monde depuis 30 ans. Le diagnostic histologique des lésions solides du pancréas est fondamental pour orienter la prise en charge. Pour cela la ponction-biopsie sous écho-endoscopie (EUS FNB) est la technique de référence. La conduite à tenir en cas de première ponction négative sous échoendoscopie n'est pas standardisée d'après les dernières recommandations européennes d'endoscopie. Le but est d'évaluer la rentabilité diagnostique d'une seconde ponction sous écho-endoscopie par FNB pour le diagnostic d'une lésion solide du pancréas, après une première ponction par FNB non contributive.

Patients et Méthodes : Etude rétrospective cas témoin, 34 cas (seconde ponction après échec d'une première ponction pour lésion solide du pancréas) appariés à 68 témoins (diagnostic d'une lésion solide du pancréas sur la première ponction) sur l'âge, le sexe, la localisation tumorale et la présence d'une pancréatite chronique.

Résultats : Trente quatre cas et soixante huit contrôles ont été inclus dans l'analyse. La précision diagnostique était de 88% et 80% dans les groupes simple et double ponction, respectivement (p=0,824). La seconde ponction montrait une sensibilité de 80%, une spécificité de 75%, une VPP de 96%, une VPN de 33% et une précision diagnostique de 80%. Sur les 34 patients du groupe double ponction, 25 (74%) avaient un diagnostic positif posé par la seconde ponction, 4 (12%) par la chirurgie après une seconde ponction négative, 4 (12%) par l'évolution clinique et radiologique. Parmi les 25 patients diagnostiqués sur la seconde ponction, 17 (68%) étaient des adénocarcinomes du pancréas, 2 (8%) des tumeurs neuroendocrines, 2 (8%) autres des pancréatites auto-immunes, 2 (8%) nodules de pancréatite chronique et 1 (4%) métastase de cancer rénal. Au total 26% des diagnostics étaient bénins après une première ponction négative.

Conclusion : La seconde ponction permet d'obtenir le diagnostic d'une lésion solide du pancréas chez trois patients sur quatre, avec peu de morbidité. L'existence de 26% de diagnostics bénins (pancréatite auto-immune et nodule de pancréatite chronique) est en faveur de l'approche diagnostique par ponction répétée, plutôt qu'une résection pancréatique.

P.424

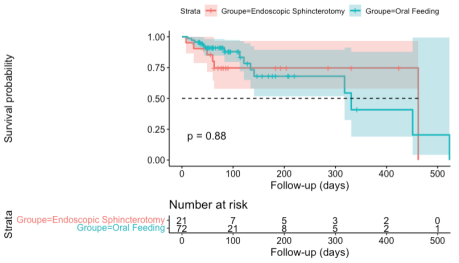
Impact de la stratégie thérapeutique sur la récidive des événements biliaires dans l'attente d'une cholécystectomie différée après pancréatite aiguë biliaire sévère : une série rétrospective

J. Le Corre [1], N. Reboux [1], M. Robaszkiewicz [1], J.B. Nousbaum [1], L. Quénéhervé [1]
(1) Brest.

Introduction : La stratégie thérapeutique visant à réduire le risque de récidive d'événement biliaire en attente de cholécystectomie différée après une pancréatite aiguë biliaire (PAB) sévère reste controversée. Cette étude visait à évaluer l'impact de 3 stratégies (sphinctérotomie endoscopique, nutrition entérale exclusive et reprise de l'alimentation orale) sur la récidive d'événement biliaire en attente de cholécystectomie différée après une PAB sévère.

Patients et Méthodes : Les patients admis dans un centre hospitalier universitaire et un centre hospitalier général entre le 1er janvier 2014 et le 31 décembre 2020 pour une PAB sévère avec un score de Balthazar de C, D ou E et une cholécystectomie différée d'au moins 30 jours après l'admission ont été inclus rétrospectivement à partir des données fournies par le département d'information médicale. Les critères d'exclusion étaient : une autre cause de pancréatite aiguë, une pancréatite chronique et une angiocholite.

Résultats : 102 patients ont été inclus, dont 21 (20,6%) ont eu une sphinctérotomie endoscopique, 9 (8,8%) ont été maintenus sous nutrition entérale exclusive jusqu'à la cholécystectomie et 72 (70,6%) ont repris une alimentation orale. Le groupe nutrition entérale a été exclu de l'analyse statistique en raison du faible nombre de patients. Le critère d'évaluation principal, à savoir la récidive d'événement biliaire, est survenu chez 21 (23 %) patients : 6 (29%) patients dans le groupe sphinctérotomie endoscopique et 15 (21%) patients ayant repris une alimentation orale (p = 0,6). Le délai de récidive n'était pas différent entre les groupes (p = 0,4) (Figure). La durée de l'hospitalisation était significativement plus courte dans le groupe alimentation orale (p = 0,016). Il n'y avait pas de différence entre les groupes en termes de nécrose infectée (p = 0,74) et de cholécystectomie avancée en raison d'une récidive (p > 0,9). Une pancréatite aiguë après cathétérisme rétrograde des voies biliaires (4,8 %) est survenue dans le groupe sphinctérotomie endoscopique. Des événements indésirables de la cholécystectomie sont survenus chez 5 (5,4 %) patients, tous dans le groupe alimentation orale (p = 0,58).



Conclusion : Cette série rétrospective ne montre pas d'impact de la stratégie thérapeutique sur la récidive des événements biliaires après une PAB sévère en attente de cholécystectomie différée. La reprise de l'alimentation orale était la stratégie choisie dans la plupart des cas.

P.425

Résultats d'une enquête de pratique de la prise en charge de la pancréatite aiguë sévère et ses complications

A. Belle [1], A.P. Vergeau [1], E. Abou Ali [1], M. Barret [1], R. Hallit [1], B. Bordacahar [1], A. Berson [1], A. Assaf [1], F. Corre [1], R. Coriat [1], S. Chaussade [1]
(1) Paris.

Introduction : Des recommandations européennes ont été publiées récemment par un consensus d'experts concernant la prise en charge initiale de la pancréatite aiguë (WSES 2019). Cependant, et malgré tous les efforts de standardisation de la prise en charge, un écart important peut exister entre les différentes recommandations internationales et notre pratique clinique.

Matériels et Méthodes : Une enquête sur les modalités de prise en charge de la pancréatite aiguë sévère et ses complications composée de 36 questions a été soumise à des médecins exerçant en France susceptibles de prendre en charge ces patients : des gastro-entérologues « experts » (ceux prenant en charge régulièrement des pancréatites aigües, c'est à dire au moins une cinquantaine par an), des gastro-entérologues « non experts », des internes de gastro-entérologie, de chirurgie digestive et de réanimation médicale, des chirurgiens digestifs et des réanimateurs. 140 médecins ont répondu à notre enquête.

Résultats : Seulement 18/30 questions ont obtenu au moins 50 % de réponses similaires, ce qui nous a permis de formuler un "consensus" ou une "prise de position". Il était rassurant de retrouver un pourcentage élevé "d'experts" qui était en accord avec les réponses "attendues" avec une réponse identique dans plus de 50 % des cas dans les questions à choix multiples. Cependant il existait une forte discordance dans nos pratiques concernant dans les questions à réponse unique avec seulement 35 % de résultats concordants. Les questions où les prises en charge restaient très hétérogènes concernaient notamment le délai et le type d'examens prescrits dans les prises en charge des pancréatites aiguës biliaires notamment la cholangio-IRM et/ou l'écho-endoscopie bilio-pancréatique, le recours à la CPRE, le traitement médical d'une pancréatite aiguë grave (hydratatiion, antibiothérapie, nutrition), les indications et modalités de drainage des complications de type collections pancréatiques (endoscopie *vs* radiologie *vs* chirurgie) et le suivi ultérieur clini-biologique + radiologique de ces patients.

Conclusion : Les médecins ayant répondu à notre enquête sont majoritairement en accord avec les recommandations européennes avec néanmoins de nombreuses différences selon les différentes spécialités et le niveau d'expertise. En attendant des études prospectives, cette enquête montre que la standardisation de la prise en charge de la pancréatite aiguë sévère n'est pas encore consensuelle pour tous les médecins. Ce questionnaire permet également de cibler les questions non résolues ou qui font l'objet de controverses sans littérature scientifique.

P.426

Association entre exposition aux bêtabloquants et survie des patients atteints d'un cancer du pancréas avancé

A. Le Bozec [(1)], M. Brugel [(1)], M. Ayad [(1)], M. Perrier [(1)], C. Carlier [(1)], D. Botsen [(1)], Z. Djerada [(1)], P. Nazeyrollas [(1)], O. Bouché [(1)], F. Slimano [(1)]

(1) Reims.

Introduction : Des données précliniques ont mis en évidence la contribution des voies β(beta)-adrénergiques dans les processus d'invasion et de migration tumorale, suggérant un bénéfice possible des bêtabloquants [1]. En revanche, les analyses cliniques ayant exploré cette hypothèse dans l'adénocarcinome du pancréas (AP) sont peu nombreuses [2-3]. La présente étude s'est intéressée à la possible association entre l'exposition aux bêtabloquants (BB) et la survie des patients atteints d'AP avancé.

Patients et Méthodes : Cette étude rétrospective monocentrique a inclus des patients atteints d'AP avancé (localement avancé/métastatique) traités par chimiothérapie entre le 23 novembre 2015 et 4 juin 2022. Les données collectées à partir de la base de données ONCOPTIMAL (ONCO-hématologie, soins PharmaceuTIques et accompagnement des MALades) étaient : cliniques (âge, sexe, indice de masse corporelle, comorbidités cardiovasculaires, bilan médicamenteux optimisé avec exposition et type de BB (β1-sélectivité (BBS) ou non (BBNS)), oncologiques (stade, traitement anticancéreux) et biologiques (fonction rénale et hépatique). Les critères de jugement étaient la survie globale (SG) et la survie sans progression (SSP). La régression multivariée de Cox et les méthodes utilisant le score de propension (SP) par ajustement et par appariement sur le SP ont été utilisées pour compenser la non-randomisation avec la détermination des hazard ratios (HR) et intervalles de confiance (IC 95%).

Résultats : Un total de 182 patients étaient inclus d'âge médian 67 ans, (39 patients avec AP localement avancés (21,4%) / 143 patients avec AP métastatiques (78,6%)), dont 104 ont progressé (57,1%), et 139 (76,4%) sont décédés à la fin du suivi (médiane de suivi 320 jours, interquartile (Q3 ; Q1) 438,75 jours (582,20 ;143,50). Un total de 41 patients était exposé aux BB (22,5%) dont 34 aux BBS (82,9%) et 7 aux BBNS (17,1%). Par comparaison aux non-exposés, il n'y avait pas d'avantage en termes de SG (HR multivarié=1,38 [0,79-2,41] ; p = 0,26) et SSP (HR multivarié=0,95 [0,48-1,88] ; p = 0,88) chez les patients exposés aux BB. Des résultats similaires ont été obtenus avec les méthodes d'analyse utilisant le SP. Comparés aux non-exposés, l'exposition aux BBS était associée à une diminution significative de la SG (HR brut=1,80 [1,16-2,80] ; p < 0,01).

Conclusion : Cette étude n'a pas permis de mettre en évidence un impact significatif de l'exposition aux BB sur la SG et SSP de patients atteints d'AP avancé. En contradiction avec les données cliniques disponibles, notre étude est néanmoins la première à avoir intégré la composante cardiovasculaire et le risque de biais de temps immortel. En revanche, il n'est pas possible d'exclure un effet lié au stade de la maladie, notamment chez des patients avec un AP résécable. Nos résultats suggèrent un effet délétère des BBS sur la SG, mais l'effectif est faible (n exposé = 34). Enfin, la faible immunogénicité des AP pourrait expliquer l'absence d'effet alors que l'exposition aux BB serait aussi associée à une augmentation de l'activité antitumorale des lymphocytes T CD8+ et donc de l'efficacité des inhibiteurs de point de contrôle immunitaire [4].

P.427

Les sténoses biliaires malignes : impact du drainage biliaire sur l'état nutritionnel

M. Acharki [(1)], S. Zahraoui [(1)], M. Salihoun [(1)], F. Bouhamou [(1)], I. Serraj [(1)], N. Kabbaj [(1)]

(1) Rabat, MAROC.

Introduction : Les sténoses biliaires malignes sont essentiellement secondaires aux cancers bilio-pancréatiques et retentissent inéluctablement sur l'état nutritionnel de ces patients ictériques. La dégradation de cet état nutritionnel conditionne la prise en charge thérapeutique particulièrement le geste opératoire.
Le but est d'évaluer l'état nutritionnel des patients atteints de sténose biliaire maligne et l'impact du drainage biliaire endoscopique sur cet état nutritionnel.

Matériels et Méthodes : Ont été inclus de 2015 à 2022 tous les patients ayant une sténose biliaire maligne non opérables d'emblée et ayant bénéficié d'un drainage biliaire endoscopique dans une étude monocentrique descriptive et analytique. Ont été exclus les patients présentant une altération de l'état général avancée OMS 3/4. L'état nutritionnel a été évalué avant le geste et à distance (3-6 mois) en se basant sur le poids, l'IMC, la variation pondérale, l'indice du risque nutritionnel (NRI), les taux d'albumine et de CRP. Les différentes données recueillies ont été analysées grâce au logiciel SPSS.

Résultats : 200 patients ont été inclus : âge moyen de 59 ans (18-96 ans) sans nette prédominance de sexe (sex-ratio=1,04). L'étiologie des sténoses biliaires malignes était dominée par le cholangiocarcinome dans 112 cas (56%), suivie par le cancer du pancréas dans 64 cas (34%) puis la compression extrinsèque dans 16 cas (8%) et l'ampullome dans 8 cas (4%). Un drainage biliaire endoscopique a été réalisé dans 192 cas (96%), une anastomose bilio-digestive dans 6 cas (3%) et un drainage trans-hépatique dans 2 cas (1%). L'évaluation nutritionnelle préthérapeutique a montré que : 100% des patients avaient une perte de poids significative avec une moyenne de 21.91%, 71.5% présentaient une anorexie et 47% avaient une insuffisance pondérale (IMC < 18.5 kg/m2), 83.5% avaient une hypoalbuminémie et 84% avaient une CRP élevée. Une amélioration de l'état nutritionnel a été constatée 3 à 6 mois après le drainage biliaire avec une amélioration de: l'insuffisance pondérale de 47% à 17%, la dénutrition sévère de 61,5% à 22,06%, l'anorexie de 71,5% à 18,61% et une augmentation du taux moyen de l'albumine de 29g/l à 34,52g/l et une baisse du taux moyen de CRP de 61,73 mg/l à 26 mg/l. Le taux de survie à 6 mois était de 72.5%.

Conclusion : Les sténoses biliaires malignes sont essentiellement liées aux cholangiocarcinomes avec un retentissement net sur l'état nutritionnel représenté par une perte de poids dans tous les cas, une anorexie dans environ ¾ des cas et une insuffisance pondérale dans environ 50%. L'impact du drainage biliaire sur l'état nutritionnel est évident puisqu'il existe une amélioration des différents facteurs cliniques et biologiques d'évaluation de ce dernier.

P.428

La dysfonction des prothèses biliaires et la prolifération bactérienne

C. Mehdaoui [1], S. Azzmouri [1], O. Eleulj [1], D. Douae [1], B. Essadi [1], Y. Bensalah [1], A. Bouziane [1], S. Rami [2], F. Adamou [1], W. Khannoussi [1], G. Kharrasse [1], A. Zazour [1], Z. Ismaili [1]

(1) Oujda, MAROC ; (2) Oujda.

Introduction : La dysfonction de la prothèse biliaire est l'une des complications fréquentes du drainage biliaire endoscopique rapportée à une fréquence de 10-30% dans la littérature avec ou sans angiocholite. En effet, le port d'un matériel étranger dans la voie biliaire principale (VBP) qui est la prothèse dont les propriétés physicochimiques du matériel la constituant et l'irrégularité de sa surface favorisent la formation du biofilm bactérien. Parmi, les facteurs qui participent à la formation de ce biofilm bactérien et ainsi la dysfonction du stent on note les manœuvres réalisées au cours des cholangio-pancréatographies rétrogrades endoscopiques -CPRE-, les anomalies de la viscosité de la bile et la tendance à l'occlusion des stents plastiques.

Matériels et Méthodes : Nous avons mené une étude rétrospective monocentrique de type descriptif et analytique au sein du service d'hépato-gastro-entérologie et d'endoscopie interventionnelle sur une période de 5 ans allant du mois d' octobre 2016 au mois de décembre 2021, colligeant ainsi 365 patients qui ont bénéficié de 462 CPRE représentant 36% des 1270 CPRE réalisées au cours de cette période. Parmi les critères étudiés: le type de prothèse, le prélèvement de bile, les résultats de l'étude bactériologique et le délai entre la mise en place de la prothèse et son occlusion.

Résultats : Notre série de cas est caractérisée par une légère prédominance féminine avec 208 femmes (57%) et 157 hommes (43%) et un sex-ratio (homme/femme) de 0,75. Un âge moyen de 68 +/- 14 ans. Une prothèse bouchée est retrouvée chez 10% des cas (n=29). Le délai entre la mise en place de la prothèse et la découverte de la dysfonction a varié entre 6 jours et 525 jours avec une moyenne de 167 jours. Cet incident est lié au type du stent mis en place avec une relation significative entre la mise en place d'un stent plastique et la survenue de la dysfonction (OR=1,113, IC à 95% = [1,071-1,158] et une p value=0,027).
Un prélèvement de la VBP a été réalisé chez 74 % des patients (n=244) :
L'aspect macroscopique de la bile : était clair dans 63 % des prélévements, purulent dans 26%, vert dans 5 %, hémorragique dans 4 %, jaune dans 1%, marron dans 1 % et foncée dans 1% des cas.
Examen microscopique après coloration GRAM a objectivé des bacilles gram négatif dans 19% des prélèvements, des cocci gram positif dans 18%, des cocci gram négatif dans 1%, des bacilles gram positif dans 1 % et on note l'absence de levures bourgeonnantes.
Culture de la bile :63 % des cas bénéficiant de prélèvement de bile ont une culture positive (n=130), dont 43 % revenant en faveur de Streptococcus spp (n=56), 25 % sont en faveur d'Enterococcus spp (n=33), 22 % en faveur d'*Escherichia coli* (n=28), 20 % en faveur de Klebsiella spp (n=26), 8 % sont revenus en faveur de staphylococcus spp (n=10), 5 % des cultures réalisées ont objectivé la présence de Pseudomonas spp (n=7) dont 71 % sont des Pseudomonas aeroginosa, 4 % sont en faveur d'Enterobacter spp (n=5) dont l'Enterobacter cloacae représente 60%(n=3) et seulement 1 % de ces prélévements est en faveur d' Acinetobacter Baumanii (n=2), à noter la possibilité de l'association de plusieurs de ces germes sur un seul prélèvement.
La dysfonction prothétique était liée à la présence de certains germes, en premier lieu Klebsiella spp (p= 0,020) en deuxième lieu, le Streptocoque spp (p =0,046), en troisième lieu Enterococcus spp (p=0,021) et en dernier lieu *Escherichia coli* (p=0,035) sans relation significative avec le reste des souches retrouvées.

Conclusion : L'occlusion de la prothèse biliaire constitue l'une des complications les plus fréquentes et graves du drainage endoscopique biliaire nécessitant une prise en charge urgente dont les facteurs prédisposant sont divers notamment les manœuvres effectuées au cours des CPRE, la viscosité de la bile… Dans notre série, on a trouvé quelques souches incriminées de façon significative dans la survenue de la dysfonction du stent, d'où l'intérêt d'adapter le traitement médical pour prévenir son occlusion.

P.429

Apport de la CPRE dans la pathologie lithiasique chez le sujet âgé de plus de 75 ans

M. Ahmed [1], J. Benass [1], A. Benhamdane [1], K. Boualiten [1], T. Addajou [1], B. Aourarh [1], A. Sair [1], S. Mrabti [1], R. Berraida [1], I. El Koti [1], F. Rouibaa [2], A. Benkirane [1], H. Seddik [1]

(1) Rabat, MAROC ; (2) Casablanca, MAROC.

Introduction : La pathologie biliaire est très fréquente chez les sujets âgés de plus de 75 ans et responsable d'une mortalité élevée chez cette dernière. Devant cette population, la cholangiopancréatographie rétrograde endoscopique (CPRE) est privilégiée par rapport à la chirurgie. L'objectif de ce travail est de déterminer les particularités et l'innocuité de la CPRE chez les patients de plus de 75 ans en comparant ses résultats avec les sujets moins jeunes.

Matériels et Méthodes : De septembre 2003 à Septembre 2022, une étude rétrospective descriptive et analytique incluant 122 patients a été menée, dont l'âge était supérieur à 75 ans, ayant bénéficié d'une CPRE pour pathologie lithiasique. Les données épidémiologiques, cliniques et endoscopiques ont été recueillies, avec une comparaison des résultats par rapport aux sujets plus jeunes. L'analyse statistique a été réalisée par le logiciel SPSS 22.

Résultats : Parmi 1080 CPRE réalisées pour pathologie lithiasique,12,6% avaient plus de 75 ans(n=122).
Il y avait une légère prédominance féminine à 50,8% avec un sexe ratio (H/F) à 0,96 par rapport à 0,6 pour les sujets plus jeunes (p=0,014).
18,9% des patients étaient cholecystectomisés, 0,8% avaient un antécédent de chirurgie de la voie biliaire principale (VBP) et 6,6% avaient déjà bénéficié d'une Sphinctérotomie biliaire endoscopique (35,6%, 0,4% et 4,4% respectivement pour les sujets plus jeunes ; p=0,004).
L'indication de la CPRE était un empierrement cholédocien par de gros calculs dans 60,6% (*vs* 35,6% ; p<0,001), une angiocholite aigue lithiasique dans 27% (*vs* 17,6% ; p=0,013) et une pancréatite aiguë lithiasique dans 4,1% (*vs* 10,3% pour les sujets plus jeunes ;p=0,029)
Le diamètre moyen de la VBP était de 13,4+/- 4,3 mm (p<0,001)La Sphinctérotomie biliaire endoscopique a été réalisée chez 94,3% des cas.
La vacuité primaire de la VBP a été obtenue dans 64,8% des cas (comparée à 78,8% chez les sujets plus jeunes ; p=0,001), le recours aux manœuvres endoscopiques supplémentaires était de 33,6% (18,5% chez les sujets plus jeunes) à savoir un drain naso-biliaire dans 11,5%, une sphinctéroclasie dans 9,8%, une prothèse dans 6,6%, une lithotritie mécanique dans 3,3%, un élargissement par SBE dans 1,6% et une lithotritie extra corporelle dans 0,8%(p<0,001).
Le taux de complication précoce post CPRE était de 6,6% par rapport à 5,6% sans différence statistiquement significative(p=0,06)
Le taux de succès global était 88,4% comparé à 92,5% chez les patients âgés moins de 75 ans (p=0,1)
En analyse multivariée, il n'y a pas de différence significative en termes d'efficacité de la CPRE dans la pathologie lithiasique entre les sujets âgés de mois et plus de 75ans.

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 75 ans restent satisfaisants, sans différence statistiquement significative en terme d'efficacité de la CPRE.

P.430

La lésion vasculaire est un facteur de sur-mortalité dans la chirurgie des sténoses secondaires aux traumatismes opératoires des voies biliaires

A. Tidjane [1], N. Boudjenan Serradj [1], N. Ikhlef [1], H.M. Larbi [1], S.E.I. Meharzi [1], A. Ourabah [1], N. Benmaarouf [1], B. Tabeti [1]

(1) Oran, ALGÉRIE.

Introduction : L'objectif de cette étude est d'analyser les résultats de la chirurgie des sténoses biliaires secondaires aux traumatismes opératoires des voies biliaires (TOVB) et de déterminerles facteurs pouvant avoir une influence sur la morbidité et la mortalité postopératoire.

Patients et Méthodes : Une étude monocentrique incluant tous les patients admis au service de chirurgie hépatobiliaire de l'EHU-1er Novembre1954 d'Oran - Algérie, du 1er Janvier 2012 au 31 Aout 2022 pour TOVB.Seuls les patients présentant une sténose biliaire étaient inclus, les traumatismes mineurs et les patients ne présentant pas de sténose biliaire étaient exclus

Résultats : Sur Les 114 cas admis pour TOVB, 97 ont évolué vers la sténose biliaire, il s'agissait de 63 femmes (SR =0,54). Chez 59 des patients (64%) le TOVB était causé durant la réalisation d'une cholécystectomie laparoscopique, il s'agissait de sténose biliaire de type E1 (19%) E2 (22%) E3 (31%) E4 (25%) et E5 (3%) selon la classification de Strasberg. Le taux de bilirubinémie totale chez nos patients était de 93,10 ± 76,04 mg/l, une lésion vasculaire associée était présente chez 15 patients (15,5%).
Tous nos patients étaient opérés, bénéficiant d'une anastomose hépatico-jéjunale sur anse jéjunale montée en Y. En postopératoire, nous avions eu des complications postopératoires à type de: fistule biliaire externe (n=18), infection de la plaie opératoire (n=14),saignements nécessitant une réintervention chirurgicale (n=6), péritonite biliaire (n=4), laparoscopie de révision (n=6), abcès hépatiques nécessitant un drainage échoguidé (n=2), transfusion postopératoire (n=8) et éventrations (n=2).
La mortalité postopératoire à 90 jours était de 6,2 %. Après analyse univariée, la présence d'une lésion vasculaire associée (P =0,004) et l'âge (P=0,016) étaient des facteurs influençant la mortalité postopératoire.
Après analyse multivariée, la lésion vasculaire associée était un facteur indépendant ayant une influence sur la mortalité postopératoire chez nos malades (OR = 17,13,IC 95% = [1,43-205], P=0,025). Tous nos patients ont eu une régression totale de l'ictère avec normalisation des tests biologiques de la cholestase.

Conclusion : La présence d'une lésion vasculaire associée a un traumatisme biliaire est un facteur indépendant ayant une influence négative sur la mortalité après chirurgie des sténoses biliaires postopératoires dans notre série.

P.431

Intérêt de la CPRE dans l'extraction de calcul du cystique

F.Z. Chabib [1], M. Borahma [1], S. El Mamouni [1], I. Benelbarhdadi [1], F.Z. Ajana [1]
(1) Rabat, MAROC.

Introduction : La lithiase vésiculaire est une pathologie assez fréquente. La migration du calcul dans le canal cystique ou la voie biliaire principale représente 50% des complications. La prise en charge se base de plus en plus sur la combinaison du traitement endoscopique et chirurgical.

Matériels et Méthodes : Etude rétrospective incluant les patients présentant une lithiase de la voie biliaire principale (LVBP) associée ou non à une lithiase du cystique sur une période étendue de mai 2019 au juin 2022 et dont la cholangio-pancréatographie rétrograde endoscopique(CPRE) a montré un calcul de cystique associé.

Résultats : Sur Un total de 175 CPRE réalisées pour extraction de LVBP,20 malades ont un calcul de cystique associé .
L'âge moyen était 57,7ans, avec un sexe ratio F/H de 2,33.
Un antécédent de cholécystectomie a été retrouvé chez : 50% des cas (n=10) dont la durée moyenne entre la cholécystectomie et la CPRE varie entre 10 jours à 35ans,
L'imagerie à savoir une échographie abdominale et/ou une Bili- IRM ont objectivé dans 35% des cas un empierrement cholédocien avec ou sans dilatation des voies biliaires, et dans 15% un calcul de cystique associé (n=3) ;
La CPRE a objectivé un calcul du cystique chez 20 malades, elle a permis l'extraction de ce dernier chez 80 % (n=16) des patients, la taille des calculs varie entre 7 et 20mm, le nombre de calcul varie entre 1 et 3, l'extraction a été faite à l'aide d'un ballon d'extraction et /ou d' une anse Dormia , on n' a pas pu faire l'extraction chez 4 malades .Cet échec est secondaire soit à la localisation soit à la taille,chez 3 malades les calculs se situaient au niveau du cul de sac du moignon du cystique, et chez 1 malade le calcul était plus grand que le cystique d'amont.

Conclusion : Le calcul de cystique est une complication relativement rare de la lithiase vésiculaire avec une prédominance nettement féminine (75%). L'imagerie conventionnelle est peu performante pour retrouver ces lithiases, et la CPRE permet à la fois de faire le diagnostic et la prise en charge avec un taux de réussite satisfaisant (80%).

P.432

La lithiase biliaire : profil épidémiologique dans une population rurale

N. Lahmidani [1], S. Allali [1], M. Lahlali [1], A. Lamine [1], H. Abid [1], A. El Mekkaoui [2], M. El Yousfi [1], D.A. Benajah [1], S.A. Ibrahimi [1], M. El Abkari [1]
(1) Fès, MAROC ; (2) Oujda, MAROC.

Introduction : La lithiase biliaire est une pathologie très fréquente et bénigne; mais pouvant être à l'origine d'une symptomatologie riche et variée ainsi que des complications graves.Le but de notre étude était d'estimer la prévalence et certains facteurs de risque de la lithiase biliaire et surtout de chercher la corrélation entre cette pathologie et les mesures anthropométriques.

Matériels et Méthodes : Il s'agit d'une enquête de dépistage échographique, réalisée sur une période de 10 mois (juillet 2018 au mois d'avril 2019).
Dans le cadre de ce projet, 4 campagnes de dépistage ont été programmées du mois de juillet 2018 au mois d'avril 2019. Tous les patients ont donné leur accord verbal pour la réalisation des examens et l'inclusion dans l'étude.

Résultats : 1358 habitants (318 femmes et 1040 hommes) ont bénéficié d'un dépistage échographique durant La période de 10 mois.
Parmi eux, 261 habitants avaient une lithiase biliaire, soit une prévalence de 19,2%.L'âge moyen des habitants ayant une lithiase biliaire était de 47,7 ans [8 ans - 96 ans].Dans notre série ; la prévalence augmentait régulièrement avec l'âge. La tranche d'âge la plus touchée était celle de plus de 40 ans, soit 71,2 % (n=186) de l'effectif total.Soixante et un patients sont de sexe masculin (23,4 %) et200 patients sont de sexe féminin (76,6 %), soit un sex-ratio (F/H) de 3,27. Les femmes avaient une prévalence élevée par rapport aux hommes [(14,7 %) *vs* (4,5%)). L'interrogatoire a révélé la consommation d'un régime alimentaire hypercalorique riche en viandes Grasses, pauvre en fibres (fruits et légumes) chez la plupart de nos patients (89%)
La notion de diabète a été retrouvée chez 19 patients (7,2 %), le tabagisme chronique (pendant plus de 20 ans) chez 7 patients (2,7%).Parmi les 261 patients ayant une lithiase biliaire, 7 cas soit 2,7% des cas avaient des antécédentsDe cholécystectomie. Le délai séparant l'antécédent de chirurgie et la découverte de la lithiase de la voie biliaire principale variait entre 9 mois et 30 ans; avec une moyenne de 7,2 ans
Dix-neuf patients rapportaient des cas similaires dans leurs familles soit 7,3% des cas.La lithiase vésiculaire était symptomatique chez 133 patients dont la colique hépatique était le seul symptôme spécifique soit une fréquence de 51 %.
Le poids moyen de la population dépistée est de 67.3kg L'indice de masse corporelle moyen était de 26 kg/m2. Le tour de taille moyen est de 91,19 cm, sans différence significative entre les hommes et les femmes.Sur le plan radiologique; l'échographie a révélé une lithiase de la voie biliaire principale chez Sept Patients soit 2,7% des cas

Conclusion : La lithiase biliaire reste une pathologie fréquente dans la région (19,2%) il existe une corrélation forte avec le sexe ; obésité abdominale .

P.433

La prise en charge du kyste hydatique du foie fistulisé dans les voies biliaires : expérience du service d'hépato-gastroentérologie du CHU d'Oujda

S. Rami [(1)], C. Mehdaoui [(1)], K. Chahi [(1)], W. Khannoussi [(1)], G. Kharrasse [(1)], A. Zazour [(1)], Z. Ismaili [(1)]

(1) Oujda, MAROC.

Introduction : Le kyste hydatique est une affection parasitaire qui touche principalement le foie chez l'adulte due au développement de la forme larvaire du tænia du chien Echinococcus granulosus. C'est une pathologie quasi fréquente dans notre contexte et qui représente un problème de santé publique. Parmi ces complications, la fistulisation dans les voies biliaires qui peut être la cause d'une angiocholite, et ou une pancréatite aigüe menaçant ainsi le pronostic vital.
Le développement des techniques d'endoscopie interventionnelle a permis d'améliorer la prise en charge de ses patients avec une morbi-mortalité quasi-nulle.

Matériels et Méthodes : Nous avons mené une étude rétrospective au service d'Hépato-gastro-entérologie étallée sur une période durée : entre Janvier 2018 et Octobre 2022. Colligeant 26 cas de Kyste hydatique du foie (KHF) fistulisés dans les voies biliaires. Tous les patients ayant bénéficiés d'une cholangiopancréatographie rétrograde endoscopique (CPRE) et une sphinctérotomie endoscopique.

Résultats : Sur la période étudiée, 1112 CPRE ont été réalisées, l'indication était un KHF fistulisé dans les voies biliaires chez 26 cas, soit 2,3% de l'ensemble des indications de la CPRE. L'âge moyen des patients était de 47+/-19 ans, avec un sexe ratio = 1. La notion de contact avec les chiens était rapportée dans la majorité des cas (87%). La symptomatologie clinique était dominée par les épisodes d'angiocholite aigue retrouvées chez plus de ¾ des cas (77% des cas), une pancréatite aiguë chez un seul patient, et une péritonite hydatique chez un autre cas. L'ictère était isolé chez quatre cas.
La majorité des cas de notre série ont bénéficié d'une sérologie hydatique (78%) revenant positive chez 16 patients représentant ainsi plus des ¾ des cas (80%).
Tous les patients ont présentés une cytolyse et une cholestase biologique. Une échographie abdominale plus une Tomendositométrie abdominale ont été réalisées chez tous les patients, elles ont objectivé des lésions kystiques chez tous les patients dont presque la moitié des cas (45%) avaient un KHF stade III de la classification de GHARBI, le 1/3 (31%) des patients avaient un kyste hydatique stade IV, et six patients avaient un stade V. Une dilatation des voies biliaires est constatée chez 77% des patients, la présence du matériel hydatique dans la voie biliaire principale (VBP) est observée chez la moitié des patients(50%). La CPRE a été réalisée chez tous les patients objectivant une fistule kysto-biliaire chez 11% des cas, un matériel hydatique dans la VBP chez 54% des cas. La sphinctérotomie endoscopique a été réalisée chez tous les malades, avec extraction de matériel hydatique par ballonnet chez 57% des cas et par sonde de Dormia chez un seul patient.
L'évolution a été marquée par une amélioration clinico-biologique avec une disparition de l'ictère au bout de 6 à 12 jours en moyenne après le geste endoscopique. Aucune complication liée au traitement endoscopique n'a été objectivée. Et un recours à un complément de prise en charge chirurgicale est noté chez 38% des cas.

Conclusion : Un KHF fistulisé dans les voies biliaires est une complication rare mais grave qui peut mettre en jeu le pronostic vital du patient. Le drainage endoscopique par CPRE avec la sphinctérotomie endoscopique de cette affection biliaire représente la modalité thérapeutique de choix, minimisant le recours à la chirurgie et ses complications.

P.434

Les prothèses métalliques percutanées dans les ictères malins obstructifs : résultats et facteurs prédictifs d'efficacité chez 196 patients

T. Bassaid [(1)], M. Kaci [(1)]

(1) Oran, ALGÉRIE.

Introduction : La majorité des obstructions biliaires malignes ne sont pas opérables au moment du diagnostic et relèvent d'un traitement palliatif. La mise en place d'une prothèse biliaire permet de soulager les symptômes, d'améliorer la qualité de vie et de poursuivre la chimiothérapie. Le but de la présentation est d'évaluer l'efficacité des prothèses métalliques transcutanées placées en un ou deux temps.

Patients et Méthodes : Étude rétrospective colligeant 196 patients porteurs d'une obstruction maligne des voies biliaires, nécessitant une mise en place d'une prothèse biliaire transcutanée, entre 2014 et 2022.La procédure a été réalisée en un ou deux temps, nous avons utilisé des prothèses métalliques auto expansives non couvertes de 6-8 et 10 cm de long et de 10mm de diamètre. La voie d'abord percutanée et le nombre de prothèse étaient choisies en fonction des données de la cholangio IRM.
Nous avons analysé l'efficacité et les complications des prothèses métalliques transcutanées placées en un ou deux temps.

Résultats : La mise en place des prothèses a été réalisée avec succès chez 193 patients (98.4%). L'obstruction biliaire était secondaire à un cholangiocarcinome hilaire dans 81 cas (41.3%), une tumeur du pancréas dans 68 cas (34%), un calcul cancer envahissant les voies biliaires dans 36 cas (18.4%) et à des métastases comprimant les voies biliaires dans 11cas (5.6%). Au total 260 prothèses ont été utilisées, une seule prothèse chez 126 patients avec une voie d'abord et deux prothèses chez 67 patients avec deux voies d'abord droite et gauche. La procédure a été réalisée en un temps dans 144 cas (74.6%) et en deux temps, une semaine après un drainage biliaire externe dans 49cas (25.4%) en raison d'une cholangite et de l'impossibilité du cathétérisme de la sténose. La mise en place du stent à l'aide d'une procédure en un ou deux temps n'a pas eu d'incidence significative sur le succès thérapeutique, les complications, la perméabilité médiane du stent ou la survie. Une amélioration clinique et biologique a été notée dans 93.2% des cas. Des complications mineures sont survenues dans 43 cas (22.3%) à type d'hémobilie cédant spontanément dans31 cas et une douleur abdominale dans 13 cas. Une obstruction de la prothèse a été notée dans 18 cas, traitée par mise en place d'une deuxième endoprothèse dans 8 cas et par mise en place d'un drain externe dans 10 cas. La survie moyenne après le drainage était de 7 mois (1-25 mois).

Conclusion : La mise en place percutanée des prothèses biliaires métalliques en un ou deux temps constitue une méthode efficace pour le traitement des obstructions biliaires malignes améliorant le confort de vie avec une faible morbidité.

P.435

Première description de traitement d'insulinome par radiofréquence pancréatique sous écho-endoscopie chez l'enfant : une nouvelle approche thérapeutique pour éviter la chirurgie ?

A. Belle [1], R. Hallit [1], M. Cornet [1], G. Pinto [1], J.B. Arnoux [1], C. Capito [1], S. Chaussade [1]
(1) Paris.

Introduction : Les insulinomes sont des tumeurs neuroendocrines pancréatiques rares, majoritairement bénignes chez l'enfant. La prise en charge de référence actuelle est la résection chirurgicale. Nous décrivons ici l'utilisation réussie de l'ablation par radiofréquence pancréatique sous écho-endoscopie (RFA) chez deux enfants.

Patients et Méthodes : Le premier cas était un garçon de 15 ans suivi pour une néoplasie endocrinienne multiple de type 1. Il a subi une résection chirurgicale réussie d'un insulinome deux ans auparavant mais a présenté à nouveau des épisodes hypoglycémiques révélant un nouvel insulinome. L'IRM abdominale a révélé une lésion de 10 mm de la tête du pancréas compatible avec un insulinome confirmé par une histologie obtenue lors d'une ponction sous écho-endoscopie. Le deuxième cas était un garçon de 9 ans référé après 5 ans d'épisodes d'hypoglycémie hyperinsulinémique progressive sans diagnostic malgré de multiples IRM et bilans génétiques. L'échographie endoscopique a révélé une lésion de 18 mm du corps du pancréas. Les biopsies sous écho-endoscopie ont également confirmé un insulinome.

Résultats : Les procédures de RFA ont été réalisées sous anesthésie générale. L'indométhacine a été administrée avant la RFA pour la prophylaxie de la pancréatite aiguë. Le dispositif de RFA consistait en une aiguille de calibre 19 G avec une pointe active de 10 mm et un système de refroidissement interne (système EUSRA Taewoong, générateur Combo VIVA™ STARmed). Deux séances ont été nécessaires dans le premier cas et une seule séance dans le deuxième cas. Lors de chaque procédure, trois ablations ont été réalisées à 50 watts. Les patients sont sortis le lendemain de la procédure sans traitement et sont restés asymptomatiques après un suivi de respectivement 24 et 22 mois.

Conclusion : Ces deux premiers cas tendent à soutenir l'utilisation de la technique de RFA dans la prise en charge des enfants atteints d'insulinome. Un suivi à long terme et concernant plus de cas est cependant nécessaire pour confirmer ces résultats.

P.436

Le cancer du pancréas à l'hôpital principal de Dakar : à propos de 109 cas

O. Toure [1], A. Sow [1], Y. Ndiaye [1], I. Diallo [1], D. Sow [1], I. Sall [1], B. Ndiaye [1], E.S. Sarr [1], F. Fall [1]
(1) Dakar, SÉNÉGAL.

Introduction : Le Cancer du pancréas est une tumeur solide très agressive souvent découverte à un stade tardif, avec une survie à 5 ans tous stades confondus de 5%. L'adénocarcinome est le type histologique le plus fréquent. Le but de notre travail était de décrire le profil épidémiologique, clinique, histologique et thérapeutique des cancers pancréatiques suivis à l'hôpital Principal de Dakar.

Matériels et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive ayant inclus tous les malades hospitalisés pour un cancer du pancréas dans les services médicaux de l'Hôpital Principal de Dakar. Les données épidémiologiques, cliniques, morphologiques et thérapeutiques ont été recueillies.

Résultats : Nous avons inclus 109 patients, (68 hommes et 41 femmes) ; le sex-ratio était de 1,65 et l'âge moyen de 62,15 ans (35-91ans). Une comorbidité à type de diabète était notée dans 35 cas. Sur le plan clinique, des douleurs abdominales étaient présentes dans 73,4% des cas, un ictère cholestatique dans 47,7% des cas et une masse abdominale dans 10 cas (%). L'imagerie abdominale trouvait une dilatation des voies biliaires dans 59 cas (54,1%), une masse pancréatique chez 98 (89,9%) patients. Le siège de la tumeur était céphalique dans 56,9% des cas, corporéal dans 20,2% des cas et caudal dans 12,8%. La taille moyenne de la tumeur était de 6,03 centimètres. Des métastases étaient présentes au diagnostic chez 67 patients (61,5%) parmi lesquels, 57 (52,3%) avaient des métastases hépatiques. Le CA19-9, dosé chez 26 patients, était franchement élevé dans 65% des cas. L'endoscopie digestive haute réalisée chez 50 patients, montrait un envahissement duodénal dans 10 cas (20%). Les biopsies étaient réalisées chez 48 patients selon plusieurs méthodes : Dix-sept biopsies percutanées scannoguidées de la tumeur pancréatique, onze biopsies de la tumeur primitive au cours d'échoendoscopie et 20 biopsies percutanées des métastatiques hépatiques. Un adénocarcinome était trouvé dans tous les cas. Sur le plan thérapeutique, un seul patient avait bénéficié d'une DPC. L'absence d'indication chirurgicale était liée aux envahissements vasculaires et ganglionnaires et aux métastases hépatiques, pulmonaires ou péritonéales. Une double dérivation bilio-digestive était réalisée dans 9 cas (8,3%) et une prothèse biliaire dans 14 cas (12,4%). Vingt-deux patients (20,18%) était traités par une chimiothérapie palliative. La survie moyenne était de 14,29 semaines avec des extrêmes comprises entre 0,25 et 76 semaines.

Conclusion : Le cancer du pancréas est une pathologie du sujet âgé à l'hôpital Principal de Dakar. Il est souvent diagnostiqué à un stade localement avancé ou métastatique. Le traitement curatif est rarement possible. La majorité de nos patients ont reçu une chimiothérapie palliative expliquant la survie courte dans notre étude comparée aux études européennes.

P.437

Valeur pronostique de la calprotectine fécale post-induction d'une biothérapie sur le devenir à long terme des patients atteints d'une maladie de Crohn

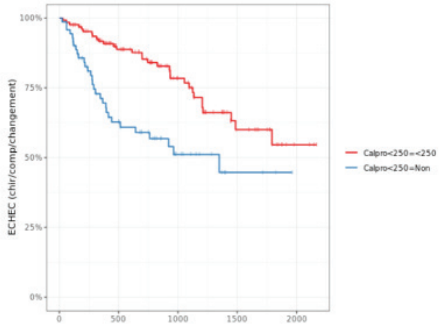
M. Gagnaire [1], G. Bouguen [1]
(1) Rennes.

Introduction : L'endoscopie digestive reste la méthode de référence au cours de la maladie de Crohn (MC) pour évaluer la cicatrisation muqueuse mais demeure invasive et coûteuse. La cicatrisation muqueuse est la cible consensuelle des stratégies thérapeutiques actuelles en raison de son association à un meilleur pronostic de la MC. La caprotectine fécale n'est encore qu'un marqueur associé faute de donnée sur sa capacité à prédire l'évolution de la maladie. L'objectif principal de cette étude est d'évaluer si la valeur de la calprotectine fécale après introduction d'une biothérapie est prédictive de l'évolution à long terme de la maladie de Crohn.

Matériels et Méthodes : Les données de l'ensemble des patients suivis pour une maladie de Crohn dans un centre de soin tertiaire ont été analysées. Nous avons inclus ceux chez qui une calprotectine fécale avait été dosée 3 à 6 mois après l'introduction d'un traitement par biothérapie (n=198). Les patients étaient ensuite séparés en deux groupes en fonction de la valeur de la calprotectine fécale (supérieur ou inférieur à 250 µg/g). Le devenir de la maladie était évalué par un critère composite comprenant : la nécessite d'une chirurgie abdominale, l'évolution vers un phénotype compliqué (B2, B3) et un changement de traitement de fond pour cause de non réponse.

Résultats : Un total de 198 calprotectines fécales ont été dosées dans les 3 à 6 mois suivant l'introduction d'une biothérapie. Notre population d'étude était composée de 61% de femme (n=120) avec un âge moyen de 39 ans. La durée moyenne d'évolution de la maladie était de 10 ans, 41% (n=82) n'avaient jamais eu de biothérapie. Le traitement instauré était dans 59% des cas (n=117) un traitement par anti-TNF ou de l'ustekinumab (n=64 ; 32%) ou du védolizumab (n=17; 9%). 127 (64%) calprotectines fécales étaient inférieurs à 250 µg/g. Nous avons identifié une forte association entre la valeur de la calprotectine fécale post induction et l'évolution à long terme de la maladie de Crohn. La calprotectine fécale était significativement associée à la rémission clinique sans corticoïde à 1 an du début du traitement (p : 0,014). Dans notre population, 20 (10%) patients ont nécessité une chirurgie, 45 (23%) un changement de traitement, 13 (7%) ont changé de phénotype et 61(31%) ont eu au moins un des trois évènements sus décrits. Un niveau de calprotectine fécale supérieur à 250 µg/g était associé à plus de chirurgie abdominale, de changement de phénotype et de changement de traitement (HR 2,47 [1,4 ;4,36] p :0,0018) (figure). La calprotectine fécale était le seul facteur significativement associé en uni et multivarié au devenir à long terme de la maladie.

Survie en fonction de la valeur de la calprotectine fécale



	médiane (IC 95%)	suivi max	n	n événements	taux de survie (IC 95%)	p
Calpro<250						
<250	- (1486; -)	2171	127	31	54.6% (41.1%; 72.5%)	**<0.001**
Non	1349 (515; -)	1963	71	30	44.7% (30.8%; 64.9%)	-

Conclusion : La calprotectine fécale post induction semble être un bon marqueur pronostic de l'évolution au long cours de la maladie de Crohn. Ces données pourraient amener à limiter le recours à la coloscopie actuellement recommandé à 6 à 9 mois après le début du traitement.

P.438

Première observation en France d'une entérite monogénique « Crohn-like » chez deux patientes avec mutations SLCO2A1

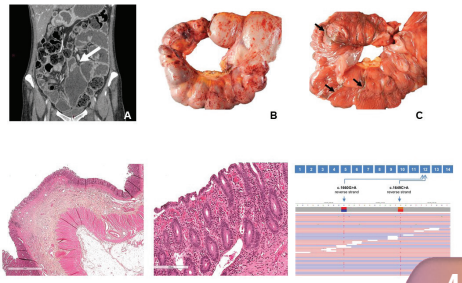
F. Charbit-Henrion [1], A. Hamon [1], D. Cazals-Hatem [2], C. Stefanescu [3], M. Uzzan [2], X. Treton [3], A. Sauvanet [2], Y. Panis [3], M. Monsinjon [2], F. Bonvalet [2], O. Corcos [2], N. Cerf-Bensussan [1], Y. Bouhnik [3]

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

Introduction : Les ulcères récidivants de l'intestin grêle sont généralement attribués à la maladie de Crohn (MC). Parmi les diagnostics différentiels possibles, figurent classiquement les ulcères causés par une activation anormale de la voie des prostaglandines, induite soit par la prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens, soit par des mutations bi-alléliques perte de fonction des gènes PLA2G4A ou SLCO2A1, générant respectivement des « ulcères multiples chroniques non spécifiques de l'intestin grêle » (CNSU) ou une « Entéropathie Chronique Associée à SLCO2A1 » ou CEAS (Adler 2008; Umeno 2015). Les mutations de SLCO2A1 conduisent à une perte du transporteur de prostaglandines (PGT), ce qui aboutit à une accumulation de prostaglandines actives générant une inflammation chronique. Actuellement, la totalité des patients avec CEAS sont d'origine asiatique, et il n'y a jamais eu de description de patients avec CEAS d'une autre origine (Nakanishi 2021). Nous rapportons ici les deux premiers cas hors d'Asie, chez deux sœurs françaises.

Patients et Méthodes : Recueil rétrospectif de données cliniques, biologiques, histologiques et radiologiques chez deux sœurs issues de parents non-apparentés. Analyse génétique réalisée dans le cadre du soin, à partir d'ADN leucocytaire (sang EDTA) avec réalisation d'un séquençage haut débit ciblé sur une liste de gènes responsables d'entéropathies monogéniques.

Résultats : P1, 43 ans, présente un syndrome de Raynaud, des douleurs chroniques abdominales, et une anémie ferriprive depuis l'adolescence. Entre 2012 et 2020, la patiente subit cinq résections segmentaires grêliques retirant 1m au total suite à des ulcérations sténosantes récurrentes. Le diagnostic de MC ayant été suggéré, un traitement d'épreuve par infliximab et azathioprine est essayé pendant six mois sans efficacité. En 2021, une 6ème résection intestinale de 60cm est réalisée afin de retirer des sténoses étagées révélées par un nouveau syndrome occlusif avec malnutrition (Fig 1A, IMC 19, perte 12kg en 7 mois), anémie ferriprive et entéropathie exsudative (hypoalbuminémie à 14g/l). L'analyse histologique de la pièce opératoire montre plusieurs sténoses courtes formant des diaphragmes muqueux circonférentiels ulcérés sans atteinte inflammatoire de la paroi intestinale, réalisant un aspect inhabituel pour une MC (Fig 1B-E).
P2, sa sœur, 30 ans, débute un syndrome occlusif en 2016 (à 24 ans) traité par duodenectomie partielle (D2) qui a révélé un ulcère superficiel non spécifique au centre d'une sténose en anneau sans inflammation sur les berges ou à distance, d'étiologie indéterminée.
En 2022, une récidive est identifiée par vidéocapsule, avec des ulcérations circonférentielles de l'iléon distal chez P1 et des ulcérations anastomotiques circonférentielles duodéno-jéjunales chez P2.
Etant donné la sévérité de la maladie, un séquençage haut débit ciblé fut réalisé dans le cadre du soin, mettant en évidence deux mutations hétérozygotes composites sur le gène SLCO2A1 chez P1 et P2 (c.1649C>A p.Ser550* et c.1660G>A p.Gly554Arg), permettant de poser le diagnostic de CEAS (Fig 1F).



Discussion : La possibilité d'un CEAS doit être envisagée chez tout patient atteint de MC isolée du grêle épargnant l'iléon terminal et résistant aux traitements classiques, notamment en cas d'antécédents familiaux, de consanguinité, de douleurs réfractaires avec anémie ferriprive. Dans la littérature asiatique, les CEAS sont plus fréquents chez les femmes (70 %) avec un âge médian d'apparition de 17 ans. Les ulcères du CEAS sont localisés sur l'iléon (98 %), le duodénum (49 %), le jéjunum (38 %) ou l'estomac (28 %). L'iléon terminal parait rarement atteint à la différence de la MC. L'analyse génétique permet de réduire l'errance diagnostique.

Conclusion : Nous rapportons les deux premiers cas mondiaux hors d'Asie de CEAS, entité probablement sous-diagnostiquée car méconnue en Europe. La présence d'ulcérations récurrentes de l'intestin grêle, parfois sténosantes, doit motiver une analyse génétique. Distinguer une entéropathie monogénique d'une MC ouvre la perspective future d'un traitement plus efficace ciblant le mécanisme pathophysiologique.

P.439

Comparaison des préparations coliques à base de PEG faible volume et picosulfate de sodium en termes d'efficacité, de tolérance et de sécurité chez des patients ayant une coloscopie dans le cadre d'une MICI. Etude Pico Moov'

M. Laugie [1], C. Gay [2]
(1) Lyon ; (2) Besançon.

Introduction : Les patients atteints de Maladies Inflammatoires Chroniques de l'Intestin (MICI) doivent réaliser de nombreuses coloscopies au cours de leur suivi. Cet examen est difficile à accepter par le patient, principalement à cause de la préparation colique à ingérer. Les préparations coliques autorisées dans cette population sont des préparations à base de Polyéthylène Glycol (PEG) pour lesquelles il faut ingérer une quantité importante de produit (de 2 à 4L). Les préparations de plus faible volume notamment à base de Picosulfate de Sodium (PICO) ne sont pas recommandées dans cette population car suspectées de provoquer des poussées et d'induire des ulcérations muqueuses. Les patients porteurs de MICI sont donc d'emblée exclus de toutes les études sur ces préparations. Elles sont tout de même largement utilisées en pratique du fait de leur très bonne acceptabilité et de leur bonne tolérance.

Matériels et Méthodes : Nous avons analysé une cohorte multicentrique prospective de 99 patients majeurs venus réaliser une coloscopie complète dans le cadre du suivi habituel de leur MICI et ayant reçu une préparation à base de PICO ou de PEG faible volume (2 litres). Parmi ces patients, 45 avaient pris une préparation à base de PICO et 54 une préparation à base de PEG faible volume. Nous avons étudié les données de tolérance en remettant un questionnaire au patient ainsi que les données d'efficacité et de sécurité en recueillant le compte-rendu d'endoscopie, le compte-rendu d'anatomopathologie et les évènements médicaux intercurrents durant le mois suivant la coloscopie.

Résultats : Parmi les 45 patients ayant pris une préparation à base de PICO et les 54 patients ayant pris une préparation à base de PEG faible volume, il n'y avait pas de différence significative entre les 2 groupes concernant la qualité de la préparation colique jugée par le score de Boston, avec une moyenne de 8.26/9 dans le groupe PICO et de 8.06/9 dans le groupe PEG faible volume (p = 0.576). Il n'y avait pas de différence significative dans chaque sous-segment colique. La visualisation du cæcum (ou de l'anastomose iléo-colique) était de 97.8% dans le groupe PICO et 94.4% dans le groupe PEG faible volume (p = 0.624). Il n'y avait pas de différence significative en ce qui concerne les données de sécurité : aucune complication immédiate ni poussée dans le mois suivant la coloscopie y compris dans les sous-groupes de patients avec une maladie active lors de la coloscopie ou la présence de sténose. Il n'y avait pas de différence significative concernant la présence d'ulcérations suspectes d'être iatrogènes : 6.3% dans le groupe PICO et 29.4% dans le groupe PEG faible volume (p = 0.175). La tolérance était en revanche significativement meilleure avec la préparation à base de PICO, avec une note moyenne de tolérance de la préparation de 7.51/10 dans le groupe PICO et 5.54/10 dans le groupe PEG faible volume (p < 0.001) et une volonté supérieure des patients de reprendre la même préparation (respectivement 97.4% *versus* 68.5% ; p < 0.001).

Conclusion : Chez les patients atteints de MICI, les préparations coliques à base de PICO semblent mieux tolérées que celles à base de PEG faible volume, tout en étant aussi efficaces et sans différence sur la sécurité d'emploi.

P.440

Évolution au cours du temps de l'indice de Lémann et de l'IBD-DI dans une cohorte monocentrique de patients atteints de maladie de Crohn

L. Cartier [1], M. Azahaf [1], M. Nachury [1], S. Hambli [1], J. Branche [1], R. Gérard [1], P. Desreumaux [1], A. Louvet [1], P. Wils [1]
(1) Lille.

Introduction : La maladie de Crohn (MC) est une maladie transmurale progressive à l'origine de lésions intestinales (fistules, abcès, sténoses) et d'une altération de la qualité de vie des malades. L'indice de Lémann (LI) est un score qui évalue la destruction intestinale dans la MC et l'Inflammatory Bowel Disease-Disability Index (IBD-DI) est un score validé évaluant le handicap fonctionnel dans les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI). L'objectif de notre étude était d'étudier l'évolution dans le temps du LI et de l'IBD-DI et d'identifier les facteurs associés à leur évolution.

Matériels et Méthodes : Le LI et l'IBD-DI ont été simultanément évalués en 2016 (évaluation n°1) dans une cohorte monocentrique de 130 patients atteints de MC, puis à nouveau entre septembre 2020 et octobre 2021 (évaluation n°2). Les facteurs associés à l'évolution des indices ont été évalués par un test de Mann-Whitney ou une analyse de variance bivariée. Les courbes de survie évaluant la progression de la MC (définie par une chirurgie, une optimisation ou arrêt des traitements) ont été évalués par la méthode de Kaplan-Meier. Le test de Spearman a été utilisé pour évaluer la corrélation entre les deux indices.

Résultats : Sur les 130 malades initialement évalués en 2016, 101 ont eu entre septembre 2020 et octobre 2021 les examens nécessaires au calcul de l'indice de Lémann et/ou une évaluation du handicap fonctionnel par l'IBD-DI et ont été inclus. Plus de la moitié des malades inclus avaient une maladie ancienne (>15ans), 35% avaient une atteinte ano-périnéale et 56% avaient un antécédent de résection digestive. La MC était cliniquement active chez 40% des patients lors de la seconde évaluation. L'intervalle de temps médian entre les deux évaluations était de 4,2 ans. Le LI (évalué chez 61 malades) n'a pas changé de manière significative entre les deux évaluations (médiane LI n°1 : 9,6 contre LI n° 2 : 9,3 ; p = 0,14). Le LI a augmenté chez 16 malades (26 %), a diminué chez 26 (43 %) malades et est resté stable chez 19 (31 %) malades. L'activité clinique persistante était le seul facteur significativement associé à l'aggravation du LI (p=0.01). Durant le suivi, 9 malades ont été opérés (6,9%), 36 malades ont changé de traitement et 37 malades ont nécessité une optimisation thérapeutique. Un LI > 7,9 (correspondant à la médiane du LI en 2016 chez les 130 malades initiaux) n'était pas associé à la progression de la MC. Le score IBD-DI (évalué chez 98 malades), a diminué significativement entre les deux évaluations (médiane IBD-DI n° 1 : 23,2 contre IBD-DI n° 2 :21,4 ; p = 0,006). L'IBD-DI a diminué chez 59 malades (60,2 %), augmenté chez 37 (37,8 %) malades et était stable pour deux (2 %) malades. Les facteurs associés à l'amélioration de l'IBD-DI étaient un âge plus jeune au moment du diagnostic, un intervalle de temps plus long avant le début du premier biologique, l'optimisation des traitements et l'exposition à une combothérapie. Il n'y avait pas de corrélation entre le LI et l'IBD-DI (ρ= 0,125, p=0,27).

Conclusion : Il s'agit de la première étude de cohorte évaluant simultanément l'évolution de l'indice de Lémann et de l'IBD-DI chez des patients atteints de MC. Après plus de 4 ans de suivi, le LI apparait stable et l'IBD-DI diminue, sans corrélation entre les indices. L'activité clinique persistante était associée à une aggravation du LI renforçant l'intérêt du suivi de ces patients.

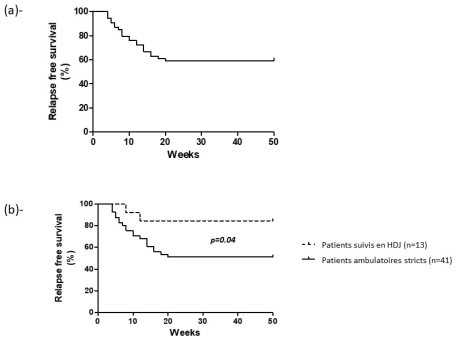
P.441

Prévalence et conséquences de l'interruption des traitements majeurs dans les MICI au cours de la première vague d'infections à Covid-19 : étude rétrospective, monocentrique observationnelle française

C. Meunier [(1)], C. Venturin [(1)], H. Hadjisavvas [(1)], A. Rozieres [(1)], A.L. Charlois [(1)], C. Gay [(1)], M. Cheviakoff [(1)], P. Danion [(1)], X. Roblin [(2)], M. Faure [(1)], G. Boschetti [(1)], S. Nancey [(1)]
(1) Lyon ; (2) Saint-Etienne.

Introduction : Certains patients MICI ont suspendu d'eux-mêmes leur traitement de fond à l'occasion de la crise sanitaire à Covid-19, et particulièrement lors du premier confinement en France. L'objectif de l'étude était d'évaluer la prévalence de l'arrêt des traitements majeurs (immunosuppresseurs, biothérapies) en l'absence de conseils médicaux préalables à l'occasion du premier confinement sanitaire et les éventuelles conséquences de cette interruption de traitement en terme de rechute d'une poussée de MICI.

Patients et Méthodes : Tous les patients avec une MICI en rémission clinique sous traitement par immunosuppresseurs et/ou biothérapies reconnaissant avoir suspendu leur traitement de fond durant la première vague de Covid-19 entre mars et septembre 2020 étaient inclus et suivis jusqu'à janvier 2021. Le critère de jugement principal était la survie sans rechute. La rechute était définie par un score d'Harvey-Bradshaw > 4 pour la maladie de Crohn ou un score Mayo partiel ≥ 2 et associés à l'élévation de la CRP > 10 mg/L et/ou de la calprotectine fécale >250 mcg/g.



Résultats : 862 patients avec une MICI ont été identifiés sur la période d'étude, 368 étaient traités en hôpital de jour (perfusions d'infliximab ou vedolizumab) et 494 patients étaient suivis en ambulatoire (traitements oral par azathioprine, ou injectable sous cutanée par adalimumab, golimumab, ustekinumab seuls ou en combothérapie). Parmi cette cohorte, 54 patients (6.2%) incluant 42 maladie de Crohn et 12 RCH, d'âge médian 36 ans dont 28 Femmes (51%) ont suspendu d'eux-mêmes leur traitement sans avis médical préalable. Les traitements les plus souvent suspendus étaient en majorité des traitements ambulatoires (adalimumab (n= 19), ustekinumab (n=19), azathioprine (n= 12), golimumab (n=1) et à un moindre degré réalisés en hôpital de jour (infliximab (n=7) et vedolizumab (n=6). Parmi les patients ayant suspendu volontairement leur traitement, 9 (16,6%) avaient des facteurs de risques d'infection à Covid-19 sévère (âgé, obésité, antécédents bronchopulmonaires sévères). La durée médiane d'interruption de leur traitement était de 7 semaines (comprise entre 2 et 24 semaines) et la durée médiane de suivi de 24 semaines (comprise entre 5-42 semaines). La grande majorité (77 %) des patients ont repris leur traitement habituel avant ou au décours de la visite médicale programmée. 10 patients sur 54 (18,5%) ont présenté une infection à Covid-19, tous de sévérité légère à modérée et spontanément résolutive sans hospitalisation en lien avec l'infection. 22 patients sur les 54 ayant interrompu leur traitement (40,7%) ont présenté une rechute d'une poussée de MICI dont un recours aux corticoïdes a été nécessaire chez 6 patients, 4 patients ont été hospitalisés pour une poussée sévère et 2 patients opérés d'une résection iléo-caecale pour forme compliquée sténosante de maladie de Crohn. Le délai médian de rechute était de 9 semaines (compris entre 4-20 semaines). Aucun prédicteur de rechute n'a pu être identifié excepté l'antécédent de résection chirurgicale pour maladie de Crohn en analyse univariée (OR= 3.3; CI 955 % 1.08-10.38).

Conclusion : Dans cette cohorte rétrospective observationnelle monocentrique, moins de 10 % des patients avec une MICI ont interrompu leur traitement majeur par immunosuppresseurs et/ou biothérapie, principalement des patients strictement ambulatoires au cours de la première vague d'infection à Covid-19. Parmi ces patients, 4 patients sur 10 ont rechuté d'une poussée de MICI, parfois sévère requérant le recours aux corticoïdes, à une hospitalisation et même à une chirurgie. La mise en place de stratégies de prévention de la non adhésion aux traitements est importante, notamment chez les patients strictement ambulatoires et passe par l'éducation thérapeutique, l'information des patients vis-à-vis de l'impact des traitements sur le risque infectieux, et les conséquences d'une interruption des traitements sur la MICI et le maintien d'une surveillance médicale régulière en dépit de conditions sanitaires difficiles (téléconsultations).

P.442

Dosage du Torque teno virus dans la maladie de Crohn

M. Goens [(1)], S. Trouillet-Assant [(1)], V. Cheynet [(1)], O. Guy [(1)], A. Bal [(1)], K. Brengel-Pesce [(1)], G. Boschetti [(1)], S. Nancey [(1)], R. Duclaux-Loras [(1)]
(1) Lyon.

Introduction : La Maladie de Crohn (MC) est une maladie inflammatoire chronique est une maladie chronique évoluant par poussées entrecoupées de périodes de rémission. Il est très compliqué de prédire l'évolution de la maladie. De manière interessante, le Torquetenovirus (TTV), un anellovirus, a montré son intérêt dans l'évaluation et le suivi du statut d'immunocompétence des patients transplantés de greffe de moelle osseuse. Nous avons ainsi étudié la virémie à TTV chez des patients porteurs de Maladie de Crohn, en rechute et en rémission, comparé à des individus sains.

Patients et Méthodes : Nous avons dans un premier temps mesuré la virémie à TTV par PCR sur des échantillons de plasma issus des différentes visites de contrôle d'une cohorte de malades atteints de MC en rémission clinique (n = 39) suivis durant une année. Nous avons comparé les charges virales des patients qui restaient en rémission aux charges virales des patients qui rechutaient lors du suivi et aux charges virales de TTV issues d'une cohorte contrôle d'individus sains (n = 49). Chez les patients en rechute, les charges virales prédictives et diagnostiques ont été mesurées. Secondairement, nous avons effectué une analyse métagénomique par séquençage du virome plasmatique sur des groupes restreints de patients en rechute (n = 10) et en rémission (n = 10) et chez des individus sains (n = 10).

Résultats : La prévalence du TTV était de 77 % (30/39) chez les patients atteints de MC et de 69 % (34/49) dans le groupe témoin (p = 0.4778). Les charges virales de TTV étaient significativement plus élevées chez les malades comparés aux individus sains (p = 0.005 et p = 0.0028). Il n'y avait pas de différence significative entre les moyennes des charges virales de TTV des malades en rechute et en rémission. De même, aucune variation significative de charges virales n'a été observée en fonction des types de traitement au sein du groupe MC. Aucune différence significative n'a été trouvée entre les fragments de séquence d'ADN d'Anelloviridae des patients atteints de la MC et du groupe témoin, ainsi qu'entre les genres TTV, TTMV et TTMDV, et les différents groupes de TTV. Cependant, des différences significatives existent entre certaines espèces de TTV au sein des malades de Crohn (p = 0.011).

Conclusion : Nous avons mis en évidence une différence significative entre les virémies à TTV des patients atteints d'une MC et des individus sains ainsi qu'une tendance à l'augmentation de la virémie chez les patients en rechute par rapport aux témoins. Ces résultats préliminaires sont encourageants quant à l'utilisation des TTV comme biomarqueurs de rechute.

Remerciements, financements, autres : Travail financé par l'Appel d'offre jeune chercheur des hospices civils de Lyon ainsi que par le laboratoire mixte HCL/Biomérieux.

P.443

Prévalence des maladies parodontales chez les patients atteints de maladies inflammatoires chroniques de l'intestin : étude prospective multicentrique

S. Ouazana [(1)], M. Fumery [(2)], M.L. Jourdain [(1)], O. Fumery [(2)], H. Brixi [(1)], J. Braux [(1)], C. Mauprivez [(1)], C. Gower-Rousseau [(1)], G. Cadiot [(1)], J. Sergheraert [(1)]
(1) Reims ; (2) Amiens.

Introduction : Les facteurs physiopathologiques des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI) conduiraient à une réponse immunitaire exacerbée de l'hôte. Les maladies parodontales (MP) sont des pathologies inflammatoires caractérisées par une destruction progressive et irréversible des tissus de soutien de la dent. MP et MICI présentent des similitudes dans leur physiopathologie. Une méta-analyse a récemment mis en évidence une augmentation du risque de développer une maladie parodontale chez les patients atteints de MICI (1). Ces résultats suggèrent également une augmentation du risque en cas de MICI active. L'objectif de cette étude était de comparer la prévalence des MP sévères et avancées (stades III et IV) entre les patients atteints d'une MICI en rémission ou active.

Patients et Méthodes : Dans cette étude observationnelle bicentrique prospective (NCT04380922), 60 patients majeurs atteints de maladie de Crohn (MC) ou de rectocolite hémorragique (RCH) ont bénéficié d'un examen dentaire permettant de détecter les lésions carieuses (ICDAS) et un examen parodontal standardisé (profondeur de poche au sondage : PPD, perte d'attache clinique : CAL, saignement au sondage : BOP, indice de plaque : PCR). La santé parodontale ou la sévérité de la maladie parodontale ont été définies selon les critères de la classification internationale des maladies parodontales (Chicago, 2018). L'évaluation de la qualité de vie relative à la santé orale a été mesurée par questionnaire (GOHAI). L'activité de la MICI était définie par le score de Mayo (RCH) ou l'indice d'Harvey Bradshaw (MC) la CRP et/ou la calprotectine fécale et/ou les lésions endoscopiques. Un appariement a été réalisé selon le genre, l'âge, le statut tabagique et le type de MICI.

Résultats : Soixante patients ont été inclus dans cette étude : hommes, 66,7% ; âge médian, 40 ans (IQR, 18-72) ; MC : 57%. Quatre-vingt-trois pourcents des patients étaient non-fumeurs. Respectivement, 48% et 30% des patients avec une MICI active et inactive (p=0.17) présentaient une maladie parodontale. Parmi eux, respectivement 93% et 78% présentaient une MP sévère ou avancée (p=0.53). Les indices de saignement au sondage, facteurs d'inflammation (BOP) ou l'indice de plaque (PCR) étaient équivalents entre ces deux groupes de même que l'indice carieux ICDAS. Cependant, une augmentation significative de l'indice de saignement au sondage a été observée chez les patients non-fumeurs présentant une MICI active et comparativement aux contrôles non-fumeurs en rémission (37% *versus* 21% ; p<0,05) ou atteints d'une RCH active comparativement aux contrôles non actifs (42% *versus* 21% ; p<0.05) sans qu'aucune variation de l'indice de plaque n'ait été mise en évidence dans les deux groupes considérés. Cette différence n'a pas été mise en évidence chez les sujets atteints d'une MC. Chez les femmes, nous avons observé une augmentation significative du BOP chez les sujets actifs (+131%, p<0.05) sans variation de l'indice de plaque, ainsi qu'une augmentation significative de la profondeur de poche la plus profonde pour les patients actifs comparativement aux contrôles en rémission (valeur moyenne en mm : 5,5 *versus* 3,9 ; p<0.05). Dans tous les groupes considérés, l'évaluation de la qualité de vie relative à la santé orale était équivalente entre les sujets actifs et en rémission.

Conclusion : Les patients atteints d'une MICI présentent un risque accru de développer une maladie parodontale. Bien qu'aucun lien n'ait pu être mis en évidence entre l'activité des MICI et une sévérité accrue des MP, une augmentation de l'inflammation gingivale est notée chez les sujets non-fumeurs présentant une MICI active et plus particulièrement les patients atteints d'une RCH ou encore chez les femmes sans corrélation avec l'indice de plaque exprimé par ces patients. Ces résultats suggèrent que, chez les patients atteints de MICI, l'inflammation gingivale pourrait être décorrélée

de l'étiologie microbienne classiquement admise et être influencée par l'état inflammatoire général de ces patients. Cet indice pourrait alors représenter un facteur discriminant d'évaluation de l'activité des MICI par le chirurgien-dentiste.

Remerciements, financements, autres :
Support financier : Fresenius Kabi France

P.444

L'échographie comme alternative à la calprotectine fécale dans le suivi de l'activité inflammatoire d'une maladie de Crohn : expérience d'une gastroentérologue débutant son activité d'échographie (étude FUSION)

K. Mathieu [(1)], J. Junda [(1)], R. Minet-Quinard [(1)], B. Pereira [(1)], A. Buisson [(1)]
(1) Clermont-Ferrand.

Introduction : Alors que la calprotectine fécale est un outil non-invasif recommandé par les recommandations internationales pour le suivi de l'activité inflammatoire des patients atteints de maladie de Crohn (MC), le positionnement de l'échographie intestinale, un outil encore mieux accepté par les patients, reste inconnu dans le monitoring de ces patients. De plus, la question de la formation des gastroentérologues en échographie et de sa mise en place dans les centres francophones est une question majeure.
Les objectifs principaux de cette étude étaient d'évaluer la concordance entre l'échographie intestinale et la calprotectine fécale pour détecter une MC active et de comparer les performances ces deux outils pour déterminer la nécessité d'une escalade thérapeutique. Les objectifs secondaires étaient de comparer l'acceptabilité de ces deux examens et d'évaluer la courbe d'apprentissage de l'échographiste débutant.

Patients et Méthodes : Il s'agissait d'une étude prospective transversale monocentrique, incluant consécutivement des patients atteints de MC (≥ 18 ans) qui ont été évalués par une échographie intestinale et une calprotectine fécale (délai maximal de 7 jours entre les 2 examens). Les échographies ont été réalisées par un gastroentérologue débutant son activité d'échographie (uniquement 1 session de formation par un radiologue expert auparavant).
Une MC active était définie en échographie intestinale selon les critères de l'étude STARDUST (un critère parmi : épaisseur pariétale > 3 mm, anomalies du signal Doppler, perte de stratifications des couches pariétales ou sclérolipomatose) ou par un niveau de calprotectine fécale > 150 µg/g. Le besoin d'une escalade thérapeutique était apprécié par un clinicien spécialisé en MICI selon des critères cliniques, biologiques, endoscopiques (vidéocapsule et coloscopie) et IRM adaptés à la situation comme dans sa pratique quotidienne, mais en aveugle des données échographiques.

Résultats : Au total, 66 patients ont été évalués par échographie dont 56 patients (84,8 %) ont eu un dosage de calprotectine fécale concomitant. La durée médiane d'évolution de la maladie était de 11 ans [6,0-20,0]. La localisation de la MC était iléale chez 19 patients (28,9 %), colique chez 11 patients (16,6 %) et iléocolique chez 35 patients (53,0 %). Les patients étaient principalement sous anti-TNF (48,4 %) et sous ustekinumab (28,8 %). Alors que le niveau médian calprotectine fécale à l'inclusion était de 61 [17 - 118], 13 patients (23,2%) avaient un taux > 150 µg/g. Au moins un segment actif en échographie était observé chez 20 patients (35,7%) et une rémission clinique selon les PRO2 dans 69,7 % des cas.
La concordance entre échographie et calprotectine fécale pour détecter une MC active était de 80,4 % (coefficient κ = 0,536 ± 0,127). La calprotectine fécale, l'échographie ou les deux examens avaient des valeurs prédictives positives de 76,9 % [54,0–99,8], 70,0 % [49,9–90,1] et 81,8 % [59,0–100,0], respectivement, et des valeurs prédictives négatives de 81,4 % [69,8–93,0], 88,9 % [78,6–99,2] et 80,0 % [68,3–91,7], respectivement, pour identifier le besoin d'une escalade thérapeutique. En utilisant une échelle numérique d'acceptabilité sur 10 points, l'échographie était significativement mieux acceptée que la calprotectine fécale (9,5 ± 1,2 *vs* 8,0 ± 2,3, p < 0,0001). Contrairement à la concordance entre calprotectine fécale et échographie et les performances de l'échographie pour identifier le besoin d'une escalade thérapeutique (constantes durant toute l'étude), la durée de réalisation de l'échographie diminuait avec le temps (coefficient de corrélation = - 0,54, p=0,001) et se stabilisait entre 15 et 20 minutes à partir de la 24ème procédure.

Conclusion : Echographie et calprotectine fécale ne donnent pas les mêmes informations pour évaluer l'activité inflammatoire d'une MC et pourraient être complémentaires pour surveiller un patient atteint de MC. La mise en place de l'échographie dans les centres MICI semble être rapidement faisable.

P.445

Quantification de la sclérolipomatose par IRM et implication clinique dans le suivi des patients atteints de maladie de Crohn

A. Lecomte [(1)], J. Rovillain [(1)], A. Michaud [(1)], R. Pichois [(1)], F. Brazier [(1)], M. Fumery [(1)], C. Yzet [(1)]
(1) Amiens.

Introduction : Alors que la sclérolipomatose (SL) est fréquemment décrite au cours de la maladie de Crohn (MC) iléale, elle a longtemps été considérée comme une entité inerte. Des travaux récents suggèrent qu'elle pourrait jouer un rôle immunologique par la sécrétion de médiateurs de l'inflammation. L'objectif de cette étude était d'évaluer par une technique de quantification en IRM l'évolution de la sclérolipomatose au cours du temps et d'identifier des facteurs associés à son développement.

Matériels et Méthodes : Il s'agit d'une étude monocentrique, rétrospective. Étaient inclus les patients avec une MC iléale, n'ayant pas eu de chirurgie intestinale et ayant eu au moins deux entéro-IRM dans le suivi dont une au moins avec de la SL. Un groupe de patient contrôle sans SL sur les entéro IRM et sans antécédents chirurgicaux a été aléatoirement sélectionné. L'épaisseur et la surface de la SL étaient mesurées quantitativement à partir des coupes coronales T2 des IRM par deux radiologues indépendants. Chaque nouvelle entéro IRM effectuée au cours du suivi était ré-analysée, afin de juger de l'évolution des paramètres inflammatoires et de la quantification de la SL. En parallèle, les données démographiques des patients, leur évolution clinique et endoscopique ont été collectés afin d'identifier les facteurs associés à la présence de la SL et son association à une rechute de la maladie définie par une mise sous corticothérapie, une hospitalisation en lien avec la MC ou une résection chirurgicale après la première IRM.

Résultats : Un total de 47 et 20 patients ont été inclus et suivis respectivement dans le groupe SL (GSL) et sans SL (GSS). La concordance inter observateur pour quantifier la SL était bonne (Kappa=0,78). L'âge médian était de 30 ans dans le groupe GSL et de 26 ans dans le groupe GSS, 43,3 % des patients était des femmes, 50,7 % avec une maladie de Crohn avec un phénotype sténosant. Les facteurs associés à la présence d'une SL étaient une maladie sténosante selon la classification de Montréal (0R 11 [3,1 ;52,2], p<0,001), ou à l'IRM (0R 4,7 [1,1; 31,5], p=0,048)), et une CRP >5 (OR 7,2 [2,0; 29,1], p=0,003). La SL augmentait au cours du temps dans 72 % des cas, était stable dans 21 % des cas et diminuait dans 7 % des cas. Aucun patient dans le groupe SL n'a eu une résolution complète de SL. Dans le groupe sans SL aucun patient n'a développé de SL au cours du suivi. La SL n'était pas un facteur de risque combiné de rechute de la maladie en analyse multivariée (HR = 0,84 [0,29; 2,41], p=0,745).

Conclusion : Nous présentons une nouvelle mesure quantitative de la SL au cours de la MC. Alors que l'épaisseur de la SL pourrait varier, elle ne semble jamais disparaitre au cours du temps. La SL est associée à une maladie active et sténosante mais n'est pas associée à un sur risque de rechute de la maladie.

P.446

Prévalence de poussées de MICI post-vaccinales vis-à-vis du Covid-19 : étude prospective monocentrique

M. Barrau [(1)], L. Bastide [(1)], N. Williet [(1)], A.S. Peaucelle [(1)], P. Veyrard [(1)], Q. Tournier [(1)], S. Paul [(1)], J.M. Phelip [(1)], X. Roblin [(1)]

(1) Saint-Etienne.

Introduction : Des cas rapportés ont décrit des poussées de MICI après vaccination contre le COVID. Ces cas semblent rares. Dans une récente étude analysant les taux d'effets indésirables et l'impact sur l'activité clinique des MICI après vaccination vis-à-vis de la Covid 19, les auteurs rapportaient un taux de réactivation de la MICI dans 2% des cas définie par une réactivation des symptômes associée à un changement thérapeutique (Etude Prevent COVID) (1).

Patients et Méthodes : Tout patient porteur de MICI, suivis en ambulatoire dans notre service et ayant accepté d'être vacciné contre la COVID 19, s'est vu proposé cette étude. Tous les patients inclus, devaient prendre contact avec le service si dans le mois qui suivait un vaccin contre le COVID, ils présentaient un tableau clinique évoquant une poussée de MICI. Les patients étaient revus en urgence et un bilan d'activité de la MICI était fait : score d'activité clinique, dosage de la CRP et/ou calprotectine, endoscopie courte en cas de RCH, colonoscopie ou IRM en cas de MC. Etaient exclus les patients non vaccinés, ayant refusé de rentrer dans cette étude, ou n'ayant pas montré la preuve d'au moins une vaccination. Les patients étaient tous revus un an après le début de l'étude pour rechercher si une poussée n'avait pas eu lieu sans que le service ne soit tenu au courant. Une rechute était définie pour la MC par un CDAI > 220 avec une CRP > 5 mg/L et/ou une calprotectine fécale > 250 mcg/g selles et une endoscopie ou imagerie confirmant l'activité clinique. Pour la RCH, la rechute était définie par un score Mayo total supérieur à 5 avec un score endoscopique > 1. Le lien entre vaccin et poussée était défini par l'absence d'activité clinique pendant au moins 3 mois avant vaccination et poussée de la maladie au plus tard dans les 30 jours qui suivaient le vaccin sans modification thérapeutique entre temps.

Tableau 1 : Traitements des patients ayant présenté une poussée par vaccination anti Covid par ARNm. Et modification thérapeutique après la poussée :

Type de traitement avant la poussée N : Nombre de patients traités	Nombre de poussées après vaccination et type de MICI	Modification thérapeutique	Evolution
Ustekinumab N=62	10 (6 MC)	Intensification de dose : 5 cas Changements de biothérapie : 5 cas	Rémission clinique dans tous les cas
5 aminosalycilés N=26	6 (6 RCH)	Intensification de dose : 2 cas, Introduction d'anti TNF : 34cas	Rémission clinique dans tous les cas
Anti TNF : N=69	7 (3MC) 1 Goli, 5 ADA, 1 IFX	Intensification : 5 cas Passage en vedolizumab : 2 cas	Rémission clinique dans tous les cas
Tofacitinib N=6	1 (1 RCH)	Une intensification de dose	Rémission clinique dans tous les cas
Vedolizumab N=24	2 (1 RCH)	Une optimisation de dose et un passage à l'ustekinumab	Rémission clinique dans tous les cas
anti IL23 N=22	2 (2MC)	Une augmentation de dose : 1 cas Passage a Ustekinumab : 1 cas	Rémission clinique dans tous les cas
Immunosuppresseurs N=22	1 (1RCH)	Passage anti TNF	Rémission clinique dans tous les cas

Résultats : 231 patients (âge moyen : 44,6 ans, sexe ratio H/F=1,1, 43.3% MC) étaient éligibles. 176 patients ont eu au moins trois doses de vaccin tous à ARNm et 55 avec deux doses au plus. 97 patients (42%) ont été infecté au moins une fois par la COVID 19, infection affirmée par PCR après au moins une dose de vaccin, tous sans recours à une hospitalisation, réanimation ou décès. 29 patients (12,5%) ont présenté une poussé de MICI après vaccination (43,6% de MC, sex ratio=1, 80% des cas apres 3 trois doses de vaccin) après un temps médian de 8,5 jours (5-17j). Les caractéristiques des patients, traitements reçus, nombre de vaccin ou infection Covid étaient comparables entre les groupes ayant présenté ou non une réactivation après vaccin anti COVID (P=NS). Le risque de poussée après un vaccin était de 29 pour 646 doses vaccinales (4,4%). Le tableau 1 rapporte les traitements avant la poussée et les changements thérapeutiques proposés ainsi que la réponse à moyen terme. Pour les poussées de MICI, aucune forme grave, recours à une hospitalisation ou chirurgie n'a été proposée. Quinze patients ont été optimisés de leur traitement et 18 ont été changés de traitement. Tous ont été mis en rémission clinique de leur maladie . En analyse univariée, aucun paramètre clinique (type de MICI, âge, sexe, tabac), le nombre de vaccination préalable, une infection auparavant par covid 19 ou le type de traitement n'était associé à un risque significatif de poussée après vaccination.

Conclusion : Le risque de poussée de MICI chez des patients en rémission clinique durable est possible après vaccination anti Covid 19 par ARNm mais reste faible (4%). Aucun facteur de risque n'a été isolé dans ce travail.

P.447

La fatigue liée aux maladies inflammatoires de l'intestin (MICI) est-elle un trouble motivationnel comme un dans un trouble dépressif ?

T. Gabriel-Segard [1], S. Paul [1], C. Massoubre [1], X. Roblin [1]

(1) Saint-Étienne.

Introduction : La plainte de fatigue dans les MICI représente un problème majeur pour les patients et les cliniciens. Elle touche près de 80% des patients atteints de MICI en phase active et 50% des patients en rémission clinique1. Ce symptôme est classiquement présenté dans le trouble dépressif2.Cette fatigue est-elle une évaluation cognitive altérée de la balance motivationnelle (avolition / aboulie), correspondant à un manque motivation rendant difficile l'accomplissement de tâche cognitives et comportementales ?

Patients et Méthodes : Nous avons recruté une cohorte de 110 patients atteints de maladie de Crohn (MC) n= 60 et de rectocolite hémorragique (RCH) n= 50, non symptomatique et non inflammatoire au moment de l'étude, traités par biothérapie. 51% (n=31) des patients CD (CD-F) et 54% (n=27) des patients UC (UC-F) ont déclaré se sentir fatigués. Ils ont été soumis à des échelles d'auto-évaluation en ligne : Chalder's Fatigue Scale (CFQ-11), IBD-Disk, Self-evaluation of Negative Syndrome (SNS), Global Motivation Scale (GMS-28), Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD), et le Medical Outcomes Study Short Form 36 (SF-36).

Résultats : Les patients fatigués sont principalement des femmes (CD : 71%, UC : 56%). Le score de l'échelle de Chalder confirme la différence de fatigue entre les groupes : score total de Chalder (CD : 12,38 CD-F : 19,52 p<0,0001 : UC : 11,52 UC-F : 16,81 p=0. 0004), sous-échelle de fatigue physique (CD : 7,62 CD-F : 12,97 p<0,0001 : UC : 7,48 UC-F : 11,41 p=0,0004), sous-échelle de fatigue psychologique (CD : 4,76 CD-F : 6,55 p=0,0102 : UC : 4,04 UC-F : 5,41 p=0,015). Aucune différence significative n'apparaît entre CD-F et UC-F pour la fatigue physique (p= 0,16) et la fatigue psychologique (p= 0,07). L'anxiété mesurée par la HAD est plus élevée dans les populations fatiguées mais insuffisante pour constituer un diagnostic de trouble anxieux (CD : 7,45 CD-F : 10,87 p=0,0007 : UC : 6,70 UC-F : 8,85 p=0,0292), le score de dépression ne révèle pas de différence (CD : 5,86 CD-F : 7,23 p=0,0526 : UC : 6,17 UC-F : 6,70 p=0,47). Concernant les dimensions de la motivation (GMS-28), les patients CD-F présentent un score plus élevé de motivation extrinsèque introjectée que les patients CD (CD : 13.86 CD-F : 18.06 p=0.01), et les patients UC-F présentent un score plus faible de motivation intrinsèque à la connaissance (UC : 22.43 UC-F : 19 p=0.02). L'échelle SF-36 révèle un score plus élevé de limitation de rôle due à un problème de santé physique chez les patients CD-F (CD : 42.24 CD-F : 68.55 p=0.006), correspondant également à un score plus élevé que la population générale (score moyen = 53). Enfin, le SNS révèle une différence dans le score d'avolition (CD : 2.10 CD-F : 3.81 p=0.003 : UC : 1.17 UC-F : 2.81 p=0.003).

Conclusion : Cette première étude s'intéresse à la caractérisation psychométrique de la fatigue ressentie par les patients atteints de MICI. Les résultats révèlent des pistes stimulantes, telles que l'altération du score d'anxiété, de la motivation intrinsèque et extrinsèque, et de l'avolition. Ces symptômes ne sont pas liés à un trouble dépressif, le patient fatigué n'étant pas dépressif selon l'HAD. Ceci encourage des investigations complémentaires neuropsychologiques pour caractériser l'avolition, mais aussi étudier des modèles animaux de MICI, pour étudier la pathophysiologie au niveau cérébral impliqués dans la fatigue des MICI.

P.448

Risque néoplasique associé aux sténoses coliques dans la maladie de Crohn : étude multicentrique

T. Hunaut [1], A. Biron [2], L. Peyrin-Biroulet [3], A. Le Bozec [1], A. Germain [4], G. Cadiot [1], M. Fumery [5]

(1) Reims ; (2) Bezannes ; (3) Vandœuvre-lès-Nancy ; (4) Nancy ; (5) Amiens.

Introduction : La prise en charge des sténoses coliques dans la maladie de Crohn (MC) est complexe, et implique souvent une résection chirurgicale en raison de la crainte d'une dysplasie ou d'un cancer associé. Or, le risque néoplasique compliquant les sténoses coliques dans la MC reste méconnu. L'objectif de cette étude était d'évaluer la fréquence des néoplasies associées aux sténoses coliques dans la MC et d'identifier d'éventuels facteurs associés.

Patients et Méthodes : Nous avons recueilli de manière rétrospective les données cliniques, radiologiques, endoscopiques et anatomopathologiques des patients consécutifs atteints d'une MC compliquée d'une sténose colique dans trois centres universitaires français.

Résultats : Quatre-vingt-huit patients atteints de MC compliquée de sténose colique ont été identifiés dont 53 (60.2%) femmes, d'âge médian au diagnostic de la sténose de 41 ans (IQR [31 ; 55,75]). La durée médiane d'évolution de la maladie au diagnostic de la sténose était de 12 ans (IQR [4 ; 20]) ans. Une dysplasie/cancer était observée chez 7 (8%) patients se répartissant en cinq adénocarcinomes, un carcinome neuroendocrine et une lymphoprolifération de la lignée B. La néoplasie était mise évidence au diagnostic de la sténose colique chez 6 (n= 6/7, 86%) patients. La probabilité cumulée de néoplasie était de 4,5% à 6 mois, 8% à 1 an. Les patients présentant une complication néoplasique étaient plus âgés (52,1 *vs* 41,2 ans ; p=0,03), présentaient plus souvent des symptômes occlusifs (57% *vs* 11% ; p < 0,001) et plus souvent une sténose colique gauche ou rectale (86% *vs* 69% ; p=0,01). En analyse multivariée, aucun facteur n'était significativement associé à la présence d'une complication néoplasique.

Conclusion : Une néoplasie était observée chez 8% des patients atteints d'une sténose colique liée à une maladie de Crohn. Dans la majorité des cas, le diagnostic de néoplasie était fait au diagnostic de la sténose.Aucun facteur n'était significativement associé à la présence d'une néoplasie.

P.449

Prédiction de la récidive post-opératoire endoscopique de maladie de Crohn par dosages précoces de calprotectine fécale : résultats de l'étude DESTINY

A. Buisson [(1)], M. Bazoge [(1)], L. Blanco [(1)], R. Minet-Quinard [(1)], A. Dubois [(1)], B. Pereira [(1)]
(1) Clermont-Ferrand.

Introduction : Même si la prescription précoce de biothérapie après résection intestinale a permis de diminuer le taux de récidive post-opératoire (RPO) endoscopique à 6 mois chez les patients atteints de maladie de Crohn (MC), ce dernier reste encore important (30 à 40 %). De plus, malgré une intensification thérapeutique en cas de RPO endoscopique à 6 mois, l'indice de Rutgeerts reste fortement associé au risque de RPO clinique (réapparition des symptômes) soulignant la nécessité d'améliorer la prise en charge des 6 premiers mois post-opératoires. Dans ce contexte, des dosages réguliers de calprotectine fécale pourraient permettre d'identifier plus rapidement les patients avec reprise des lésions inflammatoires.
L'objectif principal de l'étude était d'évaluer le rôle du dosage précoce de la calprotectine fécale dans les 6 premiers mois suivant une résection intestinale chez les patients atteints de MC et de rechercher si le moment de réalisation du dosage de calprotectine fécale durant ces 6 mois avait un impact sur la prédiction de la RPO endoscopique.

Patients et Méthodes : Il s'agissait donc d'une étude rétrospective monocentrique à partir d'une cohorte de 175 patients atteints de MC avec résection iléo-caecale.
Les critères d'inclusions étaient les suivants : (a) un âge ≥18 ans, (b) un diagnostic de maladie de Crohn confirmé avec résection iléale et/ou colique, (c) toutes les lésions macroscopiques retirées, (d) anastomose atteinte par l'iléo-coloscopie (e) suivi d'au moins 6 mois après l'intervention chirurgicale (f) une évaluation endoscopique 6 à 12 mois après le rétablissement de continuité et (g) au moins un dosage de calprotectine fécale entre rétablissement de continuité et coloscopie. Les patients avec stomie définitive étaient exclus.
Le critère de jugement principal était la récidive post-opératoire définie comme un indice de Rutgeerts ≥ i2a.

Résultats : Parmi 175 patients de la cohorte, 30 patients (73,3 % de femmes, âge moyen = 39,5 ± 13,7, durée médiane d'évolution = 9,8 [1,4-19.0]) ayant eu 59 dosages de calprotectine fécale ont été inclus dans cette étude. Ils recevaient une biothérapie en prévention de la RPO endoscopique dans 73,3 % des cas. Le taux de RPO endoscopique à 6 mois était de de 50,0 %.
Considérant l'ensemble des dosages effectués (n=59), la valeur médiane de la calprotectine fécale réalisée dans l'intervalle entre le rétablissement de continuité et l'endoscopie à 6 mois était significativement plus élevée chez les patients avec RPO endoscopique à 6 mois comparativement à ceux qui n'en présentaient pas (100 µg/g [35-390] *vs* 67 µg/g [17-145], respectivement, p = 0,042).
Le niveau de calprotectine fécale dans les 2 mois suivant le rétablissement de continuité (n = 16 dosages) n'était pas associé au risque de RPO endoscopique à 6 mois (92,5 µg/g [33-390] *vs* 93,5 µg/g [59-181], en cas de RPO ou non, respectivement, p = 0,66), alors que celui entre 2 mois et 4 mois et demi post-rétablissement (n = 27 dosages) permettait de prédire un risque plus élevé de RPO endoscopique (146,5 µg/g [47-369] *vs* 29 µg/g [15-145], en cas de RPO ou non, respectivement, p = 0,04). On observait une forte tendance concernant l'association entre la concentration médiane de calprotectine fécale après 4 mois et demi post-rétablissement (n = 16 dosages) et le risque de RPO endoscopique (217 µg/g [17-435] *vs* 52 µg/g [12-111], en cas de RPO ou non, respectivement, p = 0,33).
Dans le sous-groupe des dosages de calprotectine réalisés entre 2 mois et 4 mois et demi post-rétablissement de continuité (n = 27), nous avons déterminé, à l'aide d'une courbe ROC et en fonction de la pertinence clinique, que le meilleur seuil de calprotectine était de 100 µg/g pour prédire le risque de RPO endoscopique à 6 mois avec les performances suivantes : Sensibilité = 58,3 % [27,7-84,8], Spécificité = 66,7 % [38,4-88,2], Valeur Prédictive Positive (VPP) = 58,3 % [27,7-84,8], Valeur Prédictive Négative (VPN) = 66,7 % [38,4-88,2].

Conclusion : Les résultats de notre étude suggèrent que le dosage de la calprotectine fécale pourrait être utile dans la détection précoce du risque de RPO endoscopique et pourrait permettre de réduire le taux de RPO endoscopique à 6 mois. Ces données méritent d'être confirmées dans une essai prospectif contrôlé randomisé de stratégie.

P.450

Perceptions de 368 patients atteints d'une maladie inflammatoire chronique de l'intestin sur leur parcours de soins

P. Mansué [1], R. Altwegg [1], C. Venot [2], C. Martin [3]
(1) Montpellier ; (2) Paris ; (3) Issy-les-Moulineaux.

Introduction : Vik MICI est une application digitale disponible depuis 2021, et qui accompagne les patients et leurs proches dans leur quotidien avec la maladie.
Une étude a été menée auprès des utilisateurs de Vik MICI afin de mieux comprendre les perceptions des patients quant à leur parcours de soins et à leur vécu avec la maladie.

Matériels et Méthodes : Cette étude observationnelle, basée sur un questionnaire déclaratif de 36 questions (qualité de vie et parcours de soins avec la maladie), a été proposée par mail et/ou notifications entre le 21 février et le 18 avril 2022.
7230 utilisateurs ont été invités à participer, 368 patients ont entièrement répondu à l'enquête.

Résultats : Parmi les 368 patients interrogés, 54% sont atteints de maladie de Crohn et 43% de RCH.
L'ensemble des patients auto-évaluent la sévérité de leur maladie de manière identique : 70% des patients Crohn et 71% des patients RCH considèrent être touchés par une forme modérée à sévère. Par ailleurs, 29% des patients Crohn et 36% des patients RCH estiment que leur maladie a un fort impact sur leur qualité de vie (score d'au moins 8 points sur 10).
Les patients Crohn sont davantage suivis à l'hôpital (44%) que les patients RCH (29%).
83% des patients Crohn et 75% des patients RCH sont satisfaits de leur suivi médical. Cependant les patients identifient deux axes d'amélioration concernant leur suivi : l'adressage vers d'autres spécialistes (psychologues, nutritionnistes), ou une meilleure surveillance des effets secondaires des traitements (respectivement pour 47% et 42% des patients MICI). Chez les patients non satisfaits de leur suivi, 59% aimeraient recevoir un traitement plus efficace et 54% aimeraient être pris en charge plus rapidement en cas de poussées.
La majorité des patients Crohn sont traités par injections (63% contre 40% des patients RCH), tandis que la moitié des patients RCH prennent un traitement par voie orale (43% contre 21% des patients Crohn). 68% des patients traités s'estiment satisfaits de leur traitement, mais à nouveau les patients Crohn le sont davantage que les patients RCH (74% contre 62%).
Une majorité des patients (70%) actuellement sous thérapie injectable préfèrent cette voie d'administration, alors que près de la moitié des patients traités par voie orale préfèreraient recevoir un traitement injectable (43%, 33% une forme sous-cutanée et 10% une forme intraveineuse).
Plus de 8 patients sur 10 déclarent être bien entourés par leur famille et leurs proches. Ainsi, 81% des patients estiment qu'ils leur apportent un soutien moral et psychologique. Cependant 17% des patients interrogés se sentent seuls face à la maladie.

Discussion : Les patients atteints de MICI sont globalement satisfaits de leur suivi médical, bien qu'ils aspirent à une approche plus intégrative des aspects de leur quotidien impactés par leur pathologie (nutrition, bien être psychologique). Les patients souhaiteraient également un suivi plus rapproché entre deux consultations afin de mieux surveiller l'apparition de poussées de la maladie ou d'effets secondaires liés aux traitements. De plus l'inefficacité des traitements apparaît comme un facteur clé d'insatisfaction, soulignant ainsi la nécessité de réduire l'errance thérapeutique.
Par ailleurs, les patients Crohn semblent être les plus satisfaits de leur suivi global. Cette satisfaction est à mettre en regard du fait que ces patients soient davantage suivis à l'hôpital, et traités par voie injectable.
Enfin, bien que les MICI soient des pathologies impactant lourdement leur qualité de vie, la plupart des patients peuvent s'appuyer sur le soutien de leurs proches.

Conclusion : Cette étude démontre l'intérêt d'un outil digital tel que Vik MICI pour recueillir des données sur le vécu et les perceptions des patients en vie réelle. Elle met notamment en avant deux axes d'amélioration possible concernant leur suivi : l'adressage vers d'autres spécialistes ou une meilleure surveillance des effets secondaires des traitements (respectivement pour 47% et 42% des patients MICI). Généraliser l'utilisation d'applications digitales pour la collecte de ce type de données pourrait donc permettre d'identifier de nouvelles pistes d'améliorations du parcours de soins des patients.

P.451

Connaissances, attitudes et pratiques du choix contraceptif chez les femmes atteintes de maladies inflammatoires de l'intestin

H. Aouroud [1], F.E. Lairani [1], J. Rizkou [1], A. Ait Errami [1], S. Oubaha [1], Z. Samlani [1], K. Krati [1]
(1) Marrakech, MAROC.

Introduction : Les MICI débutent souvent chez des femmes jeunes en période d'activité génitale. Cela soulève des problématiques relatives à leur vie reproductive et accès à la contraception. En effet, la planification de la grossesse à distance des poussées de MICI permet d'éviter les complications obstétricales secondaires à une maladie non contrôlée. La littérature publiée suggère que près d'un quart des femmes atteintes de MICI n'utilisent aucune forme de contraception, ce qui les expose à un risque de grossesse non planifiée. Des directives récentes soulignent l'importance de suivis prénatals chez les patientes atteintes de MICI, mais les conseils en matière de contraception et l'évaluation des risques ne sont pas abordés. Nous avons voulu approfondir nos connaissances sur le sujet et avons réalisé une enquête préliminaire transversale sur la contraception de femmes atteintes de MICI en âge de procréer : Notre objectif était d'explorer les connaissances, les attitudes et les pratiques en matière de contraception des femmes atteintes de MICI.

Patients et Méthodes : Ont été inclus les patientes âgées de 18 à 45 ans suivis dans notre formation pour une MICI, sur une période de 1 an (Juin 2021 – Juin 2022). Les informations étaient recueillies de deux manières. Via un questionnaire anonymisé distribué aux patientes (Les questions portaient sur la contraception et la vie reproductive des patientes, elles étaient essentiellement fermées afin de permettre une meilleure analyse des données), et en ce qui concerne les informations relatives à l'histoire de la MICI le recueille a été réalisé via le dossier médical des patientes. L'analyse statistique des données descriptives a été réalisée via le logiciel Excel. puis avec le logiciel SPSS version 2.2.

Résultats : Sur les 160 participantes incluses, l'âge moyen de la population était 33 ans (17- 48 ans) ; 54% des femmes sont atteintes de MC et 45% de RCH et 1% de colite indéterminée. Les patientes étaient sous 5 ASA, immunosuppresseurs et anti TNF alpha comme traitement de fond dans respectivement 33%, 45%, 32% des cas. 19% avaient présenté une poussée durant la période de l'étude. La durée moyenne de la maladie était de 6,5 ans et 7,5 % de notre population avaient une contre-indication absolue à la prise de COC.
Près des trois quarts des répondants ont déclaré utiliser actuellement une contraception et 17 % utilisaient des contraceptifs très efficaces. Les contraceptifs les plus couramment utilisés étaient les pilules contraceptives orales (27 %) et les méthodes barrières (18 %). 86 % des femmes n'avaient pas de projet de grossesse actuel, 14 % en avaient un tandis que 3 femmes n'avaient pas répondu à la question. La thérapie biologique actuelle était significativement associée à l'utilisation de contraceptifs très efficaces (p = 0,0275). Les caractéristiques contraceptives les plus importantes pour les femmes étaient l'efficacité (78 %), la facilité d'utilisation (76 %), peu ou pas d'effets secondaires (68 %) et le fait de ne pas nuire au plaisir sexuel (65 %). Seuls 25 % des patients se souvenaient d'avoir discuté de problèmes de reproduction avec leur clinicien en MICI, cependant, 86 % ont déclaré qu'ils se sentiraient à l'aise d'avoir cette discussion dans les prochaines consultations. Les femmes souhaitaient recevoir des conseils en matière de planification familiale de la part de médecins (78%)

Conclusion : Un quart des patientes de notre cohorte n'utilisaient aucune contraception et la majorité n'utilisaient pas une forme très efficace augmentant potentiellement leur risque de grossesse non planifiée ou inopportune. Les participants souhaitaient un contraceptif efficace, facile à utiliser et avec des effets secondaires minimes. Nos résultats reflètent la nécessité d'études supplémentaires pour améliorer la prise de décision éclairée avec le conseil en matière de contraception, afin d'améliorer la qualité globale des soins pour les femmes atteintes de MICI.

P.452

Évaluation de l'activité physique, de la fatigue et de l'activité de la maladie chez les patients atteints de maladies inflammatoires chroniques de l'intestin

O. Chatti [1], W. Dahmani [1], N. Elleuch [1], H. Jaziri [1], W. Ben Ameur [1], A. Ben Slama [1], M. Ksiaa [1], A. Braham [1], S. Ajmi [1], A. Hammami [1], A. Jmaa [1]
(1) Sousse, TUNISIE.

Introduction : L'activité de la maladie et la qualité de vie des patients atteints de maladies inflammatoires de l'intestin(MICI) sont contrôlées directement par le traitement médical, mais peuvent être affectées par des facteurs psychosociaux et notamment par l'activité physique (AP).
Dans cette étude, nous avons cherché à savoir si les niveaux d'activité physique étaient associés aux caractéristiques des patients, à l'activité de la maladie et à la fatigue chez les patients atteints de MICI?

Patients et Méthodes : Cette étude transversale a inclus 105 adultes atteints de la maladie de Crohn ou de la colite ulcéreuse. L'AP a été évaluée par les scores de l'IPAQ (version courte). Les patients étaient considérés comme ayant un niveau d'AP adéquat lorsqu'ils faisaient de l'exercice à intensité modérée pendant au moins 30 minutes au moins 5 jours par semaine, selon les normes néerlandaises pour une activité physique saine. La composition corporelle a été évaluée par l'indice de masse corporelle (IMC) . La fatigue a été mesurée à l'aide de l'évaluation fonctionnelle de la thérapie des maladies chroniques - Fatigue (FACIT-F)-13 items.

Résultats : Pendant la période d'étude, 105 patients ont été inclus. L'âge moyen des patients était de 38,61 ± 15,79 ans avec des extrêmes allant de 18 à 68 ans. Une prédominance masculine a été notée avec 57 hommes (54,3%) et 48 femmes (45,7%).77 patients (73,3%) avaient une maladie de Crohn et 28 patients (26,7%) une colite ulcéreuse.Nos patients sont classés selon un score catégorique en 3 niveaux d'activité physique : 71,4% avaient un faible niveau d'activité, 13,3% avaient un niveau d'activité modéré et avaient un niveau d'activité élevé.L'équivalent métabolique médian en minutes/semaine était de 994,18±2119 Met minutes par semaine.La marche était l'activité préférée (30 %), suivie de la musculation (20 %).Cependant, les patients ne répondant pas aux normes d'AP étaient significativement plus fatigués que les patients répondant aux normes (p=0,01). Plus l'IPAQ était élevé, plus les items du FACIT-F-13 étaient faibles.La majorité des participants à l'enquête étaient en rémission (85,7%). Parmi les personnes interrogées, 86% ont ressenti les effets bénéfiques de l'activité physique, tels que l'amélioration de la condition physique générale et de l'image de soi. Cependant, pendant les périodes de maladie active, ils ont rencontré des difficultés à trouver la motivation et la persévérance nécessaires pour être physiquement actifs en raison d'obstacles physiques.

Conclusion : Les patients atteints de MICI ayant un faible niveau d'activité physique présentaient une fatigue significativement plus élevée. En revanche, les patients atteints de MICI ressentent généralement les bienfaits de l'activité physique pour la santé, bien que les obstacles causés par la maladie active puissent les dissuader d'être physiquement actifs.

P.453

Intérêt d'une application mobile développée pour améliorer les connaissances des patients MICI vis-à-vis de leur maladie

H. Aouroud [(1)], F.E. Lairani [(1)], A. Ait Errami [(1)], S. Oubaha [(1)], Z. Samlani [(1)], K. Krati [(1)]
(1) Marrakech, MAROC.

Introduction : L'état de connaissance des patients vis -à- vis de leur maladie jouent un rôle crucial dans la prise en charge thérapeutique, en facilitant l'acceptation et la compréhension des patients de leur diagnostic, une participation active au suivi et une meilleure observance thérapeutique d'autant plus qu'un manque de connaissances à propos de leur maladie, de son évolution et des éventuelles complications ne peut que majorer l'état d'anxiété chez eux. Nous avons donc cherché à développer une application facile à utiliser et accessible à tous les patients atteints de MICI afin d'améliorer l'état de connaissance de leur maladie.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude transversale prospective faite entre Janvier 2022 et Juin 2022, où nous avons sélectionné 2 groupes : le premier groupe comporte 34 patients ayant une MICI déjà diagnostiqué depuis au moins 1 an et le 2ème groupe comporte 34 patients dont la MICI a été diagnostiquée récemment <3 mois. Les deux groupes ont les mêmes caractéristiques socio-démographiques et phénotypiques et doivent avoir un minimum de niveau de connaissance d'utilisation de smartphone. Les patients ont été invité à télécharger l'application sur le système 'androïde' et puis on a jugé grâce à un questionnaire établi et proposé aux patients au cours de leurs rendez-vous de consultations ou au cours de leur hospitalisation au service pour évaluer l'évaluation de leur degré connaissance sur leur maladie ainsi que leur niveau de satisfaction.

Résultats : L'âge moyen de notre population était de 22 ans, avec un sexe ratio H/F=1,2; 57% des patients avaient une maladie de Crohn dont la localisation iléo-caecale et le phénotype fistulisant sont les plus fréquents dans respectivement 25% et 18% des cas et 42,3% avaient une rectocolite hémorragique pancolitique dans 24% des cas. Les patients ont jugé l'application avec un score moyen de 7,8 sur 10, ils ont trouvé la conception et l'accessibilité du système de haute qualité avec score de satisfaction moyen de 4,2/5 et 79% d'entre eux recommanderait l'application à d'autres patients. Chez le premier groupe 57% savaient qu'il s'agissait d'une affection chronique ; le facteur de risque héréditaire n'était connu que par 23,6% de nos patients Les manifestions extradigestifs font partie de la maladie pour 37,7% de nos patients et que le cancer colorectal était la complication la plus redoutée pour 28,3% des cas tandis que le traitement médical représente le moyen de prévention de rechutes pour 66,6% de ces patients. Après avoir suivi les modules d'apprentissage, 76% des patients ont estimé que le niveau de connaissances générales de leur maladie s'est améliorées niveau symptômes de la maladies, qu'il s'agit d'une maladie dont l'étiopathogénie reste méconnue mais multifactorielle, ses complications, les signes d'alarmes et quand consulter en urgence mais également l'adhésion aux traitement de fond s'est amélioré chez 56% des patients.

Conclusion : Nous avons développé l'application, qui permet une connaissance claire, facile à apprendre et accessible pour tous les patients atteints de MICI, indépendamment de la gravité de la maladie ou de la prise de médicaments. L'étude de faisabilité a montré que les patients étaient très satisfaits et que leur niveau de connaissance vis-à-vis la maladies, ses complications, moyens thérapeutiques s'est nettement amélioré.

P.454

Colites sévères associées aux BRAF/MEK inhibiteurs chez des patients traités pour mélanome métastatique

C. Dong [(1)], F. Carbonnel [(2)], E. Routier [(3)], T. Lazure [(2)], C. Bellanger [(2)], C. Mussini [(2)], C. Merklen [(4)], B. Bejou [(5)], A. Buisson [(6)], A. Meyer [(2)], C. Robert [(3)]
(1) Sion, SUISSE ; (2) Le Kremlin-Bicêtre ; (3) Villejuif ; (4) Colmar ; (5) Bobigny ; (6) Clermont-Ferrand.

Introduction : Le blocage de la voie MAP-kinase par la combinaison d'un inhibiteur BRAF et d'un inhibiteur MEK est un traitement de référence du mélanome métastatique muté BRAF V600E/K. Une diarrhée est fréquemment observée chez les patients traités par BRAF et MEK inhibiteurs, mais à ce jour, il n'a pas été décrit de colite associée à cette bithérapie ciblée.

Patients et Méthodes : Nous avons réalisé une étude rétrospective multicentrique des patients consécutifs, suivis pour mélanome, traités par inhibiteurs de BRAF et de MEK, atteints de colite ayant nécessité une hospitalisation. Les dossiers électroniques des patients ont été étudiés. Les biopsies perendoscopiques et les pièces de colectomie ont été relues de manière centralisée.

Résultats : De janvier 2021 à mars 2022, neuf femmes et un homme, âgés de 50 à 90 ans, ont été inclus. Neuf patients ont reçu de l'encorafénib et du binimétinib, un patient a reçu du dabrafénib et du tramétinib. Les principaux symptômes étaient la diarrhée, les douleurs abdominales, les rectorragies et l'obstruction intestinale. Les examens biologiques montraient une anémie, une augmentation de la CRP et une hypoalbuminémie chez neuf patients sur 10. Tous les patients avaient des ulcérations du côlon droit avec ou sans sténose de la valve iléo-caecale (2/10) ou des ulcérations coliques distales au côlon droit (4/10). L'étude anatomopathologique a montré des lésions ischémiques et une inflammation légère à modérée. Neuf patients sur 10 ont arrêté les inhibiteurs BRAK et MEK. Ces médicaments ont été réintroduits chez quatre patients, parmi lesquels trois ont présenté une récidive sévère de la diarrhée. Huit patients ont reçu une corticothérapie, trois patients ont été traités par infliximab. Deux patients ont été opérés d'une colectomie. Un patient non opéré est décédé de la colite.

Conclusion : Les inhibiteurs BRAK et MEK, particulièrement l'encorafénib et le binimétinib, sont associés à des colites sévères caractérisées par des ulcérations du colon droit. En cas de suspicion du diagnostic, une coloscopie avec biopsies doit être réalisée sans délai. Si le diagnostic est confirmé, la combinaison BRAK et MEK inhibiteurs doit être arrêtée. Les patients doivent être étroitement surveillés.

P.455

Maladie de Crohn : expression *in situ* des cytokines pro-inflammatoires et récidive post-opératoire

K. Ben Abdallah [1], D. Chaabeni [2], L. Mouelhi [2], I. Sfar [2], S. Rammeh [2]
(1) La Marsa, TUNISIE ; (2) Tunis, TUNISIE.

Introduction : Bien que la prise en charge thérapeutique de la maladie de Crohn (MC) repose sur l'utilisation des immunosupresseurs et de biothérapie, la chirurgie aurait une place dans le traitement des formes compliquées avec un risque de récidive post opératoire non négligeable. Dans ce cadre, ce travail a été mené, afin de rechercher une éventuelle association entre l'expression *in situ* (au niveau des pièces de résection chirurgicale) des cytokines inflammatoires (TNFα et IL-1β) et le risque de survenue d'une récidive endoscopique post opératoire (≥i2 selon la classification de Rutgeerts).

Matériels et Méthodes : Quarante patients atteints de MC ont été colligés. Tous les malades ont bénéficié d'une relecture des lames anatomopathologiques des pièces opératoires iléo-coecales dans le but de prélever les zones hot spot (zones où l'infiltrat lymphoplasmocytaire était le plus dense). La quantification relative des cytokines TNF α et IL-1β par rapport à un gène de ménage (18s) a été réalisée par la technique RT-PCR en temps réel (Applied biosystems®).

Résultats : La moyenne d'âge au moment du diagnostic était de 31,93 ans. Le genre Ratio Femme/Homme était de 1,1. Une frome compliquée de la maladie (sténosante : B2 ou fistulisante :B3 selon Montréal) a été retrouvée dans 95% des cas. En préopératoire, Un traitement de fond par thiopurines a été instauré chez 12% des patients. Un seul patient a été traité par anti TNF α en combinaison avec les thiopurines. En moyenne, la durée entre le diagnostic et la chirurgie était de 2,8 années. La médiane de suivi post opératoire était de 84.3 mois. Durant le suivi, nous rapportons 55% de récidive endoscopique ≥ i2 de Rutgeerts, survenant en moyenne à 35 mois post opératoire.Les valeurs médianes de l'expression du TNFα et de l'IL-1β étaient de 47,6 [7,4 ; 161,6] et de 27,7 [2 ; 572,3], respectivement, mais, aucune corrélation entre le degré d'expression de ces 2 cytokines n'a été observée. De même, il n'y avait pas de différence significative de la variation de leurs fold changes en fonction du genre (p= 0,481 et p= 0,946 ; respectivement), de la présence de ganulomes tuberculoïdes (p= 0,323 pour les deux) et de l'association ou non d'une résection du mésentère au geste chirugical classique (p= 0,887 et p= 0,986 ; respectivement). Par ailleurs, l'âge, le délai d'évolution de la maladie ainsi que le traitement immunosuppresseur ou la biothérapie reçus en préopératoire ne semblent pas modifier l'expression *in situ* du TNFα et de l'IL-1β au niveau des pièces opératoires. De plus, aucune association significative entre le risque de survenue de récidive endoscopique et la variation d'expression de ces 2 cytokines n'a été observée, en analyse univarée (p= 0,192 et 0,568 respectivement) et multivariée, après ajustement en facteurs confondants (p=0,702 et 0,819 ; respectivement).

Conclusion : La variation de l'expression *in situ* du TNFα et de l'IL-1β ne semble pas avoir une valeur prédictive positive du risque de la récidive endoscopique post opératoire chez les patients ayant une MC. Ces résultats mériteraient d'être confirmés sur une plus large cohorte.

P.456

Altération de la sexualité et MICI

M. Jarti [1], F.E. Aharbil [1], H. El Marmouk [1], D. Rajih [2], A. Ait Errami [1], S. Oubaha [1], Z. Samlani [1], K. Krati [1]
(1) Marrakech, MAROC ; (2) Marrakech.

Introduction : L'amélioration de la qualité de vie est un objectif capital dans le traitement des MICI, la sexualité en faisant partie intégrante. Toutefois, l'impact des MICI sur la fonction sexuelle est toujours mal connu.L'objectif de ce travail était d'évaluer le taux de dysfonction sexuelle observé chez des patients atteints d'une MICI et de rechercher des facteurs associés à une dysfonction sexuelle.

Patients et Méthodes : De décembre 2021 à juin 2022, nous avons interrogé prospectivement des patients atteints de MICI. L'activité de la maladie a été jugée par le score de Mayo / Best. La fonction sexuelle était évaluée par le Female Sexual Index Function pour les femmes et l'International Index of Erectile Function pour les hommes.

Résultats : 108 patients (78 MC / 30 RCH) avec un âge moyen de 38 ans ont été inclus. 63 femmes (58.3%) et 45 hommes (41.7%). 27.7% (n=30) avaient une maladie active. Le taux de participation était de 100%. Une dysfonction sexuelle était observée chez 36,5% des femmes. 42,2% des hommes avaient une dysfonction érectile. La moitié des patients ont déjà eu un épisode dépressif, et 27.7% pensent pouvoir rechuter. Plus de la moitié sont anxieux. 55,5% estimaient que leur maladie était responsable de l'altération de leur sexualité. 75.9% ont admis ne pas avoir l'intention d'aborder le sujet avec leur médecin traitant.

Conclusion : le tiers des patients auront une altération de la sexualité liée probablement à sa MICI. La majorité de ces patients n'ont parleront pas ouvertement, d'où l'intérêt d'intégrer son évaluation dans le suivi routinier.

P.457

Amibiase résistante et MICI : état des lieux dans un service hospitalier

A. Belcadi Abassi [(1)], H. El Bacha [(1)], A. Hmina [(1)], N. Benzzoubeir [(1)], I. Errabih [(1)]

(1) Rabat, MAROC.

Introduction : L'amibiase intestinale est une infection parasitaire due à un protozoaire du genre : Entamoeba histolytica. Largement répandue dans les pays en voie de développement dont le Maroc, en raison des conditions d'hygiène précaires et faisant d'elle un réel problème de santé public. Les 5-nitro-imidazoles constituent la pierre angulaire du traitement. Cependant, nous assistons depuis les dernières années à une émergence de nouvelles résistances à ses agents anti-infectieux et particulièrement chez les patients porteurs de MICI en raison des traitements instaurés : Corticoïdes, immunosuppresseurs et biothérapie… L'objectif de ce travail est donc d'objectiver le rôle de la MICI et de son traitement dans la résistance de l'amibiase.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective menée au sein de notre service entre Janvier 2017 et Juillet 2022. Ont été inclus dans notre étude les patients atteints de MICI et présentant une infection amibienne confirmée sur examen parasitologique des selles sur 3 jours successifs.

Résultats : Sur 413 cas de MICI 296 étaient suivies pour maladie de Crohn et 117 pour rectocolite hémorragique (RCH), l'amibiase a été retrouvé chez 116 de nos patients soit 28% des cas, 85 malades étaient en poussée au moment du diagnostic soit 73% des cas. Le traitement de fond était réparti comme suit : 42 sous 5ASA soit 36% des cas, 11 sous biothérapie soit 10%, 5 sous combo thérapie soit 4%, 36 sous immunosuppresseur soit 31% et 22 sous corticothérapie systémique ou locale soit 19% des cas. Des formes végétatives et kystiques d'Entamoeba histolytica histolytica/minuta ont été retrouvés chez 48 (41%) patients atteints de RCH et chez 68 (59%) patients atteints de la maladie de Crohn. Tous les patients ont bénéficié d'un traitement de 1ère intention à base de : métronidazole : 71 malades soit 61%, ornidazole : 30 malades soit 26%, tinidazole : 15 malades soit : 13% en association aux règles hygiéno-diététiques. Une négativation de l'examen parasitologique des selles fut obtenue chez 86% des malades après traitement médical bien conduit, tandis que 16 malades soit 14 % ont présenté une résistance au traitement instauré et ceci confirmé sur EPS de contrôle. Il s'agit principalement des patients sous traitement à effet immunosuppresseur. Un retraitement par imidazolés a été instauré chez tous nos patients et ceci en inter changeant les différentes molécules. Il est a noté que l'association imidazolé + amœbicide de contact a été indiqué chez 39% des patients, mais n'a pu être instauré en raison de la non disponibilité du tiliquinol sur le marché.

Conclusion : D'après notre étude il ressort que l'amibiase intestinale est retrouvée chez le 1/3 des patients atteints de MICI, et particulièrement chez les malades sous traitement à effet immunosuppresseur, majorant ainsi le taux de résistance au traitement usuel. Cette résistance peut être expliquée également par le recours fréquent aux antibiotiques au cours des abcès profonds ou encore en traitement des suppurations ano périnéales compliquant la maladie. L'une des problématiques rencontrées durant notre étude étant la non disponibilité sur le marché du tiliquinol, pourtant nécessaire dans le traitement de certaines formes à savoir la forme minuta.

P.458

La guérison histologique est associée à une diminution des rechutes cliniques chez les patients atteints de la maladie de Crohn iléale

H. Aouroud [(1)], M. Aouroud [(1)], A. Ait Errami [(1)], S. Oubaha [(1)], Z. Samlani [(1)], K. Krati [(1)]

(1) Marrakech, MAROC.

Introduction : La cicatrisation des muqueuses est devenue un objectif ultime et le gold standard selon les recommandations du groupe STRIDE (principe du treat-to-target) du traitement de fond chez les patients atteints de la maladie de Crohn et est associée à une amélioration des résultats cliniques. Le rôle de la cicatrisation histologique est moins bien défini. Cette étude examine si la guérison histologique est associée à une amélioration des résultats cliniques chez les patients atteints de la maladie de Crohn confinée à l'iléon terminal.

Patients et Méthodes : Les patients atteints de la maladie de Crohn confirmée et à localisation iléale isolée qui ont subi une coloscopie entre septembre 2006 et juin 2022 . Ceux qui étaient en rémission clinique au moment de la coloscopie ont été inclus. Les données démographiques et cliniques ont été recueillies à partir des dossiers. L'iléon a été évalué pour la guérison endoscopique de la muqueuse (pas d'ulcération) et la guérison histologique (pas d'inflammation active sans érosion, ulcération ou infiltration de neutrophiles). L'issue primaire était la rechute clinique définie par un CDAI > 150, une augmentation de la médication ou une hospitalisation secondaire à l'activité de la maladie. La survie sans rechute clinique a été comparée entre les patients avec et sans guérison histologique et muqueuse. Les facteurs prédictifs de la survie sans rechute clinique ont été déterminés à l'aide de l'analyse de Kaplan-Meier.

Résultats : Sur 79 patients, 5 ont été diagnostiqués à l'âge de <16 ans, 23 (29%) patients avaient un phénotype de maladie de Crohn inflammatoire (classification de Montréal B1), 42 (53%) avaient une maladie pénétrante (B2) et 14 (17,8%) une maladie sténosante (B3). Lors de la coloscopie d'évaluation de la réponse faite dans délai moyen de 11 mois, 49 (62%) patients avaient une cicatrisation muqueuse de l'iléon terminal et 36 (45%) patients avaient une cicatrisation histologique sur la biopsie. Le niveau de concordance entre l'activité muqueuse et histologique était passable (K = 0,2437, p = 0,0064). 30 (39%) patients ont connu une rechute clinique, 12 patients ayant dû être hospitalisés et mis sous coticothérapie et 10 patients ayant dû subir une intervention chirurgicale, après un délai médian de 1,7 an. Dans l'analyse univariée, la guérison histologique (p = 0,0166) était associée à une diminution des taux de rechute clinique. La cicatrisation muqueuse (p = 0,0735) tendait à diminuer le risque de rechute clinique. Aucune autre caractéristique liée à la maladie ou au médicament n'a été associée de manière significative à la rechute clinique. Dans l'analyse multivariée, seul l'échec de la guérison histologique était associé au risque de rechute clinique p = 0,050.

Conclusion : Chez les patients atteints de la maladie de Crohn iléale en rémission clinique, la guérison histologique est associée à une diminution du risque de rechute clinique et est plus prédictive que la guérison endoscopique de la muqueuse. Nous décrivons un niveau de "rémission plus profonde" associé à des résultats cliniques supérieurs.

P.459

Habitudes alimentaires des patients atteints de la maladie de Crohn en rémission : résultats d'une étude cas-témoin

F. Aboutarik [1], C. Dassouli [1], S. Boudda [1], A. Ait Errami [1], S. Oubaha [1], Z. Samlani [1], K. Krati [1]
(1) Marrakech, MAROC.

Introduction : La maladie de Crohn est une maladie chronique qui est caractérisée par la survenue de poussées entrecoupant des périodes de rémission. Bien qu'il n'existe pas de données sur une association entre l'alimentation et la survenue de troubles digestifs et/ ou poussée chez les malades en rémission, on remarque qu'ils ont tendance à continuer à suivre le régime sans résidus (RSR) même après induction de la rémission et qu'ils s'imposent des auto-restrictions incluant plusieurs aliments dans le but de contrôler leur maladie, influençant ainsi leurs états nutritionnels. L'objectif de notre travail est de comparer le régime alimentaire des patients atteints de la maladie de Crohn en rémission au régime alimentaire d'un groupe témoin.

Matériels et Méthodes : Il s'agit d'une étude descriptive cas-témoin qui s'est déroulée sur une période de 6mois incluant un groupe de 80 patients suivis pour maladie de Crohn, qui étaient en rémission clinique stable depuis au moins 6 mois au moment de l'enquête et ayant le même traitement de fond depuis également 6 mois et un groupe de 80 de volontaires sains ajustés selon l'âge, le sexe et l'IMC recrutés parmi les personnels de santé. Les patients suivis pour une maladie périnéale exclusive ont été exclus. Des questionnaires portant sur les habitudes alimentaires, l'attitude et les croyances des patients sur leur régime et son incidence sur leur maladie ainsi qu'une enquête alimentaire de type histoire alimentaire ont été posés pour tous les sujets.

Résultats : IDans le groupe des patients atteints de maladie de Crohn, 71% étaient âgés de 17 à 40 ans, la majorité avait une atteinte iléale (38%), 33% atteinte colique et 24% avait une atteinte iléocolique. La moitié était sous Azathioprine et 47% avaient eu une résection intestinale. L'apport énergétique moyen pour les 2 groupes avoisinait les 2080 Kcal. De même, l'apport en macronutriments était comparable entre les deux groupes et adapté aux recommandations. Les apports en fibres et en micronutriments étaient significativement plus faibles chez les malades par rapport aux témoins ainsi que la consommation des produits laitiers, légumineuses, légumes et fruits, fruits oléagineux, fritures, épices et boissons gazeuses.
Nous avons constaté que nos patients s'imposaient des restrictions alimentaires multiples (exclusion totale ou consommation de façon peu fréquente) concernant particulièrement le lait et ses dérivés, les fruits et les légumes et les légumineuses. En effet, 11% parmi eux continuaient à suivre strictement le même régime sans résidus prescrit au moment des poussées et tous les autres patients l'avaient à peine élargi en continuant à exclure les fibres, les légumes et les fruits. Les raisons pour lesquelles nos malades évitaient certains aliments sont multiples. Elles étaient principalement représentées par la peur de déclencher des troubles digestifs dans 77% des cas. 56 % des malades croyaient que les fibres et le lait affectaient négativement leur maladie et pouvaient déclencher des troubles digestifs. 44% avaient déclaré que les aliments évités leurs donnaient des troubles digestifs et ces derniers ont été exclus après une seule tentative de réintroduction chez 75% des patients et ce à cause de symptômes digestifs mineurs mais rapportés à la maladie.
En stratifiant les patients selon l'âge, le sexe ou les caractéristiques de la maladie (localisation, traitement, antécédents de chirurgie), nous n'avons pas trouvé de facteur prédictif à ces restrictions alimentaires . Par ailleurs, chez 23% des patients, le régime a été totalement occulté par le médecin lors des consultations . En outre, et malgré la discussion avec le médecin concernant l'alimentation, 46% se sont tournés vers d'autres sources telles que l'entourage, les autres malades, les médias et l'internet pour retrouver des informations sur leur régime.

Conclusion : Notre étude montre que le régime alimentaire des patients ayant une maladie de Crohn en rémission souffre de plusieurs carences dues à des exclusions alimentaires multiples. Les résultats suggèrent qu'un régime déséquilibré devrait être décelé afin d'éviter les carences d'apport en micronutriments observées et souligne l'importance de la communication sur le régime alimentaire lors des consultations.

P.460

SPA et MICI : intérêt de la coloscopie chez les patients asymptomatiques sur le plan digestif

H. Cherkaoui [(1)], I. Ouchicha [(1)], M. Lahlali [(1)], N. Lahmidani [(1)], A. El Mekkaoui [(2)], M. El Yousfi [(1)], D.A. Benajah [(1)], S.A. Ibrahimi [(1)], M. El Abkari [(1)], H. Abid [(1)]

(1) Fès, MAROC ; (2) Oujda, MAROC.

Introduction : L'association maladie inflammatoire chronique intestinale et spondylarthrite ankylosante est bien étudiée. Ceci aboutit à une coloscopie systématique chez les patients atteints de SPA même s'ils sont asymptomatiques sur le plan digestif. Notre objectif est de réévaluer l'intérêt de la coloscopie chez les patients SPA asymptomatique sur le plan digestif.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude cas témoin rétrospective sur une durée de 12 ans (juin 2010-juin 2022) incluant tous les patients ayant une SPA retenue sur les critères de l'ASAS. Tous les patients ont une SPA et ont bénéficié d'une coloscopie. Le groupe 1 sont les patients symptomatiques sur le plan digestif et le groupe 2 sont asymptomatiques. Les données étaient recueillies sur Excel et l'analyse statistique était recueillie par le logiciel SPSS.

Résultats : Nous avons inclus 175 patients atteints de SPA sur une durée de 12 ans, suivis dans notre formation (entre gastro-entérologue et rhumatologues) et tous ont bénéficié d'une coloscopie. L'âge moyen était de 38 ans [16 ans - 76 ans], avec un SR H/F : 1,12. Les nombre des patient du groupe 1 était de (n=70), les manifestations cliniques retrouvés sont une diarrhée (82%), une constipation (10%), une alternance diarrhée constipation (8%). La coloscopie était normale dans 56% et pathologique dans 44%. Les lésions endoscopiques retrouvés chez la population du groupe 1 sont : Les lésions endoscopiques décrites étaient : une congestion avec érythème (80%), ulcérations aphtoides (60%), érosions (40%) et la sténose de la valvule iléo-caecale (10%) lésions compatibles avec une maladie de Crohn colique (10%), maladie de Crohn iléale (10%), des lésions recto-coliques compatible avec une RCH (10%), maladie de Crohn iléo-caecale (10%), polypes colique (3%). La coloscopie était compliquée par une perforation chez un patient. Les lésions histologiques retrouvées étaient compatibles avec une MICI dans 30% des cas. Le nombre des patients du groupe 2 était de (n=105), la coloscopie était normale dans 70%, compatible avec une maladie de Crohn colique (12%), maladie de Crohn iléale (14%), RCH (2%) et polype colique (2%). Une analyse statistique par le logiciel SPSS a montré une association statistiquement significative entre les patients asymptomatiques et l'absence de lésions endoscopique (p=0,04).

Conclusion : Dans notre étude, l'iléo-coloscopie systématique réalisé chez les patients atteints de SPA asymptomatique sur le plan digestive était pathologique dans 30% des cas, d'où l'intérêt de la coloscopie pour le dépistage systématique des patients atteints de SPA.

P.461

La santé sexuelle et maladies inflammatoires chroniques de l'intestin : brisons les tabous

A. Attar [(1)], M. Lahlali [(1)], A. Lamine [(1)], H. Abid [(1)], A. El Mekkaoui [(2)], M. El Yousfi [(1)], D.A. Benajah [(1)], S.A. Ibrahimi [(1)], M. El Abkari [(1)], N. Lahmidani [(1)]

(1) Fès, MAROC ; (2) Oujda, MAROC.

Introduction : Les objectifs des traitements des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin ont évolué au fil des temps et s'est ajouté un intérêt croissant sur la qualité de vie. La sexualité en est un déterminant majeur .L'objectif de ce travail est de comparer le taux de dysfonction sexuelle observé chez des patients atteints de MICI à celui observé chez des adultes sains et de rechercher des facteurs associés.

Matériels et Méthodes : Une étude prospective analytique cas témoins enrôlant 100 patients et comparés à 100 témoins alignés dans l'âge et le sexe a été menée dans notre service entre janvier et aout 2022 . La dysfonction sexuelle était évaluée par le « Female Sexual Index Function» pour les femmes et « l'International Index of Erectile Function » pour les hommes.

Résultats : Cent patients avec une MICI ont répondu au questionnaire dont 65% sont des femmes avec un âge médian de 43 ans .
68 patients étaient atteints de maladie de Crohn (MC) et 32 de rectocolite hémorragique (RCH).
Une dysfonction sexuelle a été observée chez 53 % des femmes atteintes d'une MICI contre 28 % des femmes témoins ($p < 0,01$) et chez 17 % des hommes atteints d'une MICI contre 7 % des témoins ($p = 0,64$).
Une dysfonction érectile était observée chez 43 % des hommes atteints de MICI, contre 13 % dans le groupe témoin ($p < 0,01$) .
40 % des femmes et 10 % des hommes atteints d'une MICI estimaient que leur maladie avait un impact négatif sur leur vie sexuelle .
La présence d'une dysfonction sexuelle était corrélée significativement à l'activité de la maladie ($p < 0,01$) et au sexe féminin ($p < 0,01$).
Pour la moitié de nos patients, la question de la sexualité devrait être abordée par leur gastro-entérologue .

Conclusion : L'altération de la fonction sexuelle est plus fréquente chez les malades atteints de MICI que dans la population générale. Elle concerne près d'une femme sur 2 et un homme sur 6. La majorité des patients attendent de leur gastro-entérologue qu'il prenne en compte cet aspect majeur de leur vie quotidienne.

P.462

Cicatrisation histologique dans la RCH : corrélation score de Nancy et activités clinique et endoscopique

N. Lahmidani [1], M. El Khayari [2], M. Lahlali [1], A. Lamine [1], H. Abid [1], A. El Mekkaoui [3], M. El Yousfi [1], D.A. Benajah [1], S.A. Ibrahimi [1], M. El Abkari [1]

(1) Fès, MAROC ; (2) Fessenheim, MAROC ; (3) Oujda, MAROC.

Introduction : L'évaluation de l'activité et de la sévérité de la RCH est basée en principe sur l'endoscopie combinée à la clinique. L'évaluation histologique peut fournir une mesure plus précise de l'activité de la maladie que l'endoscopie. L'index de Nancy est récemment validé comme un bon index pour évaluer l'activité histologique dans la RCH, mais la corrélation entre l'activité clinique, endoscopique et histologique reste un sujet débattu . L'objectif de notre étude est d'évaluer la corrélation entre l'activité clinique, histologique et endoscopique chez les patients atteints de RCH en se basant sur le score Mayo et index de Nancy.

Matériels et Méthodes : Il s'agit d'une étude prospective ouverte démarrée en Juin 2018, au service de gastroentérologie. Nous avons inclus les patients atteints de RCH diagnostiqués sur des critères cliniques, biologiques, endoscopiques et histologiques, ayant bénéficié d'une endoscopie basse avec biopsie dans le cadre du bilan initial ou de surveillance. Nous avons évalué la corrélation entre l'activité histologique et endoscopique chez cette population de malades .La rémission endoscopique a été évalué par le score Mayo, et la rémission histologique par le score Nancy. Ce dernier est classé en 4 grade :(grade 0 : infiltrat inflammatoire chronique absent ou minime,grade 1 : infiltrat inflammatoire chronique sans inflammation aigue, grade 2 : maladie légèrement active avec inflammation aigue minime, grade 3 : maladie modérément active et garde 4 : maladie sévèrement active avec des ulcérations histologiques). L'étude statistique a été réalisée à l'aide du logiciel SPSS 10,0. Le seuil de signification a été fixé à 0,05, le test Kappa (K) a été utilisé pour étudier la concordance (si <0 la concordance est faible si tend vers 1 signifie une parfaite concordance, et une valeur de Kappa d'au moins 0.75 indique une concordance correcte)

Résultats : On a inclus 62 malades atteints de RCH. La moyenne d'âge est de 42.5 ans, avec un sexe ratio F/H : 1.20. La localisation était rectale chez 4.3 %, colique gauche chez 30.4 % et pancolique chez 65.2 %. Sur plan clinique, 54.3 % avaient une maladie inactive avec un sous score clinique de Mayo ≤2, et 45.7 % avaient une maladie active. Sur le plan endoscopique 17.4 % étaient en rémission endoscopique, avec un score Mayo endoscopique (SME) à 0, et 82.6 % avaient une activité endoscopique dont 15.2 % avaient une activité sévère. Nous avons analysé les spécimens de biopsie de 62 patients atteints de RCH dont 34.7 % avaient une inflammation chronique (grade 0 et 1),65.3 % avaient une inflammation aigue et 15 .2 % avaient une activité sévère. Le croisement des scores cliniques, endoscopiques et histologiques a démontré qu'il n'existe pas de corrélation entre le score histologique et le score clinique de Mayo avec un K à (- 0.07). Par ailleurs il existe une corrélation entre le sous-score endoscopique et le score histologique de Nancy avec Test K à 0.85, et p significative à 0.003. A noter aussi que l'atteinte histologique active (Grade Nancy ≥1) a été observé dans les échantillons de la muqueuse chez 37.5 % de patients avec une endoscopie normale (SME à 0).

Conclusion : Notre étude a démontré qu'il existe une bonne corrélation entre l'activité endoscopique et histologique, et que le Score de Nancy est un score facile et fiable qui peut être utilisé dans notre pratique courante pour l'évaluation de l'activité de la maladie de la RCH quelle que soit son activité endoscopique et clinique .

P.463

Prévalence et effets indésirables après vaccination contre le SARS-CoV- 2 chez les patients atteints de maladies inflammatoires chroniques de l'intestin

S. Nacer [1], F. Haddad [1], L. El Idrissi [1], F.Z. Elrhaoussi [1], M. Tahiri [1], W. Hliwa [1], A. Bellabah [1], W. Badre [1]

(1) Casablanca, MAROC.

Introduction : La vaccination est la méthode la plus efficace pour prévenir et contrôler l'infection par le SRAS-COV-2. Les vaccins COVID-19 ont démontré d'excellents profils d'efficacité et d'innocuité parmi la population générale. Cependant, des études ont montré la réticence à la vaccination chez les sujets porteurs de maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI), principalement à cause d'inquiétudes concernant la survenue d'effets indésirables.
Le but de notre étude est de déterminer la fréquence et le type d'effets indésirables des vaccins anti-SARS-CoV-2 chez les patients atteints de MICI.

Patients et Méthodes : Etude descriptive prospective menée au service d'Hépato-gastro-entérologie entre janvier et aout 2022 colligeant 116 patients atteints de MICI. Les données épidémiologiques, les renseignements portant sur la vaccination anti SARS-COV-2 ont été recueillis et analysés au moyen du logiciel Jamovi 2.3.3.0. P-value<0,05 est considérée comme statistiquement significative.

Résultats : Nous avons inclus 116 patients (72 maladies de Crohn, 44 Rectocolites hémorragique). L'âge moyen était de 37.5 ans avec une prédominance féminine 51.7%. Le traitement par Azathioprine était rapporté chez 44.8% des patients, 34.4% étaient sous biologiques, 17.2% sous mésalazine, et 1.7% sous corticothérapie concomitante. Un antécédent d'infection à la COVID-19 était noté chez 29.4% des patients. 65.5% étaient vacciné contre le SARS-COV-2, 41.4% d'entre eux étaient vacciné par deux doses avec un intervalle moyen de 4 semaines entre les injections. Les vaccins administrés étaient: Sinopharm (69,4%), Pfizer-BioNTech (22,3%), ou Oxford/AstraZeneca (8.3 %).
Au moment de la vaccination, 83,8 % étaient en rémission clinique de la maladie.
La fréquence des effets indésirables était de 56,8%. Les plus fréquents étant : douleur au site d'injection (46,8%), asthénie (38,6 %), arthromyalgie (16,7 %), céphalées (14,3 %), fièvre (6,7 %) et nausées/vomissements (4,5 %). Une poussée de la maladie post vaccination est survenu chez 30,8% des patients.
La plupart des poussées étaient légères (23.1%) et ne nécessitaient pas d'hospitalisations ou de modification du traitement. Un patient rapportait une hospitalisation pour poussée sévère ayant conduit à une modification du traitement après la deuxième dose du vaccin.
Après analyse en régression logistique, il a été démontré que l'âge jeune (p=0,049) et le sexe féminin (p=0,03) étaient significativement associé à la survenue d'effet secondaire après la vaccination. Par contre on ne notait pas de différence statistiquement significative concernant le type de MICI, le traitement utilisé, ou le vaccin utilisé.

Conclusion : Les effets secondaires de la vaccination contre la Covid19 sont le plus souvent limités à une réaction locale au niveau du point d'injection et/ou à des symptômes pseudo- grippaux comparables à la population générale. Les poussées de maladie sont peu fréquentes après le vaccin chez les patients atteints de MICI. La vaccination est fortement recommandée chez les patients atteints de MICI, d'où l'intérêt de les rassurés sur sa sécurité.

P.464

Les troubles de la sexualité : des symptômes à ne pas négliger au cours de la maladie de Crohn

A. Hassine [1], A. Derbel [1], W. Dahmani [1], W. Ben Ameur [1], A. Ben Slama [1], S. Ajmi [1], M. Ksiaa [1], H. Jaziri [1], A. Jmaa [1]

(1) Sousse, TUNISIE.

Introduction : Au cours de maladie de Crohn (MC), on opte de plus en plus pour une prise en charge globale, prenant en considération les différents items qui peuvent altérer la qualité de vie de ces patients, en l'occurrence la dysfonction sexuelle (DS). Néanmoins, peu de données existent sur les troubles de la sexualité chez cette population. Le but de notre travail était d'étudier la prévalence et les facteurs de risque de la dysfonction sexuelle, ainsi que son impact sur la qualité de vie au cours de la MC.

Patients et Méthodes : Nous avons mené une étude transversale incluant tous les patients suivis pour une MC, et qui se sont présentés à notre consultation au cours des six derniers mois précédant l'étude. La fonction sexuelle était évaluée par le Female Sexual Index Function (FSIF) pour les femmes et l'International Index of Erectile Function (IIEF) pour les hommes. La dysfonction sexuelle est retenue en cas de score total de FSIF inférieur à 26, ou en cas de score d'IIEF inférieur à 26. L'évaluation de l'activité de la maladie a été faite moyennant l'indice de Harvey-Bradshaw (HBI), et celle de la qualité de vie, moyennant la version courte de l'Inflammatory Bowel Disease Questionnaire (S-IBDQ).

Résultats : Nous avons colligé 102 patients, d'âge moyen de 40,35 ± 15.07 ans et de majorité masculine (sex-ratio H/F =1,61). Le tabagisme actif était noté chez 33 patients (32,3%). La MC était de localisation iléale, colique et iléocolique dans respectivement 47,1%, 20,6% et 32,4% des cas. Le phénotype était à la fois sténosant et fistulisant dans la majorité des cas (41,2%, n= 42). Les manifestations ano-périnéales étaient présentes dans 38.2% des cas. Une activité sévère de la maladie était notée chez 21 patients (20.6%). Quarante-huit patients (47,0%) ont nécessité le recours au traitement chirurgical au moins une fois tout au long du suivi. Une colectomie totale était pratiquée dans 12% des cas. Au moment de l'étude, 23.5% des patients étaient sous corticothérapie systémique, 23.5% sous Azathioprine et 53.0% sous Anti-TNFα. Le score IIEF moyen était de 17.22 ± 9.65. Quant au score FSIF, sa valeur moyenne était de 21.56 ±7.18. La DS était retenue chez 38.5 % des femmes et chez 28.6% des hommes, sans différence statistiquement significative (p=0.78). Des troubles sexuels sévères ont été notés chez 17.6% des hommes (score IIEF entre 5 et 10). Le degré de l'activité de la maladie, ainsi que le tabagisme actif étaient significativement associés à la dysfonction sexuelle (p respectivement égal à 0.001 et 0.024). Toutefois, aucune association significative n'a été objectivée entre la fréquence des troubles sexuels d'une part, et la présence de manifestations ano-périnéales, ou d'antécédent de chirurgie d'autre part. Quant à l'évaluation de la qualité de vie, le S-IBDQ moyen était de 45,06 avec des extrémités allant de 17 à 67. Un retentissement important de la maladie sur la qualité de vie, attesté par un score (S-IBDQ) <40, était observé chez 42 patients (41,2%). La dysfonction sexuelle était fortement corrélée à un score S-IBDQ faible chez les hommes (p=0.002, r=0.01), ainsi que les femmes (p=0.008, r=0.01). Soixante-quinze patients (73,5%), souhaitaient aborder le sujet de sexualité avec leurs médecins gastro-entérologues traitants.

Conclusion : Nous avons montré à travers cette étude, une fréquence non négligeable des troubles de la sexualité chez les patients suivis pour une MC, avec un retentissement important sur la qualité de vie. Ceci nous incite encore une fois à intégrer le sujet de sexualité d'une façon systématique afin d'optimiser la prise en charge de nos patients.

P.465

L'IBD-disk est-il corrélé aux questionnaires de qualité de vie chez les patients atteints de maladie de Crohn ?

R. Zmerli [1], M. Serghini [1], S. Ben Rhouma [1], A. Labidi [1], N. Ben Mustapha [1], M. Fekih [1], J. Boubaker [1]

(1) Tunis, TUNISIE.

Introduction : La maladie de Crohn (MC) affecte négativement divers domaines de la vie quotidienne. L'Inflammatory Bowel Disease disk (IBD disk) est un auto-questionnaire utilisé pour évaluer le handicap fonctionnel chez des patients atteints de MC. Sa corrélation avec les questionnaires de qualité de vie déjà validés reste débattue. L'objectif de l'étude était d'évaluer la performance de l'IBD Disk en comparaison avec le Short IBD questionnaire (SIBDQ) chez une population tunisienne atteinte de MC.

Matériels et Méthodes : On a mené une étude prospective sur 05 semaines ayant inclus des patients atteints de MC vus en consultations externes, en hôpital du jour ou hospitalisés. Les caractéristiques de la MC étaient recueillies à partir des dossiers médicaux. Les patients étaient invités à remplir l'IBD Disk [meilleur score : 0, pire score : 100] évaluant chaque composante de l'incapacité liée à la MC au cours de la semaine écoulée : douleurs articulaires, douleurs abdominales, diarrhée, image corporelle, éducation et travail, émotions, énergie, activité sociale, fonction sexuelle et sommeil. Le SIBDQ a été aussi calculé. Ce questionnaire comprend 10 items évaluant quatre domaines : symptômes digestifs (3 items), symptômes systémiques (2 items), troubles émotionnels (3 items), fonction sociale (2 items) avec un score total s'établissant de 10 à 70 ; un score inférieur à 60 définit une qualité de vie au moins légèrement altérée. Les données ont été analysées en utilisant le logiciel SPSS . Une corrélation par le test de Pearson a été réalisée entre le score IBD-disk et le SIBDQ. Le calcul des performances diagnostiques a été réalisé en utilisant les courbes ROC.

Résultats : On a inclus 80 patients d'âge moyen de 42.3 ans [18 – 67] ans répartis en 49 hommes (61,25%) et 31femmes (38,75%). Il s'agissait de 52,5% célibataires et 35% mariés. 47,5% des patients avaient un travail, 27,5% étaient des chômeurs et 25% étaient des étudiants. Les conditions socioéconomiques étaient basses dans 10% des cas, moyennes dans 83,75% des cas et bonnes dans 6,25% des cas. La durée moyenne d'évolution de la maladie était de 10,8 ans [1-29]. La classification de Montréal était comme suit : A1 (22,5%), A2 (71,25%) et A3 (6,25%) ; B1 (30%), B2 (15%) et B3 (55%) ; L1 (32,5%), L2 (11,25%) et L3 (56,25%). Les manifestations anopérinéales étaient présentes chez 56,25% des patients. Une résection intestinale a été réalisée dans 35% des cas avec la confection d'une stomie dans 32% des cas. 40% des patients étaient en rémission clinique lors de l'enquête réalisée ; la poussée était légère, modérée et sévère dans 35%,15% et 10% des cas respectivement. Pour le traitement en cours, 46,25% des patients étaient sous combo thérapie (Anti TNF alpha-Azathioprine) et 18,75% utilisaient un traitement local type suppositoire ou lavements. 47,5% des patients avaient déjà reçu des cures de corticoïdes avec un nombre moyen de cures de 3.33 (1-7). Le taux moyen du SIBDQ dans notre population était de 44.55+13.73 [15-68] et 70 % des patients avaient un score inférieur à 60.
L'auto-questionnaire IBD disk a été rempli en totalité par 90% des patients. Il était jugé facile à remplir par 87,5% des patients. Le taux moyen de l'IBD disk était de 39,5+29.27 [1-92]. Le score IBD disk était inversement corrélé au SIBDQ ($p<0.001$) avec un coefficient de corrélation $r = -0,65$. La performance diagnostique du score IBD disk dans la prédiction d'une qualité de vie altérée attestée par un SIBDQ <60 a été évaluée à l'aide de l'aire sous la courbe de ROC à 0,83 [0,68–0,89] (p=0,02) avec une valeur seuil pour le score global IBD-disk à 41 (Se :85% ; Sp :89%)

Conclusion : L'IBD disk permet d'identifier les patients avec handicap fonctionnel avec une bonne corrélation avec le SIBDQ. Son utilisation devrait être intégrée en pratique clinique pour le suivi des patients atteints de maladie de crohn.

P.466

Perception et attitude des patients atteints de MICI durant l'ère du Covid-19 : étude PAMCO

B. El Khoury [1], Y. Khalife [1], E. Mikhael [1], S. Khazaka [1], C. El Khoueiry [1], K. Safar [1], C. Yaghi [1], K. Honein [1], R. Sayegh [1], R. Slim [1]
(1) Beyrouth, LIBAN.

Introduction : L'émergence du SARS-CoV-2 et l'installation de la pandémie pourraient non seulement constituer une source de stress majeur pour les patients atteints de maladies inflammatoires intestinales chronique, mais potentiellement perturber leurs habitudes et comportements. L'objectif de cette étude est de déterminer les répercussions de la pandémie sur la qualité de vie des patients à divers niveaux : comportemental, psychique, sociale et médicale.

Matériels et Méthodes : Un questionnaire administré entre 2020-2022 à des patients libanais atteints de MICI était rempli à l'hôpital de jour, au cabinet ainsi que par entretien téléphonique. On a collecté les données démographiques, les caractéristiques de la maladie, et la perception de la pandémie par les participants ainsi que l'adhérence au traitement, la recherche de facteur sécurisant et l'adoption de la télémédecine. L'analyse statistique à l'aide du logiciel SPSS a fait appel au test de Chi² corrigé par le test de Fisher en cas d'effectifs réduits, ainsi qu'au t-test de Student.

Résultats : Un total de 226 patients a été recruté : 25 exclus dont 19 infectés par le virus et 6 ont refusé de participer. La majorité était des hommes de 43 ans (+-16 ans) fumeurs. 65.5 % étaient atteints de maladie de Crohn, iléocolique en rémission clinique et endoscopique dans 40 % des cas. Les comorbidités les plus fréquentes concernaient le système cardiovasculaire (31% (62/201)) suivi du système rhumatologique (4.5%) et rénale (3%). Aucune maladie psychiatrique n'était présente. Les molécules les plus utilisées étaient les Anti-TNF dans 48.7% des cas, les aminosalicylés (41.3%), les immunosuppresseurs (27 %) et enfin l'Ustekinumab et le Vedolizumab dans 10% des cas chacun. La source principale d'information concernant la pandémie était le médecin, suivie des réseaux sociaux. Une minorité de patients révèle se référer aux organisations de santé nationales et internationales. La vulnérabilité contre le virus était attribuée aux traitements plutot qu'à la maladie elle-même (64.2 % *vs* 24 %). L'influence sur la vie sociale était majeur : 83.6% rapportent avoir réduit leurs voyages et 91.54% leurs déplacements habituels (supermarché, restaurants, sorties etc.). Le suivi médical était aussi affecté : 2/3 des patients révèlent avoir peur de se rendre à l'hôpital ou en consultation. Le contact direct avec le médecin était le facteur rassurant le plus recherché et appliqué et dépasse largement les recommandations émises par les organisations de santé internationales (ex. OMS) et nationales. Une association significative a été mise en évidence entre la présence de comorbidité cardiaque et la recherche d'un facteur rassurant (p=0.026) ainsi qu'avec le contact avec un médecin (p=0.033) mais non pas avec d'autres types de comorbidités ou avec la dernière évaluation endoscopique de la maladie (p=0.176). La crainte majeure était (92%) de transmettre le virus à d'autres personnes mais aussi d'attraper la COVID-19 (79%). Finalement, 14% préfèrent arrêter le traitement durant la pandémie mais uniquement 4 % l'ont fait. Aucune association statistiquement significative n'a été mise en évidence entre le type de traitement et le désir de l'interrompre. Cependant, parmi les 110 patients recevant un traitement intra hospitalier, 65 (59.6%) disent avoir eu besoin d'ajourner une cure au cours de la dernière année. La moitié des patients affirme avoir contacté leur médecin pour plus de renseignements, la majorité évoque le désir d'avoir des recommandations supplémentaires et 44.8% auraient préféré avoir une téléconsultation par téléphone plutot qu'une visite personnel ou une vidéo-consultation.

Conclusion : La pandémie de la COVID-19 a eu des répercussions considérables sur les patients atteints de MICI, engendrant de nouvelles préoccupations et une modification de leurs attitudes sociales et médicales. Considérant le traitement immunosuppresseur plus que la maladie comme facteur de prédisposition à l'infection, la majorité des patients cherchent un contact direct rassurant avec le médecin pour plus d'informations et plus de conseils et préfèrent la téléconsultation.

P.467

Attitudes alimentaires des patients Crohn en rémission : à propos d'une étude contrôlée

O. Nacir [1], T.Z. Benjelloun [1], A. Ait Errami [1], S. Oubaha [1], Z. Samlani [1], K. Krati [1]
(1) Marrakech, MAROC.

Introduction : La maladie de Crohn est une maladie chronique qui est caractérisée par la survenue de poussées entrecoupant des périodes de rémission. Bien qu'il n'existe pas de données sur une association entre l'alimentation et la survenue de troubles digestifs et/ ou poussée chez les malades en rémission, on remarque qu'ils ont tendance à continuer à suivre le régime sans résidus (RSR) même après induction de la rémission et qu'ils s'imposent des auto-restrictions incluant plusieurs aliments dans le but de contrôler leur maladie,influençant ainsi leurs états nutritionnels. Le but de notre travail est de comparer le régime alimentaire des patients atteints de la maladie de Crohn en rémission au régime alimentaire d'un groupe témoin.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude descriptive transversale comparative qui s'est déroulée sur une période d'un mois incluant un groupe de 45 patients pris en charge au service de gastro entérologie du CHU Mohammed VI de Marrakech pour maladie de Crohn, qui étaient en rémission clinique stable depuis au moins 6 mois au moment de l'enquête et ayant le même traitement de fond depuis également 6 mois et un groupe de 40 de volontaires sains ajustés selon l'âge, le sexe et l'IMC recrutés parmi les personnels de santé. Les patients suivis pour une maladie périnéale exclusive ont été exclus. Des questionnaires portant sur les habitudes alimentaires, l'attitude et les croyances des patients sur leur régime et son incidence sur leur maladie ainsi qu'une enquête alimentaire de type histoire alimentaire ont été posés pour tous les sujets.

Résultats : Dans le groupe des patients atteints de maladie de Crohn, 71% étaient âgés de 17 à 40 ans, la majorité avait une atteinte iléale (38%), 33% atteinte colique et 24% avait une atteinte iléocolique. La moitié était sous Azathioprine et 47% avaient eu une résection intestinale. L'apport énergétique moyen pour les 2 groupes avoisinait les 2080 Kcal. De même, l'apport en macronutriments était comparable entre les deux groupes et adapté aux recommandations. Les apports en fibres et en micronutriments étaient significativement plus faibles chez les malades par rapport aux témoins ainsi que la consommation des produits laitiers, légumineuses, légumes et fruits, fruits oléagineux, fritures, épices et boissons gazeuses.
Nous avons constaté que nos patients s'imposaient des restrictions alimentaires multiples (exclusion totale ou consommation de façon peu fréquente) concernant particulièrement le lait et ses dérivés, les fruits et les légumes et les légumineuses. En effet, 11% parmi eux continuaient à suivre strictement le même régime sans résidus prescrit au moment des poussées et tous les autres patients l'avaient à peine élargi en continuant à exclure les fibres, les légumes et les fruits. Les raisons pour lesquelles nos malades évitaient certains aliments sont multiples. Elles étaient principalement représentées par la peur de déclencher des troubles digestifs dans 77% des cas. 56 % des malades croyaient que les fibres et le lait affectaient négativement leur maladie et pouvaient déclencher des troubles digestifs. 44% avaient déclaré que les aliments évités leurs donnaient des troubles digestifs et ces derniers ont été exclus après une seule tentative de réintroduction chez 75% des patients et ce à cause de symptômes digestifs mineurs mais rapportés à la maladie.
En stratifiant les patients selon l'âge, le sexe ou les caractéristiques de la maladie (localisation, traitement, antécédents de chirurgie), nous n'avons pas trouvé de facteur prédictif à ces restrictions alimentaires.Par ailleurs, chez 23% des patients, le régime a été totalement occulté par le médecin lors des consultations. En outre, et malgré la discussion avec le médecin concernant l'alimentation, 46% se sont tournés vers d'autres sources telles que l'entourage, les autres malades, les médias et l'internet pour retrouver des informations sur leur régime.

Conclusion : Notre étude montre que le régime alimentaire des patients ayant une maladie de Crohn en rémission souffre de plusieurs carences dues à des exclusions alimentaires multiples. Les résultats suggèrent qu'un régime déséquilibré devrait être décelé afin d'éviter les carences d'apport en micronutriments observées et souligne l'importance de la communication sur le régime alimentaire lors des consultations.

P.468

Récidive post-opératoire de la maladie de Crohn : corrélation entre le moment de la coloscopie et le score de Rutgeerts

S. Zaouga [1], M. Zakhama [1], F. Zine El Abidine [2], A. Guediche [1], R. Baklouti [1], I. Jemni [1], W. Bouhlel [1], N. Ben Chaaben [1], M.H. Loghmari [1], L. Safer [1]

(1) Monastir, TUNISIE ; (2) Sousse, TUNISIE.

Introduction : La résection iléo-caecale est l'intervention la plus pratiquée au cours de la maladie de Crohn. (MC) La récidive est fréquente après la chirurgie, ce qui rend la surveillance endoscopique post-opératoire indispensable pour le diagnostic précoce des récidives.L'objectif de notre étude était d'évaluer la performance du score de Rutgeerts pour détecter la récidive de la maladie et la corrélation entre le moment de la coloscopie et les résultats endoscopiques.

Patients et Méthodes : Nous avons mené une étude rétrospective et analytique incluant tous les patients suivis pour maladie de Crohn qui ont bénéficié d'une résection iléo-caecale. Une coloscopie a été réalisée dans 6 à 24 mois après la chirurgie les différentes constations endoscopiques ont été notées.

Résultats : Nous avons inclus 42 patients (28 hommes et 14 femmes). L'âge moyen était de 43 ans [18 - 80]. 28 % des patients étaient tabagiques (n = 12) . Le phénotype de la MC était sténosant dans 59 % des cas et pénétrant dans 38 % des cas. 16% des patients avaient des lésions ano-périnéales. La chirurgie était indiquée en urgence dans 35 % des cas. La longueur moyenne du grêle réséqué était de 17 cm avec des extrêmes allant de 7 à 77 cm. En post-opératoire les patients étaient régulièrement suivis avec réalisation d'une coloscopie dans un délai moyen entre 6 mois – 24 mois. Une coloscopie était réalisée avant 1 an dans 57 % des cas et après 1 an dans 43 % des cas. 74% des patients étaient déjà mis sous traitement en prévention de la récidive post opératoire au moment de la coloscopie. Quatre patients étaient sous 5- ASA, 25 patients étaient sous azathioprine et seulement deux patients étaient sous anti-TNF. Aucun traitement n'était prescrit chez 12 patients . Le score de Rutgeerts était < à I2 chez 13 patients (31 %), et ≥ à I2 chez 29 patients (69 %). Une escalade thérapeutique était indiquée chez tous les patients avec un score de Rutgeerts ≥ I2. L'azathioprine était prescrite chez 34 % des patients et un anti-TNF alpha était indiqué chez 66 % des patients. La présence de symptômes était significativement associée à la récidive endoscopique (74 % *vs* 42 %)p = 0,0001). Les facteurs prédictifs de récidive post opératoire à l'étude analytique étaient : l'âge inférieur à 40 ans au moment du diagnostic et le phénotype fistulisant.L'étude analytique n'a pas montré une corrélation statistiquement significative entre une coloscopie retardée (réalisée après un an de la chirurgie) et la sévérité des lésions endoscopiques (p = 0,4).

Conclusion : Dans notre étude la corrélation n'était pas statistiquement significative entre le score de Rutgeerts et le moment de la coloscopie cependant une coloscopie dans l'année suivant la chirurgie semble permettre une détection plus précoce de la récidive endoscopique pour adapter les stratégies thérapeutiques.

P.469

Facteurs prédictifs d'extension lésionnelle au cours des proctites ulcéreuses : à propos de 60 cas

F.Z. Ameur [1], H. Gdoura [1], M. Boudabbous [1], M. Moalla [1], L. Mnif [1], A. Amouri [1], L. Chtourou [1], N. Tahri [1]

(1) Sfax, TUNISIE.

Introduction : La proctite ulcéreuse représente une forme particulière de la rectocolite ulcéreuse. Le profil évolutif ainsi que la prise en charge thérapeutique dépend de la présence ou non d'une extension lésionnelle.
Nous proposons d'étudier facteurs prédictifs d'extension lésionnelle de cette forme anatomique.

Patients et Méthodes : Nous avons mené une étude rétrospective descriptive sur une période allant de Janvier 2007 à Décembre 2020, incluant les patients suivis pour une proctite ulcéreuse. Nous avons étudié les caractéristiques épidémioclinique et avons dégagé les facteurs prédictifs d'extension lésionnelle.

Résultats : Soixante patients ont été inclus. L'âge moyen des patients était de 48,5±12,6 ans (26-70ans). Le sexe ratio H/F était de 0,87. Le suivi moyen était de 95,5 mois. Une rémission clinique était obtenue chez quarante-quatre patients (73,3%). La rémission endoscopique n'était obtenue que dans 24% des cas. Le taux de rechute était de 85%. 23% des malades ont développé une forme réfractaire et ayant nécessité le passage à une corticothérapie orale. L'extension colique concernait 32 patients (53,3%) dans un délai moyen de 60 mois. La CRP basse était prédictive de rémission clinique (p= 0,012 et un OR égal à 1,206 (IC95%= [1,018-1,429]). Un score UCEIS≤ 4 ainsi la limite lésionnelle au niveau de moyen rectum étaient prédictifs de rémission endoscopique. Cinq facteurs prédictifs d'extension ont été identifié : le sexe masculin (p=0,035), l'antécédents d'appendicectomie (p=0,005), le score UCEIS >ou= à 6 (p=0,004)lors de la poussée inaugurale, l'inobservance du traitement (p=0,001et la présence de formes réfractaires(p=0,001).

Conclusion : Le contrôle endoscopique et l'obtention de la rémission endoscopique avant l'arrêt du traitement d'attaque sont nécessaires pour la maitrise de la proctite. L'adhérence au traitement constitue un élément clé pour éviter l'extension lésionnelle qui peut constituer un tournant évolutif de cette entité.

P.470

Faisabilité et place de la vidéocapsule endoscopique de l'intestin grêle précoce dans le suivi des maladies de Crohn opérées

C. Dellestable [1], A.L. Charlois [1], S. Nancey [1], G. Boschetti [1], P. Danion [1], C. Gay [1]

(1) Lyon.

Introduction : La maladie de Crohn est une pathologie évoluant par périodes de poussée et de rémission. Malgré de nombreuses avancées thérapeutiques, la chirurgie reste fréquente au cours du suivi avec un risque de rechute post opératoire important, nécessitant de réaliser un dépistage précoce de la récidive par coloscopie dans les 6 à 12 mois suivant la chirurgie. La vidéocapsule endoscopique du grêle est un examen permettant d'explorer de façon non invasive le tube digestif, généralement mieux tolérée par les patients que la coloscopie. A ce jour peu d'études ont étudié l'intérêt de la vidéocapsule dans cette situation.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective sur des données collectées prospectivement de décembre 2019 à juillet 2022. Pour être inclus le patient devait être majeur, suivi pour une maladie de Crohn et avoir été opéré d'une résection de grêle ou d'une résection iléocaecale entre décembre 2019 et janvier 2022. L'objectif principal était de déterminer le nombre de patients opérés ayant passé au moins une vidéocapsule endoscopique de l'intestin grêle (VEIG) dans leur suivi post opératoire précoce. Les critères de jugement secondaires étaient l'évaluation des raisons pour lesquelles les patients n'ont pas eu les examens et leur tolérance, la corrélation entre les résultats des VEIG réalisées à 3 et 6 mois, la corrélation entre les résultats de la coloscopie et de la VEIG à 6 mois, la corrélation entre le nombre de facteurs de risque de récidive en préopératoire et la survenue d'une récidive endoscopique et la corrélation entre l'importance du syndrome inflammatoire et la survenue d'une récidive. Les taux de corrélation étaient calculés en utilisant le test Rho de Spearman et les analyses des critères biologiques réalisées avec le test de Mann Whitney Wilcoxon.

Résultats : Trente-huit patients ont été inclus, 65,7% d'hommes, avec un âge moyen de 36 ans. Seize patients (41%) étaient fumeurs actifs. Vingt-cinq patients (65,7%) ont eu au moins une vidéocapsule de l'intestin grêle. 17 patients ont eu une VEIG à 3 mois, 18 à 6 mois. Neuf patients ont eu 2 VEIG successives. Vingt-cinq patients ont passé une coloscopie dans leur suivi. Treize patency ont été réalisées chez 12 patients. Quatre patency (30,7%) et 2 VEIG sont restées bloquées, sans que cela n'engendre de complication supplémentaire. Parmi 14 patients ayant eu une coloscopie et une VEIG à 6 mois, 11 présentaient des résultats concordants entre les 2 examens, avec un coefficient de corrélation de 0,559 (p=0,038). Sur les 17 patients ayant eu une coloscopie et une VEIG quelquesoit son délai de réalisation, 14 avaient des résultats superposables avec un coefficient de corrélation de 0,663 (p=0,006). Parmi les 9 patients ayant eu 2 VEIG successives, 6 rétrouvaient des résultats similaires. Trois patients n'avaient aucun facteur de risque de récidive et aucune récidive n'a été observée dans ce groupe. 13 présentaient un facteur de risque, avec 54% de récidive à 6 mois. 22 présentaient 2 facteurs de risque ou plus et le taux de récidive était de 50%. Au total 14 patients ont présenté une récidive endoscopique à 6 mois, menant à 11 adaptations thérapeutiques. Sur 13 modifications thérapeutiques quel que soit le délai, 5 ont eu lieu grâce aux résultats de la VEIG.

Discussion : Notre étude montre que la VEIG semble simple à mettre en place, avec peu de risques pour le patient puisque près de 2/3 de nos patients ont eu au moins une VEIG au cours de leur suivi. Les blocages de patency, observés dans 30,7% des cas, mettent en évidence que la réalisation de la patency est indispensable chez les patients opérés pour une maladie de Crohn. De plus, en se bloquant, elles révèlent des sténoses qui auraient pu rester méconnues avec la coloscopie seule. Notre étude retrouve une bonne corrélation entre les résultats de la VEIG et de la coloscopie. La VEIG a également permis de mettre en évidence des lésions non vues en coloscopie. Les CDAI et les calprotectines fécales étaient parfois discordants avec des taux augmentés dans le groupe sain et des valeurs normales dans le groupe récidive, mettant en évidence l'importance de réaliser de façon systématique une évaluation endoscopique objective pour dépister la récidive.

Conclusion : La vidéocapsule de l'intestin grêle est donc un outil intéressant, qui pourrait être un bon complément et/ou alternative à la coloscopie dans le suivi post-opératoire précoce des patients souffrant de maladie de Crohn, mais parfois encore difficile à mettre en place. Des études supplémentaires, prospectives, multicentriques, sur de plus larges effectifs semblent nécessaires pour confirmer ces données.

P.471

Signes de gravités endoscopiques d'une colite aiguë grave : sont-ils un prédicteur de recours à la chirurgie ?

H. Aouroud [1], M. Aouroud [1], J. Rizkou [1], A. Ait Errami [1], S. Oubaha [1], Z. Samlani [1], K. Krati [1]
(1) Marrakech, MAROC.

Introduction : La colite aigue grave (CAG) est une complication sévère des Maladies chroniques inflammatoires de l'intestin (MICI) qui menace le pronostic vitale à court terme et constitue donc une urgence médico-chirurgicale. Le diagnostic positif est généralement posé sur des critères clinico-biologiques. L'objectif de notre étude est d'étudier l'association entre la présence de signes endoscopiques de gravité au moment du diagnostic d'une CAG et le recours à une colectomie.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective, ayant inclus tous les patients admis pour CAG durant la période allant de Janvier 2016 à Juin 2022. La sévérité de la CAG a été évaluée selon les critères clinico-biologiques : le score lichtiger . Tous nos patients ont bénéficié d'une évaluation endoscopique à la recherche de signes de gravité.

Résultats : Nous avons inclus 111 patients répartis en 77 femmes et 34 hommes avec un sexe ratio H/F= 2,26 l'âge moyen de notre population est de 25 ans (extrêmes 16 ans – 65 ans).Des antécédents familiaux de MICI ont été notés chez 4 patients, 29% étaient des tabagiques chroniques dont 18% sont actifs. La CAG avait eu lieu dans le cadre d'une rectocolite hémorragique (RCH) 67% des cas et d'une maladie de Crohn 29% et 4% dans le cadre d'une colite indéterminée. La CAG était inaugurale dans 33 % des cas, 66 % des patients avaient eu au moins une poussée antérieure dont 30 % ont eu une CAG. Lors de la poussée aigue grave, 38 % des patients étaient sous 5-ASA et 18 % sous Azathioprine, seulement 8% des patients étaient sous anti-TNF. Le score de Lichtiger était en moyenne de 11 points. Le taux sérique moyen de la protéine C-réactive (CRP) était de 92 mg/L, la valeur moyenne de l'hémoglobine était de 9.8 g/dl et l'albuminémie moyenne était de 24 g/L. Des signes de gravité endoscopiques étaient présents dans 46 % des cas. Une corticothérapie intraveineuse a été instaurée chez tous les patients. En raison d'un échec de la corticothérapie, un recours à la ciclosporine a été noté chez 38 patients (34%), 13 patients ont été opérés après échec du traitement. Parmi les patients qui présentent des signes endoscopiques de gravité, 68 % n'ont pas répondu au traitement médical de première ligne, 25 patients ont répondu à la ciclosporine, .Dans le groupe des patients sans signes de gravité à l'endoscopie, 77 % des patients ont répondu à la corticothérapie intraveineuse, 17 % des patient qui ont été mis sous ciclosporine ont évolué favorablement, et une colectomie subtotale a été pratiquée dans 6 % des cas. L'étude analytique avait montré une association statistiquement significative entre la présence de signes endoscopiques de gravité et le recours à la chirurgie ($p = 0.000$).

Conclusion : Dans notre étude, la présence de signes endoscopiques de gravité au cours de la CAG était significativement associée au recours à la colectomie. Ceci souligne l'intérêt de l'endoscopie initiale dans l'évaluation pronostique au cours de la CAG.

P.472

Troubles sexuels et maladies inflammatoires chroniques de l'intestin : prévalence et facteurs prédisposants

O. Chatti [(1)], N. Elleuch [(1)], W. Dahmani [(1)], A. Hammami [(1)], W. Ben Ameur [(1)], A. Ben Slama [(1)], M. Ksiaa [(1)], A. Braham [(1)], S. Ajmi [(1)], H. Jaziri [(1)], A. Jmaa [(1)]

(1) Sousse, TUNISIE.

Introduction : L'impact des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI) sur l'activité sexuelle et l'image corporelle, peut altérer considérablement la qualité de vie des patients qui sont le plus souvent jeunes. De même, les facteurs liés aux troubles sexuels ne sont pas, jusqu'à présent, parfaitement identifiés.
Le but de ce travail est d'identifier la prévalence des troubles sexuels chez les patients porteurs d'une MICI et de déterminer les facteurs associés à ces troubles.

Patients et Méthodes : Nous avons mené une étude prospective incluant tous les patients hospitalisés ou suivis en ambulatoire à la consultation pour une maladie de crohn (MC) ou une rectocolite hémorragique (RCH), au sein de notre service de gastro-entérologie depuis janvier 2020 jusqu'en septembre 2022.
Après le consentement des participants, un questionnaire a été rempli comportant : des informations démographiques, des informations relatives à la MICI. L'évaluation de la vie sexuelle a été faite grâce à l'IBD disk selon l'échelle Likert de 0 à 10 (0 = normal ; 10 = handicap majeur). Les différents items de l'IBD ont été évalués.

Résultats : Notre étude avait inclus 97 patients. L'âge moyen des patients était de 37ans [18-68ans] avec un sexe-ratio F/H de 0,8 (44F/53H). L'origine urbaine a été notée chez 76,3% des cas (n=74). Selon le niveau scolaire, les patients étaient répartis comme suit : 12,3% (n=12) étaient non scolarisés, 77,3%(n=75) avaient un niveau primaire et seulement 10,3% (n=10) avaient un niveau universitaire. Quatorze patients étaient en poussée aigue. Il s'agissait d'une MC dans 75.3% des cas (n=73) et d'une RCH dans 24,7% des cas (n=24). Parmi les 73 patients atteints de MC, 26,6% avaient des manifestation ano-périnéale. Des troubles sexuels étaient rapportés dans 58,8% des cas dont presque 36,8% MC et 17,46% RCH. Une association significative a été retrouvée entre la dysfonction sexuelle et le degré d'activité de la maladie (p=0,01 pour la MC, p=0,009 pour la RCH).
Toutefois, la présence de manifestation ano-périnéales, une image corporelle altérée, un trouble du sommeil, des troubles émotionnels étaient significativement associés à la fréquence des troubles sexuels avec respectivement (p=0.002 ; p=0,02 ; p=0 ;009 ; p=0,003).

Conclusion : Dans notre étude, les troubles sexuels touchaient plus que la moitié des patients avec une MICI et sont surtout associés à la présence de manifestation ano-périnéales, une image corporelle altérée, un trouble du sommeil et des troubles émotionnels. C'est pourquoi une communication appropriée sur la sexualité est primordiale chez ces patients.

P.473

Comparaison entre le Short Inflammatory Bowel Disease Questionnaire (SIBDQ) et le score IBD-disk dans l'évaluation de la qualité de vie au cours des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI)

J. Rizkou [(1)], H. Aouroud [(1)], F.E. Lairani [(1)], A. Ait Errami [(1)], S. Oubaha [(1)], Z. Samlani [(1)], K. Krati [(1)]

(1) Marrakech, MAROC.

Introduction : L'amélioration de la qualité de vie (QdV) des patients atteints de maladies inflammatoires chroniques de l'intestin est devenue un objectif et une cible thérapeutique majeure à l'air des avancées et progrès thérapeutiques. Ainsi, La qualité de vie des patients peut être mesurée grâce à plusieurs questionnaires psychométriques spécifiques qui ont été développés. De ce fait, l'objectif de notre étude était d'évaluer le retentissement des MICI sur la QdV des patients et de comparer les performances des 2 scores, le SIBDQ et l'IBD-Disk.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude prospective transversale, ayant inclus les patients présentant une maladie inflammatoire chronique de l'intestin, réalisée au sein de notre service sur une durée de 06 mois (Septembre 2021 – Mars 2022). La Qdv a été évaluée en utilisant deux scores psychométriques spécifiques des MICI; SIBDQ, la version courte de l'IBDQ (inflammatory bowel disease questionnaire) et l'IBD-disk. La corrélation entre les deux scores a été évaluée par un test de Spearman (p significatif si inférieur à 0,05).

Résultats : On a colligé 210 patients (79 hommes et 131 femmes), soit un sexe ratio H/F de 0,60. L'âge moyen des patients étaient de 39 ans. 20% étaient un niveau d'études supérieures tandis que 68% étaient des analphabètes. 80% des patients sont mariés et 45.2% ont plus de 2 enfants. 127 patient ont une maladie de Crohn et 80 une RCH et 03 ont une colite indéterminée. La durée moyenne d'évolution de la maladie était de 7,56 ± 6,56 années. 30% des patients étaient en poussées de leur maladie. 36.1% des patients avaient des manifestations extradigestives. Sur le plan thérapeutique : 40% étaient sous corticoïdes, 25% sous 5ASA, 60% sous immunosuppresseurs et 15.2% sous biothérapie. Le score SIBDQ moyen était de 49,09 ± 10 [extrêmes 29-64]. Le retentissement important des MICI sur la QdV évalué par un score SIBDQ inférieur à 40 était observé chez 47 patients (22.3%). Le score SIBDQ moyen était de 48 [29-64]. Un score SIBDQ inférieur à 40 témoignant d'un retentissement important des MICI sur la QdV était observé chez 47 patients (22.3%). Le score IBD-Disk moyen était de 42 [3-88]. Un score IBD-Disk supérieur à 50 témoignant d'un retentissement important des MICI sur la QdV était observé chez 89 patients (42.3%). Une concordance négative a été retrouvée entre le score SIBDQ et l'IBD-Disk (r : -0,9, p <0.002).

Conclusion : L'évaluation de la Qdv demeure un pilier essentiel dans la prise en charge des patients atteints de MICI vu L'altération de la Qdv de ces patients. Notre étude a retrouvé une corrélation entre le questionnaire SIBDQ et le score IBD-Disk qui étaient comparables.

P.474

Score de Rutgeerts modifié : les lésions confinées à l'anastomose sont-elles associées à un risque plus important de récidive clinique ?

Z. Benzarti [1], A. Jerbi [1], A. Nakhli [2], N. Hemdani [2], B. Bouchabou [2], R. Ennaifer [2]

(1) Tunis, TUNISIE ; (2) La Marsa, TUNISIE.

Introduction : Le score de Rutgeerts modifiée constitue le gold standard pour l'évaluation de la récidive endoscopique suivant la résection iléocoecale pour maladie de Crohn. L'intérêt pronostique pour les lésions i0, i1, i3 et i4 est bien démontré. La question se pose quant à la valeur pronostique des lésions i2 qui sont subdivisées en i2a pour les lésions confinées à l'anastomose et en i2b pour > 5 ulcérations aphtoides au niveau de l'iléon néo-terminal.
L'objectif de notre étude était de comparer le risque de récidive clinique entre les patients ayant des lésions i2a par rapport aux patients ayant des lésions classées i2b.

Patients et Méthodes : Nous avons mené une étude rétrospective colligeant tous les patients suivis au service de gastroentérologie de l'hôpital Mongi slim pour une maladie de Crohn iléale ou iléocoecale ayant eu une résection iléocoecale durant la période allant de Janvier 2011 à décembre 2021. Une iléocoloscopie dans l'année suivant la chirurgie était pratiquée et la classification de Rutgeerts modifiée était utilisée pour l'évaluation de la récidive endoscopique. La récidive clinique était définie par la survenue en postopératoire de : symptômes cliniques liés à la maladie de Crohn, d'une complication à type de collection intra-abdominale ou d'une occlusion ou le recours à une deuxième résection. Nous avons par la suite comparer le risque de récidive clinique des patients classés i2a et i2b par rapport aux patients classés i0 et i1 chez les quels le risque de récidive est considéré comme faible. Les patients classés i3 et i4 ont été exclus. L'analyse statistique a été faite moyennant SPSS.26 pour Windows (p significatif si < 0,05).

Résultats : Au total, 29 patients ont été inclus d'âge moyen égal à 38 ans au moment de la chirurgie (17 – 72 ans). Il s'agissait de 19 hommes (65,5%) et de 10 femmes (34,5%). Un tabagisme actif a été noté parmi 13 patients (44,8%). Le délai moyen d'évolution de la maladie par rapport à la chirurgie était de 24 mois. La chirurgie était indiquée pour une complication fistulisante, sténosante ou pour une résistance au traitement médical dans respectivement 15 (51,7%), 13 (44,8%) et 1 (3,4%) cas. Le délai moyen de réalisation de la coloscopie était de 12,1 mois. Les lésions observées à l'endoscopie étaient classées selon Rutgeerts comme suit : i0 chez 5 patients (17,2%), i1 chez 4 patients (13,8%), i2a chez 10 patients (34,5%) et i2b chez 10 patients (34,5%). La médiane de survie sans récidive était de 39 mois. Le taux de récidive chirurgicale était de 20%.
Les lésions endoscopiques classées i2b étaient associées à la survie sans récidive la plus courte (i2b *vs* i2a 29 mois *vs* 32 mois, p= 0,04 ; i2b *vs* i1 29 mois *vs* 45,3 mois ; p = 0,02 ; i2b *vs* i0 29 mois *vs* 63,3 ; p = 0,001). Les patients ayant des lésions classées i2a n'avaient pas significativement plus de risque de récidive clinique que les patients classés i0 ou i1 (i2a *vs* i1 14% *vs* 7% p = 0,06 ; i2a *vs* i1 14% *vs* 10%, p = 0,1). En analyse multivariée, les lésions anastomotiques n'étaient pas significativement associées à la récidive clinique (p = 0,07).

Conclusion : Contrairement aux lésions iléales, les lésions anastomotiques ne semblent pas avoir un impact pronostique important, Par conséquent, un score endoscopique traitant de façon séparée les lésions de l'anastomose et celles du néo-iléon semble justifié. Des études prospectives et à plus large échelle sont nécessaires afin de valider ces résultats.

P.475

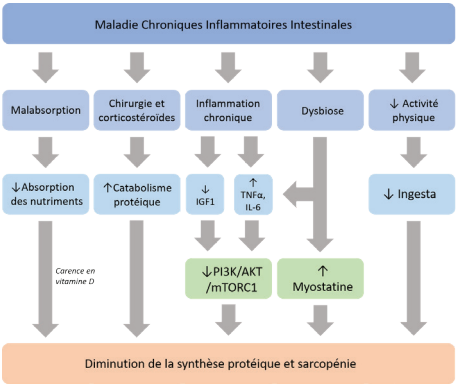
Prévalence de la sarcopénie dans une cohorte des patients hospitalisés pour une colite aiguë grave

S. Dermine [1], C. Stefanescu [2], L. Billiauws [1], J. Bettolo [1], C. Hutinet [1], E. Lecoq [1], O. Corcos [1], A. Nuzzo [1], F. Joly [1]

(1) Clichy-la-Garenne ; (2) Neuilly-sur-Seine.

Introduction : La dénutrition est sous-évaluée dans les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI). Celle-ci est souvent associée à la sarcopénie, définie comme une réduction de masse et de fonction musculaire. Les patients atteints de MICI ont un risque accru de développer une sarcopénie, principalement via des mécanismes de malnutrition/malabsorption, d'inflammation, de carence en vitamine D, notamment chez les sujets âgés et/ou les obèses dont la prévalence augmente. La sarcopénie semble avoir un impact négatif sur la morbi-mortalité (sévérité de la maladie, recours au traitement chirurgical). La sarcopénie est estimée à 52% pour la maladie de Crohn et 37% pour la rectocolite hémorragique, définie sur des critères strictement anatomiques (mesure de la SMI en L3). Aucune étude n'a évalué la prévalence de la sarcopénie chez les patients ayant une colite aigue grave. L'objectif principal de l'étude était de définir la prévalence de la sarcopénie dans cette situation, selon les critères morphologiques et fonctionnels définis par l'HAS. L'objectif secondaire était d'évaluer les facteurs associés à la sarcopénie dans notre cohorte.

Patients et Méthodes : L'ensemble des patients hospitalisés dans le service de gastroentérologie pour colite aigue grave ont été inclus. Les données étaient collectées prospectivement. La présence d'un score de Lichtiger > 10 définissait la poussée sévère. Les patients avaient une surveillance journalière clinico-biologique, un scanner abdominopelvien à l'entrée la recherche d'une complication et une rectosigmoidoscopie pour confirmer la gravité de la poussée. Les patients étaient traités par corticoïdes intra-veineux initialement en absence de complication chirurgicale, puis par traitement biologique ou chirurgical en fonction de la réponse au traitement, dans la semaine suivant l'introduction du traitement. Les critères nutritionnels recueillis étaient les suivant : poids actuel, poids de forme, IMC, cinétique de la perte de poids, évaluation de la masse musculaire par impédancemétrie, évaluation de la force de préhension par dynamomètre numérique, mesure de l'albumine et de la vitamine D sérique. Les inclusions sont toujours en cours.



Résultats : Neuf patients ont été inclus : 7 femmes et 2 hommes. L'âge médian [extrêmes] au diagnostic de la colite aigue grave était de 30 ans [23 – 59]. L'ancienneté médiane [extrêmes] de la RCH était de 41 mois [0 – 168] avant l'apparition de la poussée sévère. 2 patients étaient naïfs de traitement. Le score de Lichtiger médian [extrêmes] à l'admission était de 12 [10 – 15]. L'évaluation endoscopique confirmait la poussée sévère chez l'ensemble des patients (score endoscopique Mayo 3). Tous les patients ont eu un traitement initial de la poussée sévère par corticoïdes intraveineux et/ou ciclosporine.

Dans notre population d'étude, il existe 88,9 % de dénutrition (8/9) en prenant en compte la cinétique de perte de poids selon les critères de l'HAS 2019, malgré un IMC normal chez 88,9 % des patients (8/9). Quarante-quatre pour-cent (4/9) de notre population présentait une sarcopénie avérée selon les critères de l'HAS 2019 (force de préhension diminuée chez 2/9 patients, masse musculaire diminuée chez 4/9 patients). L'albumine était abaissée en dessous du seuil de 35 g/l chez l'ensemble des patients.
Deux patients ont été opéré en urgence après échec du traitement d'induction. Ces deux patients avaient une dénutrition sévère et une sarcopénie (baisse de la masse et de la fonction musculaire chez le patient 1, baisse de la masse musculaire chez le patient 2). Aucun patient n'a eu recours à la chirurgie dans le groupe non sarcopénique. Par rapport au groupe non-sarcopénique (n = 5/9), les patients sarcopéniques (n = 4/9) semblaient plus souvent inflammatoires (CRP moyenne de 139 *versus* 44), avaient une albumine plus basse (albumine moyenne de 22.2 *versus* 29.7), un pourcentage de perte de poids plus important pendant l'épisode aigue (25% *versus* 8%), une vitamine D sérique plus faible (vitamine D moyenne de 25,7 *versus* 54,4 nmol/l) et un recours à la chirurgie plus important (50% *versus* 0%). Aucune analyse statistique n'a été réalisée devant le nombre trop faible de patient (n = 9).

Conclusion : La sarcopénie est fréquente dans les MICI, notamment en cas de poussée sévère. Des études supplémentaires sont nécessaires pour définir l'impact de la sarcopénie sur l'activité de la maladie et le risque d'intervention chirurgicale, et mettre en évidence des facteurs associés qui pourraient être prévenus et améliorés lors de la prise en charge des patients.

P.476

Chimioprophylaxie de la tuberculose sous anti-TNF : entre concept et réalité

A. Chehaider [(1)], M. Ayari [(1)], W. Khemiri [(1)], R. Bourguiba [(1)], Z.E.I. Abdelaali [(1)], T. Jomni [(1)], H. Douggui [(1)]

(1) Tunis, TUNISIE.

Introduction : Les anti TNF alpha, ont prouvés leur efficacité dans le traitement de plusieurs maladies inflammatoires chroniques, révolutionnant ainsi leur prise en charge et modifiant l'histoire naturelle de ces pathologies. Cependant, cette efficacité vient au prix d'un risque non négligeable d'infections opportunistes notamment la tuberculose. Des mesures préventives ont été établies afin de diminuer ce risque, tel qu'un interrogatoire minutieux, un examen physique complet, une intradermoréaction à la tuberculine et un test de libération de l'interféron *in vitro* (QuantiFERON). L'objectif de notre travail est d'évaluer les pratiques de dépistage, les modalités de la chimioprophylaxie antituberculeuse, ainsi que l'évolution clinique chez les patients avec indication à un traitement par anti-TNF et chez qui le bilan pré thérapeutique a révélé une tuberculose latente.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective et descriptive colligeant les patients traités par anti TNF alpha pour une durée d'au moins 6 mois. Dans le cadre du bilan pré thérapeutique, tous nos patients ont eu un bilan tuberculeux comportant une radiographie thoracique, une recherche de BK dans les crachats une intradermoréaction à la tuberculine et/ou un Quantiféron. Parmi ces patients, nous avons étudié ceux chez qui le diagnostic d'une tuberculose latente a été posé devant une IDR à la tuberculine supérieure à 9 mm et/ou un test de libération de l'interféron *in vitro* (QuantiFERON) positifs.

Résultats : Soixante-cinq patients étaient sous anti-TNF-alpha, dont huit avaient une tuberculose latente soit une prévalence de 12.3%. Quatre patients avaient une IDR à la tuberculine positive et quatre un test QuantiFERON positif. Ils étaient tous de sexe masculin et d'âge moyen de 44.7 ans (25-55).Il s'agissait d'une maladie de Crohn dans 75% des cas (N=6) et d'une spondylarthropathie dans 25% (N=2) des cas. En pré-thérapeutique, 25% des patients (N=2) étaient déjà sous azathioprine. L'indice de masse corporelle était inférieur à 16.5 kgm-2 dans 66.6% des cas et une hypoalbuminémie a été notée dans 57%.La recherche du BK dans les crachats par un examen direct et une culture sur le milieu Lowenstein-Jensen était négative. La radiographie du thorax était normale chez tous les patients. Une chimioprophylaxie antituberculeuse par isoniazide et rifampicine a été initiée chez tous les patients pendant 3 mois avec un délai moyen de 20 semaines (3-72) par rapport au début de la biothérapie. Les anti-TNF prescrits étaient l'infliximab et l'adalimumab à des proportions égales, associés à l'azathioprine dans 62.5% des cas (N= 5). Deux patients ont développé une tuberculose maladie, toutes de localisation pulmonaire à un délai de 15 et 17 mois respectivement. Le diagnostic a été fait devant signes respiratoires avec présence de BK dans les crachats. Les deux patients étaient traités avec évolution favorable. Une fois l'infection jugulée, l'anti-TNF alpha a été réintroduit chez un seul patient devant la récidive de sa pathologie avec un suivi à un an ne montrant pas de réactivation tuberculeuse.

Conclusion : La réactivation tuberculeuse sous biothérapie reste une complication réelle et semble être secondaire à une réactivation d'une tuberculose latente et ce parfois malgré une chimioprophylaxie anti-tuberculeurse bien conduite. Les recommandations de prévention semblent être insuffisantes notamment pour un pays endémique.

P.477

Facteurs prédictifs de la malnutrition chez les patients atteints de maladies inflammatoires de l'intestin

O. Chatti [(1)], W. Dahmani [(1)], R. Halloul [(1)], A. Hammami [(1)], N. Elleuch [(1)], W. Ben Ameur [(1)], A. Ben Slama [(1)], M. Ksiaa [(1)], A. Braham [(1)], S. Ajmi [(1)], H. Jaziri [(1)], A. Jmaa [(1)]

(1) Sousse, TUNISIE.

Introduction : La malnutrition est une complication très fréquente et sous-estimée chez les patients atteints de la maladie de Crohn et de la colite ulcéreuse, qui représentent une population à haut risque de malnutrition, et même chez les patients en rémission. Mais peu d'informations statistiques sont disponibles sur les facteurs prédictifs de la malnutrition. L'objectif principal notre étude est d'évaluer l'état nutritionnel selon le score MUST et de rechercher des facteurs prédictifs de dénutrition.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude transversale réalisée dans notre service d'hépato-gastroentérologie sur une période d'un an. Cette étude a inclus 105 patients suivis pour des MICI diagnostiquées sur des critères cliniques, endoscopiques et/ou histologiques au moins 6 mois avant la date de début de l'étude. Nous avons évalué les associations entre les caractéristiques démographiques et cliniques et le risque de malnutrition évalué par l'outil de dépistage universel de la malnutrition (MUST-score). Cet outil inclut l'indice de masse corporelle (IMC), la perte de poids récente et le fait que le patient n'aura pas d'apport nutritionnel pendant plus de 5 jours

Résultats : Notre étude a inclus 105 patients, dont 77 patients (73,3 %) souffraient de la maladie de Crohn et 28 patients de la colite ulcéreuse (26,7 %).L'âge moyen au moment de la collecte des données était de 38,61 ± 15,79 ans.Notre population se répartissait en 48 hommes (45,7%) et 57 femmes (54,3%), 52 non-fumeurs, 23 fumeurs et 30 ex-fumeurs.Seuls 15 patients (14,3%) étaient dans une phase aiguë de leur maladie, dont 10 patients présentant une anorexie dans les 5 derniers jours.37 patients (35,2%) étaient en surpoids, 47 patients (44,8%) avaient un IMC normal entre 18,5 et 25 kg/m et 21 patients étaient considérés comme trop maigres avec une notion de perte de poids de plus de 10% au cours des 3 derniers mois chez près de 30%. En utilisant le score MUST, 43 (41%) patients ont été classés en risque faible de malnutrition et 62 (59%) ont été classés en risque moyen ou élevé.En analyse univariée : l'âge, le sexe féminin, l'origine urbaine, la maladie de Crohn, l'activité de la maladie, l'anorexie et l'utilisation d'immunomodulateurs et de stéroïdes étaient significativement associés à un risque accru de malnutrition (respectivement p=0,001 ; p=0,03 ; p=0,029 ; p=0,018 ; p=0,001 ; p=0,006 ; p=0,001 ; p=0,021).

Conclusion : le score MUST est un outil facile à utiliser pour évaluer le risque de dénutrition mais pas sans limites. La maladie de Crohn, l'activité de la maladie et l'utilisation d'immunomodulateurs et de stéroïdes sont des facteurs prédictifs significatifs du risque de dénutrition.Par conséquent, l'évaluation et le dépistage de la malnutrition devraient faire partie intégrante de la pratique clinique des MICI.

P.478

Influence du génie évolutif de la maladie de Crohn sur l'alimentation : résultats d'une étude contrôlée

S. Souissi [(1)], A. Labidi [(1)], N. Ben Safta [(1)], S. Laabidi [(1)], N. Ben Mustapha [(1)], M. Fekih [(1)], M. Serghini [(1)], J. Boubaker [(1)]

(1) Tunis, TUNISIE.

Introduction : Bien qu'il n'existe pas de données sur une association entre l'alimentation et le génie évolutif de la maladie de Crohn (MC), on remarque que les patients souffrant d'une MC invalidante s'imposent des auto-restrictions incluant plusieurs aliments dans le but de contrôler la maladie, influençant ainsi leurs états nutritionnels. C'est dans ce sens qu'on se propose de mener cette étude dont le but était de comparer le régime alimentaire des patients atteints de MC ayant un génie évolutif sévère et celui des patients atteints de MC avec un génie évolutif peu sévère.

Patients et Méthodes : Il s'agissait d'une étude descriptive transversale comparative de type cas-témoin incluant un groupe de 60 patients pris en charge dans notre service pour MC en rémission clinique depuis au moins 03 mois. Un génie évolutif sévère a été défini par la nécessité de recours aux immunosuppresseurs, immunomodulateurs et à la chirurgie. Les patients suivis pour une maladie périnéale exclusive ont été exclus. Les patients étaient ainsi répartis en 2 groupes :
Groupe 1 (G1) : 29 patients atteints de MC ayant un génie évolutif sévère
Groupe 2 (G2) : 31 patients atteints de MC ayant un génie évolutif peu sévère
Des questionnaires portant sur les habitudes alimentaires ont été posés pour tous les sujets. Une enquête alimentaire de type histoire alimentaire a été faite chez eux.

Résultats : L'âge moyen de nos patients était de de 45,44 ans ± 15,41 ans pour le groupe G1 *versus* 40,51 ans ± 11,49 ans pour le groupe G2 (p=0,082). Le sexe ratio était de 1,41 (H/F=17/12) *versus* 0,73 (H/F=11/20) respectivement (p=0,073). L'IMC moyen pour le groupe G1 était de 24,1 kg/m² ± 4,55 *versus* 24 Kg/m² ± 4,38 pour le 2ème groupe (p=0,508). La localisation iléocolique était plus fréquente dans G1 avec une fréquence de 52% *versus* 38,9% pour G2 (p=0.05), alors que la localisation iléale était plus fréquente dans G2 (44,4% *versus* 28%).
L'apport énergétique moyen pour le groupe G1 était de 1912,41 ± 763,4 Kcal alors que celui pour le groupe G2 était de 2025,3 ± 796,1 Kcal (p=0,604). Pour les macronutriments, l'apport en protides et en lipides était significativement plus faible chez les patients du G1 avec un apport journalier moyen de (66,06g *versus* 69,7g ; p=0,02 et 73,7g *versus* 61,1g ; p=0,015) respectivement. Les apports en fibres étaient plus faibles chez les patients du G1 par rapport à ceux du G2 (16,5g *versus* 18,2g) sans que la différence ne soit significative (p=0,287), cet apport était inférieur aux recommandations dans les 2 groupes. L'apport en micronutriments était comparables entre les deux groupes et inférieur aux recommandations. La consommation des produits laitiers, légumineuses, légumes et fruits, fruits oléagineux était significativement plus faibles chez les malades du G1 par rapport aux patients du G2.

Conclusion : Notre étude montre que le régime alimentaire des patients ayant une maladie de Crohn à génie évolutif sévère souffre de plusieurs carences dues très probablement à des exclusions alimentaires multiples. Par ailleurs, notre étude souligne la nécessité de dépister les erreurs de régime et l'intérêt d'un rééquilibrage alimentaire chez tous nos patients atteints de MC étant donné un apport insuffisant en fibre et en micronutriments dans les 2 groupes étudiés. Ceci souligne l'importance de la communication sur le régime alimentaire lors des consultations.

P.479

Faisabilité et performance diagnostique de l'ultrason intestinal pour surveiller l'activité des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin durant la grossesse : une revue systématique

J. Pillet [1], J. Perrin [2], M. Martel [3], O. Kherad [1], S. Restellini [1]

(1) Genève, SUISSE ; (2) Lausanne, SUISSE ;
(3) Montréal, CANADA.

Introduction : Les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI), comprenant la maladie de Crohn (MC) et la rectocolite hémorragique (RCH), peuvent mener à des complications chez la mère et le fœtus durant la grossesse. Ces patientes nécessitent un suivi strict de l'activité de leur maladie et de préférence avec des examens non invasifs. Dans notre article, nous avons cherché à évaluer la performance diagnostique et la faisabilité de l'ultrason intestinal (UI) pour surveiller l'activité des MICI durant la grossesse.

Patients et Méthodes : Une revue systématique de la littérature a été réalisée pour identifier les études portant sur l'utilisation de l'UI chez les femmes enceintes atteintes de MICI, de la date de création des bases de données jusqu'en octobre 2022, en recherchant au sein de MEDLINE, Cochrane library, EMBASE et ISI Web of Science, avec des mots-clés incluant 1) ultrason/ultrasonographie 2) grossesse et 3) MICI (MC et RCH). D'autres études pertinentes ont été identifiées à partir de références croisées et de recherches manuelles dans les références des articles récupérés. Nous avons inclus les études observationnelles entièrement publiées et les résumés.

Résultats : Au total, cinq études ont été sélectionnées parmi 263 citations. Les études retenues ont montré une grande hétérogénéité dans leur définition de l'activité de la maladie ainsi que dans les protocoles échographiques et les résultats obtenus. En effet, deux des études ont utilisé une valeur seuil pour la calprotectine fécale (CPF) supérieure à 100 [µg/g] comme comparateur de référence. Dans l'une d'elles, des scores cliniques ont été utilisés en complément lorsque la valeur de la CPF était comprise entre 100-249 [µg/g] alors qu'une CPF ≥ 250 [µg/g] était considérée comme une maladie active indépendamment des scores cliniques. La troisième étude a utilisé un indice de Harvey Bradshaw (HBI) supérieur à 4 comme comparateur de référence. Dans ces 3 études, les résultats suggèrent une spécificité relativement bonne (entre 83% et 98%) mais une sensibilité faible (entre 33% et 84%) de l'UI pour détecter l'activité de la maladie. Une seule étude a analysé la performance de l'UI dans la détection d'une rémission avec une sensibilité de 80% et une spécificité de 92% par rapport au comparateur de référence. La taille de l'utérus limite la visualisation de l'iléon terminal et du sigmoïde à partir du 2ème trimestre et du 3ème trimestre respectivement et l'évaluation du rectum reste limitée indépendamment du trimestre de grossesse.

Conclusion : L'ultrason intestinal est une méthode réalisable, accessible et précise pour surveiller l'activité de la maladie chez les femmes enceintes atteintes de MICI. Les preuves sont cependant limitées et justifient des études supplémentaires avec des comparateurs de références standardisés.

P.480

Rectocolite ulcéro-hémorragique et protozoaires du tube digestif : bilan d'une étude prospective de 5 années

B. Allouache [1]

(1) Constantine, ALGÉRIE.

Introduction : Dans le monde, la présence des parasites intestinaux surtout les protozoaires avec chef de fil 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'amoebose et de la RCHU sont pratiquement identiques compliquant le diagnostic différentiel.
Les objectifs de notre travail étaient de :
-Déterminer la prévalence des parasites intestinaux chez des patients atteints de RCUH

Matériels et Méthodes : Matériel et méthodes : il s'agit d'une étude épidémiologique transversale, descriptive et analytique portant sur les selles d'une population de patients présentant des diarrhées glairo-sanguinolantes, durant une période d'étude allant de janvier 2007 au 31 Décembre 2011.

Résultats : Résultats : L'étude prospective sur un échantillon de 500 malades présentant des diarrhées glairo-sanguinolentes a aboutit 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 (amœbose-RCUH) était observée chez 42,8% des patients de notre étude.
Une prédominance féminine chez les RCUH avec un sex-ratio H: F de 0,44.
La RCUH a été notée chez l'adulte jeune, sachant que 28,5% des patients ont entre 25 et 34 ans.
La prévalence de l'amœbose colique était de 15% de la population étudiée avec un sex-ratio de 0,36. La tranche d'âge la plus concernée par l'amœbose est comprise entre 30 – 39.

Conclusion : Conclusion : Les résultats de nos travaux ont montré que l'amœbose est la complication infectieuse majeure de la RCUH, 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.

P.481

Apport de l'endoscopie dans la maladie de Crohn du tube digestif haut

M. Tamdaoui [(1)], H. El Bacha [(2)], A. Belcadi Abassi [(2)], N. Benzzoubeir [(2)], I. Errabih [(2)]

(1) Rabat ; (2) Rabat, MAROC.

Introduction : La maladie de Crohn est une pathologie inflammatoire chronique pouvant atteindre tout le tube digestif, de la bouche à l'anus. L'atteinte digestive haute est peu fréquente mais sa présence prédit un risque élevé de complications.

L'objectif de notre travail est d'étudier l'apport de l'endoscopie dans la maladie de Crohn du tube digestif haut.

Matériels et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive monocentrique menée au sein de notre service sur une période de 05 ans de 2017 à 2022.

Ont été inclus tous les patients avec atteinte digestive haute de la maladie de Crohn. Tous les patients ont bénéficié d'une gastroscopie assortie de biopsies gastriques et duodénales même en l'absence de lésions muqueuses. Le phénotype de la maladie de Crohn ainsi que la localisation ont été caractérisés à l'aide de la classification de Montréal.

Résultats : Durant la période d'étude, 296 malades étaient suivis pour maladie de Crohn parmi lesquels 18 patients (6%) avaient une atteinte digestive haute. L'âge moyen était de 33.8 ans (18-71ans). Une prédominance masculine a été notée (sex-ratio H/F 1,57). 4 (22.2%) d'entre eux étaient tabagiques et 3 (16,6%) avaient des MICI dans la famille.
3 patients (16.6%) avaient une atteinte haute isolée et 15 patients (83.4%) avaient une atteinte haute associée à des atteintes coliques chez 6 patients (33.3%), iléocoliques chez 5 patients (27.7%) et iléales chez 4 patients (22.2%).
La localisation de l'atteinte haute était comme suit : duodénale chez 8 patients (44.4%), jéjunale chez 3 patients (16.6 %), duodénojéjunale chez 2 patients (11.1%), gastrique chez 2 patients (11.1%) , œsophagienne chez 2 patients(11.1%) et buccale et œsophagienne chez 1 patient (5.5%).
Le phénotype inflammatoire était objectivé chez 9 patients (60%), sténosant chez 3 (20%), fistulisant et sténosant chez 3 patients (20%).
9 patients étaient asymptomatiques (50%),6 présentaient des douleurs épigastriques (33.3%) et 2 une dysphagie (11.1%) et 1 patient présentait un syndrome de Koenig (5.5%).
11 malades (61.2%) avaient des FOGD pathologiques qui avaient révélé : ulcérations aphtoides duodénales chez 5 patients, une sténose duodénale chez un patient,des ulcérations aphtoides œsophagiennes chez 3 patients, sténose œsophagienne infranchissable chez 1 patient et une pangastrite érythémateuse chez une patiente. les biopsies objectivaient des lésions histologiques compatibles avec une localisation haute de maladie de Crohn dans 36 % des cas.
Chez 7 malades (38.8%) avec une FOGD normale les biopsies ont retrouvé des lésions compatibles avec une maladie de Crohn dans 20 % des cas.

Conclusion : L'endoscopie digestive haute avec réalisation de biopsies systématiques est un examen indispensable dans la détection des localisations hautes de la maladie de Crohn qui constituent un facteur de sévérité de la maladie, de même elle a un apport important dans la prise en charge thérapeutique.

P.482

Etat de connaissances des patients suivis pour maladie inflammatoire chronique intestinale vis-à-vis de leur maladie

K. Belhaj [(1)], F.Z. Benamor Seghir [(1)], F. Haddad [(1)], F.Z. Elrhaoussi [(1)], M. Tahiri [(1)], W. Hliwa [(1)], A. Bellabah [(1)], W. Badre [(1)]

(1) Casablanca, MAROC.

Introduction : La bonne connaissance des patients vis-à-vis de leur maladie joue un rôle essentiel dans la prise en charge thérapeutique, en permettant une meilleure acceptation, une participation active au suivi et une meilleure observance thérapeutique. Le but de notre étude est d'évaluer l'état de connaissance des patients suivi pour maladie inflammatoire chronique intestinale (MICI) ainsi que de déceler les déficits de leur connaissance par rapport à leur maladie.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude prospective menée au sein de notre service incluant 82 patients suivis pour MICI, diagnostiquée au moins 1 an avant la date du début de l'étude. Un questionnaire a été établi et proposé aux patients.

Résultats : Durant la période de l'étude, 82 patients ont été inclus. L'âge moyen des patients était de 28 ans (19-73ans). On a noté une prédominance féminine (63,4 %) avec un sex-ratio F/H à 1,7. 54,3 % des patients étaient porteurs d'une maladie de Crohn et 45,7 % d'une RCH. La durée moyenne de suivi était de 3ans (1-9 ans). 39% des patients étaient d'origine rurale (N=32) et 61% d'origine urbaine (N=50). 37,8% des patients (N=31) n'étaient pas scolarisés et seulement 14,6 % de nos patients (N=12) avaient un niveau scolaire universitaire. Parmi nos patients, 24,3 % ne connaissaient pas le nom de leur maladie (N=20). 37,8 % des cas (N=31) ne savaient pas qu'il s'agit d'une affection chronique. Le facteur de risque héréditaire n'était connu que par 30,4 % de nos patients (N=25). 51,2 % des patients (N=42) savaient qu'il existe des complications liées à la maladie. Le cancer colorectal était la complication la plus redoutée pour 26,8 % des cas (N=22). La sexualité et la fertilité pouvaient être affectées par la maladie pour 48,7 % des cas (N=40). 82,9 % de nos patientes, en période d'activité génitale (N=68), pensent que leur maladie risque d'affecter une éventuelle grossesse. Concernant le volet thérapeutique, 19,5 % des patients (N=16) ne connaissaient pas le nom des médicaments qu'ils prenaient. Seulement 45,1 % des patients (N=37) ont reçu des informations avant de démarrer ces médicaments. Le médecin traitant constitue la source d'informations pour 91,4% des patients (N=75) et la relation médecin-malade est estimée excellente ou bonne pour 95,1% des cas (N=78).

Conclusion : Notre étude a montré de véritables lacunes de connaissance chez nos patients à propos de leur maladie. Ainsi, des programmes de sensibilisation, adaptés aux besoins, et au niveau scolaire de nos patients s'avèrent nécessaire.

P.483

Maladies inflammatoires chroniques de l'intestin : étude cas-témoins de la qualité de vie

S. Ben Rhouma [(1)], H. Elloumi [(2)], R. Zmerli [(1)], S. Mahmoud [(1)], I. Cheikh [(2)]
(1) Tunis, TUNISIE ; (2) Bizerte, TUNISIE.

Introduction : Les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI) sont des pathologies souvent bénignes mais qui peuvent occasionner une altération de la qualité de vie. L'amélioration de cette dernière constitue désormais un objectif thérapeutique. Les objectifs du travail étaient d'étudier la qualité de vie des patients atteints de MICI en comparant les scores de qualité de vie entre les patients atteints de MICI et les témoins sains et d'identifier les facteurs associés à l'altération de la qualité de vie chez les patients atteints de MICI.

Patients et Méthodes : Les patients ayant un diagnostic établi de maladies inflammatoires chroniques de l'intestin ont été inclus. Le groupe des témoins était composé de sujets sains appariés sur l'âge et le sexe avec les patients. Deux questionnaires ont été administrés aux patients : Le questionnaire 36-item Short-Form Health Survey (SF-36) et le questionnaire Iflammatory Bowel Disease (IBDQ). Un seul questionnaire a été administré aux témoins : le SF-36. Les scores du SF-36 ont été comparés entre les patients atteints de MICI et les témoins. Les scores du IBDQ ont été comparés chez les patients porteurs de MICI.

Résultats : Nous avons inclus 120 patients (60 patients suivis pour MC et 60 patients suivis pour RCH) et 120 témoins. Le groupe des patients atteints de MICI avait des scores SF-36 significativement plus bas que ceux des témoins concernant les 8 dimensions. Le score IBDQ était plus bas chez les patients ayant une maladie de Crohn (p=0,035), une atteinte iléale (p=0,021), une RCH pancolique (p=0,033), des manifestations extra-intestinales (p=0,02), un saignement rectal ou un syndrome rectal (p= 0,005), un syndrome de Kœnig (p=0,01), une maladie qui dure depuis plus de 5 ans (p=0,035), une maladie active (p<0,001) et chez les patients traités par les anti TNF (p=0,03). Par contre, les facteurs comme le sexe, le phénotype de la maladie, les manifestations ano-périnéale, les antécédents de résection chirurgicales en lien avec la MICI et le tabagisme ne semblaient pas affecter la qualité de vie chez ces patients.

Conclusion : La qualité de vie chez les patients atteints de MICI était significativement altérée que chez les témoins. Par cette étude, on a démontré que cette altération de la qualité de vie pouvait être liée au malade, à la maladie ou même aux traitements.

P.484

Rectocolite hémorragique et qualité de vie : faisons-nous bien les choses ?

F.E. Aharbil [(1)], M. Jarti [(1)], A. Ait Errami [(1)], S. Oubaha [(1)], Z. Samlani [(1)], K. Krati [(1)]
(1) Marrakech, MAROC.

Introduction : Le syndrome rectal est le symptôme décrit par les patients comme ayant le plus d'impact sur la qualité de vie, mais il n'apparaît pas dans la plupart des indices d'activité de la maladie. Notre étude vise à mieux comprendre son impact sur la qualité de vie des patients.

Patients et Méthodes : Une enquête quantitative transversale a été menée auprès de patients atteints de rectocolite hémorragique en poussée modérée à sévère admis dans notre hôpital en mois d'Août 2022.

Résultats : 32 patients ont répondu à l'enquête. L'âge moyen était de 27,6 ans [19-49] avec un sex ratio de 1. 46% d'entre eux étaient sous immunosuppresseurs (n=15) et 9 % étaient sous biothérapie (n=3). Les patients ont refusé de participer à des événements sociaux en raison du syndrome rectal (43 %), de la peur de l'incontinence par impériosité (50%), de l'augmentation de la fréquence des selles (31%) et de la présence de sang dans les selles (12%) au cours des trois derniers mois. Les patients ont refusé de faire du sport ou de l'exercice physique en raison du syndrome rectal (46%), de la crainte d'une incontinence par impériosité (43%), d'une augmentation de la fréquence des selles (25%) et de la présence de sang dans les selles (9%) au cours des trois derniers mois. Les patients ont refusé de participer à des activités professionnelles ou scolaires en raison du syndrome rectal (53 %), de la crainte d'une incontinence par impériosité (37%), d'une augmentation de la fréquence des selles (25 %) et de la présence de sang dans les selles (21 %) au cours des trois derniers mois. Sur les 32 patients qui ont déjà souffert de syndrome rectal, 37% ont arrêté de travailler plus tôt que prévu au cours des trois derniers mois et 43% ont travaillé moins d'heures. Notamment, 84 % des patients ont déclaré avoir porté une couche/une protection au moins une fois au cours des trois derniers mois par crainte de l'incontinence par impériosité.

Conclusion : Le syndrome rectal et la crainte de l'incontinence par impériosité sont les symptômes les plus souvent rapportés par les patients atteints de rectocolite hémorragique qui refusent de participer au activités socio-proffesionnelles. Ce sont des symptomes non négligeables qui doivent être inclus dans les indices d'activité de la maladie.

P.485

Automédication aux corticoïdes chez les patients porteurs de MICI

M. Jarti [(1)], O. Hadadia [(1)], A. Ait Errami [(1)], S. Oubaha [(1)], Z. Samlani [(1)], K. Krati [(1)]

(1) Marrakech, 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 40 patients hospitalisés pour une poussée MICI sur une periode du 6 mois entre janvier 2022 et juillet 2022 . Nous avons interrogé ces patients en utilisant un questionnaire.

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.
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 15% des malades et une corticodépendance chez 26% des malades, et une cataracte cortico-induite chez une seule patiente . Les deux principales raisons évoquées étaient : la nécessité d'être soulagé rapidement (40 %) et l'absence de volonté de consulter un médecin 20 %).

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.

P.486

État des lieux des connaissances des patients suivis pour maladie inflammatoire chronique intestinale vis-à-vis de leur pathologie

O. Chatti [(1)], W. Dahmani [(1)], A. Hammami [(1)], H. Jaziri [(1)], W. Ben Ameur [(1)], A. Ben Slama [(1)], M. Ksiaa [(1)], A. Braham [(1)], S. Ajmi [(1)], N. Elleuch [(1)], A. Jmaa [(1)]

(1) Sousse, TUNISIE.

Introduction : La connaissance de la maladie et de sa prise en charge par les patients constitue un élément essentiel pour l'obtention d'un résultat thérapeutique optimal au cours des affections chroniques, telles que les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI). En effet, elle contribue au contrôle de la maladie et à réduire la morbi-mortalité qui y est liée en permettant une adhésion plus forte par le patient qui devient acteur de sa maladie.
Le but de cette étude est d'évaluer l'état de connaissance des patients suivis pour une MICI

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude transversale menée à notre service d'hépato-gastroentérologie sur une période de 2 mois. Cette étude a inclus 40 patients suivis pour une MICI diagnostiquée sur des critères cliniques, endoscopiques et /ou histologiques au moins 6 mois avant la date du début de l'étude. Un questionnaire a été établi composé de deux parties : une première partie remplie par le médecin traitant comportant les données sociodémographiques et le type de la maladie, le niveau socioéconomique ; une deuxième partie évaluant les connaissances des patients vis-à-vis de leur maladie (le type, la nature et l'origine de la maladie, l'étiopathogénie, les manifestations extradigestifs, les complications ainsi que la source d'informations).

Résultats : Durant la période de l'étude, 80 patients ont été inclus. Il s'agissait d'une maladie de Crohn dans 67,5% des cas (n=54) et d'une RCH dans 32,5% des cas (n=26). L'âge moyen des patients était de 37ans [18-68ans] avec un sexe-ratio F/H de 1,1 (42F/38H). L'origine urbaine a été notée chez 77,5% des cas (n=62). Selon le niveau scolaire les patients étaient répartis comme suit : 12,5% (n=10) étaient non scolarisés, 87,5%(n=70) avaient un niveau primaire et seulement 12,5% (n=10) avaient un niveau universitaire. Parmi nos patients, 15% (n= 12) ne connaissaient pas le nom de leur maladie. La majorité des malades (97,5%) soit 78 patients connaissaient que leur maladie était d'origine inflammatoire. Quatre-vingt-dix pourcents des patients (n=72) savaient qu'il s'agissait d'une affection chronique. Le facteur de risque héréditaire était connu par 72,5% de nos patients (n=58). L'état psychologique était un facteur influençant la maladie pour 95% des cas (n=76). Les manifestions extradigestifs faisaient partie de la maladie pour 70% des patients (n=56). Les manifestations ostéo-articulaires étaient les plus connus (67.5%), suivi par les atteintes oculaires (52.5%). La fertilité pouvait être affectée par la maladie selon 47,5% des patients (n=38). Quarante-pourcents des malades (n=32) pensaient que leur maladie pourrait altérer la sexualité. Soixante et un pourcent des cas pensent qu'il existe des complications liées à la maladie. Le cancer colorectal était la complication la plus redoutée (65%, n=52). Le médecin traitant constituait la source d'informations pour 95% des patients (n=76). La relation médecin malade était estimée excellente ou bonne également dans 95% des cas (n=76).

Conclusion : Notre étude a montré un manque de connaissance de nos patients à propos de leur maladie malgré une bonne relation médecin malade, qui peut être expliqué probablement par le niveau scolaire bas de nos patients. Ce résultat montre la nécessité d'une meilleure sensibilisation des patients vis-à-vis de leur maladie et incite à l'instauration d'un programme d'éducation thérapeutique bien adapté aux besoins et au niveau scolaire de nos patients.

P.487

Carences en vitamines B12 et vitamines B9 dans la maladie de Crohn : prévalence et prise en charge

S. Belmaqrout [1], H. El Bacha [1], S. Mechhor [1], S. Douihi Touzani [1], N. Benzzoubeir [1], I. Errabih [1]
(1) Rabat, MAROC.

Introduction : La maladie de Crohn (MC) est une maladie inflammatoire chronique de l'intestin pouvant intéresser tous les segments du tube digestif entrainant ainsi une malabsorption responsable d'une carence en vitamines et micronutriments. Dans cette étude, nous évaluerons la prévalence de la carence en folates et vitamine B12 chez nos patients atteints de MC et leur prise en charge.

Matériels et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive monocentrique s'étalant sur une période allant de janvier 2017 à juillet 2022 et incluant tous les patients atteints de maladie de Crohn suivis au sein de notre formation aux quels nous avons dosé la vitamine B12 et B9. Un déficit en vitamine B12 était défini par un taux < 187 pg/ml, et un déficit en folates par une folatémie < 3 ng/ml. Les caractéristiques de la maladie ainsi que les antécédents de résection intestinale ont été étudiés.
Les données ont été recueillies grâce à une fiche d'exploitation et étudiées en utilisant le logiciel SPSS 23.0. Le test de KHI-deux a été utilisé pour comparer les variables qualitatives.

Résultats : Parmi les 296 patients suivis pour maladie de Crohn dans notre service, les dosages de la Vit B12 et Vit B9 a été réalisé chez 250 patients. L'âge moyen était de 39ans [19-79]. Il y avait 148 hommes et 102 femmes avec un sexe ratio H/F de:1.45. L'ancienneté de la maladie était en moyenne de 13.5 ans [2mois - 25 ans].
Le dosage de la vitamine B12 a été réalisé chez 238 patients soit 95.2 % des malades suivis avec un taux moyen de 350pg/ml. Une carence en vitamine B 12 a été retrouvée chez 67 patients (28.15 %), dont 58 (86.6%) avaient déjà eu une résection grêlique et seulement 9 patients (13.4%) qui n'avaient jamais été opérés. Cette différence est statistiquement non significative p=0.09. Sur le plan clinique aucun des malades carencés n'avait de syndrome anémique ni de signes neurologiques. Chez 12 malades (20%) une hypocholestérolémie et une hypoféritinémie avaient été retrouvés. 43 patients (64.2%) avaient un phénotype fistulisant, 16 patients (23.9%) avaient un phénotype sténosant et 8 patients (11.9%) des carencés avaient un phénotype inflammatoire. Cette différence est statistiquement significative p<0.0001. Ces malades ont été supplémentés par apport oral de Vit B12 avec une normalisation des taux au bilan de contrôle.
Le dosage de la folatémie a été réalisé chez 210 patients suivis (84%). Le taux moyen de folates était de 4.2 ng/ml. La carence en folates a été retrouvée chez 60 patients (28.5%) dont 51 patients (85%) avaient eu une résection grêlique contre 9 patients (15%) qui n'ont jamais été opérés. Cette différence est statistiquement significative p=0.018. 43 patients (71.7%) ont un phénotype fistulisant, 17 patients (28.3%) un phénotype sténosant. Cette différence est statistiquement significative p<0.0001. Ces malades ont bénéficié d'une supplémentation orale d'acide folique avec une normalisation des taux au bilan de contrôle.

Conclusion : Notre travail montre l'intérêt d'instaurer une surveillance régulière des taux de vitamine B12 et d'acide folique malgré l'absence de signe clinique carentiel afin de proposer une éventuelle supplémentation aux patients à risque, notamment les patients opérés avec atteinte iléale et de phénotype fistulisant.

P.488

Prévalence et facteurs prédictifs de persistance des symptômes cliniques chez les patients ayant maladie de Crohn en rémission endoscopique et biologique

H. Aouroud [1], J. Rizkou [1], M. Aouroud [1], A. Ait Errami [1], S. Oubaha [1], Z. Samlani [1], K. Krati [1]
(1) Marrakech, MAROC.

Introduction : Une discordance entre les symptômes gastro-intestinaux et l'inflammation a été observée chez 40 % des patients atteints de la maladie de Crohn (MC) dans l'analyse post-hoc des essais d'enregistrement des thérapies biologique. Peu d'études ont examiné la corrélation entre l'activité clinique, endoscopique et histologique de la maladie de Crohn en dehors des paramètres d'essais cliniques. Nous avons donc cherché à examiner la prévalence et les facteurs prédictifs de douleurs abdominales persistantes et d'augmentation de la fréquence des selles dans la MC quiescente endo-histologique dans une cohorte prospective.

Patients et Méthodes : Ont été inclus les patients suivis dans notre formation pour une maladie de Crohn, suivi pendant au moins une année et ayant subi à une évaluation de la réponse endoscopique/histologique dans l'année suivant la mise sou un traitement de fond. L'activité symptomatique de la maladie a été évaluée par la mesure des résultats rapportés par les patients (PRO-2) en 2 points pour les douleurs abdominales et la fréquence des selles. L'activité endoscopique de la maladie a été quantifiée à l'aide du score endoscopique simple pour la maladie de Crohn (SES-CD : rémission < 3). L'activité biologique de la maladie a été déterminée à l'aide de la CRP >6 et la calprotéctine fécale >100 Les corrélations entre l'activité clinique et endo/histologique ont été analysées à l'aide de la corrélation de Pearson (r).

Résultats : 132 patients ont été inclus. Le sexe ratio H/F de 1,2 et l' âge moyen de la population était de 32 ans (16 ans – 78 ans). L'âge moyen au moment de diagnostic de la maladie était de 31,1 ans. 57% des patients avaient une maladie de Crohn à localisation iléo-caecale et le phénotype fistulisant était le plus fréquents dans 45% cas. Plus d'1/3 des cas avaient une maladie symptomatiquement active malgré une rémission endoscopique (37 %), biologique (38 %) ou histologique (34 %). L'activité symptomatique de la maladie était faiblement corrélée à l'activité endoscopique (r = 0,17) et biologique (r = 0,15). La maladie active biologiquement et endoscopiquement avait une sensibilité plus élevée que maladie active sur le plan endoscopique uniquement. L'augmentation de la fréquence des selles (31-34 %) était plus susceptible que les douleurs abdominales (13-19 %) de persister en rémission endoscopique/biologique.
Les femmes et les fumeurs étaient plus susceptibles d'avoir des symptômes gastro-intestinaux persistants malgré une rémission endo-histologique, mais le phénotype de la MC et une résection intestinale segmentaire antérieure n'étaient pas des prédicteurs .

Conclusion : La présence d'activité détecté à l'aide d'examens biologiques de la maladie avait une sensibilité plus élevée pour identifier les patients présentant des symptômes gastro-intestinaux persistants, mais l'activité endoscopique avait une spécificité plus élevée.

P.489

La calprotectine fécale a-t-elle une place dans le suivi des patients RCH ?

C. Jioua [1], T. Adioui [1], J. Benass [1], J.Y. Bangda Ekanga [1], A. Touibi [1], S. Ouahid [1], R. Laroussi [1], I. Radouane [1], S. Rokhsi [1], R. Chaibi [1], F. Ait Iken [1], S. Hdiye [1], I. Mouslim [1], S. Berrag [1], F. Nejjari [1], M. Tamzaourte [1]

(1) Rabat, MAROC.

Introduction : Le dosage de la calprotectine fécale (CF) tend à devenir un paramètre biologique incontournable dans l'appréciation du niveau d'inflammation intestinale au cours de la rectocolite hémorragique. Toutefois, son utilisation en pratique courante pour distinguer entre les formes actives et les formes quiescentes n'est toujours pas généralisé. Cette distinction s'appuie à ce jour sur le score de Mayo, qui regroupe à la fois des paramètres cliniques et endoscopiques. L'objectif de notre travail est d'étudier la place de la calprotectine fécale dans l'évaluation de l'activité de la RCH.

Patients et Méthodes : Une étude rétrospective a été menée au sein de notre service de gastroentérologie, s'étalant sur une période de 3ans, allant du juin 2019 au juin 2022 et incluant 69 patients suivis pour rectocolite hémorragique. Tous nos patients ont bénéficié d'une colonoscopie à l'inclusion. Nous avons analysé les dossiers des patients afin de recueillir les données cliniques, endoscopiques et les résultats de la calprotectine fécale, dosée par méthode Elisa. L'activité de la maladie a été évaluée à l'aide du score de MAYO. Nous avons réparti nos patients en deux groupes : un premier groupe ayant une RCH active, définie par un score de Mayo > 2, et un deuxième groupe ayant une RCH inactive, définie par un score de Mayo 0-1.
L'analyse statistique a été réalisée par le logiciel SPSS25 en utilisant le modèle de régression logistique binaire en analyses univariée et multivariée. Les variables quantitatives ont été décrites en moyenne et écart type et les variables qualitatives ont été décrites en effectifs et pourcentage.

Résultats : L'âge moyen de nos patients était de 40,6±14,2 ans. Le sex ratio était de 1,4 (29 femmes, 40 hommes). Nous avons stadifié l'étendue de l'atteinte digestive à l'aide de la classification de Montréal. 14,5% des patients (n=10) avaient une atteinte rectale exclusive (E1 de la classification de Montréal). 66,7% des patients (n=46) avaient une atteinte ne dépassant pas l'angle colique gauche (E2) et 18,8% (n=13) avaient une atteinte colique distale (E3).
Sur le plan thérapeutique, 79,7% des patients (n=55) étaient sous 5-aminosalicilés, 18,8% des patients (n=13) étaient sous Azathioprine et 11,6% (n=8) des patients étaient sous biothérapie.
Dans notre étude, le premier groupe comportait 35 patients (50,7%) tandis que le deuxième groupe comportait 34 patients (49,3%). Il existe une différence statistiquement significative de la moyenne du taux de calprotectine fécale entre le premier groupe (500µg/g de selle [257-1234]) et le deuxième groupe (47µg/g de selle [34-50]) (p<0,05).
En analyse univariée, la calprotectine fécale ressort donc comme facteur corrélé à l'activité de la rectocolite hémorragique (p = 0,022; OR= 1,033; IC [1,005-1,062]).
En analyse multivariée et en ajustant les facteurs étudiés (calprotectine fécale, CRP et nombre de globules blancs) aucun facteur ne semble être statistiquement associé à l'activité.

Conclusion : Selon les données de notre étude, la calprotectine fécale s'avère être un moyen performant et non invasif pour évaluer l'activité de la RCH. Vu les contraintes liées à l'acceptabilité et à l'accessibilité aux examens endoscopiques itératifs, la standarisation de son dosage et son inclusion systématique dans la stratégie de suivi des patients RCH pourrait contribuer à un triage fiable des patients selon le caractère actif ou non de leur RCH.

P.490

L'intérêt du quantiféron dans le diagnostic différentiel de la maladie de Crohn et la tuberculose intestinale

S. Dilal [1], H. El Bacha [1], M. Konso [1], N. Benzzoubeir [1], I. Errabih [1]

(1) Rabat, MAROC.

Introduction : La distinction entre la tuberculose intestinale (TI) et la maladie de Crohn (MC) est difficile du fait de nombreuses similitudes cliniques, endoscopiques et histologiques entre ces deux affections essentiellement dans la localisation iléo-caecale ce qui pose un problème de diagnostic positif et donc de prise en charge (PEC) thérapeutique de ces malades. Le diagnostic de la tuberculose intestinale peut être facile lorsqu'elle est associée à une localisation pulmonaire ou péritonéale, plus difficile lorsqu'elle est isolée.
Le but de notre travail est de montrer l'intérêt du quantiferon dans le diagnostic différentiel entre ces deux pathologies.

Matériels et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive monocentrique menée sur une durée de 15 ans de Janvier 2007 au Juillet 2022. 666 cas de MC ont été recensés dont 189 malades avec localisation iléo caecale et durant la même durée 53 cas de TI ont été inclus. Tous nos patients ont bénéficié d'un bilan endoscopique avec biopsies, un entéroscanner ainsi qu'un bilan phtysiologique. Nous avons inclus tous les patients ayant une iléo-colite avec des troubles chroniques du transit.

Résultats : L'âge moyen de nos patients était de 39 ans pour la TI et 32 ans pour la MC. Le sexe ratio F/H=1,4 pour la TI et F/H=1,2 pour la MC.
Les circonstances de découverte étaient dominées par des douleurs abdominales chroniques puis les lésions ano-périnéales (LAP) avec des diarrhées et finalement un syndrome subocclusif dans 46,5 % (n=88), 38,6 % (n=73) et 15,8% (n=30) respectivement chez les patients dont le diagnostic de la MC a été retenu, et par les douleurs abdominales, des diarrhées chroniques et finalement la constipation et/ou syndrome subocclusif chez respectivement 41,5% (n=22), 39,6% (n=21) et 22,6 % (n=12) des patients diagnostiqués TI.
Le quantiferon a été réalisé chez 79 patients et revenu positif chez 35,4% des malades (n=28) avec MC et 64,5% de ceux atteints de la TI (n=51). Les ASCA ont été réalisés chez 63 patients et étaient positifs chez 60% (n=38) des malades, et négatifs chez 40% (n=25) des malades.
Dans les cas où le dosage de l'ASCA était positif / QFT négatif, la sensibilité, la spécificité, la valeur prédictive positive et la valeur prédictive négative pour le diagnostic de la maladie de Crohn étaient respectivement de 80%, 98%, 93% et 50%.

Conclusion : Le quantiferon à un apport important dans le diagnostic différentiel entre la tuberculose intestinale et la MC, l'association au dosage des ASCA permet d'affiner le diagnostic entre ces deux entités pour une meilleure PEC thérapeutique.

P.491

Les lésions ano-périnéales de la maladie de Crohn : quel impact sur la qualité de vie ?

F.E. Aharbil [(1)], M. Jarti [(1)], A. Ait Errami [(1)], S. Oubaha [(1)], Z. Samlani [(1)], K. Krati [(1)]
(1) Marrakech, MAROC.

Introduction : La maladie de Crohn est une pathologie inflammatoire chronique avec une évolution clinique imprévisible. Elle atteint le plus souvent des sujets jeunes actifs, compromettant ainsi leur qualité de vie dans tous les domaines physiques, fonctionnels, psychosociaux et professionnels. Notre étude visait à évaluer l'impact de la maladie de Crohn périanale sur la qualité de vie et la productivité au travail.

Patients et Méthodes : Une étude prospective transversale incluant des patients atteints de maladie de crohn avec une localisation ano -périnéale suivis dans le service de gastro-entérologie entre juillet et août 2022. La qualité de vie ainsi que l'impact professionnel ont été évalués à travers 5 questionnaires validés traduits en arabe et en français : (Hospital anxiety and depression scale (HADS), fatigue severity scale (FSS), the 36-item short form (SF-36), inflammatory bowel disease disk (IBD-Disk) et le work productivity and activity impairment questionnaire (WPAI)).

Résultats : 35 patients ont été inclus. L'âge moyen était de 31,64 ans (13-57) et la sex-ratio était de 1. Les lésions étaient dominées par les fistules périanales présentes chez 54% des malades (n= 19). 4 malades avaient un périnée poly fistuleux et seulement 6 avaient des fistules fermées au moment de l'étude. 40% avaient une fissure anale spécifique (n=14) et 2 malades une sténose rectale. En calculant le score HADS, l'anxiété et la dépression ont été trouvées chez 31% et 42% des patients, respectivement. Le score moyen de fatigue selon FSS était de 4,21 [1-9]. Le score moyen du SF-36 était de 63,12 [25-95]. Le score moyen de l'IBD-Disk était de 45,94 [6-89]. Un retentissement fonctionnel sévère était principalement associé à l'image corporelle et à la qualité du sommeil chez 56 % et 41 % des patients, respectivement. Concernant l'impact de la MC sur la productivité au travail selon le score du WPAI, seuls 27% des patients avaient un travail rémunéré au moment de l'inclusion. La MC était responsable d'un déclin moyen global de la productivité estimé à 71% et d'une limitation moyenne de 47% des activités quotidiennes habituelles.

Conclusion : L'impact de la maladie de Crohn sur la qualité de vie est vraiment important. Notre étude a révélé que la MC est une source d'altération de la qualité de vie et d'inconfort psychologique, avec une réduction des performances au travail et une augmentation des taux d'absentéisme. L'objectif de la relation médecin malade ne doit pas être axée uniquement sur la rémission clinico-biologique et endoscopique mais aussi sur l'amélioration de la qualité de vie et la productivité social et professionnel de l'individu.

P.492

Profils épidémiologiques, anatomo-cliniques et évolutifs de la colite aiguë grave des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin dans un centre tunisien expert : à propos de 80 patients

N. Ben Safta [(1)], A. Labidi [(1)], S. Souissi [(1)], M.A. Jouini [(1)], N. Ben Mustapha [(1)], M. Fekih [(1)], M. Serghini [(1)], J. Boubaker [(1)]
(1) Tunis, TUNISIE.

Introduction : La colite aigue grave (CAG) est la complication ultime des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI). Elle peut mettre en jeu le pronostic vital. Son diagnostic est clinico-biologique et/ou endoscopique. L'objectif de notre étude était de préciser les caractéristiques épidémio-cliniques et évolutifs de la CAG des MICI dans un centre tunisien expert.

Patients et Méthodes : Il s'agissait d'une étude rétrospective, descriptive s'étendant sur une période de 10 ans (de 2010 à 2020), collegeant tous les malades présentant une CAG diagnostiquée au sein de notre service. Nous avons analysé les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, biologiques et endoscopique. Nous avons également étudié l'évolution sous les différentes thérapeutiques disponibles.

Résultats : Nous avons inclus 47 femmes et 33 hommes. L'âge moyen de nos patients était de 34,45 ans (11,67 ans) avec des extrêmes allant de 14 à 64 ans. La CAG était inaugurale de la MICI dans 37,5% des cas. Il s'agissait d'une RCH chez 36 patients (45%) et d'une maladie de Crohn colique chez 44 patients (55%). Des manifestations extra-intestinales étaient associées dans 19% des cas. La durée moyenne d'évolution de la MICI était de 15 mois. Parmi les patients qui étaient antérieurement traités, la majorité (73,5%) avaient déjà été traité par les salicylés, 60% ont reçu au moins une cure de corticoïdes, le tiers était sous azathioprine et 4% étaient sous biothérapie. Au cours de la CAG de ces patients, l'hémoglobine moyenne était de 10,5g/dL, la CRP moyenne de 101,8mg/L et l'albuminémie moyenne de 26,36g/L. Des signes endoscopiques de gravité avaient été trouvé chez 62,8% des patients et 14,5% avaient des signes de surinfection à la coloscopie. Tous les patients ont été mis sous corticothérapie intra-veineuse. Il s'agissait de l'hémisuccinate de l'hydrocortisone dans 71% des cas, du méthyl-prednisolone dans 19% des cas et du solumedrol dans 10% des cas. La quasi-totalité (97%) avait été mis sous antibiothérapie. Vingt-huit patients avaient présenté un échec de la corticothérapie dont 77% qui ont bénéficié d'un passage au traitement de 2ème ligne. Sept patients ont présenté une complication à type de perforation colique (n=3), de colectasie (n=3) et d'hémorragie digestive massive (n=1). Au total, 24 patients ont fini par avoir un traitement chirurgical par colectomie avec double stomie. La voie d'abord était laparoscopique dans 50% des cas. Parmi les patients opéré, 4 ont présenté une complication post-opératoire à type de collection (n=3) et une embolie pulmonaire (n=1). Le délai moyen du rétablissement de la continuité du tube digestif était de 7 mois. Dans la majorité des cas (80%), l'anastomose était iléo-rectale. Parmi nos patients, aucun cas de décès n'a été signalé.

Conclusion : La CAG est une urgence médico-chirurgicale qui met en jeu le pronostic vital. Différents moyens thérapeutiques médicaux et chirurgicaux sont disponibles. Ils doivent être prescrit à temps afin de diminuer la morbi-mortalité de la CAG.

P.493

Evaluation de la qualité de vie chez les patients atteints d'une maladie de Crohn

H. Smaoui [1], S. Chtioui [2], H. Elloumi [2], M.A. Said [2], S. Ben Hamida [2], I. Cheikh [2]

(1) Sfax, TUNISIE ; (2) bizerte, TUNISIE.

Introduction : La maladie de crohn est une maladie inflammatoire chronique de l'intestin qui a un impact sur la vie socio-professionnelle du patient et sur sa qualité de vie.
Objectif : évaluer le retentissement de la maladie de crohn sur la qualité de vie des patients ainsi que les facteurs associés à une qualité de vie médiocre.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude transversale, descriptive et analytique, menée au service d'hépato-gastro-entérologie de Bizerte, s'étendant sur 6 mois de juillet 2021 à décembre 2021, colligeant les patients suivis pour maladie de crohn vus à la consultation. L'évaluation a été faite à l'aide du score T-IBDQ et réalisée par un entretient direct avec les patients. Ce score comportait 30 items répartis en 5 domaines : état émotionnel qui comprend les 9 items :3, 14, 17,18, 20, 23, 28, 29, 30 ; signes systémiques qui comprennent les 4 items : 2, 6, 9,13 ; retentissement social qui comprend les 7 items: 4, 7, 11,15, 21, 25, 26 ; symptômes digestifs I qui comprennent les 6 items: 1, 5, 8, 10, 22, 24 ; symptômes digestifs II qui comprennent les 4 items : 12,16, 19, 27. Plus le score est élevé plus la qualité de vie est bonne.

Résultats : Nous avons colligé, 80 patients dont l'âge moyen était de 39± 15 ans et la sex-ratio (H/F) était égale à 1,02. La médiane de l'ancienneté de la maladie était de 4,6 ans (1-18 ans). Les atteintes iléales, iléo-colique et coliques étaient notées dans 48%, 35%, et 17% des cas respectivement. Une atteinte iléale étendue (>1 m) était notée dans 7% des patients, et une localisation haute était rapportée chez 8,7% des patients. La maladie était de phénotype sténosant dans 15,7% des cas et de phénotype fistulisant dans 56,1% des cas. Les lésions anopérinéales (LAP) étaient présentes dans 38,5% des cas. La résection iléocæcale ou iléale était effectuée chez 33,3% des patients (étendue dans 15,8%). Soixante-treize pour cent des patients étaient sous Thiopurines et 60.4 % étaient sous anti-TNF.
Le T-IBD score moyen était de 98,10 ± 11,62. En analyse univariée, les variables associées à une mauvaise qualité de vie (score supérieur à 90) étaient la durée d'évolution de la maladie > 10 ans (p= 0.02), le nombre d'hospitalisation > 2 fois/an (p= 0,038), le caractère fistulisant de la maladie (p= 0,006), l'atteinte et la résection iléale étendue (p= 0,001), et les LAP (p=0,012).
Pour la dimension de l'état émotionnel, le score moyen était de 25 ± 3,79. Le sexe masculin (p=0.01) et l'âge <40ans (p=0.003) étaient corrélés à un bon état émotionnel.
Pour la dimension des signes systémiques, la valeur moyenne était égale à 10 ±2,44. La présence des manifestations extra-digestives (p=0.017) et la durée d'évolution >10ans (p= 0,009) étaient prédictifs d'un score plus mauvais.
Le score moyen évaluant le retentissement social était de 25,26 ± 2,32. Un mauvais score était significativement corrélé au nombre élevé d'hospitalisation >2/an (p=0.01) et au phénotype fistulisant (0.045).
Pour la dimension des symptômes digestifs I, le score moyen était égal à 19 ± 2,5 avec une association statistiquement significative avec l'activité modéré à sévère (p=0.008) et l'étendue de la maladie (p=0.03).
La valeur moyenne de la dimension des symptômes digestifs II était de 11 ± 2,41. La résection antérieure (p=0.025) et le phénotype fistulisant (p=0,034) étaient les facteurs associés à un score plus bas.

Conclusion : La maladie de crohn altère profondément la qualité de vie des patients. L'IBD constitue une méthode simple, fiable et non couteuse pour l'évaluation du retentissement de cette maladie. Ainsi, on préconise son utilisation chez tous les patients atteints de MC, et particulièrement chez ceux ayant une maladie fistulisante, étendue avec des LAP ou un antécédent de résection chirurgicale afin de garantir une meilleure prise en charge de ces patients.

P.494

Evaluation de la qualité de vie d'une population tunisienne atteinte de maladie de Crohn à l'aide du score IBD-disk

R. Zmerli [1], M. Serghini [1], A. Labidi [1], S. Ben Rhouma [1], N. Ben Mustapha [1], M. Fekih [1], J. Boubaker [1]

(1) Tunis, TUNISIE.

Introduction : La maladie de Crohn (MC) peut affecter négativement multiples domaines de la vie quotidienne. L'Inflammatory Bowel Disease disk (IBD disk) est un auto-questionnaire validé en France utilisé pour évaluer le handicap fonctionnel chez des patients atteints de MC. L'objectif de l'étude était d'évaluer la qualité de vie chez une population tunisienne atteinte de MC en utilisant le score IBD disk et d'identifier les facteurs associés à une qualité de vie altérée.

Matériels et Méthodes : On a mené une étude prospective sur 05 semaines ayant inclus des patients atteints de MC vus en consultations externes, en hôpital du jour ou hospitalisés. Les patients étaient invités à remplir l'IBD Disk [meilleur score : 0, pire score : 100] évaluant chaque composante de l'incapacité liée à la MC au cours de la semaine écoulée : douleurs articulaires, douleurs abdominales, diarrhée, image corporelle, éducation et travail, émotions, énergie, vie sociale, fonction sexuelle et sommeil. Les sous scores IBD disk ont été calculés. Les seuils de 40 et de 5 étaient respectivement utilisés pour définir une qualité de vie altérée pour le score global et les sous scores de IBD disk. L'analyse des données a été réalisée par le logiciel SPSS version 26 Le seuil de signification a été fixé à 0,05.

Résultats : On a inclus 80 patients d'âge moyen de 42.3 ans [18 – 67] ans répartis en 49 hommes (61,25%) et 31 femmes (38,75%). Les conditions socioéconomiques étaient basses dans 10% des cas, moyennes dans 83,75% des cas et bonnes dans 6,25% des cas. La durée moyenne d'évolution de la maladie était de 10,8 ans [1-29]. La classification de Montréal était comme suit : A1 (22,5%), A2 (71,25%) et A3 (6,25%) ; B1 (30%), B2 (15%) et B3 (55%) ; L1 (32,5%), L2 (11,25%) et L3 (56,25%). Les manifestations anopérinéales étaient présentes chez 56,25% des patients. Une résection intestinale a été réalisée dans 35% des cas avec confection d'une stomie dans 32% des cas. Quarante pourcent 40% des patients étaient en rémission clinique lors de l'enquête réalisée, alors qu'une poussée légère, modérée et sévère a été notée dans 35%,15% et 10% des cas respectivement. Pour le traitement en cours, 46,25% des patients étaient sous combo thérapie (Anti TNF alpha-Azathioprine) et 18,75% utilisaient un traitement local type suppositoire ou lavements.
L'auto-questionnaire IBD disk a été rempli en totalité par 90% des patients et était jugé facile à remplir par 87,5% des patients. Les sous scores suivants étaient remplis de manière incomplètes : la sexualité (85%), éducation et travail (95%), image corporelle (96,25%). Le taux moyen du score IBD disk était de 39,5+29.27 [1-92]. Les taux moyens des sous scores étaient de 1,2 [douleurs articulaires] ; 2,2 [image corporelle]; 3,8[sommeil] ; 4,9[éducation et travail] ; 3,9[douleurs abdominales] ; 4,4[diarrhée] ; 4,9[fonction sexuelle] ; 6,1 [vie sociale] ; 6,4[énergie] et à 6,7 [émotions].
La qualité de vie était jugée altérée chez 58 patients (72,5%). Les domaines les plus touchés étaient l'émotion (75% des patients avaient un score > 5), l'énergie (67,5% des patients avaient un score > 5), et la vie sociale (62,5% avaient score > 5).
En analyse univariée, la présence d'une poussée sévère (p<0.001), l'existence de manifestations anopérinéales (p=0.01), le phénotype fistulisant de la maladie (p=0.02) et l'âge précoce de début de la maladie avant 16 ans (A1) (p=0.04) étaient des facteurs associés à l'altération de la qualité de vie.

Conclusion : Le score IBD disk permet d'identifier une forte proportion de patients ayant une qualité de vie altérée. La présence d'une poussée sévère, de manifestations anopérinéales, le phénotype fistulisant et le début précoce de la maladie de Crohn semblent être les facteurs incriminés dans cette altération de la qualité de vie.

P.495

Est-ce que le taux de la calprotectine fécale et de la protéine C réactive est prédictif d'une cicatrisation muqueuse histologique dans les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI) sous biothérapie ?

R. Laroussi [1], T. Adioui [1], A. Touibi [1], I. Radouane [1], H. Igorman [1], C. Jioua [1], I. Mouslim [1], J.Y. Bangda Ekanga [1], S. Ouahid [1], S. Berrag [1], F. Nejjari [1], M. Tamzaourte [1]

(1) Rabat, MAROC.

Introduction : La cicatrisation muqueuse (CM) histologique prend de plus en plus de la place en tant que cible clé du traitement des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI). A défaut d'accessibilité aux moyens endoscopiques répétés dans le suivi de certains patients, le recours au dosage de certains biomarqueurs tel que la calprotectine fécale (CF) et la protéine C réactive (CRP) est devenu une véritable alternative. La cicatrisation muqueuse histologique était définie dans notre contexte comme une activité histologique normale. Le but de notre étude est de définir la place de la calprotectine fécale dans l'évaluation de la CM histologique dans les MICI sous biothérapie.

Matériels et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective incluant tous les patients atteints de MICI sous biothérapie avec dosage de la CF et la CRP et une endoscopie avec biopsies réalisés à un an après début du traitement dans la période qui s'écoule entre janvier 2019 et août 2022. Les données cliniques, biologiques et endoscopiques ont été recueillies à partir des dossiers des patients. L'analyse statistique a été réalisée par le logiciel Jamovi en utilisant le modèle de régression logistique binaire en analyses univariée et multivariée. Les variables quantitatives ont été décrites en moyenne et écart type et les variables qualitatives ont été décrites en effectifs et pourcentage.

Résultats : Dans notre étude 66 malade ont été inclus dont l'âge moyen était de 42,1 ± 13,7 ans avec un sexe ratio de 1,06 (32 femmes pour 34 hommes).L'âge moyen de début de maladie était de 35,8± 13,7 ans. 48 malades soit 72,7% sont atteints de la maladie de Crohn contre 18 malades (27,3%) sont atteints de RCH. 38 malades (57,6%) ont été mis sous corticothérapie initialement.56 malades (84,8%) ont été mis sous combothérapie contre10 malades (15,2%) sous biothérapie seule. Lors de l'endoscopie de contrôle à un an le taux médian de la CF était de 210 µg/g de selles [120-500], la rémission muqueuse histologique a été obtenue chez 34 malades soit 51,5%.
En analyse univariée le taux de la calprotectine fécale CF (p =0,04, OR =2,4, IC à 95% [1,72-3,61]) et le taux de CRP (p =0,01, OR=0,83, IC à 95% [0,72-0,95]) étaient significatif. En analyse multivariée, en ajustant les facteurs étudiés, le taux de la CRP (p =0,01, OR=0,79, IC à 95% [0,65-0,95]), et le taux de la CPF (p =0,03, OR=1,3, IC à 95% [0,92-2,53]) semblent être associés à la survenue ou non de la cicatrisation muqueuse histologique.

Conclusion : Nous avons identifié que la calprotectine fécale et la CRP sont des biomarqueurs fiables pour prédire une cicatrisation endoscopique histologique.

P.496

Vaccination contre le Covid-19 chez les patients atteints de maladies inflammatoires chroniques de l'intestin

A. Hajlaoui [1], H. Jlassi [1], F. Kahlaoui [1], D. Trad [1], M. Sabbah [1], N. Bellil [1], H. Elloumi [1], N. Bibani [1], D. Gargouri [1]

(1) Tunis, TUNISIE.

Introduction : La vaccination contre la COVID 19 constitue l'une des pierres angulaires dans la gestion de la crise sanitaire liée au Sars-CoV-2. Bien que les dernières données soient rassurantes concernant l'efficacité et la sécurité des vaccins disponibles, elle suscite encore une inquiétude chez les patients immunodéprimés notamment ceux atteints des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI).
L'objectif de notre étude était d'évaluer l'adhésion des patients MICI à la vaccination contre la COVID 19.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude prospective transversale menée sur une période de 6 mois [Mars- Aout 2022], collegeant des patients atteints de MICI chez qui on a mené une enquête à l'aide d'un questionnaire. Les questions abordaient plusieurs items, sur des renseignements personnels, les raisons de motivation ou d'hésitations, le degré de confiance et inquiétude à l'égard de la vaccination contre la COVID 19.

Résultats : Quarante patients ont été colligés, d'âge moyen de 44 ans [20–71 ans] et de genre-ratio H/F de 0,6, de niveau d'étude supérieur (n=6), secondaire (n=20) et primaire (n=14). Trente trois malades étaient atteints d'une maladie de Crohn et 7 patients avaient une rectocolite hémorragique.
Le taux de couverture vaccinale était de 82,5% (MC=81%, RCH=85%) sans corrélation significative avec le niveau d'étude, avec cependant une association positive significative avec l'adhérence au suivi et aux traitements (p=0,04). Quatre patients ont eu un schéma vaccinal complet (3 doses), alors que le reste (n= 29) ne l'ont pas complété vu la survenue d'une infection COVID 19 après la vaccination (n=10) ou de leurs craintes des effets indésirables du vaccin (n=19).
Parmi les non vaccinés (n=6), deux sujets préféraient les gestes barrières, deux n'avaient pas confiance à l'autorité publique et les deux autres sujets doutaient de l'efficacité et la sécurité du vaccin.
Les raisons motivant le recours à la vaccination étaient le haut risque d'infection COVID dû à l'immunodépression du fait de la MICI et des traitements immunosuppresseurs (n=12), la crainte d'être infecté par le Sars-CoV-2 sans rapport avec leur maladie (n=14), la confiance en l'efficacité du vaccin (n=2), le désir de reprendre une vie normale au plus vite (n=4) et la gratuité du vaccin (n=1).
En ce qui concerne l'hésitation quant à la vaccination, 18 patients (40%) n'ont pas hésité à se faire vacciner, 13 sujets (33%) craignaient les effets indésirables du vaccin, deux patients (5%) doutaient de l'efficacité vaccinale. Les autres raisons concernaient le manque de confiance à l'égard des compagnies pharmaceutiques (n=2), la non-compréhension du mécanisme d'action du vaccin et sa fabrication récente (n=2).

Conclusion : Notre étude a montré une bonne adhésion des patients MICI à la vaccination contre la COVID 19. Les principales motivations étaient la crainte ainsi que le haut risque d'infection COVID dû à l'immunodépression.

P.497

Colite aiguë grave : profils épidémiologique et évolutif

I. El Hamraoui [1], H. El Bacha [1], A. Belcadi Abassi [1], N. Benzzoubeir [1], I. Errabih [1]
(1) Rabat, MAROC.

Introduction : La colite aiguë grave (CAG) est une forme aigue sévère de la rectocolite hémorragique (RCH), plus rarement de la maladie de Crohn colique ou des colites infectieuses. Elle constitue une urgence médico-chirurgicale mettant en jeu le pronostic vital à court terme. L'objectif de notre travail est d'analyser les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, paracliniques, thérapeutiques et évolutives d'une série de cas de CAG.

Matériels et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive étalée sur 22 ans de juillet 2000 à juillet 2022. Ont été inclus tous les patients ayant une CAG selon les critères de True love. Les données ont été collectées à partir des dossiers médicaux des patients et consignées sur une fiche d'exploitation pré établie après revue de littérature.

Résultats : 69 cas ont été colligés durant la période de l'étude répartis en 38 hommes et 31 femmes avec un sex-ratio H/F 1,22, d'âge moyen 32,2 années (extrêmes 22-70ans). 15(21,74%) d'entre eux étaient tabagiques.
La CAG était inaugurale dans 35 (50,72%) cas, et compliquant une MICI dans 34 (29,28%) cas.
Le diagnostic de gravité a été basé sur la présence des critères clinico-biologiques et endoscopiques.
Une CRP élevée (>45mg/l) a été retrouvée chez 64(92,75%) cas, et une hypo albuminémie chez 46 (66,7%) cas.
4(5,8%) malades ont présenté une perforation d'emblée. Une colonoscopie courte sans préparation préalable a été réalisée chez 63(91,3%) malades, elle nous a permis de chercher les critères de gravité endoscopique et l'étendue des lésions.
6(8,7%) patients ont été opérés d'emblée dans un tableau de complications ; dont 4(5,8%) cas de perforations et 2(2,9%) cas d'abcès de la fosse iliaque droite .
63(91,3%) patients ont été mis sous corticothérapie parentérale pour une durée moyenne de 5 jours (3-9jours), avec bonne évolution (corticosensibilité) chez 40(58%) patients.
Vu la non disponibilité de la ciclosporine ni des Anti TNF en urgence, seule la chirurgie était proposée comme traitement de 2ème ligne,et qui a été réalisée chez les 23 (33,3%) patients corticorésistants.
L'évolution a été marquée par le décès de 5(7,2%) patients dans les suites post opératoires dont 3(4,3%) opérés d'emblée pour perforation. L'évolution était favorable chez le reste des patients.

Conclusion : La CAG inaugurale ou compliquant une MICI est une urgence médico-chirurgicale pouvant engager le pronostic vital à court terme. Sa prise en charge doit être multidisciplinaire et bien codifiée avec une 1 ère séquence médicale basée sur la corticothérapie et en cas d'échec un recours rapide à la chirurgie.

P.498

Maladie de Crohn (MC) du grêle : est-elle plus sévère en association avec les lésions ano-périnéales ?

S. Douihi Touzani [1], H. El Bacha [1], S. Mechhor [1], S. Belmaqrout [1], N. Benzzoubeir [1], I. Errabih [1]
(1) Rabat, MAROC.

Introduction : La MC grêlique représente une localisation fréquente de la MC, elle est associée à un risque plus élevé de complications à type de sténose et de perforation pouvant aboutir à une résection intestinale.
Les lésions ano-périnéales (LAP) sont souvent associées à une atteinte colique dans la MC. Cependant le lien entre la localisation grêlique et les LAP n'est pas bien élucidé.
Le but de not travail est d'étudier le profil clinique et évolutif de la maladie de Crohn grêlique associée aux LAP.

Matériels et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive et analytique, menée de janvier 2017 à juillet 2022 et portant sur 296 patients atteints de la MC. Ont été inclus dans notre travail les patients ayant une localisation grêlique de la MC avec et sans LAP, quel que soit le phénotype.
Tous nos patients ont bénéficié d'un examen clinique complet avec un examen proctologique.
L'activité de la MC a été évaluée par les deux scores d'activité ; le Crohn's Disease Activity Index (CDAI) et Harvey Bradshaw Index (HBI).
Les données ont été recueillies grâce à une fiche d'exploitation et étudiées en utilisant le logiciel SPSS 23.0.
Les variables quantitatives de distribution Gaussienne ont été exprimées en moyenne et écart type. Et les variables qualitatives en effectif et pourcentage.
La normalité a été évaluée par le test de Kolmogoroc-Smirnov.
Le test T de Student a été utilisé pour comparer les variables quantitatives de distribution Gaussienne, tandis que le test de Khi-deux a été utilisé pour comparer les variables qualitatives.

Résultats : Parmi 296 patients atteints de la Maladie de Crohn, 28 patients soit 9,45 % ont une localisation grêlique. L'âge moyen était de 37,8 ±12,7 ans (extrêmes : 15-60 ans), le sexe Ratio F/H est de 2.
12 patients avec maladie de Crohn iléale avaient des LAP soit 42,8 % des cas ; une fistule anale a été notée chez 8 patients soit (66,6 %), 3 patients (25 %) avaient une fissure anale, et 2 patients avaient une ulcération anale soit (16,6 %) des cas. Tandis que 16 patients avec une localisation grêlique, n'avaient pas de LAP soit 57,14 % des cas.
Chez les patients ayant une MC grêlique avec LAP, la forme sténosante était majoritaire 66,6 % des cas (8 patients), suivie des formes associant des fistules et des sténoses dans 31,25 % des cas (5 patients) la forme inflammatoire représentait 8,3 % des cas (1 patient).
Chez le groupe de patient ayant un Crohn grêlique sans LAP, la forme sténosante a été notée chez 62,5 % (10 patients), la forme inflammatoire chez 31,25 % des cas (5 patients), la forme fistulisante associée à la sténosante chez 6,25 % (1 patient).
Les indices d'activité CDAI et Harvey-Bradshaw index (HBI) moyens etaient plus élevés chez le groupe de patients ayant une MC grêlique avec LAP par rapport au groupe sans LAP (129,2 ± 60 *vs* 103,3 ± 60) et (3,08 ± 2,6 *vs* 2,8 ± 2,7).
L'étude de comparaison du CDAI et du HBI entre les deux groupes montre que cette différence n'est statistiquement pas significative, avec un p respectivement égal à 0,27 et 0,79.
D'une autre part, le recours à la chirurgie a été noté chez 36,6 % des patients (11 patients), dont 54,5 % des patients sans LAP (6 patients) et 45,5 % avec LAP (5 patients). Cette différence n'est statistiquement pas significative avec p = 0,82.

Conclusion : Près de la moitié des patients avec une maladie de Crohn grêlique développent des LAP.

Bien que la présence de LAP altère la qualité de vie en raison du retentissement fonctionnel on constate ; dans notre échantillon ; que la présence de LAP n'a pas d'effet sur l'activité de la maladie ou le recours à la chirurgie chez les patients ayant une atteinte grêlique.

P.499

Facteurs prédictifs de colectomie en phase aiguë au cours de la colite aiguë grave

N. Ben Safta [1], A. Labidi [1], S. Souissi [1], M.A. Jouini [1], N. Ben Mustapha [1], M. Fekih [1], M. Serghini [1], J. Boubaker [1]

(1) Tunis, TUNISIE.

Introduction : La colite aigue grave (CAG) est une complication classique des Maladies Inflammatoires Chroniques de l'Intestin (MICI). La colectomie devrait être discutée à toutes les étapes de la prise en charge de la CAG notamment en présence de complications ou en cas d'échec du traitement médical. L'objectif de notre travail était de rechercher les facteurs prédictifs de colectomie en phase aigüe au cours de la CAG de MICI.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective, durant une période de dix ans allant de janvier 2010 jusqu'à décembre 2019. Nous avons inclus tous les patients hospitalisés pour prise en charge de CAG. Le diagnostic de CAG a été retenu sur les critères clinico-biologiques de truelove et witts et étayés par les critères endoscopiques.

Résultats : 80 patients ont été inclus : 47 femmes et 33 hommes. L'âge moyen était de 34,4 ans [14 – 64 ans]. Il s'agissait d'une RCH chez 36 patients (45%) et d'une maladie de crohn colique chez 44 patients (55%). La CAG était inaugurale de MICI chez 25 patients (25%). La durée moyenne d'évolution de MICI était de 15 mois. Une colectomie subtotale avec double stomie a été faite en urgence chez 24 patients (30%). L'indication de la colectomie subtotale en urgence était la survenu de colectasie chez trois patients, la survenue d'une perforation chez un seul patient, la survenue d'une hémorragie digestive massive chez une seule patiente, l'échec de la corticothérapie intraveineuse à J3 ou à J5 chez dix patients et l'échec du traitement de deuxième ligne à base de ciclosporine chez sept patients et à base d'infliximab chez un deux patients. Dans notre étude, les facteurs associés à un risque de colectomie au cours de la phase aigüe de la CAG étaient : l'âge supérieur à 40 ans (p=0,04), une MICI de type RCH (p=0,01), un taux d'albumine inférieur à 27 g/l (p=0,04) et un taux d'hémoglobine inférieur à 10 g/dl (p=0,02).

Conclusion : La CAG est urgence médico-chirurgicale qui met en jeu le pronostic vital. La recherche des facteurs prédictifs de colectomie permet de ne pas retarder le recours à la chirurgie en urgence et par conséquent diminuer le taux de mortalité.

P.500

Maladies inflammatoires chroniques de l'intestin et taux de la vitamine D dans une population marocaine : profil et facteurs associés

B. Aourarh [1], S. Berrag [1], K. Boualiten [1], T. Adioui [1], M. Tamzaourte [1]

(1) Rabat, MAROC.

Introduction : La carence en vitamine D est fréquente dans les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI). Ses rôles immunologiques et anti-inflammatoires sont un sujet d'actualité. Les liens entre carence en vitamine D et MICI ont été évoqué.
Le but de notre étude était de déterminer la prévalence du déficit en vitamine D et les facteurs associées aux variations de la vitamine D.

Patients et Méthodes : Nous avons mené une étude rétrospective à tendance prospective sur 50 patients suivis en consultation ou en hôpital de jour pour maladie inflammatoire chronique de l'intestin (MICI) sur une période de six mois de novembre 2021 à avril 2022 au sein de notre service.
Les informations concernant les données démographiques, cliniques, biologiques et thérapeutiques ont été recueillies, saisies et analysée à l'aide du logiciel JAMOVI 2.0 pour mac, en utilisant le modèle de régression linéaire en analyse multivariée.

Résultats : L'âge médian de nos patients était de 45ans [28,3-56] avec des extrêmes de 19 à 70 ans.
Le sex-ratio était de 1 (25 femmes pour 25 hommes).
Parmi ces derniers, 36 étaient suivis pour une maladie de crohn et 14 pour rectocolite hémorragique.
28% de nos patients étaient tabagiques et 24% avaient un antécédent de chirurgie en rapport avec leur pathologie.
Au moment de l'inclusion, 19 patients étaient en poussée alors que 31 étaient en rémission clinique.
Sur le plan biologique, les valeurs médianes de la vitamine D, de la CRP et de la calprotectine fécale étaient respectivement de 19 [12,1-22] ng/ml, 4,8 [2-26,9] g/dl et 205 [62,3-580] mg/kg de selles.
Sur le plan thérapeutique, le traitement d'entretien était basé sur la mesalazine chez 5 patients (10%), une corticothérapie chez 2 patients (4%), azathioprine chez 5 patients (10%), une biothérapie seule chez 5 patients (10%) et une combothérapie chez 33 patients (66%).
La prévalence du déficit en vitamine D (défini par une valeur inférieure à 30 ng/ml) était de 90%. En effet, une insuffisance en vitamine D (taux inférieur à 30 et supérieur à 10 ng/ml) concernait 10% des patients alors qu'une carence (taux inférieur à 10ng/ml) touchait 80% de nos patients.
D'après le coefficient de corrélation Spearman, la vitamine D avait une forte corrélation négative avec la CRP (r= -0,51) et avec la calprotectine fécale (r= -0,57) ; et ce de façon statistiquement très significative (p<0,001).
En analyse multivariée et en ajustant sur les paramètres étudiés à savoir le sexe, l'âge, la rémission clinique, la CRP et la calprotectine fécale, seuls le sexe féminin
(β: 3,9, IC : 0,16-7,6) et la calprotectine fécale (β: -0,008, IC : -0,01- -0,001) ressortent comme paramètres associées aux variations de la vitamine D.

Conclusion : Le déficit en vitamine D touche la majorité des patients suivis pour MICI dans notre service, et ce malgré le fait que le Maroc soit un pays très ensoleillé tout au long de l'année.
Notre étude a montré que le taux de vitamine D était essentiellement associée au sexe féminin, et aux marqueurs biologiques d'inflammation à savoir la CRP et la calprotectine fécale.
Par conséquent, il serait recommandé de doser cette vitamine et de supplémenter en calcium et en vitamine D tous les patients suivis pour MICI et essentiellement les femmes avec des marqueurs biologiques d'inflammation en hausse.

P.501

Evolution après une première colite aiguë grave sur une maladie inflammatoire chronique de l'intestin

A. Touibi [1], T. Adioui [1], R. Laroussi [1], I. Radouane [1], H. Igorman [1], I. Mouslim [1], J.Y. Bangda Ekanga [1], C. Jioua [1], S. Ouahid [1], S. Berrag [1], F. Nejjari [1], M. Tamzaourte [1]

(1) Rabat, MAROC.

Introduction : La colite aigue grave (CAG) est une urgence médicochirurgicale exposant à un risque de décès et de colectomie, nécessitant une identification rapide et coordonnée, entre équipes médicales et chirurgicales. A noter un impact considérablement positif sur l'évolution de la maladie grâce aux avancées thérapeutiques.
Le but de notre travail est de relater les différents aspects évolutif et thérapeutique ainsi que le pronostic après une colite aigue grave.

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 sur une maladie inflammatoire chronique de l'intestin prises en charge dans notre service durant la période qui s'écoule entre Janvier 2018 et septembre 2022. On a recueilli les données épidémiologiques, cliniques et évolutives à court et à long terme des patients. L'étude analytique et statistique est faite par le logiciel JAMOVI 2.2.3

Résultats : On a inclus 30 patients. L'âge moyen de survenue de la poussée grave était de 34 ans [21 à 60 ans]. Il s'agit de 15 hommes et 15 femmes. La maladie inflammatoire chronique sous jacente était une recto-colite ulcéro-hémorragique 80% des cas, une maladie de Crohn dans 19 % des cas. La CAG était inaugurale chez 40% des malades. 30 % des patients connus porteurs d'une MICI, étaient naïfs aux immunosuppresseurs. 90% de nos malades avaient une hypoalbuminémie avec une CRP moyenne de 109.15 mg/l. Une surinfection colique à Salmonelle a été notée chez 3 patients et à CMV chez 9 malades
La durée moyenne de la corticothérapie était de 10 jours. 12 patients (40%) ont répondu au traitement de 1ère ligne. Parmi les 18 patients corticorésistants : 3 patients (10 %) ont subi une colectomie d'urgence ; 15 patients (50%) ont été mis sous antiTNF avec 90% de réponse primaire. La survie sans colectomie après la première CAG était estimée à 77% à 1 an. Un décès septique est survenu en phase aigüe dans 3.3 % des cas.

Conclusion : La CAG touche les sujets jeunes des deux sexes. La première poussée est souvent corticosensible. La mortalité et le taux de colectomie restent élevés en phase aigüe, avec un excellent pronostic une fois cette phase est bien résolue.

P.502

Profil épidémiologique des MICI dans la région du nord : "étude pilote"

A. Akjay [1], A. Zaoui [1], L. El Aoufi [1], H. Meyiz [1], I. Mellouki [1]

(1) Tanger, MAROC.

Introduction : Les Maladies Inflammatoires Chroniques de l'Intestin (MICI), pratiquement maladie de Crohn (MC) et rectocolite hémorragique (RCH), sont des inflammations chroniques du tube digestif atteignant exclusivement le rectum et le colon pour la RCH et tout le tube digestif avec une prédilection iléo-cæcale pour la MC. Ils touchent des personnes de toutes les catégories d'âge dans le monde. Bien que l'incidence de la maladie se stabilise ou diminue dans la plupart des pays du monde occidental, elle continue d'augmenter dans les pays en voie de développement ; l'objectif de notre travail est de décrire les caractéristiques épidémiologiques des MICI dans la région du nord.

Patients et Méthodes : Étude rétrospective descriptive étalée sur une période de 3 ans (du Mars 2019 à Mars 2022) ; les données cliniques, endoscopiques et radiologiques sont extraites des dossiers médicaux à travers la fiche d'exploitation. Les caractéristiques phénotypiques de la maladie ont été classées selon la classification Montréal. La sévérité de la poussée de la maladie est évaluée par le score de CDAI et Mayo clinique respectivement pour la maladie de crohn et la RCH.

Résultats : Durant la période de l'étude, 164 patients porteurs de MICI nous ont été colligés. Ils étaient répartis en 78 femmes et 86 hommes.
L'âge moyen au moment du diagnostic était de 35 ans [9–75 ans] ; six étaient des enfants (4%), un malade avait l'antécédent d'un frère avec MICI.
70% sont du milieu rural et 30% du milieu urbain, 56% étaient des patients Ramedistes ; seul 30% ayant la CNOPS ou la CNSS et 14% payent directement les frais de prise en charge. Il s'agissait d'une maladie de Crohn (MC) chez 100 malades 61%, avec une prédominance féminine 58%, et d'une rectocolite hémorragique (RCH) chez 41 patients (25 %), prédominante chez l'homme 61%. 12% étaient des colites inclassables et 2% des colites aigues graves. La MC était de localisation iléocolique (67 %) ou colique (33%), et de phénotype sténosant (28%) ou fistulisant (23%).27 patients avaient des manifestations anopérinéales. Parmi ceux atteints de RCH, 10 malades avaient une atteinte pancolique 26%. La poussée initiale était jugée sévère dans 21% des cas (n=35), modérée dans 47%(n=78) et le reste des malades ayant consulté pour suivi avec maladie inactive. Le délai entre la poussée initiale et le diagnostic était >3mois chez 114 malades, entre 1mois et 3mois chez 35 et seul 15 malades ont été diagnostiqués avant un mois.
Le traitement de la poussée sévère était a base de corticoïdes injectable, d'antibiothérapie, supplémentassions en fer et en albumine chez la majorité des patients. Neuf étaient traité par biothérapie, le recours à la chirurgie est envisagé chez seulement un malade. Pour le traitement d'entretien 57% des patients ont été mis sous azathioprine, 10% sous 6mercaptopurine, 4% sous methotréxate, 26 % sous aminosalicylés, et seul 10% qui sont sous biothérapie malgré qu'elle est indiquée chez 66% des cas.
65 % des malades sont restés en rémission, 12% ont développé une corticodépendance, et 9% ayant des complications.

Conclusion : Selon notre étude la maladie de crohn est plus fréquente que la RCH, les femmes sont plus touchées par la maladie de crohn, les hommes par la rectocolite hémorragique. La population jeune est fréquemment concernée avec des phénotypes sténosants et fistulisants nécessitant une biothérapie pour un meilleur contrôle de la maladie. D'autre étude sont nécessaires pour une bonne approche épidémiologique au terme des MICI

P.503

Abcès abdominaux au cours de la maladie de Crohn : prévalence et prise en charge

F.Z. El Hajoubi [1], H. El Bacha [1], S. Mechhor [1], A. El Karimi [1], N. Benzzoubeir [1], I. Errabih [1]
(1) Rabat, MAROC.

Introduction : Les abcès intra-abdominaux surviennent chez 10 à 30 % des patients atteints de maladie de Crohn. Ils sont consécutifs à une inflammation transmurale de la paroi intestinale qui aboutit à une perforation avec suppuration intrapéritonéale. Le but de notre travail est d'étudier la prévalence et la prise en charge des abcès abdominaux au cours de la maladie de Crohn.

Matériels et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive menée sur une durée de 10 ans de Janvier 2012 au Juillet 2022. Nous avons inclus dans notre étude tous les patients atteints de maladie de Crohn compliqués à un moment ou un autre de leur maladie d'abcès intra abdominal. Les données épidémiologiques, cliniques, paracliniques, thérapeutiques et évolutives de nos patients, ont été recueillies à l'aide d'une fiche d'exploitation permettant une étude descriptive. Le logiciel SPSS20.0 a été utilisé pour l'analyse statistique. Le test Khi-2 a été utilisé pour comparer les variables qualitatives. Le modèle de régression logistique binaire a été utilisé pour l'analyse multivariée.

Résultats : Dans notre étude, 740 cas de maladie de Crohn sont colligés dont 87 présentent un abcès intra-abdominal (11,75%). On note une prédominance féminine avec un pourcentage de 67% de femmes (n=58) .Parmi les patient qui ont développé un un abcès, 58 patients avaient une localisation iléo-caecale (66,7 %) *Vs* 29 patients qui avaient une localisation colique pure (33,3%) : cette différence était statistiquement significative (p=0.013). La durée d'évolution de la MC était en moyenne de 45,2 mois. L'abcès a été inaugural dans 13,8 % des cas.
La présentation clinique était dominée par la douleur et l'empâtement de la FID avec syndrome inflammatoire biologique (61,2%) . La tomodensitométrie abdomino-pelvienne et/ou l'entéroscanner ont permis de poser le diagnostic positif de l'abcès abdominal, de préciser son siège, et de mesurer sa taille : Il s'agissait d'un abcès latéro-caecal dans 45% des cas, retrocaecal dans 22,5 % des cas, abcès du psoas droit dans 20,5% des cas, abcès du psoas gauche dans 12 % des cas. La taille de l'abcès a atteint 110mm/53mm pour le plus volumineux. Le traitement antibiotique à base d'une fluoroquinolone associée au metronidazole injectables a été introduit chez tous les patients +/- secondairement adaptée par l'antibiogramme . Cette antibiothérapie était exlusive chez 47 % des patients (n=40), associée à un drainage scanno-guidé dans 13% des cas(n=11), alors qu'une chirurgie a été proposée chez 40%(n=36) des patients de notre série (drainage chirurgical +/- associé à une résection iléo-caecale). L'évolution évaluée par imagerie (échographie ou scanner abdominal) a montré qu'il n'y avait pas de différence en terme de récidive entre les patients qui ont reçu un traitement radiologique et ceux qui ne l'ont pas reçu. Seulement 23 patient (76,7%) des patients qui ont reçu un traitement chirurgical on récidivé contre28 patients(49,1%) : cette différence est statistiquement significative (p=0.011). En analyse multivariée en ajustant sur différents paramètres confondants, il s'avère que seul le traitement chirurgical est prédictif d'une bonne évolution [OR :0.12 ; IC5[0.35-.0.46] ;p=0.002].

Conclusion : Les abcès abdominaux sont une complication fréquente de la maladie de Cohn pouvant survenir à n'importe quel moment de la maladie. Selon notre étude, il semble qu'il y'a un lien de causalité entre la localisation iléo-caecale et la survenue d'abcès abdominal lors de la MC. Le traitement chirurgical semble être le moins pourvoyeur de récidives d'abcès par rapport aux patients traités médicalement et/ou par radiologie interventionnelle.

P.504

Les manifestations thromboemboliques au cours de MICI

A.A.T. Alraeeini [1], A. Hmina [1], H. El Bacha [1], N. Benzzoubeir [1], I. Errabih [1]
(1) Rabat, MAROC.

Introduction : Les manifestations thromboemboliques sont des complications multifactorielles des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin. Ils sont attribués à un état pré thrombotique, une perturbation de la coagulation, une dénutrition, une déshydratation, induits par l'activité inflammatoire de la maladie.
Le but de notre travail est d'évaluer la prévalence des manifestations thromboemboliques et d'identifier les facteurs prédisposant à ces manifestations chez les patients atteints de MICI.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive monocentrique menée entre Janvier 2002 et juillet 2022 incluant tous les patients atteints de MICI ayant présenté pendant leurs suivis ou leur hospitalisation des accidents thromboemboliques confirmés à l'imagerie. Nous avons colligé les données démographiques, les facteurs de risque, le type de MICI, le mode de survenue ainsi que ses localisations, et l'évolution.

Résultats : Sur 1628 cas de MICI, une complication thromboembolique était constatée chez 19 (1.16%) patients. L'Age moyen était de 41 ans (17-54) avec un sexe ratio homme/femme : 2,1.
15 (78,9%) patients avaient une maladie de Crohn et 4 (21,1%) avaient une RCH. La survenue de la thrombose veineuse a été notée en dehors des poussées chez 12 (63%) patients, au cours des poussées chez 7 (37%) patients. Il s'agissait d'une thrombophlébite des membres inférieurs dans 9 (47 ,3%) cas, thrombose portale dans 2 (10,5%) cas, d'une phlébite cérébrale dans 2 (10,5%) cas, d'une thrombophlébite des membres inférieurs associée à une embolie pulmonaire dans 2 (10,5%) cas, thrombose de la veine iliaque commune droite étendue dans 1 (5%) cas, thrombose de l'AMS dans 1 (5%) cas, thrombose de l'artère sous rénale dans 1 (0,061%) cas, et d'une embolie pulmonaire dans 1 (5%) cas.
Le bilan de crase et de thrombophilie etaient normaux chez tous les patients, à savoir : TP, TCA, taux de plaquettes, fibrinogène, antithrombine, protéine C et S, mutation facteur V Leiden, mutation facteur II Leiden, anticorps anti-phospholipides, anticorps anti cardiolipine, anticorps anti beta 2 glycoprotéines I. l'homocystéine était élevée chez 1 (5 %) cas.
Tous les patients ont été mis sous traitement anticoagulant à visé curative avec bonne évolution dans 13 (68%) cas, persistance de la thrombose dans 1 (5%) cas, 04 (21%) cas le traitement est en cours, et nous déplorons 1 (5%) patient qui est décédé à la suite d'une embolie pulmonaire grave.

Conclusion : Les patients atteints de maladies inflammatoires chroniques de l'intestin sont à risque d'accidents thromboemboliques trois fois plus élevé que celui de la population générale, ces thromboses peuvent survenir en dehors des poussées et sont essentiellement veineuses, Il s'agit le plus souvent de thromboses veineuses des membres inférieurs, d'embolies pulmonaires. Elles représentent une cause importante de morbidité et de mortalité, cela nécessite une surveillance accrue et un traitement préventif lors de la prise en charge des patients.

P.505

Comparaison de l'efficacité de l'ustékinumab et du védolizumab chez les patients atteints de rectocolite hémorragique en échec d'anti-TNF : étude rétrospective multicentrique

M. Fumery [1], M. Serrero [2], G. Bouguen [3], A. Amiot [4], R. Altwegg [5], M. Nachury [6], L. Vuitton [7], X. Treton [8], L. Caillo [9], B. Pereira [10], A. Buisson [10]

(1) Amiens ; (2) Marseille ; (3) Rennes ; (4) Le Kremlin-Bicêtre ; (5) Montpellier ; (6) Lille ; (7) Besançon ; (8) Neuilly-sur-Seine ; (9) Nîmes ; (10) Clermont-Ferrand.

Introduction : Aucune étude n'a comparé l'efficacité de l'ustekinumab et du vedolizumab au cours de la rectocolite hémorragique (RCH) en échec d'anti-TNF.

Patients et Méthodes : Tous les patients consécutifs atteints de RCH traités par ustekinumab ou vedolizumab après avoir été exposés à au moins un anti-TNF dans 10 centres français entre le 1er janvier 2019 et le 31 aout 2022 étaient inclus rétrospectivement. Le critère de jugement principal était la rémission clinique (score Mayo partiel ≤ 2) sans corticoïde à la semaine 16 (S16). Les critères secondaires étaient la rémission endoscopique (rémission clinique sans corticoïde et score Mayo endoscopique ≤ 1 ou calprotectine fécale < 150 µg/g), et la rémission profonde (rémission endoscopique et histologique (indice de Nancy ≤ 1)). Les comparaisons ont été réalisées à l'aide de score de propension ajustés sur l'âge, le sexe, le tabagisme, la durée d'évolution et l'extension de la maladie, le nombre de classes de biothérapies antérieures, le nombre d'échec primaire aux biothérapies, la co-prescription de 5-ASA, de corticoïdes ou d'immunosuppresseurs, le score Mayo et la CRP.

Résultats : Au total, 165 patients traités par ustekinumab et 151 traités par vedolizumab ont été inclus. Les populations des deux groupes étaient comparables en termes de sexe, d'âge, de localisation de la maladie, de co-prescription de 5-ASA ou de corticoïdes. En revanche, les patients du groupe ustekinumab présentaient des maladies plus anciennes (9.3% *vs* 7.2% ans ; p=0.003), moins d'immunosuppresseurs associés (5.4 % *vs* 20.5 %, p < 0,001), et une plus grande proportion de patients ayant reçu plus de deux biothérapies (46.6 % *vs* 5.9%, p < 0,001). A S16, apres propension, le taux de rémission clinique sans corticoïde était respectivement de 40.3% et de 37.9% dans les groupes ustekinumab et vedolizumab (p=0.8). Les taux de rémission clinique sans corticoïde étaient de 62.2% *vs* 53.2% (p=0.52) après échec d'une seule biothérapie (n=127), de 33.7% *vs* 44.3% (p=0.52) après échec de deux biothérapies (n=103) et 19.1% *vs* 2.6% (p=0.03) après échec d'au moins 3 biothérapies (n=62), dans les bras ustekinumab et vedolizumab, respectivement. Les taux de rémission endoscopique et de rémission profonde à S16 étaient respectivement de 19.7% *vs* 5.1% (p=0.003) et 9.6% *vs* 2.0% (p=0.01) dans les groupes ustekinumab et vedolizumab.

Conclusion : Alors qu'aucune différence n'était observée en termes de rémission clinique, l'ustekinumab semblait plus efficace que le vedolizumab pour induire une rémission endoscopique et histologique au cours de la RCH en échec d'anti-TNF.

P.506

Efficacité et tolérance d'un traitement d'induction prolongé par 45 mg d'upadacitinib par jour suivi d'une période d'entretien par 15 mg ou 30 mg d'upadacitinib par jour chez des patients atteints de rectocolite hémorragique modérément à sévèrement active

X. Hébuterne [1], S. Vermeire [2], S. Danese [3], W. Zhou [4], J. Klaff [4], D. Ilo [4], X. Yao [4], G. Levy [4], P. Higgins [5], E.J. Loftus [6], R. Panaccione [7]

(1) Nice ; (2) Louvain, BELGIQUE ; (3) Milan, ITALIE ; (4) Chicago, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (5) Ann Arbor, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (6) Rochester, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (7) Calgary, CANADA.

Introduction : l'upadacitinib (UPA), un inhibiteur sélectif et réversible de Janus kinase, s'est montré efficace et bien toléré lorsqu'il était administré à la dose de 45 mg une fois par jour (1x/j) en traitement d'induction de 8 semaines de la rectocolite hémorragique (RCH) modérée à sévère. L'objectif de cette étude est d'évaluer l'efficacité et la tolérance de l'extension de la période d'induction (45 mg pendant 16 semaines), suivie d'un traitement d'entretien (15 mg ou 30 mg 1x/j) par UPA chez des patients atteints de RCH n'ayant pas obtenu de réponse clinique après les 8 semaines d'induction.

Patients et Méthodes : Des patients atteints de RCH modérée à sévère n'ayant pas obtenu de réponse clinique (réduction du score Mayo adapté de ≥ 2 points et ≥ 30 % par rapport à l'inclusion, avec réduction ≥ 1 point du score de saignement rectal ou score de saignement rectal absolu ≤ 1) au traitement d'induction de 8 semaines par 45 mg d'UPA 1x/j lors des études U-ACHIEVE (induction ; NCT02819635) ou U-ACCOMPLISH (NCT03653026), ont poursuivi le traitement par 45 mg d'UPA 1x/j au cours d'une extension en ouvert de 8 semaines. Les répondeurs au terme de l'extension en ouvert étaient inclus dans l'étude d'entretien U-ACHIEVE et étaient randomisés selon un rapport 1:1 pour recevoir 15 mg ou 30 mg d'UPA 1x/j pendant 52 semaines. Les critères d'efficacité étaient évalués à la semaine 16 pour les études d'induction et à la semaine 52 pour l'étude d'entretien.

Tableau 1. Efficacité du traitement d'induction prolongé (16 semaines) par 45 mg d'UPA suivi d'un traitement d'entretien par 15 mg ou 30 mg d'UPA 1x/j

	Patients, %		
	UPA 45 mg/j à la semaine 16 (induction) (N = 125[a])	UPA 15 mg/j à la semaine 52 (entretien)[b] (N = 21)	UPA 30 mg /j à la semaine 52 (entretien)[b] (N = 24)
Rémission clinique[c]	5,6	19,0	33,3
Réponse clinique[d]	48,3	35,7	66,7
Absence de douleurs abdominales	40,0	38,1	41,7
Absence d'impériosité fécale	30,4	28,6	41,7
Amélioration endoscopique[e]	14,3	23,8	37,5
Rémission endoscopique[f]	4,9	4,8	12,5
Amélioration histologique-endoscopique de la muqueuse[g]	11,0	9,5	25,0
Amélioration histologique[h]	39,6	NE	NE
Cicatrisation muqueuse[i]	3,4	4,8	8,3
Rémission clinique[c] chez les patients ayant obtenu une rémission clinique à la fin de la période d'induction	NA	0	100
Rémission clinique[c] sans CT pendant ≥ 90 jours immédiatement avant la semaine 52 chez les patients ayant obtenu une rémission clinique à la fin de la période d'induction	NA	0	100
Amélioration endoscopique[e] chez les patients ayant obtenu une amélioration endoscopique à la fin de la période d'induction	NA	25,0	50,0
Variation du score IBDQ total par rapport à l'inclusion (moyenne des MC)	46,0	42,6	43,5
Variation du score FACIT-F par rapport à l'inclusion (moyenne des MC)	8,7	9,0	10,6

[a]Deux patients ont été exclus de l'analyse de l'efficacité du traitement d'induction en raison d'une non-conformité au centre, comme le prévoit le plan d'analyse statistique. [b]L'analyse de l'efficacité du traitement d'entretien portait sur les patients ayant achevé, ou pouvant potentiellement achever, le traitement d'entretien de 52 semaines de l'étude U-ACHIEVE à la date du gel des données fixée le 30 avril 2021. [c]Rémission clinique définie par un sous-score de fréquence des selles ≤ 1 sans dépasser la fréquence à l'inclusion, avec un score de saignement rectal de 0 et un sous-score endoscopique ≤ 1 (la présence de signes de friabilité à l'endoscopie chez des patients présentant par ailleurs une « légère » activité endoscopique correspondait à un sous-score endoscopique de 2). [d]Réponse clinique définie par une diminution par rapport à l'inclusion du score Mayo adapté de ≥ 2 points et ≥ 30 %, avec diminution du score de saignement rectal de ≥ 1 ou un score absolu de saignement rectal ≤ 1. [e]Amélioration endoscopique définie par un sous-score endoscopique ≤ 1, avec : 0 = normal ou maladie inactive ; 1 = anomalies légères (érythème, diminution de la trame vasculaire) ; 2 = anomalies modérées (érythème franc, disparition de la trame vasculaire, friabilité, érosions) ; et 3 = anomalies sévères (saignements spontanés, ulcérations). Remarque : l'observation de signes de friabilité chez des patients présentant par ailleurs une activité endoscopique « légère » correspondait à un sous-score endoscopique de 2. [f]Rémission endoscopique définie par un sous-score endoscopique de 0. [g]Amélioration histologique-endoscopique de la muqueuse définie par un sous-score endoscopique ≤ 1 et un score de Geboes ≤ 3,1. [h]Amélioration histologique définie par une diminution du score de Geboes par rapport à l'inclusion. [i]Cicatrisation muqueuse définie par un sous-score endoscopique de 0 et un score de Geboes < 2

Tableau 2. Synthèse des événements indésirables apparus sous traitement chez les patients ayant reçu 16 semaines de traitement d'induction par 45 mg d'UPA suivi d'un traitement d'entretien par 15 mg ou 30 mg d'UPA 1x/j[b]

	Patients, n (%)		
	UPA 45 mg 1x/j (induction) (N = 127)	UPA 15 mg 1x/j (entretien) (N = 35)	UPA 30 mg 1x/j (entretien) (N = 40)
EI	90 (70,9)	20 (57,1)	25 (62,5)
EIG	7 (5,5)	1 (2,9)	4 (10,0)
EI ayant entraîné l'arrêt du traitement	2 (1,6)	1 (2,9)	2 (5,0)
EI sévères	3 (2,4)	0	2 (5,0)
Décès	0	0	0
EI d'intérêt particulier			
Anémie	13 (10,2)	2 (5,7)	3 (7,5)
Élévation des CPK	13 (10,2)	2 (5,7)	2 (5,0)
Infection grave	1 (0,8)	1 (2,9)	2 (5,0)
Trouble hépatique	5 (3,9)	0	3 (7,5)
Zona	5 (3,9)	0	2 (5,0)
Neutropénie	4 (3,1)	0	2 (5,0)
EICM confirmés par le comité d'adjudication	0	0	1 (2,5)
Affection maligne hors CPNM	0	0	0
CPNM	0	0	1 (2,5)
TEV confirmée par le comité d'adjudication	0	0	0

[a]Événements indésirables survenus pendant ou après la première administration du médicament à l'étude et ≤ 30 jours après la dernière administration du médicament à l'étude pendant la période d'induction ou jusqu'à 1 jour avant la première administration du médicament à l'étude pendant toute période de traitement d'entretien ultérieure. [b]Données présentées pour tous les patients ayant obtenu une réponse clinique après 16 semaines de traitement d'induction et inclus dans l'étude d'entretien U-ACHIEVE

EI, événement indésirable ; EIIP, événement indésirable d'intérêt particulier ; CK, créatine kinase ; EICM, événement indésirable cardiovasculaire majeur (décès d'origine cardiovasculaire, infarctus du myocarde non fatal ou accident vasculaire cérébral non fatal) ; CPNM, cancer de la peau non-mélanome ; 1x/j, une fois par jour ; EIG, événement indésirable grave ; UPA, upadacitinib ; TEV, thromboembolie veineuse

Résultats : Au total, 125 patients n'ayant pas présenté de réponse clinique après 8 semaines de traitement d'induction ont reçu 45 mg d'UPA en ouvert pendant 8 semaines supplémentaires. Parmi eux, 48,3 % ont obtenu une réponse clinique à la semaine 16 et ont été à nouveau randomisés pour recevoir un traitement d'entretien par 15 mg ou 30 mg d'UPA lors de l'étude U-ACHIEVE. Parmi les répondeurs à la semaine 16, inclus dans l'étude d'entretien, la rémission clinique, le maintien de la réponse clinique et l'amélioration endoscopique à la semaine 52 ont été respectivement obtenu par 33,3 % *versus* 19,0 %, 66,7 % *versus* 35,7 % et 37,5 % *versus* 23,8 % des patients ayant reçu une dose de 30 mg d'UPA *versus* 15 mg d'UPA 1x/j en traitement d'entretien (Tableau 1). Des événements indésirables d'intérêt particulier ont été rapportés de manière peu fréquente dans les deux groupes de traitement d'entretien (Tableau 2).

Conclusion : Un traitement d'induction prolongé sur une durée totale de 16 semaines a eu un effet bénéfique chez près de la moitié des patients atteints de RCH n'ayant pas obtenu de réponse clinique après 8 semaines d'induction par 45 mg d'UPA. Le bénéfice d'un traitement d'entretien chez ces répondeurs tardifs a également été démontré, UPA 30 mg 1x/j offrant un meilleur bénéfice par rapport à UPA 15 mg 1x/j.

Remerciements, financements, autres : AbbVie a financé cette étude et participé à l'élaboration du design de l'étude, à la recherche, l'analyse, le recueil et l'interprétation des données, à la révision et à la validation de la publication. Tous les auteurs ont eu accès aux données pertinentes et ont participé à la rédaction, la révision et la validation de cette publication. Les auteurs n'ont pas reçu d'honoraires ni de rétribution. La rédaction médicale a été assurée par Sandralee Lewis, PhD, de 2 the Nth (Cheshire, Royaume-Uni) et a été financée par AbbVie.

P.507

Les patients atteints de maladie de Crohn modérée à sévère, en échec ou non de biothérapies antérieures, ont montré une amélioration des résultats cliniques sous risankizumab : résultats d'études de phase III sur l'induction et d'entretien

M. Fumery [(1)], G. D'Haens [(2)], M. Beaton [(3)], P. Bossuyt [(4)], I. Dotan [(5)], B. Sands [(6)], K. Sugimoto [(7)], E. Neimark [(8)], A. Song [(8)], K. Wallace [(8)], K. Kligys [(8)], Q. Zhou [(8)], M. Ferrante [(9)]

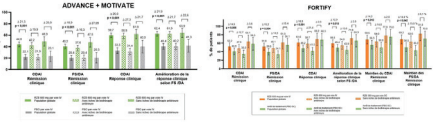
(1) Amiens ; (2) Amsterdam, PAYS-BAS ; (3) London, CANADA ; (4) Bonheiden, BELGIQUE ; (5) Tel-Aviv, ISRAËL ; (6) New York, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (7) Hamamatsu, JAPON ; (8) Chicago, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (9) Louvain, BELGIQUE.

Introduction : Le risankizumab (RZB), inhibiteur sélectif de l'interleukine-23, a démontré une efficacité supérieure au placebo (PBO) en traitement d'induction et d'entretien chez des patients atteints d'une maladie de Crohn (MC) modérée à sévère. L'objectif de cette étude était de comparer l'efficacité et la tolérance du RZB en induction et en entretien chez les patients atteints d'une MC ayant présenté une intolérance et/ou une réponse inadéquate (RI) aux biothérapies (avec échec de biothérapies antérieures) par rapport à ceux ayant présenté une RI uniquement aux traitements conventionnels (sans échec de biothérapies antérieures).

Patients et Méthodes : Cette analyse en sous-groupes incluait les données combinées des patients randomisés pour recevoir par voie intraveineuse (IV) 600 mg de RZB (N = 527) ou un placebo (PBO) (N = 362) toutes les 4 semaines (sem) pendant 12 sem dans le cadre des études d'induction ADVANCE et MOTIVATE, ainsi que les données relatives au traitement d'entretien des répondeurs au RZB IV randomisés pour recevoir 360 mg de RZB par voie sous-cutanée (SC) (N = 141) ou un PBO SC ([PBO SC], N = 164) toutes les 8 sem pendant 52 sem dans FORTIFY. La rémission clinique (selon le critère CDAI et la fréquence des selles [FS]/score de douleurs abdominales [DA]), la réponse clinique selon CDAI, l'amélioration de la réponse clinique FS/DA et le maintien de la rémission clinique ont été évalués dans la population globale et dans différents sous-groupes en échec ou non de biothérapies antérieures, avec imputation des non-répondeurs. La tolérance a été évaluée tout au long des études.

Résultats : Environ trois quarts des patients randomisés avaient présenté un échec de biothérapies (ADVANCE + MOTIVATE : 75,4 % ; FORTIFY : 73,8 %). Des taux numériquement supérieurs de rémission clinique (CDAI et FS/DA), réponse clinique selon CDAI et amélioration de la réponse clinique FS/DA ont été observés dans les groupes sans et échec de biothérapies antérieures au terme du traitement d'induction (sem 12) parmi les patients recevant 600 mg de RZB par voie IV *versus* PBO par voie IV (Figure) ; ces taux étaient numériquement supérieurs dans la sous-population sans échec de biothérapies antérieures par rapport à celle avec échec. Les taux de réponse et de rémission observés pour ces critères à la sem 52 de FORTIFY, étaient supérieurs dans le bras RZB 360 mg SC par rapport au bras arrêt de traitement (PBO SC) dans les deux sous-populations, avec des taux numériquement supérieurs dans le sous-groupe sans échec de biothérapies antérieures (Figure). Le traitement n par RZB a été bien toléré et aucun nouveau signal de tolérance n'a été observé.

Figure. Rémission et réponse cliniques à la sem 12 du traitement d'induction et à la sem 52 du traitement d'entretien par risankizumab dans la MC modérée à sévère



Rémission clinique selon le critère CDAI : CDAI < 150 ; **réponse clinique selon le critère composite FS/DA :** FS quotidienne moyenne ≥ 2,0 sans aggravation par rapport à l'inclusion ET score de DA quotidien moyen ≤ 3 sans aggravation par rapport à l'inclusion ; **réponse clinique selon le critère CDAI :** diminution du score CDAI ≥ 100 points par rapport à l'inclusion ; **amélioration de la réponse clinique selon le critère composite FS/DA :** baisse de ≥ 40 % de la FS quotidienne moyenne et/ou baisse de ≥ 2 % du score de DA quotidien moyen, toutes deux sans aggravation par rapport à l'inclusion, et/ou rémission clinique ; **maintien de la rémission clinique CDAI :** rémission clinique CDAI à la sem 12 chez les patients en rémission clinique CDAI à la sem 0 ; **maintien de la rémission clinique FS/DA :** rémission clinique FS/DA à la sem 52 chez les patients en rémission clinique FS/DA à la sem 0.

Conclusion : Dans l'ensemble des études d'induction et d'entretien, par rapport au PBO, le traitement par RZB était associé à des taux de rémission et de réponse clinique plus importantes, chez les patients atteints de maladie de Crohn avec et sans échec de biothérapies antérieures. La sous-population sans échec de biothérapies antérieures a obtenu un taux plus élevé de rémission symptomatique.

Remerciements, financements, autres : AbbVie et les auteurs remercient les patients, les centres investigateurs et les investigateurs ayant participé à ces essais cliniques. Nous remercions Tonee Puetz, Traci Baker, Marta Velasco, Taeyeon Lee et Antigoni Tsoutsou pour le leadership opérationnel et la supervision de l'étude, et Jasmina Kalabic pour son expertise médicale et son soutien, tout au long de l'étude. Nous remercions également Anne Robinson pour son rôle central dans la conception de cette étude.

P.508

Efficacité et tolérance en vie réelle d'un traitement d'induction par le tofacitinib chez des patients ayant une rectocolite hémorragique : premiers résultats de l'étude française TOFAST

M. Fumery [1], Y. Bouhnik [2], P. Faure [3], A. Bouzidi [4], Y. Brault [4], N. Mammar [4], L. Peyrin-Biroulet [5], D. Laharie [6]

(1) Amiens ; (2) Neuilly-sur-Seine ; (3) Toulouse ; (4) Paris ; (5) Vandœuvre-lès-Nancy ; (6) Bordeaux.

Introduction : Le tofacitinib est le premier JAK inhibiteur indiqué et remboursé dans le traitement de la Rectocolite Hémorragique (RCH) modérée à sévère, pour lequel aucune donnée prospective d'efficacité et de tolérance en vie réelle n'est encore disponible en France.

Patients et Méthodes : TOFAST est une étude française, observationnelle, prospective, multicentrique en cours dont l'objectif principal est de décrire, en pratique médicale courante, le bénéfice clinique du tofacitinib en traitement de la RCH modérée à sévère. Les patients inclus dans cette étude étaient invités à renseigner quotidiennement, au cours des deux premières semaines de traitement par tofacitinib, leurs scores PRO2 [saignement rectal (SR), fréquence des selles (FS)] via un auto-questionnaire éléctronique ou papier, puis une fois par semaine jusqu'à la fin du traitement d'induction (jusqu'à 4 mois après l'initiation du tofacitinib). Nous rapportons ici les résultats de la première analyse intermédiaire descriptive des caractéristiques des patients inclus, des données d'efficacité et de tolérance à la fin du traitement d'induction qui pouvait aller jusqu'à 4 mois post-initiation du tofacitinib. L'efficacité était évaluée par la réponse clinique définie par une diminution du score Mayo partiel (PMS) (≥ 3 points et ≥30 %) par rapport à l'inclusion, avec une diminution conjointe du sous-score SR ≥ 1 point (sous-score absolu de 0 ou 1)], la rémission clinique définie par un PMS ≤2 sans aucun sous-score >1, l'évolution des PRO2 au cours de 14 premiers jours et le délai médian jusqu'au soulagement du patient.

Résultats : Parmi les 102 patients ayant complété la visite d'inclusion, 86 avaient des données disponibles à la première visite de suivi, correspondant à la fin du traitement d'induction.

A l'inclusion, la population était composée de 53,9 % d'hommes avec en moyenne (± écart-type) un âge de 37,1 ±13,6 ans, une ancienneté de la maladie de 6,1 ans de médiane [Q1 ; Q3 : 2,8 ; 10,8]. 48 % des patients présentaient une pancolite ; une manifestation extra-intestinale était présente chez 24,5% des patients. Le PMS moyen était de 6 ±1,8 avec des scores médians FS et SR de 3,0 [Q1 ; Q3 : 2,0 ; 3,0] et de 2,0 [Q1 ; Q3 : 1,0 ; 2,0], respectivement. 92,2 % des patients avaient précédemment reçu au moins un anti-TNF dont 44,6% deux anti-TNF. Un traitement antérieur par védolizumab et ustékinumab était rapporté chez 62,7% et 34,3 % des patients, respectivement. Le tofacitinib a été initié à la dose de 10 mg deux fois par jour (BID) chez 99% des patients et était prescrit en association à un 5-ASA et aux corticoïdes chez 19,6 % et 33,3 % des patients, respectivement.

Pour les 86 patients avec une première visite de suivi (médiane 1,9 mois après l'initiation du traitement), le tofacitinib était en cours chez 87,2 % d'entre eux, majoritairement (73,3%) à la dose de 10 mg BID. Les corticoïdes étaient en cours chez 29,1 % des patients.

Une réponse et une rémission cliniques étaient observées chez 52,3 % et 43 % des patients, respectivement.

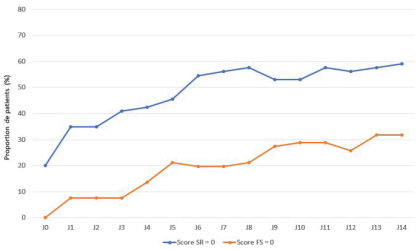
Les variations médianes des scores SR et FS étaient identiques à J7 et J14, de -1 point [Q1 ; Q3 : -1.0 ; 0,0] et de –1 point [Q1 ; Q3 : -2.0 – 0,0], respectivement.

Pour les 59 patients (68,6%) ayant déclaré avoir été améliorés, le délai médian jusqu'à l'amélioration était de 7 jours [Q1 ; Q3 : 4,0 ;15,0].

Pour les 66 patients ayant complété leurs auto-questionnaires, la normalisation des scores PRO2 (SR=0 et SF=0) au cours des 14 premiers jours est présentée sur la figure.

En termes de tolérance, 73,5% patients ont rapporté au moins un événement indésirable (EI) et 12,6% au moins un EI grave. 10 (9,8%) infections et 2 (1,9%) cas de zona ont été rapportés. Aucun événement cardiovasculaire majeur ou thromboembolique, ni de cas de cancer ou de décès n'a été rapporté (tableau).

Figure : normalisation des scores PRO2 au cours des 14 premiers jours (N=66)



J0 = sous-score clinique basé sur la moyenne des 3 derniers jours rapporté à l'inclusion dans l'eCRF. J1 (et jusqu'à J14) correspondent au score PRO 2 rapporté à l'initiation du tofacitinib par le patient + 1 jour et ainsi de suite.

Tableau : données de tolérance jusqu'à 4 mois post-initiation du tofacitinib (N=102)

N (%)	
Au moins un EI	75 (73,5)
Au moins un EI grave	13 (12,6)
Infections	10 (9,8)
Zona	2 (1,9)
Cancer	0 (0,0)
EI cardiovasculaire	0 (0,0)
MTEV	0 (0,0)
Décès	0 (0,0)

MTEV ; maladie thromboembolique veineuse

Conclusion : Ces résultats intermédiaires de l'étude TOFAST montrent qu'à la fin du traitement d'induction par tofacitinib, une majorité (52,3 %) de patients ont obtenu une réponse clinique et >40 % ont atteint la rémission clinique. Une amélioration rapide des scores FS et SR a été observée dans les 2 semaines. Les EI étaient conformes au profil de tolérance connu du tofacitinib1-2.

Remerciements, financements, autres : Il s'agit d'une étude observationnelle française initiée et financée par Pfizer Immunologie & Inflammation

P.509

Analyse de la réponse endoscopique, la rémission endoscopique et la rémission profonde chez les patients ayant des lésions endoscopiques modérées à sévères à l'inclusion dans l'étude SEAVUE

M. Allez [1], J. Lewis [2], S.B. Hanauer [3], S. Danese [4], P. Irving [5], C. Gasink [6], T. Hoops [6], J. Izanec [6], T. Ma [6], E.J. Loftus [7], J.S. Ellen [8], R. Panaccione [9], W. Sandborn [10], B. Sands [8]

(1) Paris ; (2) Philadelphie, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (3) Chicago, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (4) Milan, ITALIE ; (5) Londres, ANGLETERRE ; (6) Horsham, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (7) Rochester, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (8) New York, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (9) Calgary, CANADA ; (10) San Diego, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE.

Introduction : Les critères d'inclusion et d'efficacité dans les essais cliniques au cours de la Maladie de Crohn (MC) ont évolué. Les patients doivent désormais présenter des lésions actives à l'endoscopie de sélection, et certaines études requièrent des scores SES-CD modérés à sévères. Des études récentes intègrent la réponse endoscopique en co-critère principal, et la rémission endoscopique (RE) ainsi que la rémission profonde (RP) comme critères secondaires majeurs. Les études pivots de maintenance dans la MC n'évaluent que les répondeurs à l'induction. L'étude SEAVUE nécessitait la présence d'au moins une ulcération quelle que soit sa taille et avait un design en « treat-through ». Pour évaluer les résultats dans ce contexte, nous avons analysé les résultats endoscopiques à S52 dans le sous-groupe de patients ayant un SES-CD modéré à sévère à l'inclusion, ainsi que les patients en réponse clinique après l'induction.

Patients et Méthodes : : Les patients bionaïfs, en échec et/ou intolérants aux traitements conventionnels avec un CDAI≥220/≤450 et un SES-CD≥3 étaient éligibles. Les patients étaient randomisés en 1:1 dans le groupe UST (~6mg/kg IV à S0, 90mg SC Q8) ou ADA (SC 160mg à S0, 80mg à S2, 40mg Q2). Les résultats endoscopiques ont été évalués chez tous les patients et dans le sous-groupe ayant une activité endoscopique modérée à sévère (SES-CD à l'inclusion≥6 pour les maladies iléocoliques/coliques, ou SES-CD≥4 pour les maladies iléales). La réponse endoscopique (RepE) était définie par une réduction du SES-CD ≥50% par rapport à l'inclusion, un SES-CDs≤3, ou un SES-CD=0 pour les patients ayant un SES-CD=3 à l'inclusion. La RE était définie par un SES-CD≤3 ou 0 chez les patients ayant un SES-CD=3 à l'inclusion. La RP était définie par un score CDAI<150 et RE.

Tableau 1: Réponse endoscopique à S52 chez tous les patientsrandomisés et dans le sous-groupe de pts avec une activité endoscopique de la maladie modérée à sévère

	SES-CD à l'inclusion	
	Tous les pts randomisés (SES-CD≥3)	**Activité endoscopique modérée à sévère (SES-CD à l'inclusion≥6 pour les maladies iléocoliques ou coliques, ou SES-CD≥4 pour les maladies iléales)**
RepE à S 52		
UST	41,9% (75/179)	43,1% (62/144)
ADA	36,9% (66/179)	35,4% (51/144)
RepE à S52 chez les répondeurs à l'induction: diminution ≥30% de la fréquence des selles et/ou diminution ≥30% du score de douleur abdominale entre l'inclusion et S16, pas de détérioration vs l'inclusion		
UST	48,2% (66/137)	49,5% (55/111)
ADA	44,8% (60/134)	43,1% (47/109)

Les valeurs sont présentées en %(n/N). Toutes les valeurs de p>0,05 sont nominales pour la comparaison entre UST et ADA. Les patients ayant eu une chirurgie liée à la MC interdite par le protocole, un changement traitement concomitant ou ayant arrêté le traitement pour manque d'efficacité ou pour évènement indésirable de type aggravation de la maladie avant l'analyse étaient considérés comme des échecs. Les patients avec trop peu de données pour calculer le SES-CD étaient considérés comme des échecs. RepE: Diminution du SES-CD ≥50% vs à l'inclusion ou SES-CD≤3 ou SES-CD=0 pour les pts avec un SES-CD=3 à l'inclusion.

Résultats : Les résultats endoscopiques pour le sous-groupe de patients ayant une activité endoscopique modérée à sévère étaient similaires à ceux de la cohorte totale. Chez les patients traités par UST, la RepE a été atteinte pour 41,9% des patients à S52 dans la cohorte totale et chez 43,1% des

pts dans le SG. Chez les patients traités par ADA, les taux de RepE étaient 36,9% et 35,9% respectivement. Pour les patients en réponse clinique après l'induction, les taux de RepE étaient de 48,2% dans la cohorte totale et 49,5% dans le SG pour l'UST et de 44,8% et 43,1% respectivement, pour l'ADA. Les taux de rémission endoscopique et de rémission profonde étaient similaires entre la cohorte totale et le sous-groupe (eg, RE pour UST 28,5% et ADA 30,7% dans la cohorte totale et UST 27,1% et 27,8% ADA dans le SG). Les taux de rémission endoscopique et de rémission profonde étaient 3-7% plus élevés chez les répondeurs à l'induction *vs* la cohorte totale. Chez les non-répondeurs à S16, certains patients ont atteint les critères endoscopiques à S52.

Conclusion : Dans l'étude SEAVUE, les patients traités par UST et ADA ont atteint des taux de RepE élevés à S52. Les résultats chez les patients ayant une activité endoscopique modérée à sévère à l'inclusion étaient similaires à ceux de la cohorte totale, en revanche les répondeurs cliniques à l'induction avaient des taux plus élevés dans ce sous-groupe.

P.510

Analyse exploratoire des données de tolérance du filgotinib dans une population sélectionnée de patients atteints de polyarthrite rhumatoïde dans les études FINCH 1-4 et DARWIN 1-3, visant à renseigner sa tolérance dans la rectocolite hémorragique

X. Roblin [1], S. Schreiber [2], M.H. Buch [3], X. Mariette [4], G.R. Burmester [5], C. Charles-Schoeman [6], V. Rajendran [7], N. Verbruggen [7], A. Cerani [7], P. Van Hoek [7], K. Van Beneden [7], A. Oortwijn [8], Y. Tanaka [9], E.G. Favalli [10], H. Schulze-Koops [11], R. Westhovens [12], S. Vermeire [12]

(1) Saint-Etienne ; (2) Kiel, ALLEMAGNE ; (3) Manchester, ANGLETERRE ; (4) Le Kremlin-Bicêtre ; (5) Berlin, ALLEMAGNE ; (6) Los Angeles, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (7) Malines, BELGIQUE ; (8) Leyde, PAYS-BAS ; (9) Kitakyūshū, JAPON ; (10) Milan, ITALIE ; (11) Munich, ALLEMAGNE ; (12) Louvain, BELGIQUE.

Introduction : Le filgotinib (FIL) est généralement bien toléré chez les patients atteints de rectocolite hémorragique (RCH), indépendamment de la dose, de l'historique de la maladie, des échecs des traitements biologiques antérieurs, et du groupe d'âge.(1,2) Les données de l'étude ORAL-SURVEILLANCE (NCT02092467)(3) suggèrent que, chez les patients âgés de ≥50 ans, atteints de polyarthrite rhumatoïde (PR) active et ayant ≥1 facteur de risque cardiovasculaire (CV), l'inhibiteur panJAK tofacitinib est associé à un risque accru d'événements indésirables cardiovasculaires majeurs (ECM) et de tumeurs malignes, comparé aux inhibiteurs du TNF. On ne sait pas si un inhibiteur préférentiel de JAK1, tel que le filgotinib, serait également associé à une augmentation du risque de ces événements chez les patients atteints de RCH active.

Patients et Méthodes : En l'absence de données suffisantes provenant d'une population de RCH à haut risque, nous rapportons une analyse exploratoire des événements indésirables d'intérêt particulier (EIIP) à l'aide des données intégrées du FIL dans la PR issues des études de phase 2 (NCT01668641 et NCT01894516) et de phase 3 (NCT02889796, NCT02873936 et NCT02886728), ainsi que des études de suivi à long terme DARWIN 3 (Phase 2 ; NCT02065700) et FINCH 4 (Phase 3 ; NCT03025308), dans une population de patients ayant un risque accru d'événements CV (âgés de ≥50 ans et ≥1 facteur de risque CV). Les populations de ces études ont été sélectionnées en fonction de facteurs de risque CV similaires à ceux utilisés dans l'étude ORAL-SURVEILLANCE : antécédents de dyslipidémie, de diabète ou de maladie CV, hypertension, pathologie vasculaire ischémique, maladie vasculaire périphérique, manifestations extra-articulaires de la PR, et tabagisme actif. Le taux d'incidence ajusté pour tenir compte des données d'exposition (EAIR)/100 patients-années d'exposition a été déterminé pour les ECM, la thromboembolie veineuse (TEV), les tumeurs malignes à l'exclusion des cancers de la peau hors mélanome (NMSC), les NMSC, les infections (graves) et les décès. L'analyse a été effectuée à partir des données disponibles jusqu'en janvier 2022 pour les études de suivi à long terme DARWIN 3 et FINCH 4.

Résultats : Dans l'ensemble, la population ayant un risque accru était composée de 1484 patients, dont l'âge moyen était 62,1 ans (536 [36,1 %] âgés ≥65 ans), parmi lesquels 291 (22,5 %) étaient des fumeurs, et 904 (60,9 %) recevaient du méthotrexate (MTX) en traitement de fond, ce pourcentage étant plus élevé dans le groupe FIL100 que le groupe FIL200 (66,6 *vs* 54,6 %). Les autres données démographiques de base étaient similaires entre les groupes FIL200 et FIL100. Dans cette population, des taux EAIR numériquement plus élevés pour les tumeurs malignes (hors NMSC), les NMSC, les infections graves et les décès ont été observés chez les patients recevant le FIL200 par rapport au bras FIL100 ; les intervalles de confiance (IC) à 95% des deux groupes FIL100 et FIL200 se chevauchant (Tableau). L'incidence des ECM était numériquement plus faible dans le groupe FIL200 que dans le groupe FIL100, et celle des VTE était identique dans les deux groupes de dose (100 et 200mg/j) avec un chevauchement des IC à 95 %.

Tableau. EAIR et fréquence des EIIP associés au traitement dans une population sélectionnée de patients atteints de PR (âge ≥50 ans, facteur de risque CV ≥1)

EAIR pour 100 PA (95% CI) n (%)	Filgotinib 100 mg x1/j (PA=1849,7) (N=692)	Filgotinib 200 mg x1/j (PA=2803,7) (N=870)
ECM*	0,6 (0,3, 1,1) 11 (1,6)	0,5 (0,3, 0,9) 14 (1,6)
Infarctus du myocarde	0,2 (0,1, 0,6) 4 (0,6)	0,1 (0,0, 0,3) 3 (0,3)
TEV*	0,2 (0,1, 0,6) 4 (0,6)	0,2 (0,1, 0,5) 6 (0,7)
Tumeur maligne (hors NMSC)	1,0 (0,6, 1,5) 18 (2,6)	1,2 (0,8, 1,7) 33 (3,8)
NMSC	0,3 (0,1, 0,7) 6 (0,9)	0,6 (0,4, 1,0) 18 (2,1)
Infection grave	2,6 (1,9, 3,4) 47 (6,8)	2,9 (2,3, 3,6) 81 (9,3)
Infection	35,9 (32,4, 39,8) 367 (53,0)	38,8 (35,6, 42,1) 555 (63,8)
EIAT ayant entraîné la mort	0,8 (0,5, 1,3) 15 (2,2)	1,4 (1,0, 1,9) 39 (4,5)

* ECM et TEV avérés (date limite de prise en compte pour la population à haut risque : 30 novembre 2021).ECM, événement indésirable cardiovasculaire majeur ; TEV, thromboembolie veineuse (thrombose veineuse profonde et embolie pulmonaire) ; EIIP, événements indésirables d'intérêt particulier ; IC, intervalle de confiance ; CV, cardiovasculaire ; EAIR, taux d'incidence ajusté à l'exposition ; NMSC, cancer de la peau hors mélanome ; PA, patients-années d'exposition ; x1/j, une fois par jour ; PR, polyarthrite rhumatoïde ; EIAT, événement indésirable associé aux traitements

Conclusion : En l'absence de données d'une population de RCH avec un risque accru, l'analyse exploratoire des événements de tolérance dans la population de PR ayant un risque accru d'événements CV pourrait renseigner la sécurité du FIL dans la RCH. Dans cette population de PR, le taux d'incidence des ECM, TEV et tumeurs malignes était similaire dans les deux groupes. Les incidences de NMSC, d'infections graves et de décès étaient numériquement plus élevées avec la dose élevée qu'avec la dose faible. Les études de suivi à long terme et en vie réelle en cours sur la PR et la RCH continueront d'évaluer la tolérance du FIL dans ces populations.

Remerciements, financements, autres : Cette étude a été financée par Galapagos NV (Malines, Belgique) et Gilead Sciences (Foster City, CA, États-Unis). Une aide à la rédaction médicale a été fournie par Iain Haslam, PhD, Aspire Scientific Ltd, (Bollington, UK) et financée par Galapagos NV (Malines, Belgique).

P.511

Comparaison d'efficacité entre ustékinumab et un 2ème anti-TNF chez les patients atteints de maladie de Crohn sténosante symptomatique après échec d'anti-TNF : résultats de l'étude USTEKNOSIS

A. Buisson [(1)], A. Jammet [(1)], B. Pereira [(1)], M. Fumery [(2)]

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

Introduction : La maladie de Crohn (MC) est une maladie inflammatoire chronique de l'intestin qui peut entraîner une altération de la qualité de vie et évoluer vers une destruction de la paroi intestinale. La sténose est l'une des principales lésions caractérisant la destruction intestinale et survient chez 5 à 10 % des patients au diagnostic et jusqu'à 40 % après 10 ans d'évolution. Alors que la chirurgie a longtemps été considérée comme la référence en cas de MC sténosante, les anti-TNF représentent le traitement de 1ère intention depuis les résultats l'étude CREOLE. En revanche, il n'existe aucune donnée sur l'efficacité d'une deuxième biothérapie après échec d'anti-TNF.

L'objectif de cette étude était de comparer l'efficacité de l'ustekinumab par rapport à celle d'un 2ème anti-TNF après échec d'un premier anti-TNF dans la MC sténosante symptomatique.

Patients et Méthodes : Il s'agissait d'une étude rétrospective bi-centrique qui a inclus tous les patients adultes (≥ 18 ans) traités par ustekinumab ou anti-TNF (adalimumab, infliximab,) pour une MC sténosante symptomatique (sténose visualisée en imagerie ou en endoscopie) après exposition préalable à au moins un anti-TNF, pour la ou les sténoses actuelles, sans chirurgie entre l'échec du dernier anti-TNF et le traitement à l'étude.

La rémission clinique (critère composite) à 6 mois était définie comme absence de douleur, pas de vomissement, pas de restriction alimentaire, pas d'épisode sub-occlusif, pas de corticothérapie en cours, pas de chirurgie ou d'arrêt du traitement à l'étude.

Les critères de jugement à long terme étaient l'arrêt du traitement pour échec, la progression de la destruction intestinale et la chirurgie.

Les comparaisons ont été réalisées après utilisation de scores de propensions.

Résultats : Au total, 70 patients ont été inclus dont 34 dans le groupe ustekinumab et 36 dans le groupe anti-TNF (29 sous infliximab et 7 sous adalimumab). Les caractéristiques des 2 groupes étaient comparables : âge (38,5 *vs* 37,6 ans), durée d'évolution de la MC (12,2 *vs* 13,5 ans), genre féminin (41,2 % *vs* 51,8 %), localisation (p=0,43) et phénotype (p=0,38) de la MC. Un immunosuppresseur était associé à un anti-TNF dans 63,9 % des cas contre seulement 8,8 % avec l'ustekinumab. Le nombre (p=0,56) et la longueur de la sténose(p=0,10) étaient également comparables. La proportion de patients ayant reçu au moins 2 biothérapies préalables était plus importante dans le groupe ustekinumab (41,2 % *vs* 8,3 % ; p=0,001). Le taux d'échec primaire à un anti-TNF était comparable (16,7 % *vs* 20,6 %).

Après ajustement basé sur les scores de propension, le taux de rémission clinique à 6 mois était de 73,9 % et 42,7 % (p = 0,24), sous ustekinumab et anti-TNF, respectivement. Les facteurs prédictifs de rémission sous ustekinumab était l'antécédent de résection intestinale (p = 0,001) et une sténose de longueur < 12 cm (p=0.042). Aucun facteur prédictif de rémission clinique sous anti-TNF n'a pu être identifié.

A long terme, après propension, le risque d'arrêt de traitement pour échec (HR = 2,86 [1,33-6,15] ; p=0,008) ou de progression de la destruction intestinale (HR=3,90 [1,64-9,24] ; p=0,003) était significativement plus important pour les patients sous anti-TNF que pour ceux sous ustekinumab. On n'observait pas de différence significative concernant la chirurgie (HR=2,60 [0,70-9,61] ; p=0,15).

Conclusion : L'ustekinumab semble plus efficace qu'un 2ème anti-TNF dans le traitement de la maladie de Crohn sténosante après échec d'un premier anti-TNF. Toutefois, ces données nécessitent d'être confirmées par des données prospectives indépendantes.

P.512

Association de l'amélioration des besoins impérieux dans la rectocolite hémorragique avec la réponse et la rémission clinique

L. Peyrin-Biroulet [1], D.B. Clemow [2], C. Sapin [2], T. Hibi [3], M. Dubinsky [4], S. Vermeire [5], S. Schreiber [6], T. Hunter Gibble [2], M. Watanabe [3], R. Panaccione [7]

(1) Vandœuvre-lès-Nancy ; (2) Indianapolis, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (3) Tokyo, JAPON ; (4) New York, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (5) Louvain, BELGIQUE ; (6) Kiel, ALLEMAGNE ; (7) Calgary, CANADA.

Introduction : La rectocolite hémorragique (RCH) peut entraîner une forte prévalence des besoins impérieux (BI), ce qui réduit significativement la qualité de vie des patients. L'association entre l'amélioration précoce des besoins impérieux et les améliorations ultérieures des critères cliniques a été examinée chez les patients traités par mirikizumab (miri).

Patients et Méthodes : Les besoins impérieux ont été évaluée chez des patients souffrant de RCH active modérée à sévère dans le cadre d'essais cliniques de phase 3, randomisés et contrôlés *versus* placebo (PBO), d'une durée de 12 semaines pour l'induction (LUCENT-1) et de 40 semaines pour l'entretien (LUCENT-2) avec le miri, un anticorps monoclonal IL23-p19. Les patients ont reçu 300 mg de miri par voie IV ou le PBO pendant l'induction. Les patients répondeurs à miri à la semaine 12 (S12) ont été rerandomisés dans l'étude LUCENT-2 pour recevoir miri 200 mg par voie sous-cutanée ou le PBO. Le BI a été mesuré à l'aide d'une échelle d'évaluation numérique de l'urgence (UNRS) sur 11 points, de 0 (absence) à 10 (pire possible). Les scores UNRS des patients étaient une moyenne des 7 derniers jours avant la visite. L'association des patients présentant une amélioration cliniquement significative (ACS = diminution de ≥3 points du score UNRS) ou une rémission des BI (UNRS = 0 ou 1) entre l'inclusion et S4 avec la proportion de patients obtenant une réponse clinique, et une rémission clinique, endoscopique ou symptomatique à S12, a été évaluée. Pour les patients ayant obtenu une réponse clinique à S12, les analyses ont été répétées à la fin de la période d'entretien (S52 du traitement continu [LUCENT-2 S40]) sur la base des BI de S12 (inclusion de LUCENT-2). Les patients ayant un score UNRS < 3 à l'inclusion étaient exclus. Les données manquantes ont été imputées par non-réponse. L'association entre l'amélioration précoce des BI et les critères cliniques ultérieurs a été explorée à l'aide de modèles de régression logistique ajustant sur le traitement, l'urgence (ACS BI ou rémission BI), l'intéraction traitement-grade de l'urgence, et les facteurs de stratification. Le test exact de Fisher a évalué les différences de traitement au sein des différents groupes.

Résultats : L'intéraction traitements-grade de l'urgence n'était pas statistiquement significative pour les résultats cliniques de l'induction et de l'entretien (tous p>0,05) regroupés. Pour l'induction, le traitement (tous p≤0,001 pour l'ACS) et le grade de l'urgence (tous p<0,02) étaient les principaux effets statistiquement significatifs. Cela suggère que les patients présentant une ACS ou une rémission BI à S4 étaient systématiquement plus susceptibles d'obtenir une réponse clinique, et une rémission clinique, endoscopique ou symptomatique à S12 pour les deux groupes de traitement PBO et miri. Pour la rémission, seul le principal effet du traitement était statistiquement significatif pour les résultats cliniques (tous p<0,001). Cela suggère que parmi les répondeurs cliniques à l'induction par miri (population enrichie), l'ACS ou la rémission à la fin de l'induction (S12) n'était pas associée à des résultats d'efficacité d'entretien en aval (S52). Les patients traités par Miri ont obtenu des taux plus élevés de réponse clinique et de rémission clinique, endoscopique ou symptomatique à S52 par rapport au PBO, indépendamment de l'ACS des BI ou de la rémission des BI à S12 (Tableau).

Tableau : Associations entre les besoins impérieux et la réponse/rémission clinique chez les patients atteints de rectocolite hémorragique.

LUCENT-1 Induction

Diminution de ≥3 points du score UNRS				UNRS = 0 ou 1			
Critère	PBO IV (N=276)	Miri 300mg IV (N=811)	*p*-value*	Critère	PBO (N=276)	Miri 300mg IV (N=811)	*p*-value*
ACS BI S4 = Oui	**n=61**	**n=230**		**Rémission BI S4 = Oui**	**n=13**	**n=69**	
Réponse clin. S12 (%)	68.9	78.7	0.126	Réponse clin. S12 (%)	76.9	81.5	NA§
Rémission clin. S12 (%)	27.9	37.4	0.179	Rémission clin. S12 (%)	46.2	47.7	NA§
Rémission endo. S12 (%)	36.1	49.1	0.083	Rémission endo. S12 (%)	46.2	52.3	NA§
Rémission sympt. S12 (%)	49.2	63.5	0.055	Rémission sympt. S12 (%)	69.2	70.8	NA§
ACS BI S4 = Non	**n=215**	**n=581**		**Rémission BI S4 = Non**	**n=263**	**n=746**	
Réponse clin. S12 (%)	34.9	57.5	<0.001	Réponse clin. S12 (%)	40.7	61.9	<0.001
Rémission clin. S12 (%)	8.8	18.4	<0.001	Rémission clin. S12 (%)	11.4	21.7	<0.001
Rémission endo. S12 (%)	16.7	29.6	<0.001	Rémission endo. S12 (%)	19.8	33.6	<0.001
Rémission sympt. S12 (%)	21.4	38.7	<0.001	Rémission sympt. S12 (%)	25.5	43.6	<0.001

LUCENT-2 Entretien

Diminution de ≥3 points du score UNRS				UNRS = 0 ou 1			
Critère	PBO SC (N=172)	Miri 200mg SC (N=336)	*p*-value*	Critère	PBO SC (N=172)	Miri 200mg SC (N=336)	*p*-value*
ACS BI S12 = Oui	**n=112**	**n=212**		**Rémission BI S12 = Oui**	**n=53**	**n=105**	
Réponse clin. S52 (%)	52.7	82.5	<0.001	Réponse clin. S52 (%)	47.2	82.9	<0.001
Rémission clin. S52 (%)	29.5	53.3	<0.001	Rémission clin. S52 (%)	34.0	55.2	0.012
Rémission endo. S52 (%)	31.3	60.4	<0.001	Rémission endo. S52 (%)	35.8	61.0	0.004
Rémission sympt. S52 (%)	43.8	74.1	<0.001	Rémission sympt. S52 (%)	45.3	79.0	<0.001
ACS BI S12 = Non	**n=60**	**n=124**		**Rémission BI S12 = Non**	**n=119**	**n=231**	
Réponse clin. S52 (%)	45.0	79.0	<0.001	Réponse clin. S52 (%)	51.3	80.5	<0.001
Rémission clin. S52 (%)	18.3	47.6	<0.001	Rémission clin. S52 (%)	21.8	49.4	<0.001
Rémission endo. S52 (%)	26.7	57.3	<0.001	Rémission endo. S52 (%)	26.9	58.4	<0.001
Rémission sympt. S52 (%)	35.0	69.4	<0.001	Rémission sympt. S52 (%)	38.7	69.3	<0.001

*p-value = comparaison des traitements au sein d'un groupe à partir des tests exacts de Fisher.

§ Le sous-groupe n était trop petit pour générer une p-value.

Note : En utilisant le test de Cochran-Mantel-Haenszel (CMH), les interactions entre les traitements et les sous-groupes n'étaient pas statistiquement significatives.

Note : S52 fait référence à S40 de LUCENT-2, ce qui représente 52 semaines de traitement continu ; S12 fait référence à l'inclusion pour LUCENT-2.

Abréviations : ACS= amélioration cliniquement significative ; BI=besoins impérieux ; PBO=placebo ; miri=mirikizumab ; IV=intra-veineux ; n= nombre de patients dans la catégorie spécifiée ; SC=sous-cutané ; S=semaine ; UNRS=échelle d'évaluation numérique de l'urgence ;

Conclusion : Une amélioration précoce, une amélioration cliniquement significative ou une rémission des BI, était associée à de meilleurs résultats cliniques pendant l'induction pour les patients miri et PBO, ce qui montre que les BI sont un facteur prédictif sensible des résultats cliniques précoces. Parmi les répondeurs à l'induction sous miri, le miri a systématiquement fourni un meilleur maintien de la réponse et de la rémission par rapport au PBO.

P.513

Etude observationnelle « EasyMICI LIB » de suivi des MICI après un premier traitement anti-TNF

G. Bonnaud [1], P. Faure [1], M. Flamant [2], C. Barberis [3], M.P. Pingannaud [4], C. Dulery [3], A. Haennig [1], E. Del Tedesco [5], X. Roblin [5], P. Aygalenq [6], M. Guivarch [1], G. Danan [7], E. Lafferre [8], G. Dufour [7], F. Gonzalez [9], A. Attar [10], G. Panaranda [4], A. Laurain [10], M. Cavicchi [11]

(1) Toulouse ; (2) Nantes ; (3) Bordeaux ; (4) Marseille ; (5) Saint-Etienne ; (6) Grasse ; (7) Montpellier ; (8) Reims ; (9) Nîmes ; (10) Paris ; (11) Charenton-le-Pont.

Introduction : Plusieurs biothérapies sont disponibles en seconde ligne après échec d'un anti TNF au cours des MICI. Le motif de l'arrêt de la première ligne et du choix de la seconde ligne et de son monitoring pourrait en conditionner son efficacité. L'objectif de notre travail était d'évaluer dans la vraie vie les conditions d'usages et l'efficacité de ces biothérapies en seconde ligne (L2) par l'atteinte des cibles des recommandations françaises et STRIDE 2.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude observationnelle prospective, multicentrique, de recrutement en centres privés de tous les patients MICI (MC et RCH) en échec d'une première ligne d'anti-TNF pris en charge en vraie vie, après introduction d'une seconde ligne comme recommandé en contrôle serré avec évaluation des objectifs cibles « treat to target ». Le critère de jugement principal était le taux de cicatrisation endoscopique évaluée à 1 an de l'introduction de la L2 (RCH : score Mayo 0 ou 1 ; MC : absence d'ulcérations muqueuses). Les critères secondaires étaient la description des causes d'arrêt du premier anti-TNF, de la raison du choix de la seconde ligne de biothérapie, l'évaluation de la cible de rémission clinique par les signes cliniques digestifs en cas de MC (douleurs abdominales absentes ou légères, absence de selles liquide ou très molles) et de RCH (absence de sang dans les selles, absence d'impériosités, au maximum 1 à 2 selles de plus que la normale), l'évaluation de la cible des signes généraux (score de fatigue < 4/10) à 3 et 12 mois, l'évaluation de la cible biologique par les marqueurs biologiques (calprotectine fécale (CF) <250 ug/g de selles, CRP <5 mg/l) à 3 et 12 mois et la description des traitements (type et dose) à 3 mois et 12 mois.

Tableau 1 : Rémission clinique à 12 mois selon la seconde ligne de traitement et selon le type de MICI

Molécule	Tx rémission clinique MC	Tx rémission clinique RCH	Statistiques
Autre anti-TNF	29 % (2/7)	40 % (4/10)	*p=1.000*
Tofacitinib	-	57 % (4/7)	-
Ustekinumab	29 % (16/55)	0 % (0/4)	*p=0.5662*
Vedolizumab	71 % (5/7)	34 % (13/38)	*p=0,0976*

Résultats : 134 patients, 70 MC (52%), 59 RCH (44%) et 5 (4%) colites inclassées ont été inclus entre juin 2020 et juin 2021 par 15 centres (67% ADA, 28% IFX et 5% GOL ; MC : 71% ADA/29% IFX ; RCH : 61% ADA/12% GOL/27%IFX). La principale cause d'arrêt du premier anti-TNF était l'échec secondaire (53%), suivi de l'échec primaire (26,9%) avec une moyenne de survenue de l'arrêt de 20,3 semaines et de l'intolérance (20,1%). Un dosage du taux résiduel d'anti-TNF a été fait dans 28 % des cas. En L2, 62 (46,3%) patients étaient sous ustékinumab, 46 (34,3%) sous védolizumab, 19 (14,2%) sous un autre anti-TNF et 7 (5,2%) sous tofacitinib. La principale L2 choisie était l'ustékinumab dans la MC (81,5%) et le védolizumab dans la RCH (61,4%). Le choix de la L2 est principalement porté par la cause de l'arrêt du premier anti-TNF (65%) et par le choix d'une meilleure sécurité (38%). La rémission clinique a été obtenue à 3 et 12 mois chez 53 (40%) et 44 (33%) patients. La rémission clinique à 12 mois selon le type de L2 est donnée dans le tableau 1. L'atteinte des cibles des biomarqueurs (CF et CRP) a été obtenue à 3 et 12 mois chez 48 (36%) et 41 (31%) patients. La normalisation de fatigue a été obtenue à 3 et 12 mois chez 53 (40%) et 49 (37%) patients. Il n'y avait pas de différence significative entre les groupes CROHN et RCH, pour la rémission clinique, biologique, ainsi que pour la normalisation de la fatigue. A 12 mois de suivi, les résultats endoscopiques étaient disponibles pour 53 (39,6 %) patients (22 MC et 31 RCH). La cicatrisation endoscopique a été observée chez 28/53 patients (52,8%), correspondant à 45% en cas de MC et 58% en cas de RCH (p=0,3649). La cicatrisation endoscopique n'est pas statistiquement significative selon la biothérapie (anti-TNF : 63%, TOFA : 50%, UST :44%, VDZ : 56% (p=0,8215). En outre, on note que la cicatrisation est liée à la rémission clinique. Parmi les patients avec une rémission clinique, 69% ont cicatrisé *vs* 29% sans rémission clinique (p=0,0055). Une optimisation de dose a été effectué chez 6/14 (43%) patients sous un autre anti-TNF, 0/6 sous tofacitinib, 15/ 45 (33%) sous ustékinumab (intervalle<8sem), 15/36 (42%) sous vedolizumab (intervalle<8sem).

Conclusion : La rémission clinique a été obtenue dans 40 % à 3 mois et 33 % à 12 mois. Malgré la cible de cicatrisation endoscopique des recommandations STRIDE 2, une évaluation endoscopique n'est faite dans la vraie vie que chez 40% des patients. Les taux de cicatrisation endoscopique ne sont pas statistiquement significatifs selon les biothérapies. Une optimisation des doses est faite chez un quart des patients. Ces résultats confirment qu'un grand nombre de patients auront recours à une 3 ième ligne thérapeutique, des études de stratégies de séquençage et de comparaison des molécules sont nécessaires pour mieux atteindre nos objectifs.

Remerciements, financements, autres :
Soutiens financiers TAKEDA, PFIZER, AMGEN, JANSSEN

P.514

Efficacité et tolérance de l'ustékinumab dans la rectocolite hémorragique à 4 ans : résultats finaux de l'étude d'extension à long terme UNIFI

L. Peyrin-Biroulet [1], W. Afif [2], M. Abreu [3], S. Danese [4], W. Sandborn [5], Y. Miao [6], H. Zhang [6], R. Panaccione [7], T. Hisamatsu [8], J.S. Ellen [9], R. Leong [10], D. Rowbotham [11], R. Arasaradnam [12], B. Sands [9], C. Marano [7]

(1) Vandœuvre-lès-Nancy ; (2) Montréal, CANADA ; (3) Miami, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (4) Milan, ITALIE ; (5) San Diego, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (6) Spring House, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (7) Calgary, CANADA ; (8) Tokyo, JAPON ; (9) New York, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (10) Sydney, AUSTRALIE ; (11) Auckland, NOUVELLE-ZÉLANDE ; (12) Coventry, ANGLETERRE.

Introduction : L'ustekinumab (UST) est approuvé pour le traitement de la rectocolite hémorragique (RCH) modérée à sévère. Nous rapportons les résultats finaux de l'étude d'extension à long terme (LTE) UNIFI relatifs à l'efficacité et la tolérance à 4 ans d'un traitement (tt) par UST par voie sous-cutanée (SC).

Patients et Méthodes : 523 répondeurs à l'induction intraveineuse par UST ont été randomisés pour recevoir un tt d'entretien SC : 175 placebo SC (PBO) ; 172 UST 90mg toutes les 12 semaines (q12w) ; 176 UST 90mg q8w. Les patients (pts) ayant terminé la semaine (S) 44 étaient éligibles pour continuer le tt dans la LTE. Les pts PBO sont sortis de l'étude après la levée d'aveugle. À partir de S56, les pts randomisés ayant une aggravation de la RCH ont pu passer à un tt q8w. L'efficacité a été évaluée chez les pts randomisés sous UST (n=284) en utilisant la rémission symptomatique (RS) (sous-score Mayo de fréquence des selles de 0 ou 1 et sous-score de saignement rectal de 0). La tolérance a été évaluée pour les 588 pts traités dans la LTE (populations randomisées et non randomisées).

Résultats : Parmi les pts randomisés dans les groupes UST au début du tt d'entretien (population en ITT ; tableau 1), 55,2 % étaient en RS à S200 (naïfs de biologique 67,2 % ; en échec de biologique 41,6 %) ; 53,2 % des pts étaient en RS sans corticoïdes à S200. Parmi les pts randomisés qui ont poursuivi l'UST dans la LTE, 67,6% étaient en RS à la S200 et 85,1% des pts avec des données observées à S200 étaient en RS.
Les données de tolérance étaient similaires chez les pts UST *vs* PBO. Entre SO et S220 de l'étude d'entretien, les données pour 100 pts-années de suivi pour UST *vs* PBO étaient : effets indésirables (EI) : 214,45 *vs* 288,04, EI graves : 7,22 *vs* 10,61 et infections graves : 2,00 *vs* 3,31. Durant la dernière année de la LTE, aucun décès ou événement cardiovasculaire majeur n'a été signalé chez les pts UST. Parmi les pts UST, 2 cas de cancer colorectal et 1 cas de cytomégalovirus ont été rapportés.

Tableau 1 Taux de RS au cours de la LTE chez les pts randomisés

Analyse	UST SC 90 mg q12w[a]	UST SC 90 mg q8w[a]	UST global
RS dans la population ITT [b,c,d,f]			
S44, n/N (%)	107/172 (62.2)	119/176 (67.6)	226/348 (64.9)
S200, n/N (%)	96/172 (55.8)	96/176 (54.5)	192/348 (55.2)
RS sans corticoïde dans la population ITT [b,c,d,e,f]			
S44, n/N (%)	105/172 (61.0)	116/176 (65.9)	221/348 (63.5)
S200, n/N (%)	94/172 (54.7)	91/176 (51.7)	185/348 (53.2)
RS chez les pts traités dans la LTE [c,f]			
S44, n/N (%)	117/141 (83.0)	119/143 (83.2)	236/284 (83.1)
S200, n/N (%)	96/141 (68.1)	96/143 (67.1)	192/284 (67.6)

RS : Rémission symptomatique ; EI, effet indésirable; ITT, intention de traiter; LTE, extension à long terme; q8w, toutes les 8S; q12w, toutes les 12S; SC, sous-cutané; TNF, facteur de nécrose tumorale; RCH, rectocolite hémorragique; UST, ustekinumab ; S : semaines
[a] Groupe randomisé à la S0 de l'étude d'entretien, que les pts aient ou non eu un ajustement de dose au cours de la LTE.
[b] Les pts ayant eu une modification non autorisée de tt de la RCH, une stomie ou une colectomie, qui ont eu un tt de secours après une poussée, qui ont arrêté le tt en raison de l'absence d'effet thérapeutique ou en raison d'un EI d'aggravation de la RCH avant la visite de la S44 ont été considérés comme n'étant pas en RS à la S44.
[c] Les pts ayant eu une stomie ou une colectomie, ou qui ont arrêté le tt en raison de l'absence d'effet thérapeutique ou en raison d'un EI d'aggravation de la RCH après la S44 et avant la S200, ont été considérés comme n'étant pas en RS à la S200.
[d] Les pts pour lesquels les sous-scores de fréquence des selles et de saignement rectal étaient manquants lors d'une visite étaient considérés comme n'étant pas en RS pour cette visite.
[e] Les pts qui avaient une donnée manquante concernant l'utilisation des corticoïdes ont vu leur dernière valeur reportée.
[f] imputation des non-répondeurs pour les données manquantes et les critères d'échec du tt

Conclusion : Les pts recevant UST SC ont généralement maintenu le bénéfice clinique jusqu'à 4 ans. Aucun nouveau signal de sécurité n'a été observé.

P.515

Le profil de tolérance du traitement d'entretien de la rectocolite hémorragique par l'upadacitinib administré au cours de l'étude de phase III U-ACHIEVE est conforme à celui des indications autorisées

X. Hébuterne [1], J.F. Colombel [2], R. Panaccione [3], H. Nakase [4], G.R. Burmester [5], S.B. Cohen [6], P. Mease [6], E. Guttman-Yassky [2], J. Liu [7], W. Zhou [7], D. Ilo [7], P. Higgins [8]

(1) Nice ; (2) New York, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (3) Calgary, CANADA ; (4) Sapporo, JAPON ; (5) Berlin, ALLEMAGNE ; (6) Dallas, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (7) Chicago, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (8) Ann Arbor, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE.

Introduction : L'upadacitinib (UPA), inhibiteur sélectif et réversible de Janus kinase administré par voie orale est une petite molécule autorisée dans le traitement de la polyarthrite rhumatoïde (PR), du rhumatisme psoriasique (RP), de la dermatite atopique (DA) modérée à sévère et de la spondylarthrite ankylosante (SA) et est également à l'étude dans la rectocolite hémorragique (RCH). Cette étude rapportait les événements indésirables (EI) observés au cours du traitement d'entretien de la RCH par l'UPA, dans le cadre du profil de tolérance à long terme connu de l'UPA dans ses indications approuvées.

Patients et Méthodes : Les données de tolérance issues de patients atteints d'une RCH ayant répondu à 8 semaines de traitement d'induction par 45 mg d'UPA une fois par jour (1x/j), inclus par la suite dans l'étude U-ACHIEVE pour recevoir un traitement d'entretien (UPA 15 mg, 30 mg 1x/j ou placebo) pendant ≤ 52 semaines, ont été regroupées. Les EI apparus sous traitement (EIAT) étaient définis comme les EI survenus pendant ou après la première administration du médicament à l'étude et ≤ 30 jours après la dernière administration. Les données de tolérance issues de deux études de phase III dans la DA (doses de 15 mg et 30 mg), six dans la PR (dose de 15 mg pour toutes, 30 mg pour quatre) et deux dans le RP (doses de 15 mg et 30 mg) ont également été recueillies. Les taux d'événements ajustés à l'exposition ont été calculés pour les EIAT et les EI d'intérêt particulier (EIIP).

Résultats : Les données de 746 patients atteints d'une RCH ayant reçu 8 semaines d'induction par UPA 45 mg, puis randomisés comme suit au traitement d'entretien : placebo, n = 245 ; UPA 15 mg, n = 250 ; UPA 30 mg, n = 251, ont pu être recueillies. Les taux d'EI, EI graves, EI sévères et EI ayant entraîné l'arrêt du traitement étaient plus faibles avec les deux doses d'UPA par rapport au placebo (Tableau 1). Aucun décès n'a été signalé. Les taux des différentes catégories d'EI observés chez les patients atteints d'une RCH ayant reçu le traitement d'entretien par 15 mg ou 30 mg d'UPA correspondaient aux fourchettes précédemment rapportées pour la DA, la PR et le RP, à l'exception de la neutropénie (Tableau 1). Les taux d'EIIP observés pour la RCH étaient généralement comparables entre UPA et placebo, avec cependant des taux plus élevés de zona, d'élévation de la créatine kinase, de trouble hépatique et de thromboembolie veineuse (TEV) mais des taux inférieurs d'anémie sous UPA (Tableau 2). Le cancer de la peau non-mélanome a uniquement été observé avec l'UPA 30 mg. Un événement cardiovasculaire majeur confirmé par le comité d'adjudication a été rapporté dans chacun des bras placebo et UPA 30 mg. Les TEV sont uniquement survenues sous traitement par UPA (deux événements par bras). D'après le nombre limité de patients exposés, et excepté le taux plus élevé de TEV, les taux d'EIIP enregistrés lors de l'étude d'entretien sur la RCH étaient généralement comparables à ceux rapportés pour la DA, la PR ou le RP chez les patients traités à long terme par des doses de 15 mg ou 30 mg d'UPA.

Tableau 1. Synthèse des EIAT à long terme pour 100 PA chez les patients atteints de RCH inclus pour recevoir un traitement d'entretien par 15 mg ou 30 mg d'UPA 1x/j pendant 52 semaines au maximum après 8 semaines d'induction sous 45 mg d'UPA 1x/j, et chez les patients atteints de DA, PR ou RP recevant un traitement à long terme (en date du 30 juin 2020) par 15 mg ou 30 mg d'UPA

E/100 PA (IC à 95 %)	Traitement d'entretien dans le cadre du programme de développement clinique sur la RCH*			Études de phase III sur la DA*		Études de phase III sur la PR		Études de phase III sur la RP*	
	Placebo (PA = 126,1)	UPA 15 mg (PA = 182,4)	UPA 30 mg (PA = 198,7)	UPA 15 mg 1x/j (PA = 955,2)	UPA 30 mg 1x/j (PA = 978,2)	UPA 15 mg 1x/j* (PA = 7023,8)	UPA 30 mg 1x/j* (PA = 3091,4)	UPA 15 mg 1x/j (PA = 1247,2)	UPA 30 mg 1x/j (PA = 1257,4)
EI	505,1 (460,2; 544,1)	327,8 (301,6; 354,1)	318,0 (293,2; 342,8)	252,0 (242,0; 262,3)	301,7 (290,9; 312,7)	236,7 (227,2; 234,3)	283,6 (277,7; 289,6)	263,9 (254,9; 272,9)	321,5 (311,6; 331,5)
EI graves	21,9 (13,8; 30,0)	12,6 (7,5; 17,8)	10,6 (6,5; 15,1)	8,8 (5,5; 9,7)	8,5 (6,6; 10,5)	13,0 (12,2; 13,9)	18,8 (17,3; 20,4)	10,3 (9,6; 12,1)	15,2 (11,2; 15,2)
EI ayant entraîné l'arrêt du traitement	20,3 (12,5; 28,1)	6,0 (2,5; 9,6)	6,0 (2,6; 9,5)	4,5 (3,3; 6,1)	7,2 (6,6; 9,0)	5,6 (5,0; 6,1)	8,5 (7,5; 9,6)	6,7 (5,2; 8,1)	7,6 (6,2; 9,3)
EI sévères	22,6 (14,4; 30,9)	8,9 (5,3; 14,4)	11,1 (6,4; 15,7)	12,7 (10,5; 16,2)	17,7 (15,1; 20,5)	11,5 (10,7; 12,3)	15,8 (14,5; 17,3)	10,7 (9,9; 12,5)	15,5 (13,3; 17,7)
Décès†	0	0	0	0	0,1 (0,0; 0,6)	0,4 (0,3; 0,6)	0,6 (0,3; 0,9)	0,2 (<0,1; 0,4)	0,2 (<0,0; 0,8)

DA, dermatite atopique ; EI, événement indésirable ; EIIP, EI d'intérêt particulier ; IC, intervalle de confiance ; E/100 PA, événements pour 100 patients-années ; n, nombre ; PBO, placebo ; RP, rhumatisme psoriasique ; PA, patients-années ; 1x/j, une fois par jour ; PR, polyarthrite rhumatoïde ; EIAT, EI apparu sous traitement ; RCH, rectocolite hémorragique ; UPA, upadacitinib

*Patients répondeurs aux 8 semaines d'induction par UPA 45 mg 1x/j et inclus selon le protocole pour recevoir 44 ou 52 semaines de traitement d'entretien. †Inclut deux études de phase III : adultes et adolescents. ‡Inclut six études de phase III ; peut inclure des patients sous traitement concomitant par méthotrexate. §Inclut deux études de phase III. ¶Inclut les décès sous traitement et les décès non survenus sous traitement dans les 30 jours suivant la dernière administration du médicament à l'étude. Taux présenté sous forme de taux d'incidence ajusté à l'exposition (n/100 PA) pour la DA, la PR et le RP.

Tableau 2. EIIP apparus sous traitement pour 100 PA chez les patients atteints de RCH inclus pour recevoir un traitement d'entretien par 15 mg ou 30 mg d'UPA 1x/j pendant 52 semaines au maximum après 8 semaines d'induction sous 45 mg d'UPA 1x/j, et chez les patients atteints de DA, PR ou RP recevant un traitement à long terme (en date du 30 juin 2020) par 15 mg ou 30 mg d'UPA

E/100 PA (IC à 95 %)	Traitement d'entretien dans le cadre du programme de développement clinique sur la RCH*			Études de phase III sur la DA*		Études de phase III sur la PR*		Études de phase III sur la RP*	
	Placebo (PA = 126,1)	UPA 15 mg (PA = 182,4)	UPA 30 mg (PA = 198,7)	UPA 15 mg 1x/j (PA = 955,2)	UPA 30 mg 1x/j (PA = 978,2)	UPA 15 mg 1x/j (PA = 7023,8)	UPA 30 mg 1x/j (PA = 3091,4)	UPA 15 mg 1x/j (PA = 1247,2)	UPA 30 mg 1x/j (PA = 1257,4)
Infections graves	6,2 (1,9; 10,5)	4,9 (1,7; 8,2)	3,0 (0,6; 5,4)	2,2 (1,4; 3,4)	3,6 (2,5; 5,0)	3,3 (2,9; 3,7)	5,1 (4,3; 5,9)	2,3 (1,5; 3,3)	3,2 (2,0; 4,4)
Infection opportuniste, sauf TB et zona	1,6 (<0,6; 3,7)	1,1 (<0,4; 2,8)	0,5 (<0,1; 1,8)	1,9 (1,1; 3,0)	2,0 (1,2; 3,2)	0,3 (0,2; 0,4)	0,2 (0,1; 0,4)	0,4 (0,0; 0,8)	0,9 (0,4; 1,4)
TB active	0	0	0	0,1 (0,0; 0,6)	0,1 (0,0; 0,6)	<0,1 (0,0; 0,2)	<0,1 (0,0; 0,3)	0	0
Zona	0	0,6 (2,5; 0,9)	0,5 (2,6; 0,9)	0,9 (2,3; 5,0)	0,4 (4,5; 1,1)	0,3 (2,9; 3,9)	0,9 (3,5; 5,6)	0,8 (2,9; 4,9)	0,7 (5,3; 8,1)
Élévation de la CK	3,9 (0,5; 7,3)	7,7 (3,7; 11,7)	11,1 (6,4; 15,7)	7,0 (5,4; 8,9)	11,1 (9,1; 13,4)	4,9 (4,4; 5,4)	8,4 (7,4; 9,5)	9,1 (7,4; 10,7)	13,8 (11,7; 15,8)
Affection maligne	0,8 (<0,7; 2,3)	0,5 (<0,5; 1,6)	2,5 (0,3; 4,7)	0,6 (0,2; 1,4)	0,9 (0,4; 1,7)	1,1 (0,8; 1,4)	2,3 (1,9; 2,9)	1,6 (0,8; 2,2)	1,6 (0,9; 2,3)
Affection maligne hors CCPM	0,8 (<0,7; 2,3)	0,5 (<0,5; 1,6)	1,0 (<0,4; 2,4)	0,2 (0,0; 0,8)	0,5 (0,2; 1,2)	0,8 (0,6; 1,1)	1,2 (0,8; 1,6)	0,7 (0,3; 1,2)	0,9 (0,4; 1,4)
CPNMI	0	0	1,5 (<0,2; 3,2)	0,4 (0,1; 1,1)	0,4 (0,1; 1,0)	0,3 (0,2; 0,4)	1,1 (0,8; 1,6)	0,6 (0,3; 1,1)	0,7 (0,2; 1,2)
Lymphome	0	0	0	0	0,1 (0,0; 0,6)	<0,1 (0,0; 0,1)	<0,1 (0,0; 0,2)	0,2 (<0,1; 0,4)	0
Ablation rénale	0,8 (<0,7; 2,3)	0,5 (<0,5; 1,6)	0,5 (<0,1; 1,8)	0	0,3 (0,1; 0,8)	0,3 (0,2; 0,4)	0,8 (0,3; 0,9)	0,2 (<0,0; 0,5)	0,2 (<0,0; 0,5)
Trouble hépatique	5,5 (1,4; 9,5)	17,5 (11,5; 23,6)	9,1 (4,9; 13,2)	5,9 (4,4; 7,6)	9,6 (7,8; 11,8)	11,7 (10,9; 12,5)	10,4 (9,3; 11,7)	13,8 (11,5; 15,6)	18,6 (16,2; 21,0)
Anémie	14,8 (8,2; 21,5)	6,0 (2,5; 9,5)	3,5 (0,9; 6,1)	1,6 (0,7; 3,0)	3,0 (2,7; 5,2)	3,4 (3,0; 3,9)	4,2 (3,3; 5,0)	2,2 (1,4; 3,1)	3,6 (4,3; 6,9)
Lymphopénie	3,9 (0,5; 7,3)	5,5 (2,1; 8,9)	3,5 (0,9; 6,1)	0,7 (0,3; 1,3)	0,9 (0,4; 1,7)	1,7 (1,4; 2,0)	2,9 (2,3; 3,5)	2,2 (1,3; 3,0)	3,0 (2,1; 4,0)
Neutropénie	5,5 (1,4; 9,5)	6,0 (2,5; 9,5)	9,1 (4,9; 13,2)	1,7 (1,0; 2,7)	3,5 (2,4; 4,8)	2,3 (2,0; 2,7)	4,6 (3,9; 5,4)	1,8 (1,0; 2,5)	5,1 (3,8; 6,3)
Perforation GI confirmée par le comité d'adjudication	1,6 (<0,6; 3,7)	0	0	0,1 (0,0; 0,6)	0	<0,1 (0,0; 0,2)	0,2 (0,1; 0,4)	<0,1 (<0,1; 0,2)	0
EICM confirmé par le comité d'adjudication‡	0,8 (<0,7; 2,3)	0	0,5 (<0,1; 1,5)	0,1 (0,0; 0,6)	0	0,4 (0,3; 0,6)	0,6 (0,4; 1,0)	0,3 (0,0; 0,6)	0,2 (<0,0; 0,5)
TEV confirmée par le comité d'adjudication§	0	1,1 (<0,4; 2,8)	1,0 (<0,4; 2,4)	0,1 (0,0; 0,6)	0,1 (0,0; 0,6)	0,5 (0,3; 0,6)	0,4 (0,2; 0,6)	0,3 (0,0; 0,6)	0,2 (<0,0; 0,5)

DA, dermatite atopique ; IC, intervalle de confiance ; CK, créatine kinase ; E/100 PA, événements pour 100 patients-années ; GI, gastro-intestinal ; EICM, événement indésirable cardiovasculaire majeur ; n, nombre ; CPNMI, cancer de la peau non mélanome ; RP, rhumatisme psoriasique ; PA, patients-années ; 1x/j, une fois par jour ; PR, polyarthrite rhumatoïde ; TB, tuberculose ; RCH, rectocolite hémorragique ; UPA, upadacitinib ; TEV, phénomène de thromboembolie veineuse.

*Patients répondeurs aux 8 semaines d'induction par UPA 45 mg 1x/j et inclus selon le protocole pour recevoir 44 ou 52 semaines de traitement d'entretien. †Inclut deux études de phase III ; adultes et adolescents. ‡Inclut six études de phase III ; peut inclure des patients sous traitement concomitant par méthotrexate. §Inclut quatre études de phase III ; peut inclure des patients sous traitement concomitant par méthotrexate. ¶Inclut deux études de phase III. ‖CICM : décès d'origine cardiovasculaire, infarctus du myocarde non fatal ou accident vasculaire cérébral non fatal. #TEV : thrombose veineuse profonde ou embolie pulmonaire

Remarque : les taux d'affection maligne, affection maligne hors CPNM, CPNM, EICM confirmé par le comité d'adjudication et TEV confirmés par le comité d'adjudication sont rapportés sous forme de taux d'incidence ajusté à l'exposition (n/100 PA)

Conclusion : Le profil de tolérance de l'UPA observé dans le traitement d'entretien de la RCH correspond à celui décrit dans les indications autorisées de ce médicament. Le taux de TEV était plus élevé dans la RCH, mais il est établi que le risque sous-jacent de TEV est accru en cas de RCH par rapport à la DA, la PR et au RP. Cette revue n'a pas mis en évidence de nouveaux risques importants.

Remerciements, financements, autres :
AbbVie a financé cette étude et participé à l'élaboration du design de l'étude, à la recherche, à l'analyse, au recueil et à l'interprétation des données, à la révision et à la validation de la publication. Tous les auteurs ont eu accès aux données pertinentes et ont participé à la rédaction, la révision et la validation de cette publication. Les auteurs n'ont pas reçu d'honoraires ni de rétribution. La rédaction médicale a été assurée par Karen Smith, PhD, travaillant pour le compte de 2 the Nth (Cheshire, Royaume-Uni) et a été financée par AbbVie.

P.516

Intérêt de la méta-optimisation de l'ustékinumab dans la maladie de Crohn sévère : l'essai MUST

A. Abdelmoula [(1)], S. Pestour [(1)], T. Chateau [(1)], G. Boschetti [(2)], X. Roblin [(3)], S. Nancey [(2)], N. Mathieu [(1)]

(1) Grenoble ; (2) Lyon ; (3) Saint-Etienne.

Introduction : Les maladies de Crohn (MC) sévères représentent encore en 2023 un véritable challenge thérapeutique. L'ustékinumab, anti Interleukine 12/23 est une biothérapie maintenant bien admise comme seconde ligne après échec des anti TNF. Se pose la question de son intensification d'emblée chez ces MC réfractaires. Nous rapportons l'efficacité à moyen terme de la méta-optimisation d'emblée de l'ustékinumab (MUST) en comparaison à des doses standards (STD) chez des MC sévères en région Rhône-Alpes.

Patients et Méthodes : *MUST est une cohorte rétrospective multicentrique de vraie vie sur dossiers médicaux de MC de janvier 2019 à décembre 2020, difficiles à traiter au sein de 3 centres GETAID évaluant (2/1) deux stratégies thérapeutiques pour l'ustékinumab :
-STD : injection intraveineuse (IV) 6mg/kg puis 90mg sous cutanée (sc) tous les 2 mois.
-MUST : IV 6mg/kg puis d'emblée à 1 mois 90 mg sc puis 90mg tous les mois.
*Une MC sévère était cliniquement définie selon ECCO et par un Harvey Bradshaw Index (HBI) >16, des Patient-Related Outcomes PROs-2 : fréquence des selles (SF) ≥4 et douleur abdominale (AP) ≥2 sur 7 jours (ref) et un marqueur d'inflammation présent (CRP ≥ 5 mg/L et/ou Calprotectine fécale (FCal) ≥ 250 µg/g et/ou des signes activité endoscopiques et /ou radiologiques. Etaient exclus les patients sous combos de biothérapies, les colites indéterminées, ou un suivi de moins de 12 mois.
* Le critère principal de jugement composite était la rémission des PROs-2 : SF≤2·8, AP ≤1 et la rémission biologique : FCal <250 µg/g et/ou CRP <5 mg/L. à S52. Les critères secondaires de jugement à S52 étaient la rémission clinique, la réponse clinique (≥60% d'amélioration de SF ou ≥ 35% de AP), la réponse endoscopique (50% d'amélioration du score SES-CD), ainsi que la rémission sans corticoïdes et l'amélioration clinique de la localisation ano-périnéale (LAP). Les taux d'effets indésirables (EI) et d'événements indésirables sévères (EIS): infection, cancer, hospitalisation et de recours à la chirurgie à S52 étaient également notés.

Résultats : *203 patients MC sévères ont été identifiés, 59 dans le groupe MUST et 144 dans le groupe STD, les caractéristiques démographiques étaient comparables avec une durée d'évolution de 9 ans (IQR 5-14), 66% de femmes, plus d'un tiers de formes L1, 44% de L3. Plus de la moitié étaient de phénotypes compliqués avec 27% de LAP. Tous étaient en échec d'une ligne de biothérapie, 1/3 opérés précédemment.
* A S52, les patients du groupe MUST atteignent le critère principal avec une différence de 15.8% (35.6% *vs* 19.7%, 95% CI 0.21 – 0.94 ; p = 0.029). En terme de rémission clinique, la différence est de 3.7% (95% CI 0.45 - 1.66, p = 0.64). Tous les patients sauf 1du groupe STD étaient sevrés en corticoïdes. L'amélioration endoscopique était similaire dans les deux groupes (61.9% *vs* 61.5%) ; 95 CI0.25 – 3.75 ; p=0.98), tout comme l'amélioration des LAP (26.7% *vs* 33.3% ; p=0.87).
Aucun décès ni aucun cancer n'ont été rapportés. Les effets secondaires n'étaient pas différents dans les 2 groupes (42.4 % *vs* 34.7%, ; p=0.338)

Conclusion : à l'ère du treat-to-target, notre cohorte de vraie vie montre qu'optimiser d'emblée l'ustékinumab sous cutané mensuel permet d'atteindre une cible clinico-biologique majeure dans les MC sévères.

Remerciements, financements, autres :
Références:
Maaser A et al. J Crohns Colitis. 2019 Feb 1;13(2):144-164.
Reinisch w et al. Inflamm Bowel Dis.27(1):106-122.

P.517

L'amélioration précoce des critères endoscopiques induite par le risankizumab est associée à une diminution des taux d'hospitalisation et de chirurgie chez les patients atteints de la maladie de Crohn

L. Peyrin-Biroulet [1], B. Feagan [2], M. Dubinsky [3], J.F. Colombel [3], R. Panaccione [4], S. Schreiber [5], M. Ferrante [6], K. Kamikozuru [7], W.J. Lee [8], J. Griffith [8], K. Kligys [8], J. Kalabic [9], N. Chen [8]

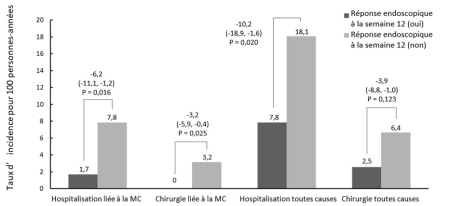
(1) Vandœuvre-lès-Nancy ; (2) London, CANADA ; (3) New York, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (4) Calgary, CANADA ; (5) Kiel, ALLEMAGNE ; (6) Louvain, BELGIQUE ; (7) Nishinomiya, JAPON ; (8) Chicago, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (9) Ludwigshafen, ALLEMAGNE.

Introduction : Le contrôle de l'inflammation endoscopique, illustré par la rémission endoscopique, constitue un objectif thérapeutique important dans la maladie de Crohn (MC) comme mentionné dans les recommandations STRIDE II. Cette étude évaluait le lien entre l'amélioration précoce des critères endoscopiques et les taux d'hospitalisation et de chirurgie à 52 semaines (sem) chez des patients atteints de MC traités par le risankizumab (RZB).

Patients et Méthodes : Cette analyse post-hoc utilise les données de trois études de phase III randomisées, en double aveugle, portant sur l'induction (ADVANCE et MOTIVATE) et l'entretien (FORTIFY), évaluant l'efficacité et la tolérance du RZB chez des patients atteints de MC modérée à sévère. Les patients ayant répondu au traitement d'induction de 12 sem par RZB IV (600 mg ou 1200 mg) dans ADVANCE ou MOTIVATE, puis reçu jusqu'à 52 sem de traitement d'entretien par RZB SC (180 mg ou 360 mg) lors de FORTIFY ont été analysés. Les taux d'incidence (événements/100 personnes-années) des hospitalisations liées à la MC, chirurgies liées à la MC (interventions chirurgicales consécutives à des événements indésirables ou des complications de la MC), hospitalisations toutes causes confondues et chirurgies toutes causes confondues ont été évalués entre le début du traitement d'entretien et la sem 52, puis comparés entre les patients ayant atteint les critères endoscopiques à la fin de l'induction (sem 12) et ceux ne les ayant pas atteint. La réponse endoscopique, la rémission endoscopique et l'endoscopie sans ulcération (absence d'ulcère) étaient définies selon le score endoscopique simplifié pour la MC (SES-CD, Simple Endoscopic Score for CD) (Figure 1-3), calculé de manière centralisée par un examinateur en aveugle.

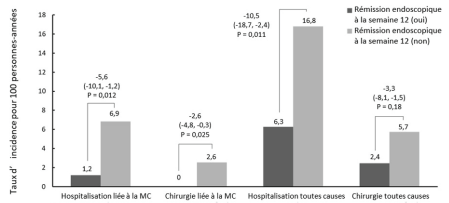
Résultats : Au total, 298 patients ont été inclus dans les analyses. Les patients ayant obtenu une réponse endoscopique (n = 121) à la sem 12 présentaient un taux d'incidence des hospitalisations liées à la MC, chirurgies liées à la MC et hospitalisations toutes causes confondues jusqu'à la sem 52 significativement réduit par rapport à ceux n'ayant pas obtenu de réponse endoscopique (n = 177) à la sem 12 (Figure 1). Par ailleurs, les patients ayant obtenu une rémission endoscopique à la semaine 12 (n=83) présentaient un taux d'incidence significativement réduit d'hospitalisation liée à la MC, de chirurgie liée à la MC et d'hospitalisation toutes causes confondues à la semaine 52, par rapport à ceux n'ayant pas obtenu de rémission endoscopique à la semaine 12 (n=215) (Figure 2). Bien que la différence ne soit pas statistiquement significative, des taux numériquement inférieurs de chirurgie toutes causes confondues ont été observés chez les patients ayant obtenu une rémission endoscopique ou une réponse endoscopique à la sem 12. Des taux significativement inférieurs d'hospitalisation liée à la MC, chirurgie liée à la MC, hospitalisation toutes causes confondues et chirurgie toutes causes confondues ont été observés jusqu'à la sem 52 parmi les patients ayant obtenu une endoscopie sans ulcération (absence d'ulcère) (n =70) par rapport à ceux ne l'ayant pas obtenue (n = 228) à la sem 12 (Figure 3).

Figure 1. Taux d'incidence des hospitalisations et chirurgies entre la semaine 0 (début du traitement d'entretien) et la semaine 52 selon le statut de réponse endoscopique à la semaine 12 (fin de l'induction)



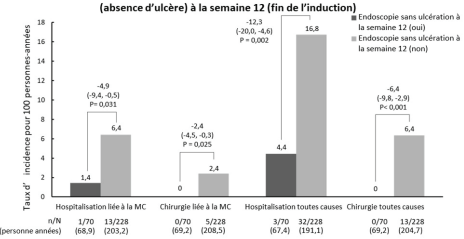
MC, Maladie de Crohn. La réponse endoscopique était définie comme une diminution du score SES-CD (*Simple Endoscopic Score for CD*) > 50 % par rapport à l'inclusion (INC) dans l'étude d'induction (ou en cas d'atteinte iléale isolée et de SES-CD de 4 à l'INC dans l'étude d'induction, une diminution d'au moins 2 points par rapport à l'INC dans l'étude d'induction). La valeur P est calculée par approximation normale de la loi de Poisson.

Figure 2. Taux d'incidence des hospitalisations et chirurgies entre la semaine 0 (début du traitement d'entretien) et la semaine 52 selon le statut de rémission endoscopique à la semaine 12 (fin de l'induction)



MC, Maladie de Crohn. La réponse endoscopique était définie par un SES-CD (*Simple Endoscopic Score for CD*) ≤ 4 et une diminution d'au moins 2 points par rapport à l'inclusion dans l'étude d'induction, et aucun sous-score supérieur à 1 pour les variables individuelles. La valeur P est calculée par approximation normale de la loi de Poisson.

Figure 3. Taux d'incidence des hospitalisations et chirurgies entre la semaine 0 (début du traitement d'entretien) et la semaine 52 selon le statut d'endoscopie sans ulcération (absence d'ulcère) à la semaine 12 (fin de l'induction)



MC, Maladie de Crohn. L'endoscopie sans ulcération (absence d'ulcères) était définie par un sous-score du SES-CD (*Simple Endoscopic Score for CD*) évaluant la surface ulcérée de 0 chez les patients dont le sous-score était ≥ 1 à l'inclusion dans l'étude d'induction. La valeur P est calculée par approximation normale de la loi de Poisson.

Conclusion : L'amélioration précoce des critères endoscopiques dès la sem 12 est associée à une diminution significative des hospitalisations et interventions chirurgicales au cours des 52 semaines chez les patients recevant de traitement par RZB.

Remerciements, financements, autres :
Financement : ce projet/cette étude a été financé(e) par AbbVie Inc, qui a contribué à la conception du design de l'étude, à la recherche, à la collecte, l'analyse et l'interprétation des données, à la rédaction, à la révision et à l'approbation de la publication. Tous les auteurs ont eu accès aux données pertinentes et ont participé à la rédaction, la révision et la validation de ce poster. Les auteurs n'ont pas reçu d'honoraires ni de rétribution.
Remerciements : les services de rédaction médicale ont été assurés par Sarah Hodgkinson de Fishawack Health, et financés par AbbVie.

P.518

Infliximab et védolizumab dans les maladies inflammatoires chroniques intestinales : étude de l'acceptation du switch de la forme intra-veineuse vers la forme sous-cutanée

C. Remy [(1)], B. Caron [(1)], C. Gouynou [(1)], V. Haghnejad [(1)], E. Jeanbert [(1)], P. Netter [(1)], L. Peyrin-Biroulet [(2)]

(1) Nancy ; (2) Vandœuvre-lès-Nancy.

Introduction : L'infliximab, anti-TNFα, et le vedolizumab, anti-intégrine α4β7, sont des traitements indiqués pour le traitement de la rectocolite hémorragique ou de la maladie de Crohn modérée à sévère, en dépit d'un traitement par corticoïdes et par immunosuppresseurs, ou chez lesquels ces traitements sont mal tolérés ou contre-indiqués. L'infliximab et le vedolizumab n'étaient jusqu'à présent disponibles que sous forme intra-veineuse (IV), réservée à l'usage hospitalier. Depuis 2021, ces traitements sont disponibles par voie sous-cutanée (SC), permettant une administration à domicile. L'objectif de cette étude était de définir le taux d'acceptation d'un switch de la forme IV vers la forme SC d'un traitement par infliximab ou vedolizumab chez les patients atteints de MICI, ainsi que les facteurs associés au refus du switch vers la forme SC.

Patients et Méthodes : Il s'agissait d'une étude prospective observationnelle. De juin 2021 à mars 2022, tous les patients adultes traités par infliximab ou vedolizumab IV depuis au moins 6 mois pour une maladie de Crohn ou une rectocolite hémorragique, en rémission clinique, ont été inclus. Il leur était proposé un switch de leur traitement IV vers la forme SC à la posologie de 120 mg toutes les 2 semaines pour l'infliximab, et 108 mg toutes les 2 semaines pour le vedolizumab. En cas de refus du switch, il leur était demandé la raison du refus. Les facteurs associés au refus du switch vers la forme SC ont été analysés.

Résultats : Cent trente patients ont été inclus dans cette étude. Deux tiers des patients étaient suivis pour une maladie de Crohn (66,2 %), et 33,8 % pour une rectocolite hémorragique. A l'inclusion, trente-six patients (27,7 %) étaient traités par vedolizumab et 94 patients (72,7 %) par infliximab. La durée médiane de traitement à l'inclusion était de 7 ans [3,0 - 11,0]. Au total, 58,5 % étaient traités par infliximab ou vedolizumab IV à posologie optimisée. Dans cette cohorte, 77,7% des patients ont accepté le passage de l'infliximab ou du vedolizumab IV à la forme SC. Les principales causes de refus du switch étaient la crainte d'une perte d'efficacité (34,5 %), un impact négatif sur le suivi médical (34,5 %), l'auto-injection (13,8 %) et la fréquence d'administration (10,3 %). En analyse multivariée, une plus faible durée de traitement IV était associée à un taux élevé d'acceptation du switch (Odd Ratio (OR) [Intervalle de Confiance (IC) 95 %] = 0,9 [0,8-0,9] ; p=0,0002).

Conclusion : Dans cette étude, plus de deux tiers des patients inclus ont accepté un switch de leur traitement par infliximab ou vedolizumab IV vers la forme SC. Une faible durée de traitement IV était associée à une meilleure acceptabilité du switch. Au vu des causes de refus, il parait nécessaire de rassurer les patients sur les données d'efficacité de ces formes SC et de les accompagner au cours de ce switch notamment pour la réalisation de la première injection SC.

P.519

Modélisation de la trajectoire pour identifier les différents types de réponse individuelle au traitement : une analyse post-hoc de l'étude SELECTION

L. Peyrin-Biroulet [(1)], S. Schreiber [(2)], T. Hibi [(3)], L. Dron [(4)], S. Liu [(4)], C. Andersen [(5)], A. Oortwijn [(6)], B. Feagan [(7)]

(1) Vandœuvre-lès-Nancy ; (2) Kiel, ALLEMAGNE ;
(3) Tokyo, JAPON ; (4) Vancouver, CANADA ;
(5) Malines, BELGIQUE ; (6) Leyde, PAYS-BAS ;
(7) London, CANADA.

Introduction : La réponse individuelle à tout traitement varie, selon les patients, entre des bénéfices rapides et durables pour certains, et un échec thérapeutique pour d'autres. Les critères d'évaluation de référence ont une valeur limitée pour évaluer le bénéfice thérapeutique pendant le déroulement de l'étude. Les modèles de trajectoire permettent d'identifier des groupes d'individus présentant différents niveaux de bénéfice thérapeutique afin de mieux cibler le traitement. Dans l'étude SELECTION, l'inhibiteur préférentiel de JAK1, filgotinib (FIL) 200 mg, administré par voie orale une fois par jour chez des patients atteints de rectocolite hémorragique (RCH), a permis d'induire et de maintenir une rémission clinique comparé au placebo (PBO).(1) Nous avons utilisé le score Mayo Clinic partiel (pMCS) tout au long de l'étude SELECTION pour identifier les trajectoires de groupes des patients recevant le FIL.

Patients et Méthodes : L'étude de phase IIb/III SELECTION, randomisée, en double aveugle et *versus* placebo (NCT02914522), divisée en deux phases d'induction et une phase d'entretien, a été réalisée chez des patients adultes (18-75 ans) atteints de RCH active modérée à sévère. Les patients ont été randomisés selon le ratio 2:2:1 pour recevoir FIL200, FIL100 ou le PBO une fois par jour pendant 11 semaines (induction). Les répondeurs au FIL ont ensuite été re-randomisés pour poursuivre leur phase d'induction avec la même dose de FIL, ou pour recevoir le PBO. Nous avons regroupé les patients traités par FIL tout au long de l'étude dans différentes trajectoires basées sur le score pMCS. Les patients re-randomisés pour recevoir le PBO, ou qui ne sont pas passés dans la phase de maintenance, ont été exclus. Les résultats ont été estimés par la méthode GBTM (Group-Based Trajectory Modelling), une forme de modèle de mélange fini. La modélisation GBTM a été réalisée par l'estimation du maximum de vraisemblance à l'aide de l'algorithme attente-maximisation, et le modèle optimal en termes de nombre de groupes et d'ajustement polynomial a été sélectionné en utilisant le critère d'information bayésien minimum. Pour les patients ayant interrompu le traitement, la méthode d'imputation de la projection de la dernière observation (LOCF) a été utilisée. Les caractéristiques à l'inclusion des patients et d'autres variables ont été comparées entre les groupes identifiés par le modèle.

Résultats : Cinq types de réponse au traitement ont été identifiés. Bien qu'une réponse du score pMCS était présente dans tous les groupes à la semaine 10 en raison de la re-randomisation, à la semaine 58, 5 trajectoires distinctes ont été identifiées : rebond tardif (groupe 1 ; n=50), rebond rapide (groupe 2 ; n=74), amélioration progressive (groupe 3 ; n=46), amélioration rapide et prolongée (groupe 4 ; n=98), et amélioration tardive et prolongée (groupe 5 ; n=113). Les caractéristiques des patients sont présentées dans le Tableau 1. La proportion de patients naïfs aux traitements biologiques était plus élevée dans les groupes ayant obtenu une amélioration rapide et prolongée, ou tardive et prolongée (groupes 4 et 5 ; 70 % et 59 %, respectivement) que dans les autres groupes. Par ailleurs, la proportion de patients présentant des sous-scores endoscopiques et de fréquence des selles faibles à l'inclusion était plus élevée dans les groupes plus performants que les groupes ayant obtenu un rebond tardif ou rapide (groupes 1 et 2) (Tableau 1). Les groupes 4 et 5 présentaient également des proportions élevées de patients ayant obtenu une réduction de plus de 50 % du taux de calprotectine fécale entre l'inclusion et la semaine 10 (91 % et 75 %, respectivement).

Tableau 1. Caractéristiques des patients par groupe

Caractéristiques	Groupe 1 n = 50	Groupe 2 n = 74	Groupe 3 n = 46	Groupe 4 n = 98	Groupe 5 n = 113
Sexe, féminin, n (%)	19 (38 %)	29 (39 %)	25 (54 %)	52 (53 %)	60 (53 %)
Antécédents de traitements biologiques, n (%)	29 (58 %)	26 (35 %)	25 (54 %)	69 (70 %)	67 (59 %)
0	8 (16 %)	15 (20 %)	9 (20 %)	15 (15 %)	21 (19 %)
1	5 (10 %)	17 (23 %)	9 (20 %)	8 (8.2 %)	14 (21 %)
2	8 (16 %)	16 (22 %)	3 (6.5 %)	6 (6.1 %)	11 (9.7 %)
≥3					
Antécédents de vedolizumab, n (%)	9 (18 %)	28 (38 %)	11 (24 %)	11 (11 %)	22 (19 %)
Antécédents d'anti-TNF, n (%)	21 (42 %)	45 (61 %)	20 (43 %)	26 (27 %)	40 (35 %)
Modification >50% du taux de calprotectine fécale entre l'inclusion et la semaine 10, n (%)	34 (68 %)	48 (67 %)	40 (87 %)	87 (91 %)	83 (75 %)
Sous-score de la fréquence des selles à l'inclusion, n (%)	7 (14 %)	4 (5.4 %)	0 (0 %)	15 (15 %)	16 (14 %)
1	21 (42 %)	24 (32 %)	14 (30 %)	54 (55 %)	43 (38 %)
2	22 (44 %)	46 (62 %)	32 (70 %)	29 (30 %)	54 (48 %)
3					
Sous-score endoscopique à l'inclusion, n (%)	18 (36 %)	22 (30 %)	7 (15 %)	47 (48 %)	49 (43 %)
2	32 (64 %)	52 (70 %)	39 (85 %)	51 (52 %)	64 (57 %)
3					
Score IBDQ total à l'inclusion, médiane (intervalle interquartile)	132 (106–151)	108 (84–134)	117 (90–135)	125 (96–144)	114 (89–134)

IBDQ, Questionnaire sur les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin ; TNF, Tumour Necrosis Factor.

Conclusion : Cette étude a permis d'identifier cinq trajectoires uniques avec différents niveaux de bénéfice individuel. À la semaine 58, l'amélioration prolongée était plus fréquente chez les femmes, les patients naïfs de tout traitement biologique, ceux avec une activité inflammatoire endoscopique plus faible et une réponse plus importante du taux de calprotectine fécale à la semaine 10. Des études ultérieures devront effectuer une analyse longitudinale de facteurs spécifiques, tels que des biomarqueurs, susceptibles de pouvoir prédire les trajectoires individuelles au début du traitement.

Remerciements, financements, autres : Le promoteur de l'étude SELECTION était Gilead Sciences Inc. Galapagos NV a collaboré à l'étude SELECTION et a financé cette analyse. Une aide à la rédaction de ce résumé a été fournie par Eleni Tente, PhD, de PharmaGenesis London, Londres, Royaume-Uni, et financée par Galapagos NV (Malines, Belgique).

P.520

Fermeture des fistules péri-anales chez les patients recevant un traitement par ustékinumab : résultats des études SEAVUE et STARDUST

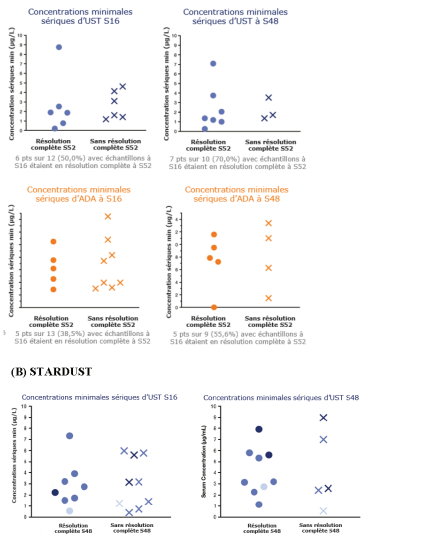
L. Peyrin-Biroulet [1], R. Panaccione [2], C. Gasink [3], J. Izanec [3], T. Ma [3], M. Nazar [4], I. Bravatà [5], M. Lahaye [6], P. Irving [7], E.J. Loftus [8], S. Danese [5], B. Sands [9], T. Hoops [3]

(1) Vandœuvre-lès-Nancy ; (2) Calgary, CANADA ; (3) Horsham, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (4) Varsovie, POLOGNE ; (5) Milan, ITALIE ; (6) Bréda, PAYS-BAS ; (7) Londres, ANGLETERRE ; (8) Rochester, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (9) New York, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE.

Introduction : Les fistules périanales sont courantes et entraînent une baisse significative de la qualité de vie chez les patients (pts) atteints de la maladie de Crohn (MC). Dans les essais de phase 2/3, l'UST a montré des signes d'efficacité sur la fermeture des fistules sans relation dose-réponse. D'autres étudessont nécessaires pour évaluer le rôle de l'UST dans le traitement des fistules. Nous rapportons ici les données sur les fistules des études SEAVUE et STARDUST

Patients et Méthodes : Dans SEAVUE, les pts bionaïfs ayant une MC modérée à sévère étaient randomisés pour recevoir en aveugle UST (~6mg/kg IV, 90mg SC Q8) ou ADA (160/80mg SC S0/S2, 40mg SC Q2). Dans STARDUST, les pts bionaïfs et en échec de biologique avec une MC modérée à sévère ont reçu en ouvert UST ~6mg/kg IV à S0 puis UST 90mg SC à S8. A S16, ils étaient randomisés en traitement de maintenance standard (90mg SC q12w or q8w) ou treat-to-target (90mg SC Q12 ou Q8 avec potentiel ajustement en Q4). Dans les deux études, le nombre de fistules ouvertes ou drainantes a été évalué à l'inclusion et à la fin de la maintenance (SEAVUE W52, STARDUST W48). La RC (RC)des fistules était définie comme la fermeture de toutes les fistules. Les pts ayant des données manquantes à W52/W48 étaient considérés comme des échecs. Dans SEAVUE, Les pts ayant eu une chirurgie liée à la MC interdite par le protocole, un changement traitement concomitant ou ayant arrêté le traitement pour manque d'efficacité ou pour évènement indésirable de type aggravation de la maladie avant S52 étaient considérés comme des échecs.

Figure Concentrations sériques à S16 ou à la fin de la maintenance pour UST et ADA dans SEAVUE (A) et pour UST dans STARDUST (B) parmi les patients en RC des fistules à S52/48 et ayant des échantillons disponibles pour l'analyse pharmacocinétique



Résultats : Dans SEAVUE, 7/13 pts (53.8%) avec des fistules actives l'inclusion dans les groupe UST avaient une RC des fistules à S52, et 6/16 pts (37.5%) dans les groupe ADA. Dans STARDUST, 9/19 pts (47.4%) avec des fistules actives l'inclusion avaient une RC des fistules à S48. Sur les 9 pts en RC, 2 étaient sous UST Q12 à S48, 6 en Q8, et 1 en Q4. Sur les 10 sans RC, 2 recevaient l'UST Q12 à S48, 3 en Q8, 1 en Q4 et 4 ont arrêté l'UST avant S48. Dans les deux études, parmi les patients ayant des échantillons pour analyse PK, la fermeture des fistules n'était pas associée avec des concentrations sériques d'UST plus élevées à S16 ou à la fin de la maintenance (Fig). Ce résultat est en adéquation pour l'UST dans les deux études ainsi que pour l'ADA dans SEAVUE.

Conclusion : Chez les pts avec des fistules périanales dans SEAVUE et STARDUST recevant de l'UST (32 pts au total), la moitié étaient en RC après ~1 an de maintenance. Aucune relation n'a été observée entre la RC et les concentrations sériques d'UST, cependant aucune conclusion ne peut être tirée en raison du faible nombre de patients.

P.521

Les taux de risankizumab sont significativement corrélés et prédictifs d'une rémission des biomarqueurs dans la maladie de Crohn

X. Roblin [1], L. Merle [1], A.E. Berger [1], M. Barrau [1], L. Waeckel [1], S. Paul [1]

(1) Saint-Etienne.

Introduction : Le Risankizumab (RZB) est un anti IL-23 bloquant la sous unité P19 dont l'essai de Phase 3 récent a montré son efficacité dans la MC. Une utilisation compassionnelle a été possible depuis le mois de Juin 2022. Le but de ce travail a été de rechercher si les taux de RZK étaient corrélés à une rémission basée sur les biomarqueurs.

Matériels et Méthodes : Tout patient sous RZB (utilisation compassionnelle ou étude de phase 3 en ouvert) était éligible dans l'étude. Les patients étaient tous traités par un schéma de RZB (600mg S0, S4 et S8) puis 360 mg/sc toutes les 8 semaines dès S12. Les patients ayant eu d'autres schémas posologiques étaient exclus. Avant chaque perfusion ou injection SC, étaient dosés la calprotectine fécale, CRP et Taux de RZB. Les dosages étaient faits en aveugle des données cliniques et des biomarqueurs. Une rémission des biomarqueurs était définie lorsque les taux de calprotectine fécale étaient inférieurs à 250 µg/ml et avec une CRP < 5 mg/l.

Résultats : 25 patients (Age moyen : 42 ans, sex ratio H/F : 1,3) avec 72 prélèvements de RZB entretien (360mg/sc toutes les 8S) étaient éligibles. Dans 37 cas, les prélèvements de RZB étaient pratiqués alors qu'il existait une rémission des biomarqueurs. Les taux moyens de RZB étaient significativement plus élevés en cas de rémission des biomarqueurs qu'en leur absence (13,8 *versus* 2,6 µg/ml ; p=0,003). A S4, 15 patients ont eu des dosages de RZB et ont été suivis au moins 6 mois. Sept étaient en rémission des biomarqueurs aux dernières nouvelles du suivi. Les taux de RZB à S4 étaient significativement plus élevés chez ces patients que chez les patients non en rémission des biomarqueurs dans le suivi (27,7µg/ml *versus* 7,9µg/ml ; p=0,05).

Figure 1

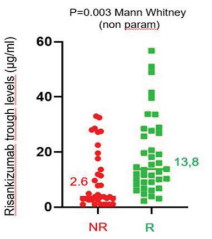
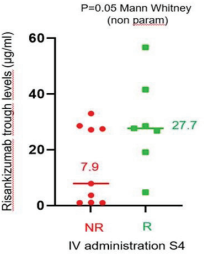


Figure 2



Conclusion : les taux de RZB sont significativement plus élevés en cas de rémission des biomarqueurs dans la MC. Dès S4, ces taux sont significativement plus élevés chez les patients en rémission des biomarqueurs lors du traitement d'entretien.

P.522

Prédicteurs de la réponse au filgotinib dans la rectocolite hémorragique : analyse post-hoc de l'étude SELECTION

L. Peyrin-Biroulet [1], B. Feagan [2], E. Louis [3], V. Taliadouros [4], F.O. Le Brun [5], A. Oortwijn [4], A. De Haas [4], T. Hisamatsu [6]

(1) Vandœuvre-lès-Nancy ; (2) London, CANADA ; (3) Liège, BELGIQUE ; (4) Leyde, PAYS-BAS ; (5) Bâle, SUISSE ; (6) Tokyo, JAPON.

Introduction : Le filgotinib (FIL) est un inhibiteur préférentiel de JAK1, administré par voie orale une fois par jour et autorisé pour le traitement de la rectocolite hémorragique (RCH). Dans l'étude SELECTION, FIL 200 mg (FIL200) a permis d'induire et de maintenir une rémission clinique par rapport au placebo (PBO).(1)

Patients et Méthodes : Nous avons cherché à identifier les facteurs cliniques et démographiques associés à une probabilité accrue d'obtenir une réponse pour le score Mayo Clinic (MCS) et/ou une rémission clinique après un traitement d'induction et d'entretien par FIL 200 mg (FIL200), FIL 100 mg (FIL100), ou placebo (PBO). L'étude SELECTION de phase IIb/III, randomisée, en double aveugle et *versus* PBO (NCT02914522), menée chez des patients atteints de RCH active modérée à sévère, était divisée en deux phases d'induction (patients naïfs ou avec des antécédents de traitements biologiques) et une phase d'entretien.(1) Les répondeurs à l'induction (définition dans le Tableau 1) avec FIL200 ou FIL100 ont ensuite été re-randomisés pour soit poursuivre leur dose de FIL, soit recevoir le PBO. Ces analyses post hoc ont été réalisées à l'aide de modèles de régression logistique univariés et multivariés pour identifier les facteurs (Tableau 1) associés à une réponse MCS et/ou une rémission clinique à la fin de la phase d'induction (Semaine 10), et à une rémission clinique à la fin de la phase d'entretien (Semaine 58). Les facteurs associés (p≤0,05) à une réponse MCS et/ou à une rémission clinique dans l'analyse univariée ont été inclus dans l'analyse multivariée.

Résultats : L'analyse multivariée de FIL200 a montré que seuls le sexe, le statut naïf aux traitements biologiques, un taux de protéine C réactive (CRP) plus faible à l'inclusion, ainsi que des scores SR (saignements rectaux) = 0 et FS (fréquence des selles) ≤1 au Jour 7, étaient associés à une réponse MCS /rémission à la Semaine 10 (Tableau 1). Le sexe, le statut naïf aux traitements biologiques, SR=0 et FS≤1 au Jour 7 étaient également associés à une réponse MCS/ rémission dans les groupes FIL100 et PBO. Une proportion plus élevée de patients traités par FIL200 *vs* PBO présentait un SR=0 avec FS≤1 au Jour 7 (57/486 [11,7%] *vs* 15/267 [5,6%]). Le tabagisme actif et le statut naïf aux traitements biologiques étaient associés à une rémission clinique à la Semaine 58 dans tous les groupes de traitement, tandis qu'un score FS≤1 (mais pas SR=0) à la Semaine 10 était associé à une rémission clinique à la Semaine 58 uniquement chez les patients recevant FIL200. Un sous-score endoscopique ≤1 à la Semaine 10 était fortement associé à une rémission clinique à la Semaine 58 dans le modèle univarié, mais sans atteindre les critères d'un facteur indépendant dans le modèle multivarié.

Tableau 1. Facteurs identifiés dans l'analyse multivariée comme étant significativement associés à la réponse clinique et/ou la rémission aux Semaines 10 et 58 chez les patients traités par FIL 200

	Variable	n/N (%)*	Odds ratio	Intervalle de confiance à 95 %	Valeur de *p*
Réponse et/ou rémission MCS à la Semaine 10	Sexe Masculin vs féminin	143/271 (52,8) vs 159/236 (67,4)	0,56	0,38 à 0,82	0,0030
	CRP à l'inclusion (mg/L) Continu	–	0,99	0,97 à 1,00	0,0319
	SR=0 et FS ≤1 au Jour 7 Oui vs non	44/57 (77,2) vs 244/429 (56,9)	2,27	1,17 à 4,41	0,0150
	Naïf de traitements biologiques Oui vs non	165/248 (66,5) vs 137/259 (52,9)	1,51	1,02 à 2,22	0,0378
Rémission clinique à la Semaine 58	Tabagisme Actif vs jamais fumé	9/13 (69,2) vs 52/134 (38,8)	6,73	1,41 à 32,23	0,0170
	FS ≤1 à la Semaine 10 Oui vs non	70/170 (41,2) vs 4/29 (13,8)	4,51	1,28 à 15,89	0,0192
	Naïf de traitements biologiques Oui vs non	52/108 (48,1) vs 22/91 (24,2)	2,07	1,06 à 4,07	0,0344

Facteurs analysés à l'inclusion dans le modèle univarié : âge, sexe, indice de masse corporelle, tabagisme, antécédents de pancréatite, ancienneté du diagnostic, calprotectine fécale, CRP, MCS et ses sous-scores individuels, RHI, statut naïf aux traitements biologiques, et utilisation concomitante de corticoïdes par voie orale, Immunomodulateurs ou aminosalicylés.
Facteurs analysés au Jour 7 dans le modèle univarié : SR et FS.
Facteurs analysés à la Semaine 10 dans le modèle univarié : calprotectine fécale, CRP, rémission histologique selon Geboes, RHI, rémission clinique, MCS et ses sous-scores individuels, statut naïf aux traitements biologiques, et utilisation concomitante de corticoïdes oraux, Immunomodulateurs ou aminosalicylés.
Répondeurs à l'induction = patients avec une réponse MCS ou une rémission clinique à la Semaine 10
Réponse MCS = réduction de ≥3 points du score MCS et ≥30% par rapport à l'inclusion de la phase d'induction avec une diminution du score SR ≥1, ou un score FS absolu ≤1.
Rémission MCS = MCS ≤2 et aucun sous-score >1.
Rémission clinique = sous-score endoscopique ≤1, SR = 0 et réduction ≥1 point du score FS par rapport à l'inclusion de la phase d'induction pour avoir un sous-score ≤1.
*Nombre/pourcentage de répondeurs dans chaque catégorie ; †les valeurs de p sont nominales.
CRP, protéine C réactive ; FIL200, filgotinib 200 mg ; MCS, Mayo Clinic Score ; SR, sous-score des saignements rectaux ; RHI, indice histologique de Robarts ; SF, sous-score de la fréquence des selles.

Conclusion : Ces résultats suggèrent qu'un faible fardeau de la maladie, mesuré par le taux de CRP, ainsi qu'un effet rapide du traitement, mesuré par les scores SR et FS au Jour 7, étaient de bons facteurs prédictifs d'une réponse et d'une rémission à la Semaine 10. Hormis le score FS à la Semaine 10, aucun facteur prédictif fort n'a été identifié pour la rémission clinique à la Semaine 58. Les associations avec le sexe, le tabagisme actif et le statut naïf aux traitements biologiques étant similaires dans tous les groupes de traitement, il est probable que ces facteurs soient liés à la maladie. La similitude des critères autorisant le passage à la phase d'entretien avec ceux de la rémission clinique pourrait constituer une limitation potentielle de notre modèle.

Remerciements, financements, autres : Le promoteur de l'étude SELECTION était Gilead Sciences Inc. Galapagos NV a collaboré à l'étude SELECTION et a financé cette analyse. Une aide à la rédaction de ce résumé a été fournie par Freyja McClenahan, PhD, de PharmaGenesis London, Londres, Royaume-Uni, et financée par Galapagos NV (Malines, Belgique).

P.523

La prise des inhibiteurs de la pompe à protons a un rôle péjoratif sur l'évolution des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI) et notamment de la maladie de Crohn

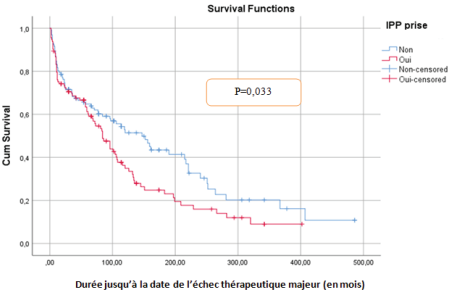
M. Barrau [(1)], G. Duru [(2)], L. Bastide [(1)], A.S. Peaucelle [(1)], Q. Tournier [(1)], P. Veyrard [(1)], N. Williet [(1)], J.M. Phelip [(1)], S. Paul [(1)], X. Roblin [(1)]
(1) Saint-Etienne ; (2) Lyon.

Introduction : L'impact de la prise des inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) sur l'évolution des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI) reste débattu avec peu d'études publiées à ce jour. L'objectif de cette étude était d'analyser l'influence de la prise des IPP sur l'évolution des MICI.

Patients et Méthodes : Il s'agissait d'une étude monocentrique, rétrospective avec une base de données prospective. Les patients inclus étaient âgés de plus de 18 ans, porteurs de MICI selon les critères internationaux et suivis dans notre hôpital de jour sur une période de 4 mois de mai à août 2022. L'exposition aux IPP était définie par une exposition sur la période de suivi ou antérieure à partir de l'année 2000, à condition que la prise d'IPP concerne une durée cumulée de plus de sept jours. L'analyse principale recherchait un lien entre la prise d'IPP et la survenue d'un échec thérapeutique majeur défini par le recours à un geste chirurgical pour la MICI ou à une hospitalisation liée à une poussée de la MICI ou à l'utilisation de plus de quatre biothérapies (critère composite).

Résultats : Parmi les 281 patients identifiés, 244 patients étaient éligibles pour l'analyse du critère de jugement principal (152 porteurs d'une maladie de Crohn, âge moyen 45 ans, sex ratio : 1/1). 113 (46%) patients avaient déjà été exposés à un IPP. Les patients exposés aux IPP étaient significativement plus âgés (p=0.013), plus souvent des femmes (p=0.029), avec un tabagisme actif plus fréquent (p=0.001). Au total 152 patients ont présenté un échec thérapeutique majeur (62%). En analyse univariée, la prise d'IPP augmentait le risque d'échecs thérapeutiques majeurs (OR = 1.846 ; 95% CI (1.087-3.135) ; p 0.023). En analyse multivariée (Tableau 1), l'usage d'IPP restait un facteur indépendant associé à une évolution défavorable de la maladie (0R = 1.920; 95% CI (1.084-3.403) ; p0.025). En analyse séparée par type de MICI, cela restait statistiquement significatif pour la maladie de Crohn (OR = 3.190 ; 95% CI (1.412-7.206) ; p 0.005) mais pas pour la rectocolite hémorragique (OR = 0.981 ; 95% CI (0.384-2.504) ; p0.968). La survie globale sans échec thérapeutique majeur (Figure 1) était significativement meilleure chez les patients sans IPP par rapport aux patients avec IPP, respectivement de 175 mois et 119 mois, p = 0.033 (Log-Rank). En analyse de sous groupe chez les patients traités par infliximab, la prise d'IPP n'était pas associée à un risque d'immunogénicité (0R = 1.071; 95% CI (0.515-2.226) ; p0.854).

	Univariate analysis			Multivariate analysis		
	OR	95% CI	p	OR	95% CI	p
Exposition IPP						
Oui *vs* non	1.85	(1.09-3.13)	**0.023**	1.92	(1.08-3.40)	**0.025**
Sexe						
Homme *vs* femme	0.93	(0.57-1.57)	0.79	1.28	(0.73-2.23)	0.39
Age aux dernières nouvelles						
≥ 45 ans *vs* <45ans	0.76	(0.45-1.27)	0.29	-	-	-
Age au diagnostic						
≥ 40 ans *vs* <40ans	0.56	(0.32-0.97)	**0.037**	0.63	(0.34-1.14)	0.12
Durée evolution de MICI						
<10ans *vs* ≥ 10 ans	0.34	(0.19-0.58)	**0.001**	0.37	(0.21-0.64)	**0.001**
Tabagisme actif, sevré <2ans						
Non *vs* oui	0.62	(0.34-1.12)	0.12	-	-	-
Appendicectomie						
Oui *vs* non	1.64	(0.79-3.40)	0.18	-	-	-
Problème d'observance						
Oui *vs* non	3.49	(0.99-12.3)	**0.052**	3.10	(0.83-11.5)	0.09
Exposition IS						
Oui *vs* non	1.29	(0.67-2.46)	0.45	-	-	-



Conclusion : Cette étude démontre l'impact péjoratif des IPP sur l'évolution des MICI, notamment de la maladie de Crohn. L'usage de ces molécules doit être discuté au cas par cas dans notre prise en charge thérapeutique .

P.524

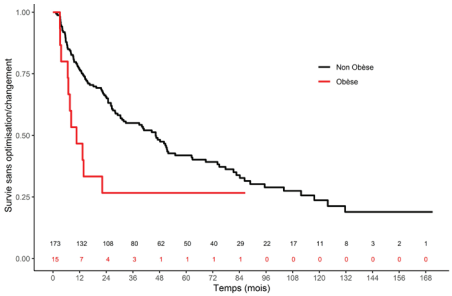
Impact négatif d'un indice de masse corporelle élevé sur l'efficacité des agents anti-TNF chez les patients atteints de maladie inflammatoire chronique intestinale

F. Hamoir [(1)], F. de Leuze [(1)], M.A. Denis [(1)], B. de Vroey [(1)], N. de Suray [(1)], G. Burnet [(1)], H. Piessevaux [(1)], O. Dewit [(1)]
(1) Bruxelles, BELGIQUE.

Introduction : Les agents anti-TNFα constituent une thérapie de choix dans le traitement d' induction et de maintenance des maladies inflammatoires chroniques intestinales (MICI). Malheureusement, leur efficacité varie. Certains patients atteints de MICI se révèlent non répondeurs primaires et un grand nombre vont expérimenter une perte de réponse secondaire. Or nous ne disposons pas de bons facteurs prédictifs de leur efficacité chez un individu donné. L'obésité, dont la prévalence est mondialement en hausse, est de plus en plus rencontrée au sein de la population MICI. Certaines études suggèrent une association entre l'obésité et une moins bonne réponse au traitement anti-TNFα chez les patients atteints de MICI, avec cependant des résultats contradictoires.
Le but de notre étude est d'évaluer l'impact de l'IMC (indice de masse corporelle) des patients sur l'efficacité des agents anti-TNFα chez les patients atteints de MICI et de comparer s'il existe une différence de cet impact selon le mode d'administration du médicament (intraveineux (IV) *vs* sous-cutané (SC)) et le type de MICI (maladie de Crohn (MC) *vs* RCUH).

Patients et Méthodes : Nous avons collecté rétrospectivement les données de 188 patients atteints de MICI, âgés de plus de 18 ans, traités par un premier agent anti-TNFα. Ce traitement devait être débuté exclusivement dans notre centre entre janvier 2002 et décembre 2020 afin d'éviter les données manquantes. Une absence de réponse ou une perte de réponse au traitement anti-TNFα a été définie par la nécessité : d'optimiser ou de changer le traitement ou par l'instauration d'un traitement intercurrent (corticothérapie, hospitalisation ou chirurgie). La fréquence de l'évènement et le délai avant sa survenue ont été analysés et comparés selon l'IMC à l'aide de modèles de régression logistique uni- et multivariés avec utilisation de courbes de survie (Kaplan-Meier), représentées par catégories d'IMC (<18.5 ; 18.5-25 ; 25-30 et obésité ≥ 30 kg/m²).

Résultats : Dans cette cohorte de 188 patients (143 MC, 43 UC, 2 Colites Indéterminées), 8% étaient obèses. Nous avons observé que plus l'IMC du patient était élevé, plus il y avait un risque d'optimisation ou de changement de ligne plus précoce (HR=1.043, p=0.045). L'association était d'autant plus forte pour les patients obèses (HR=2.13, p=0.018). Les analyses multivariées ont confirmé cette association. De plus, après ajustement pour le type de MICI (MC *vs* RCUH) ainsi que pour le mode d'administration de l'anti-TNFα (IV *vs* SC), l'association avec l'obésité persistait, et ce quel que soit le type de MICI ou le mode d'administration de l'anti-TNFα.



Conclusion : Cette étude confirme une association entre un IMC plus élevé – plus spécifiquement l'obésité – et une perte d'efficacité plus précoce d'un premier traitement par anti-TNFa, quel que soit le type de MICI ou le mode d'administration de l'agent anti-TNFa. Cette observation confirme le besoin d'une prise en charge spécifique du patient obèse atteint de MICI. Des études prospectives sur de plus grandes cohortes avec analyse des concentrations plasmatiques des anti-TNFa sont nécessaires afin d'obtenir une meilleure compréhension des mécanismes impliqués dans la réponse au traitement anti-TNFa chez les patients MICI et obèses.

P.525

Le développement d'anticorps anti-ustékinumab est un facteur indépendant de perte de réponse à la molécule dans les MICI

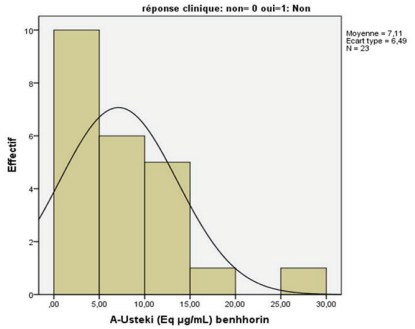
X. Roblin [1], M. Barrau [1], G. Duru [2], L. Bastide [1], A.S. Peaucelle [1], P. Veyrard [1], Q. Tournier [1], J.M. Phelip [1], A.E. Berger [1], G. Boschetti [2], S. Nancey [2], S. Paul [1]

(1) Saint-Etienne ; (2) Lyon.

Introduction : La recherche d'Ac chez les patients sous UST n'est pas recommandée en pratique clinique courante, le risque immunogène étant catalogué de rare. Le but de notre étude a été en utilisant une technique drug tolerant de rechercher le taux d'Ac anti UST et d'analyser si la présence de ces Ac était associée à une perte de réponse à l'UST.

Matériels et Méthodes : Il s'agissait d'une étude bicentrique rétrospective de deux centres d'expertise ayant des protocoles thérapeutiques comparables et ayant une base de données prospective (CNIL). Les patients inclus étaient des patients porteurs de MICI modérées à sévères, suivis dans nos deux services pendant au moins deux ans après la mise sous UST. Les patients étaient inclus s'ils avaient au moins un dosage d'UST et Ac anti UST centralisé. La perte de réponse était définie par un score CDAI > 220 ou HBI > 4 pour la MC ; ou Mayo clinique partiel > 3 pour RCH associé à un changement thérapeutique (optimisation de la dose, changement de traitement biologique, recours à une corticothérapie, chirurgie ou hospitalisation liés à l'activité de la maladie). Les patients étaient considérés en réponse clinique durable si lors de la dernière visite, les patients étaient toujours sous UST sans optimisation et sans recours à une modification thérapeutique ou chirurgicale depuis l'inclusion.

Résultats : 157 patients ont été screenés et finalement 90 patients étaient éligibles, 78 porteurs d'une MC et 12 d'une RCH (âge moyen 37 ans). Les caractéristiques des patients en comparant les patients répondeurs et en perte de réponse à l'UST étaient comparables sauf pour une utilisation préalable de VDZ significativement plus fréquente chez les patients en perte de réponse (55.5% *versus* 18.5% chez). Les taux d'anticorps anti UST étaient significativement plus élevés chez les patients en perte de réponse que chez les répondeurs (15.2 µg/mL-eq CI (7.9-21.5) et 4.7 µg/mL-eq CI (2.1-10.5), respectivement; p=0.04). La figure 1 rapporte les taux d'anticorps anti UST en fonction de la réponse clinique. Une analyse par courbe ROC a isolé le seuil d'Ac le plus discriminant associé à une perte de réponse. Ce seuil était de 9.5 mcg/mL Eq (HR=0.84) avec une sensibilité de 80 % et une spécificité de 85 %. En analyse multivariée, trois facteurs indépendants étaient isolés comme facteurs associés à une réponse clinique à l'UST. Un taux d'Ac anti UST élevé diminuait significativement la réponse clinique durable sous UST (HR = 0.84), de même une utilisation préalable de VDZ (HR = 0.78). Inversement, une utilisation préalable d'AZA était associée à une réponse durable à l'UST (HR = 3.78).



Conclusion : Dans cette cohorte de « vraie vie », la présence d'anticorps anti UST (identifiés en utilisant une technique drug tolerant) est un facteur indépendant de perte de réponse clinique associé à une optimisation, chirurgie, corticothérapie ou changement de biothérapie.

P.526

Épidémiologie, prise en charge chirurgicale et pronostic oncologique des adénocarcinomes colorectaux et de l'intestin grêle dans les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin. Une étude de cohorte observationnelle de 97 patients

N. Peru [1], J. Lefèvre [1], A. Grancher [2], M. Svrcek [1], T. Voron [1], A. Challine [1], Y. Parc [1]

(1) Paris ; (2) Rouen.

Introduction : Les maladies inflammatoires chroniques intestinales (MICI) favorisent les adénocarcinomes colorectaux (CCR) et de l'intestin-grêle (AIG). Les buts de cette étude étaient d'évaluer leur pronostic oncologique qui reste débattu.

Patients et Méthodes : Tous les patients ayant une MICI et un cancer opéré (2000-2019) ont été analysés.
Une étude cas-témoins a comparé des CCR-sporadiques aux CCR-MICI.

Résultats : 97 patients ont été inclus (âge: 51,6 ans ; homme: 62%) ayant un CCR (n=76) ou un AIG (n=21).
Malgré 95% d'explorations pré-opératoires, le diagnostic d'AIG était majoritairement post-opératoire (76%) avec une réintervention « oncologique » pour 35% des cas. En comparaison avec les CCR, les AIG étaient plus souvent T4 (p=0,04), indifférenciés (p=0,03), traités par une chimiothérapie adjuvante (71,3%-43,3%; p=0,04) et récidivaient deux fois plus à 5 ans (57,1%-26,1% ; p=0,017). La récidive des AIG était plus fréquente en cas de non-reprise (80% *vs.* 33%). La survie globale (SG) à 5 ans des AIG était significativement moins bonne que les CCR (57,3% *vs.* 76,7% ; p=0,048).
69 CCR-MICI M0 ont été appariés à 254 CCR-sporadiques. Les CCR-MICI bénéficiaient plus souvent d'une laparotomie (73,9% *vs.* 16,9% ; p=0,005), d'une amputation abdomino-périnéale (60,0% *vs.* 3,6% ; p=0,001) et étaient plus souvent indifférenciés (19,7% *vs.* 6,7% ; p=0,005). Aucune différence à 5 ans concernant la survie sans-récidive (54,1% *vs.* 64,1% ; p=0,28) et globale (76,7% *vs.* 86,1% ; p=0,29) n'était retrouvée entre CCR-MICI et CCR-sporadiques.

Conclusion : Le pronostic des AIG reste sombre lié en partie aux difficultés diagnostiques. A stade égal, les CCR-MICI ont un pronostic similaire aux CCR-sporadiques.

P.527

OPALE : étude observationnelle prospective sur l'utilisation en situation réelle d'un biosimilaire de l'adalimumab et évaluation de l'impact de l'état nutritionnel sur la réponse thérapeutique. Analyse descriptive des patients MICI à l'inclusion

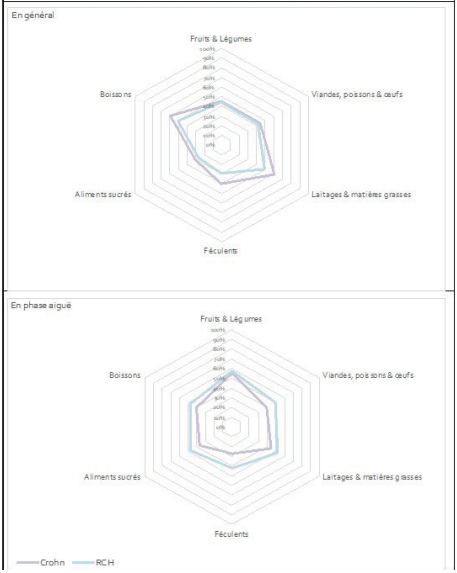
L. Peyrin-Biroulet [1], Y. Bouhnik [2], M. Fumery [3], H. Becheur [4], S. Czernichow [4]

(1) Vandœuvre-lès-Nancy ; (2) Neuilly-sur-Seine ;
(3) Amiens ; (4) Paris.

Introduction : L'étude OPALE a pour objectif l'identification de facteurs nutritionnels prédictifs du maintien de la réponse à un biosimilaire d'adalimumab. Cette analyse intermédiaire a pour objectif de décrire les caractéristiques cliniques initiales et habitudes alimentaires des patients ayant une MICI : maladie de Crohn (MC) ou rectocolite hémorragique (RCH).

Patients et Méthodes : Le plan d'étude prévoyait l'inclusion de 750 patients suivis respectivement à 6 et 12 mois. L'évaluation de l'activité de la maladie reposait essentiellement sur des échelles spécifiques utilisées en pratique courante.
L'état nutritionnel des patients était évalué à partir des données cliniques (poids, Indice de Masse Corporelle (IMC), périmètre abdominal) et des données biologiques disponibles. Leur comportement alimentaire a été évalué par un questionnaire comportant une liste de 48 aliments répartis en 6 classes (fruits/légumes, viandes, poissons/œufs, laitages/matières grasses, féculents, aliments sucrés et boissons). Les aliments supprimés volontairement du fait de leur maladie et ceux qui étaient évités au moment des poussées devaient être mentionnés.

Figure 1 : répartition des patients ayant supprimé au moins une catégorie d'aliment



Résultats : Les patients inclus souffraient, dans 54,5% des cas de Rhumatismes Inflammatoires Chroniques (RIC), dans 42,8% des cas de Maladies Inflammatoires Chroniques Intestinales (MICI) ou de psoriasis dans 2,7% des cas.
Parmi les 323 patients MICI inclus dans l'étude, 55% (n=176) d'entre eux étaient en poussée à l'inclusion.
Les patients ont été traités précédemment par biothérapie dans 29,5% (n=95) des cas. L'interruption du traitement et le passage à l'adalimumab FK ont été motivés dans environ un tiers des cas par un manque d'efficacité et dans 3,8% des cas (n=6) par une mauvaise tolérance. A l'inclusion, 49 patients étaient également traités par une corticothérapie (15,2%) et/ou un immunosuppresseur (7,1% (n=23)).
Parmi les 78% des patients (n=251) atteints de MC, 36% (n=89) présentaient une maladie modérément active avec un score moyen de Harvey Bradshaw de 4,6 ± 3,9.
22% des patients (n=72) présentaient une RCH modérément active dans 46% des cas (n=33) avec un score moyen Mayo complet de 6,1 ± 3,0.
L'IMC moyen était de 24,4 ± 5,1 kg/m2. 28% (n=89) des patients ont un IMC compris entre 25 et 30 kg/m2, 13% (n=40) étaient en état d'obésité (IMC > 30 kg/m2) et 12% (n=37) en état de dénutrition (IMC<18,5 kg/m2). 29% (n=92) des patients avaient perdu du poids sur les 3 mois précédant l'inclusion. L'albuminémie mesurée était en moyenne de 39,5 g/L (n=157).
75,5% (n=148) des patients ont modifié leur comportement alimentaire depuis le début de leur maladie, en bannissant plusieurs aliments (en moyenne 11,8 ± 10,2 et médiane (Q1-Q3) : 9 [4 17]). Les aliments majoritairement exclus sont l'alcool et les laitages ou les matières grasses (Figure 1). Ces restrictions sont majorées en phase aiguë de la maladie : 64,3% (n=126) des patients MICI suppriment en moyenne 12,7±10,1 aliments supplémentaires.
Ces changements semblent reposer en grande partie sur les propres croyances des patients : 31,4% (n=55) considèrent que certains aliments ont une influence bénéfique sur l'évolution de leur maladie et 69,1% (n=130) pensent au contraire avoir identifié les aliments susceptibles de l'aggraver.

Conclusion : Ces données préliminaires confirment que les patients atteint d'une MICI sont particulièrement exposés à un risque élevé de malnutrition, de carences, voire de dénutrition. Elles montrent que ces troubles nutritionnels pourraient être aggravés par des comportements alimentaires inadaptés et des habitudes alimentaires déséquilibrées. La restriction alimentaire (quantité et type d'aliment) semble être similaire chez les patients RCH ou MC, quelle que soit la phase de la maladie. Si les résultats définitifs de l'étude OPALE démontre un lien entre des facteurs nutritionnels et le maintien thérapeutique au biosimilaire d'adalimumab, l'instauration systématique d'une éducation diététique devra être prise en compte dans la prise en charge des MICI.

Remerciements, financements, autres :
Cette étude a été financée par Fresenius Kabi France

P.528

Polymorphismes génétiques impliqués dans la variabilité de réponse à la corticothérapie au cours des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin

F. Zine El Abidine [1], N. Elleuch [1], H. Ouaja [1], A. Omezzine [1], W. Dahmani [1], W. Ben Ameur [1], H. Refka [1], M. Amira [1], H. Jaziri [1], A. Ben Slama [1], M. Ksiaa [1], A. Braham [1], S. Ajmi [1], A. Hammami [1], A. Jmaa [1], A. Bouslama [1]

(1) Sousse, TUNISIE.

Introduction : Les glucocorticoïdes (GC) représentent le traitement le plus prescrit en cas de poussée des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI) avec une proportion non négligeable de corticorésistance ou de corticodépendance. Afin d'éviter la prescription d'un traitement inefficace responsable de multiple effets indésirables, une étude génétique des polymorphismes des gènes impliqués dans la pharmacogénétique des GC pourrait être une option attrayante afin de proposer aux patients une meilleure prise en charge en prédisant leur réponse à la corticothérapie.
L'objectif de l'étude était d'évaluer l'effet des polymorphismes du gène NR3C1, codant pour le récepteur des GC, et du gène ABCB1, responsable de synthèse d'un transporteur membranaire des GC, sur la réponse aux corticoïdes pour le traitement des poussées de MICI.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude transversale incluant les patients suivis pour une MICI sur une période de 15 ans au service d'Hépato-Gastro-Entérologie de Sahloul et ayant reçu une 1ère cure de corticothérapie. Les patients ont été répartis en deux groupes en fonction de la réponse à la corticothérapie.
Une extraction et un dosage de l'ADN ont été réalisés à partir du prélèvement sanguin afin de génotyper les polymorphismes impliqués dans la variabilité interindividuelle à la réponse aux GC. Les 2 groupes de patients ont été comparés afin de rechercher une corrélation entre la réponse à la corticothérapie et les facteurs potentiellement associés clinicobiologiques et génétiques.

Résultats : Quatre-vingt-quinze patients ont été colligés dont 59 maladie de crohn et 36 rectocolite hémorragique. L'âge moyen était de 38,7 ans avec un Sexe ratio à 1,43. La poussée de MICI était modérée dans 43,6% des cas et sévère dans 35,8% des cas. Trente-sept patients étaient mauvais répondeurs à la corticothérapie dont 25 corticorésistants.
Après analyse génotypique du gène NR3C1 codant pour le récepteur des corticoides, le polymorphisme GR9-b n'était pas associé à un risque de non-réponse (p=0,993), ni à une corticorésistance (p=0,604), ni à une corticodépendance (p=0,384). De même, le polymorphisme BCl1 n'était pas associé à un risque de non-réponse (p=0,648), ni à corticorésistance (p=0,43), ni à corticodépendance (p=0,757). Concernant le gène ABCB1, les génotypes CT et TT du polymorphisme C1236T du gène ABCB1 étaient associés à une non-réponse à la corticothérapie (64,9 % *vs* 43,1 %, p=0,038) et en particulier à un risque de corticorésistance (68 % *vs* 41,3 %, p=0,037). Aucun polymorphisme n'a été associé au risque de corticodépendance (p=0,335).
En analyse multivariée, le polymorphisme C1236T du gène ABCB1 était significativement associé à 2,58 fois plus de risque de mauvaise réponse à la corticothérapie par rapport aux patients normaux et à 2,99 fois plus de risque de corticorésistance. Aucun polymorphisme génétique n'a été identifié comme associé à plus de risque de corticodépendance

Conclusion : Nos résultats suggèrent que les variations du gène NR3C1 ne sont pas associées à la résistance au CG ni à la dépendance dans les MICI, tandis que le polymorphisme C1236T du gène ABCB1 a été associé à plus de risque de mauvaise réponse et en particulier à une corticorésistance. D'autres études sur de plus larges populations sont nécessaires afin de confirmer ces résultats.

P.529

L'huile d'argane : un mélange de substances actives avec un fort potentiel thérapeutique contre les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin

F.Z. Hamdoun [1], O. Elabd [1], H. Abid [1], N. Lahmidani [1], A. El Mekkaoui [1], M. El Yousfi [1], D.A. Benajah [1], S.A. Ibrahimi [1], M. El Abkari [1], M. Er-Rasfa [1]

(1) Fès, MAROC.

Introduction : Grace à sa composition spéciale en acides gras et autres substances anti-oxydantes et anti-inflammatoires (polyphénols, phytostérols, caroténoïdes, tocophérols …etc.), l'huile d'Argane pourrait avoir un intérêt dans le traitement des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI). L'objectif de notre étude est d'aborder, pour la première fois, l'effet de la consommation d'huile d'argane sur les MICI.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'un essai contrôlé cas témoin où nous avons recruté au hasard 120 patients suivis pour maladie de Crohn non compliquée et 86 patients suivis pour RCH non compliquée. Le groupe témoin recevrait seulement le traitement conventionnel, alors que le groupe traité, recevait en plus de son traitement conventionnel, de l'huile d'Argane (2 cuillères à soupe « environ 30ml » par jour) pendant 3 mois. Ces patients ont été suivis avant, pendant et après la consommation d'huile d'argane (suivi clinique, biologique et endoscopique). Le logiciel SPSS et le test de Student apparié ont été utilisés comme moyen d'analyse statistique pour comparer les données de chaque groupe.

Résultats : Dans la présente étude contrôlée cas témoin, nous avons constaté une amélioration significative des données cliniques, biologiques et endoscopiques dans le groupe des cas traités. La consommation d'huile d'Argane a contribué à diminuer chez les patients suivis pour la maladie de Crohn le taux de calprotectine fécale (723,29±395,37 *vs* 298,92±223,52 ; p=0,0001) ainsi que le score CDEIS (8,9±1,4 *vs* 5,53±0,4 ; p=0,0001). Chez les patients suivis pour RCH, le taux de calprotectine fécale est passé de 506,80±435,03 à 165,41±137,02 avec un p=0,0001 et le score UCEIS est passé de 4,9±0,8 à 2,86±1,5 avec un p=0,0001.

Conclusion : La consommation d'huile d'Argane a un effet positif sur les paramètres cliniques et biologiques des patients atteints de MICI non compliquées. Les résultats de la présente étude clinique soutiennent l'utilisation quotidienne de l'huile d'argane comme traitement nutritionnel et serait un « booster » en association avec le traitement conventionnel contre la maladie.

P.530

Comment évaluer la satisfaction des patients atteints de maladies inflammatoires chroniques après le switch vers un biosimilaire ? Apports d'une étude qualitative exploratoire préliminaire à une étude observationnelle

G. Bouguen [1], L. Peyrin-Biroulet [2], A. Buisson [3], D. Lafarge [4], S. Trope [3], G. Montagu [3], C. Habauzit [3], S. Benkhalifa [3], H. Marotte [5]

(1) Rennes ; (2) Vandœuvre-lès-Nancy ; (3) Paris ; (4) Tulle ; (5) Saint-Étienne.

Introduction : L'adhésion des patients aux biosimilaires est un enjeu important. Celle-ci peut être diminuée par une mauvaise expérience de la période de switch (de la présentation par le médecin, jusqu'aux premières utilisations). Ce travail vise à identifier les dimensions de la satisfaction des patients lors d'un switch afin d'élaborer les critères d'évaluation d'une étude observationnelle ayant pour objectif d'analyser celle-ci en vie réelle.

Patients et Méthodes : Une étude qualitative exploratoire a été conduite par un sociologue auprès de patients atteints de rhumatismes inflammatoires chroniques et de maladies inflammatoires chroniques de l'intestin traités avec un biosimilaire d'anti-TNF. Le recrutement était effectué par un appel à participation sur les réseaux sociaux par les associations de patients. Des entretiens semi-directifs approfondis ont été effectué pour i) Évaluer l'expérience des switchs et les attentes patient vis-à-vis du traitement ii) Identifier selon les principes de la grounded theory (théorie ancrée) les dimensions pertinentes à inclure dans les questionnaires de l'étude observationnelle (ePRO). iii) Valider La compréhension et la pertinence des items des questionnaires lors d'un second entretien.

Résultats : Quatre patients (3 femmes) atteints de polyarthrite rhumatoïde (n=2) et de maladie de Crohn (n=2), âgés de 24 à 52 ans (médiane 40 ans) ont été interrogés. Deux patients étaient traités par biosimilaire de l'adalimumab, 1 patiente par biosimilaire de l'étanercept et 1 par adalimumab princeps après avoir reçu son biosimilaire (switch back). Aucun n'était patient expert.
Les dimensions suivantes ont été identifiés :
1° la transparence de l'information : les patients ne savaient pas tous ce qu'était un biosimilaire et certains d'entre eux ne savaient pas qu'ils recevaient ce type de traitement. Certains rapportaient une méfiance aux biosimilaires mais les acceptaient par confiance en leur médecin.
2° la participation des patients à la décision : si la décision d'instaurer un biosimilaire est un choix du médecin, l'acceptation par les patients dépend de la signification qu'ils attribuent à cette décision (motif médical *vs* motif économique). Les patients rencontraient des difficultés à exprimer leurs préférences quant aux traitements et rapportaient que les médecins ne provoquaient pas toujours ces discussions.
3° le moment de l'injection : les patients devaient apprendre les gestes d'injection mais ont été relativement peu accompagnés lors du switch dans la prise en main du nouveau dispositif d'injection. Certains ont alors fait l'expérience d'une douleur plus importante, de différences de confort ou ont rapporté des erreurs d'utilisation.
4° la routinisation dans la vie quotidienne : la pérennisation du switch a pu être contrainte par des délais d'approvisionnement en ville. Dans certains cas, la pharmacie dispensait le princeps en remplacement.
À partir de celles-ci, plusieurs questionnaires validés et questions ou échelles ad hoc ont été inclus dans les ePRO : BMQ (croyances sur les traitements), HLSEU-Q16 (littératie en santé), 5 items sur la décision médicale partagée, 3 items sur les attentes quant au biosimilaire *vs* le princeps (facilité, confort, douleur), 5 items sur le parcours de formation, 2 items sur la satisfaction de l'information reçue et 6 items sur la satisfaction de l'injection (globale, gênes, facilité).
Lors des tests, les 4 patients ont trouvé les questionnaires lisibles et compréhensibles et ont formulé des suggestions de présentation pour l'ajuster.
Sur la base des résultats de cette étude qualitative et des discussion du comité scientifique, le design final retenu consiste en une étude multicentrique ouverte de 300 patients inclus dans environ 30 centres (rhumatologie et gastroentérologie, hospitalier ou libéral) lors de leur switch d'adalimumab, et dont l'objectif principal est d'évaluer la satisfaction globale des patients relative à l'injection à 3 mois après l'initiation par rapport à leur expérience avec l'adalimumab précédent, via une interrogation mensuelle en direct du patient (ePRO). Le premier patient a été inclus le 20 juin 2022.

Conclusion : Ce travail propose une méthodologie originale de sélection et conception des critères d'une étude observationnelle. Une étude qualitative exploratoire a mis en exergue différents facteurs de satisfaction des patients lors du switch vers un biosimilaire de l'adalimumab. Elle a éclairé le choix des e-PRO et la construction d'items spécifiques.

Remerciements, financements, autres :
Nous souhaitons remercier les patients ayant participé à l'étude et à la validation des dimensions.
Cette étude a été promue par Celltrion Healthcare France.

P.531

Maladie de Crohn et neurostimulation vagale : 10 ans déjà !

B. Bonaz [(1)], V. Sinniger [(1)], F. Fauvelle [(1)], D. Hoffmann [(1)], S. Pellissier [(2)]
(1) Grenoble ; (2) Chambéry.

Introduction : Un déséquilibre de la balance sympatho-vagale est souvent présent chez les patients avec MICI (effondrement du tonus vagal). Les afférences du nerf vague jouent un rôle clé dans la maintenance de l'homéostasie grâce à la modulation de l'axe corticotrope alors que ses efférences modulent la voie cholinergique anti-inflammatoire. Ces deux propriétés anti-inflammatoires du nerf vague nous ont permis d'envisager et de mettre en place une étude pilote afin d'étudier l'effet de la neurostimulation vagale (NSV) sur les symptômes cliniques, les marqueurs biologiques et endoscopiques de 9 patients avec maladie de Crohn. Nous présentons ici les résultats majeurs obtenus à la fin de l'étude (1 an) et le suivi sur 10 ans.

Patients et Méthodes : Neuf patients avec une activité modérée de leur maladie de Crohn (5 hommes ; âge moyen : 33 [20-52]) ont été implantés au niveau du nerf vague cervicale gauche (entre 2012 et 2015). Le dispositif (CyberonicsTM), mis en place par un neurochirurgien, consistait en une électrode placée autour du nerf vague cervical gauche et reliée au stimulateur disposé sous la clavicule gauche. Les paramètres de stimulation étaient : fréquence 10 Hz ; largeur d'impulsion 250 à 500 microsec ; intensité 0,5 à 1,5 mA selon la tolérance du patient ; stimulation continue ON 30sec/OFF 5min. Durée de l'étude pilote : 1 an avec étude des paramètres cliniques (CDAI), biologiques (CRP, calprotectine, cytokines , métabolites de la muqueuse digestive), endoscopiques (CDEIS), et physiologiques (étude de la variabilité cardiaque et notamment du tonus vagal). Deux patients étaient sous azathioprine à l'inclusion. Le suivi clinique, biologique et physiologique a pu s'étendre entre 7 et 10 ans selon le patient.

Résultats : Après 1 an de stimulation : 2 patients étaient sortis de l'étude après aggravation de leur maladie (à 3 et 4 mois respectivement) ; à leur demande, la NSV était maintenue jusqu'à la fin de l'étude. Sur les 7 patients ayant terminé l'étude, 5 patients étaient en rémission clinique, 6 en rémission endoscopique, 7 rééquilibraient leur balance sympatho-vagale et diminuaient leurs douleurs abdominales. La CRP et la calprotectine fécale diminuaient chez 6 et 5 patients respectivement. Le profil cytokinergique pro-inflammatoire des patients évoluait vers un profil normal et les cytokines les plus impactées étaient les IL6, IL23, IL12, TNF et TGFb1. Des corrélations étaient identifiées entre la CRP ou le TNF et des métabolites de la muqueuse digestive comme la taurine, le lactate, l'alanine et le beta-hydroxybutyrate. Ces résultats montreraient que le NSV a la capacité de moduler les cellules immunes innées de la muqueuse intestinale qui réguleraient alors, par une reprogrammation métabolique, la réponse inadaptée des cellules immunes adaptatives (axe TH17/Treg). Aucun effet indésirable majeur n'a été observé dans cette étude. Le matériel de NSV n'a été retiré chez aucun patient.
Suivi de 7 à 10 ans : à la fin de l'étude pilote, tous les patients ont souhaité garder le dispositif de NSV à l'état actif. Le suivi s'est donc mis en place dès la fin de l'étude pilote, y compris pour les deux patients sortis de l'étude. Trois patients sous NSV sur 9 (depuis 8, 9 et 10 ans) sont en rémission sans traitement (l'un d'eux a arrêté l'azathioprine) pour leur maladie ; 5 patients sous NSV ont dû être traités (immunosuppresseur/anti TNF) ; 1 patiente avec désir de grossesse a désiré stopper la NSV à > 3 ans, sans traitement à 8 ans de suivi.

Conclusion : La NSV apparaît comme un traitement non médicamenteux innovant et bien toléré dans la maladie de Crohn modérée. Cette étude pilote doit être répliquée dans une plus grande étude contrôlée randomisée en double aveugle.

P.532

Développement et évaluation des kits i-Tracker risankizumab et i-Tracker anti-risankizumab : tests rapides et innovants destinés au monitoring des patients traités par risankizumab

G. Khater [(1)], C. Montaillier [(1)], V. Guilbert [(1)], G. Noguier [(1)], S. Davière [(1)]
(1) Croissy-Beaubourg.

Introduction : Le Risankizumab est un anticorps monoclonal humain dirigé contre la cytokine IL-23. Ce médicament est couramment utilisé pour le traitement des patients atteints de maladies inflammatoires chroniques telles que le psoriasis et la maladie de Crohn.
Theradiag vient de développer de nouveaux dosages rapides (résultats en moins de 40 minutes) et innovants permettant la quantification du Risankizumab : ces tests sont disponibles sur la nouvelle plateforme innovante de chimiluminescence i-Track10 et permettent la quantification rapide du Risankizumab ainsi que des anticorps anti-Risankizumab induits par le patient.

Matériels et Méthodes : Les performances analytiques ont été étudiées en utilisant deux types d'échantillons : des échantillons de sérums humains surchargés par du Risankizumab ou en anticorps anti-Risankizumab, et des échantillons de sérums humains issus de patients atteints de maladies inflammatoires traités par Risankizumab.
Pour le dosage du médicament, le Risankizumab a été capturé à l'aide de microsphères magnétiques couplées à l'IL-23 et détecté à l'aide d'un anticorps polyclonal anti-Risankizumab conjugué à l'ester d'acridinium.
Pour le dosage des anticorps anti-Risankizumab, des microsphères couplées au Risankizumab ont été utilisées. Les anticorps anti-Risankizumab ainsi capturés ont été détectés par du Risankizumab conjugué à l'ester d'acridinium. L'émission de lumière issue des conjugués d'ester d'acridinium est directement liée à la quantité de Risankizumab ou d'anticorps anti-Risankizumab présente dans l'échantillon.

Résultats : La quantification du Risankizumab par le kit i-Tracker Risankizumab montre une très bonne justesse (les pourcentages de recouvrement sont compris entre 84% et 108%). Les reproductibilités intra-test et inter-tests sont très bonnes (CV <7.3% pour le dosage du Risankizumab et CV < 8.0% pour le dosage des anticorps anti-Risankizumab). Aucune interférence issue d'agents biologiques (bilirubine, hémoglobine, triglycérides, facteurs rhumatoïdes) n'a été détectée. Les plages de mesure des dosages se situent de 1 µg/mL à 80 µg/mL pour le Risankizumab et de 10 ng/mL à 2000 ng/mL pour les anticorps anti-Risankizumab.

Conclusion : Les kits i-Tracker Risankizumab et anti-Risankizumab sont des tests rapides (résultats obtenus en moins de 40 minutes) et de grandes précisions. Le suivi des taux plasmatiques de Risankizumab pourrait procurer aux cliniciens des informations pertinentes dans le but d'améliorer l'efficacité du traitement.

P.533

Corrélation entre le dosage de l'ustékinumabémie en post-opératoire et la récidive endoscopique chez les patients atteints de maladie de Crohn opérés par résection iléo-cæcale

C. Turettes Laventure [1], L. Caillo [2], A. Bozon [1], L. Boivineau [1], J.F. Bourgaux [2], R. Altwegg [1]

(1) Montpellier ; (2) Nîmes.

Introduction : Le risque de récidive post opératoire endoscopique (RPO) après résection intestinale dans la maladie de Crohn (MC) reste supérieur 20% malgré l'utilisation des biothérapies en post-opératoire chez les patients à risque de récidive. Plusieurs études suggèrent l'intérêt d'un monitoring pro-actif des biothérapies en prévention de la RPO, mais peu de données sont actuellement disponibles pour l'ustekinumab (UST).

Matériels et Méthodes : Il s'agit d'une étude observationnelle, prospective, bicentrique, menée chez tous les patients opérés pour une MC entre octobre 2017 et septembre 2021 et traités par UST en prévention de la récidive post-opératoire selon les recommandations ECCO. Le traitement par UST était débuté 1 mois après la chirurgie, le taux résiduel d'ustekinumabémie était dosé 2 mois après la perfusion, et la RPO endoscopique était évaluée à 6 mois de la chirurgie par iléocoloscopie systématique, selon l'indice de Rutgeerts.

Résultats : Au total, 18 patients ont été inclus, tous présentaient au moins un facteur de risque de RPO, et tous avaient été traités par anti-TNF en préopératoire. Le taux médian d'ustekinumabémie à 3 mois était de 3,86 ug/mL [1,5 - 8,33] et le taux de récidive endoscopique à 6 mois (score de Rutgeerts ≥ i2) était de 22%. Le taux médian d'ustekinumabémie était significativement plus élevé chez les patients ne présentant pas de RPO endoscopique par rapport aux patients avec RPO endoscopique (Rutgeerts ≥ i,2) : 4,06 µg/mL *vs* 1,7 µg/mL (p = 0,035), et 50% des patients qui avaient un taux d'ustekinumabémie < 2 µg/mL ont présenté une RPO endoscopique, contre uniquement 8,3 % des patients avec un taux d'ustekinumabémie > 2 µg/mL (p = 0,045).

Conclusion : Dans notre étude, le taux de récidive endoscopique à 6 mois chez 18 patients opérés d'une MC par résection intestinale et traités par ustekinumab en postopératoire en prévention de la RPO était faible (22%), et il existait une association statistiquement significative entre les taux d'ustekinumabémie à 3 mois et le taux de RPO endoscopique à 6 mois définie selon l'indice de Rutgeerts.

P.534

Le recours aux remèdes à base de plantes médicinales dans le traitement des MICI

H. El Marmouk [1], M. Jarti [1], D. Rajih [2], F.E. Aharbil [1], A. Ait Errami [1], S. Oubaha [1], Z. Samlani [1], K. Krati [1]

(1) Marrakech, MAROC ; (2) Marrakech.

Introduction : Les MICI sont des maladies chroniques astreignantes ayant un retentissement sur la qualité de vie des patients et de leur entourage. Le recours à l'usage des remèdes naturelles à base de plantes médicinales est très courant chez les personnes atteintes de cette affection .l'usage de ces plantes n'est pas codifié et se fait le plus souvent de façon anarchique.
Le but de ce travail est d'évaluer la fréquence de recours à cette alternative et ses facteurs ainsi que les principales plantes utilisés.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'un auto-questionnaire anonyme adressés aux patients atteints de MICI, vus en hospitalisation ou en consultation sur une période de 6 mois. L'objectif de ce questionnaire est d'étudier le profil épidémiologique des patients ayant recours a cette alternative, décrire sa fréquence, ses facteurs et les principales plantes utilisés

Résultats : 430 patients on répondu a notre questionnaire, dont 305 femme et 125 homme, l'âge moyen est de 38 ans, 220 avaient une maladie de crohn et 210 une RCH, le recours à des plantes médicinales pour le traitement de la MICI a été rapporté par 230 patients. Les principaux facteurs incriminés sont : le sexe féminin (125), le niveau socio-économique bas (70%), l'analphabétisme (30%), le manque de confiance envers le médecin (12%) et l'influence des personnes hors médecine (40%). L'association de multiples plantes médicinales était rapportée par 73% des patients, alors que l'usage d'une seule plante n'a était rapporté que par 30 cas seulement. Les plantes utilisées étaient : le Boswelia serrata (60%), l'orme rouge (45%), la poudre de l'absinthe (25%), le curcuma (23%), le gingembre (17%), le fenugrec (16%), cannelles de cylan (16%), la camomille (10%) et le safran (9%). Le mode d'usage le plus fréquent est les infusions.

Conclusion : le recours à l'usage des traitements à base de plantes est très fréquent chez les patients atteints de MICI, le plus souvent à l'insu des médecins. L'efficacité et les effets indésirables potentiels de cette pratique ne sont pas bien décrits par les malades et aucune donnée de la littérature ne les affirme. D'où l'intérêt d'une bonne éducation des patients et de renforcer la relation médecin –malade afin d'éviter les complications.

P.535

Le therapeutic drug monitoring (TDM) dans la maladie de Crohn : qu'en est-il dans la vraie vie ?

A. El Karimi [1], H. El Bacha [1], S. Mechhor [1], F.Z. El Hajoubi [1], N. Benzzoubeir [1], I. Errabih [1]
(1) Rabat, MAROC.

Introduction : Le Therapeutic Drug Monitoring (TDM) a démontré son intérêt chez les patients atteints de maladie de Crohn par l'introduction d'algorithmes basés sur la pharmacocinétique et l'immunogénicité. Il constitue une aide à la décision en cas de perte de réponse ou de non réponse primaire, et une aide à la décision d'une désescalade thérapeutique.
L'objectif de notre travail est de cerner l'intérêt du monitoring dans la décision thérapeutique au cours de la prise en charge de la maladie de Crohn, et de démontrer sa place dans la pratique courante.

Matériels et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive et analytique incluant 296 patients porteurs d'une maladie de Crohn dont 57 patients étaient sous biothérapie, colligés de Janvier 2017 à Juillet 2022. Ont été inclus dans l'étude les patients des deux sexes, ayant une maladie de Crohn documentée, traités par biothérapie. La réponse clinique est définit par un score CDAI <150. Les dosages pharmacocinétiques effectués étaient l'infliximabémie et l'adalimumabémie, ainsi que les anticorps anti-Infliximab et anti-Adalimumab. Pour l'étude statistique, une régression logistique binaire a été réalisée en utilisant le logiciel SPSS 20.0, avec un p retenu de 0.05.

Résultats : Parmi 296 patients atteints de maladie de Crohn, 57 patients suivis étaient sous biothérapie soit une prévalence de 19%. L'âge moyen de nos patients était 40 ans +/-13.6. Une prédominance féminine avec un Sex ratio F/H : 1.71. La localisation était principalement iléo-colique dans 49% des cas (n=28). Le phénotype fistulisant était dominant dans 45% des cas (n=26). L'Infliximab a été indiqué chez 88 % (n=50), et l'Adalumimab chez 12 % (n=7). Le dosage pharmacinétique a été effectué chez 33% des cas (n=19). L'indication du dosage pharmacocinétiqe a été posée devant une non réponse primaire chez 10 % des cas (n=2), une perte de réponse dans 74 % des cas (n=14), et pour décider une désescalade thérapeutique dans 16% des cas (n=3).
Les résultats ont objectivé, un taux résiduel bas avec présence des anticorps chez 47% (n=9) et leur absence 26 % (n=5) ; un taux résiduel thérapeutique avec absence des anticorps chez 26% (n=5). De ce fait, le même protocole a été gardé chez 26 % des cas (n=5), une optimisation a été proposée chez 31.5% des cas (n=6). Un switch chez 21 % (n=4), un swap vers l'ustékunimab a été indiqué chez 10.5% (n=2). Le traitement a été arrêté chez 10.5% (n=2) devant la rémission clinico-biologique, morphologique et endoscopique.
Pour l'étude analytique, nous avons évalué l'impact du dosage pharmacocinétique : 5(16.3%) patients ont gardé le même protocole, 6 (31.6%) ont été optimisés, 4 (21.1%) avaient une indication d'un switch, 2 (10.5%) un swap et 2 (10.5%) un arrêt de traitement. Chez les patients qui n'ont pas été dosés, 3(21.1%) ont gardé le même protocole, 4 (29.5%) ont été optimisés, 3 (20.6%) avaient une indication d'un switch, 1 (9.12%) un swap et 1 (9.12%) un arrêt du traitement. Cette différence est statistiquement significative avec p <0.001. 11 (22.4%) patients sous Infliximab ont un taux résiduel bas contre seulement 4(8.2%) patients qui ont un taux résiduel thérapeutique, et 3(37.5%) patients sous Adalilumab ont un taux résiduel bas contre seulement 1 (12.5%) patient qui a un taux thérapeutique, cette différence n'est statistiquement pas significative (p=0,5). 8 (16.3%) patients sous Infliximab ont développé les anticorps contre seulement 1 (12.5%) patient sous Adalimumab, cette différence n'est statistiquement pas significative (p=0,5).
En analyse multivariée en ajustant sur les paramètres confondants, les facteurs prédictifs dé présence d'anticorps anti-Infliximab sont : l'Infliximab et la présence des lésions ano-périnéales avec (OR=1.13, IC [1.1-2.1], p = 0.003), (OR=0.19, IC [0.19,[0.13-1.12],p<0.001) respectivement. Pour le taux résiduel bas, seul l'infliximab est un facteur prédictif avec (OR=2.13, [1.03-3.12], p <0.001).

Conclusion : Dans notre étude, le TDM a montré son intérêt pour guider notre prise en charge thérapeutique en cas de perte de réponse ou de non-réponse primaire. Dans ces indications, leur rapport coût/efficacité est très favorable. Leur aide dans la désescalade thérapeutique est bien établi. Cependant, la non disponibilité au CHU de ces dosages et leur coût élevé constituent un obstacle dans la pratique courante et rendent le recours à ces dosages très limité.

P.536

Facteurs de risques d'infection à *Clostridium difficile* chez les patients porteur d'une MICI admis pour colite aiguë grave

A. Bouayad [(1)], M. Lahlali [(1)], A. Lamine [(1)], H. Abid [(1)], A. El Mekkaoui [(2)], M. El Yousfi [(1)], D.A. Benajah [(1)], S.A. Ibrahimi [(1)], M. El Abkari [(1)], N. Lahmidani [(1)]
(1) Fès, MAROC ; (2) Oujda, MAROC.

Introduction : Le *Clostridium difficile* (CD) est le principal entéropathogène responsable de diarrhées infectieuses nosocomiales chez l'adulte qui se manifeste typiquement en endoscopie par une colite pseudomembraneuse.

Matériels et Méthodes : Il s'agit d'une étude analytique prospective ouverte débutée en avril 2017. Nous avons inclus 109 patients atteints de maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI) hospitalisés pour une colite aiguë grave. Nous avons collecté les données cliniques, radiologique et endoscopiques de ces patients et on a recherché les facteurs prédictifs de la survenue d'une infection CD chez les patients atteints de MICI.

Résultats : Trente-sept patients avaient une maladie de CROHN, trente-huit une RCH, et 34 patients avaient une colite aiguë grave inaugurale. La durée moyenne d'évolution des patients connus porteur de MICI était de 3,46 ans et la majorité étaient sous traitement immunosuppresseurs. Le groupe A représentait les patients infectés et le groupe B les patients non infectés. Un antécédent d'ICD a été objectivé chez 12 patients pour le groupe A, et chez 11 patients pour le groupe B. Les infections à CD étaient essentiellement nosocomiales. Les facteurs de risque étaient représentés par : la consommation d'antibiotiques avant l'apparition des symptômes, les antécédents d'hospitalisation, la prise d'IPP à long terme, l'utilisation de ralentisseurs de transit, l'hypoalbuminémie . Les résultats endoscopiques étaient essentiellement : Ulcères sans signes de gravité endoscopique (groupe A (n = 26, 78,7%), groupe B (n = 65, 85,52%) et les résultats endoscopiques typiques de la colite pseudo-membraneuse était rare retrouvé chez 10 %. Pour le groupe A : Le traitement était basé sur le métronidazole seul chez 23 patients (69,6%), une combinaison Vancomycine-Métronidazole chez 9 patients (27,2%) suite à une infection récurrente ou grave. En analyse simple et multivariée, les facteurs prédictifs de la survenue de l'ICD étaient les suivants : Antécédents de MICI (p = 0,001), antécédents d'ICD (p = 0,006), infection nosocomiale (p = 0,0001), antécédents d'hospitalisation (p = 0,001), utilisation de ralentisseurs de transit (p = 0,01), sepsis sévère (p = 0,020) et utilisation d'antibiotiques (p = 0,05).

Conclusion : L'aspect endoscopique typique de la colite pseudomembraneuse est rare (10%) dans notre étude. Les facteurs qui augmentent le risque de colite à CD par rapport à la population générale sont les suivants : antécédents de MICI, antécédents d'infection à CD, les infections nosocomiales, la prise d'antibiotiques ce qui rejoint les données de la littérature.

P.537

Maladie de Crohn iléo-caecale hors LAP : quel devenir après chirurgie ?

F.Z. El Hajoubi [(1)], H. El Bacha [(1)], S. Mechhor [(1)], A. El Karimi [(1)], N. Benzzoubeir [(1)], I. Errabih [(1)]
(1) Rabat, MAROC.

Introduction : Environ 15 à 20 % des patients atteints de la maladie de Crohn nécessiteront une chirurgie d'exérèse intestinale un an après le diagnostic et 50 % à 10 ans. Parmi les gestes chirurgicaux proposés la résection iléo-caecale reste la plus fréquemment réalisée. Le but de ce travail est d'étudier les caractères épidémiologiques, cliniques, paracliniques et évolutifs de la chirurgie de la maladie de Crohn de localisation iléo-caecale hors LAP.

Matériels et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive de Janvier 2002 à Juillet 2022 menée au sein de notre service . Nous avons inclus dans notre étude tous les patients atteints de maladie de Crohn de localisation iléo-caecale hors LAP et ayant subi une chirurgie de la région iléo-caecale avec contrôle endoscopique de l'anastomose iléo-colique. L'étude statistique est réalisée grâce au logiciel SPSS20.0. La récidive de la maladie était définie par un score de Rutgeerts supérieur ou égal à i2 en l'absence ou en présence de symptômes.

Résultats : Dans notre étude, 1035 cas de maladie de Crohn ont été colligés dont 652 localisations iléo-caecale. Parmi ces patients, on recense 237 chirurgies de la région iléo-caecale (22 % des cas de notre série). La médiane d'âge à la première intervention chirurgicale est 39 ans. Le sexe prédominant est le sexe féminin avec un pourcentage de 61% (n=144). Le phénotype prédominant est le phénotype sténosant noté dans 62,5% des cas (n=148) suivi du phénotype fistulisant noté dans 37,5% des cas (n=89). Le principal motif de chirurgie dans notre série est le syndrome de Koenig sur sténose de la DAI rencontré dans 52% des cas (n=123), les fistules entéro-cutanés dans 24% des cas (n=56), l'abcès de la FID dans 14 % des cas (n=33), suivi de l'occlusion intestinale aigue dans 10% des cas (n=25). La chirurgie pratiquée était dominée par la résection iléo-caecale pratiquée chez 74% de nos patients (n=175) suivie l'iléo-colectomie droite avec anastomose iléo-transverse pratiquée chez 25% de nos patients (n=62). Les suites opératoires immédiates ont été simples chez tous les patients. La récidive a été notée chez 162 patients (68 % des cas) dont 63 patients avaient un score à i2 (26,5%), 58 avec un score à i3 (24,4%) et 41 patients avec un score à i4 (17,3%). Chez ces derniers, une nouvelle chirurgie a été réalisée dans 29% des cas (n=68) alors que 8 patients ont subi dilatation endoscopique de la sténose de l'anastomose (3% des cas). Le traitement médical proposé chez nos patients a consisté en des immunosuppresseurs chez 48,2 % des cas, des 5ASA dans 38,5% des cas et des anti-TNF chez 13,8% des patients. L'analyse des données descriptives de nos malades en mlultivarié montre que les facteurs prédictifs de la de la récidive post-opératoire étaient le tabac [OR=3.78, IC à 95% : 1.164-12.312, P=0.027], le phénotype pénétrant [OR=2.671, IC à 95% : 1.033-6.910, P=0.043] et l'absence de traitement [OR=1.81, IC à 95% : 1.5-3.96, P=0.050].

Conclusion : La chirurgie représente une intéressante option thérapeutique dans le contrôle de la forme iléo-caecale localisée de la maladie de Crohn mais le taux de récidive post-opératoire n'est pas négligeable comme le montre les résultats de notre études (68% des patients), d'où l'intérêt d'identifier et de traiter les patients à risque de récidive.

P.538

Corrélation entre le rapport éosinophiles sur lymphocytes et la réponse primaire à l'infliximab

S. Hammami [1], M. Moalla [1], R. Hajji [1], H. Gdoura [1], M. Boudabbous [1], L. Mnif [1], A. Amouri [1], L. Chtourou [1], N. Tahri [1]
(1) Sfax, TUNISIE.

Introduction : L'utilisation des biothérapies a révolutionné le cours évolutif des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI). L'utilisation de marqueurs biologiques pour surveiller et prédire la réponse thérapeutique est intéressante pour orienter la prise en charge. En effet, les rapports éosinophiles/lymphocytes, neutrophiles/lymphocytes, plaquettes/lymphocytes et lymphocytes/monocytes sont des nouveaux marqueurs de l'inflammation sérique qui ont été étudiés dans plusieurs pathologies. Le but de notre étude est d'étudier l'existence d'une relation entre les ces biomarqueurs et la réponse primaire à l'infliximab.

Patients et Méthodes : Etude rétrospective descriptive à visée analytique incluant les patients suivis pour MICI dans notre service durant la période s'étendant entre janvier 2011 et janvier 2021 et qui reçoivent un traitement par infliximab.

Résultats : Soixante-quatre patients ont été inclus avec une prédominance masculine (56,3%). L'âge moyen était de 43,89± 11,63 ans. Le diagnostic de maladie de crohn a été retenu chez 51 patients et de rectocolite hémorragique chez 12 patients. La MICI était inclassée dans un cas. Les principales indications thérapeutiques de l'antiTN α étaient un échec des immunosuppresseurs (32,8%), des lésions anopérinéales complexes (29,5%) et dans le cadre de prévention de récidive post opératoire (21,3%). Une combothérapie a été prise dans 82,8% des cas. Une bonne réponse primaire à l'infliximab a été retrouvée chez 50 patients. Notre étude analytique a révélé que le rapport éosinophiles/lymphocytes au début du traitement était significativement plus bas chez les patients non répondeurs (0,046±0,031) par rapport aux répondeurs (0,089 ±0,12) avec un p =0,029. Tandis qu'aucune corrélation n'a été retrouvée entre les rapports neutrophiles/lymphocytes, plaquettes/lymphocytes, lymphocytes/monocytes et la réponse primaire à l'Infliximab (p=0,58 ; p=0,1 et p=0,93 respectivement)

Conclusion : Le rapport éosinophiles sur lymphocytes est un nouveau biomarqueur de l'inflammation sérique évalué dans plusieurs affections inflammatoires et malignes. Notre étude a révélé une corrélation entre le rapport éosinophiles/lymphocytes et la réponse primaire à l'infliximab. Ce paramètre pourrait être proposé pour prédire la réponse aux biothérapies. Néanmoins, d'autres études à plus large échelle sont nécessaires pour confirmer nos données.

P.539

Les thiopurines au cours de la maladie de Crohn : ont-elles toujours une place en monothérapie dans la vraie vie ?

M. Konso [1], H. El Bacha [1], S. Mechhor [1], S. Dilal [1], N. Benzzoubeir [1], I. Errabih [1]
(1) Rabat, MAROC.

Introduction : Les thiopurines (TP) (l'azathioprine AZA, et la 6 mercaptopurine 6MP) sont des immunosuppresseurs (IS) utilisées dans le traitement des maladies inflammatoires chroniques intestinales (MICI), en particulier la maladie de Crohn (MC). Le but de notre travail est de voir si elles ont toujours une indication en monothérapie, à l'ère des biothérapies et des petites molécules.

Matériels et Méthodes : C'est une étude rétrospective analytique menée au niveau de notre service de janvier 2012 à juillet 2022. 740 patients ont été suivis pour MC durant cette période. 407 patients étaient mis sous TP. On a recueilli chez tous les patients l'âge, le sexe, les différentes caractéristiques de la MC, l'indication de traitement par TP ainsi que le type de cette dernière, et l'évolution sous traitement. Le logiciel SPSS 20.0 a été utilisé pour l'analyse statistique. Le test khi-deux a été utilisé pour comparer les variables qualitatives. Le modèle de régression logistique binaire a été utilisé pour l'analyse multivariée.

Résultats : On a retenu 375 patients suivis pour MC mis sous TP en monothérapie (92,13%) et 32 en combothérapie (7,86%). Le sexe ratio était de F/H=1,5. La moyenne d'âge était de 39,8 ans (15-72). La localisation était iléale chez 69 patients (16,95%), colique chez 78 patients (19,16%), iléocolique chez 257 patients (63,14%), 6 patients (1,47%) avaient une atteinte haute et 3 patients (0,73%) avaient une MC anale. 99 patients (24,32%) avaient des lésions anopérinéales (LAP). Le phénotype était sténosant dans 47 cas (11,54%), fistulisant dans 159 cas (39%), sténosant et fistulisant dans 60 cas (14,74%) et inflammatoire dans 141 cas (34,64%). Le type de TP utilisée était l'AZA chez 299 patients (73,46%) et la 6MP chez 108 patients (26,53%). Les TP étaient indiquées comme traitement d'entretien dans 270 cas (66,33%), en monothérapie à défaut de la biothérapie (qui n'était pas disponible avant 2016) dans des formes fistulisantes dans 105 cas (25,8%), et devant une corticodépendance dans 32 cas (7,86%).
La rémission clinique était obtenue en monothérapie dans 326 cas (86,93%) et en combothérapie dans 24 cas (75%), cette différence est statistiquement non significative p=0,08. La cicatrisation muqueuse a été notée en monothérapie dans 124 cas (33%) chez les patients qui ont réalisé une endoscopie de contrôle, et en combothérapie dans 15 cas (46,87%), cette différence est statistiquement non significative p=0,07.
La CRP a été négativée en monothérapie chez 149 patients (39,73%) et en combothérapie chez 27 patients (84,37%), cette différence est statistiquement significative p<0,001. La calprotectine fécale n'était pas toujours disponible. Chez les patients qui l'ont réalisée (au nombre de 65 : 15,97%), elle était négative chez 18 cas (41,86%) en monothérapie et 3 cas (13,63%) en combothérapie. Cette différence est statistiquement significative p=0,015. Le dosage des métabolites était également rarement disponible. Dans les cas où cela a été fait (43 cas : 10,56%), les 6-TGN étaient dans la zone thérapeutique uniquement dans 14 cas (32,55%) et dans 36 cas (83,72%) pour les 6-MMP, ayant nécessité un ajustement thérapeutique.
En analyse multivariée et en ajustant sur les différents paramètres confondants il s'avère que seule la combothérapie est un facteur prédictif de cicatrisation muqueuse [OR=1,8 ; [0,8 – 3,9] ; p=0,01].

Conclusion : De part les résultats de cette étude, il ressort que les TP gardent toujours une place dans l'arsenal thérapeutique de la MC, mais que leur association avec la biothérapie permet plus de rémission clinico-biologique et surtout de cicatrisation muqueuse.

P.540

L'impact de la chirurgie sur la qualité de vie des patients suivis pour maladie inflammatoire chronique de l'intestin

S. Salim [(1)], A. Lamine [(1)], H. Abid [(1)], N. Lahmidani [(1)], A. El Mekkaoui [(2)], D.A. Benajah [(1)], S.A. Ibrahimi [(1)], M. El Abkari [(1)], M. El Yousfi [(1)]

(1) Fès, MAROC ; (2) Oujda, MAROC.

Introduction : La chirurgie constitue une composante essentielle dans la prise en charge desMaladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI), on estime qu'environ 23 à 45% desCas de Rectocolite hémorragique (RCH) et 75% de maladie de crohn (MC) nécessiteront uneintervention chirurgicale et la confection d'une stomie temporaire ou définitive pour certainsD'entre eux, ce qui peut entrainer une altération majeure de la qualité de vie ; avec une discordanceimportante entre le vécu de ces malades et les indices d'activités clinico biologiques etendoscopiques disponibles.Nous cherchons travers cette étude à mesurer la qualité de vie de cegroupe de patients à travers deux Questionnaires.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude prospective descriptive et analytique sur une périoded'une année étalée entre 2021 et 2022 sur la qualité de vie des patients MICI opérée avec ou sansstomie. L'évaluation De la qualité de vie a reposé sur deux questionnaires fiables validés et traduitsen arabe dialectal : Le questionnaire SF12 est une échelle de qualité de vie générique qui explore lasanté physique, Emotionnelle et sociale, et le questionnaire stoma quality of life scale SQOLS de 21questions Pour apprécier la qualité de vie des patients stomisés

Résultats : Nos résultats montrent que les facteurs associés à la qualité de vie des patientsOpérés selon le score SF12 sont selon le score physique PCS l'âge avancé, (p=0,03) le statutMarié, (P=0,04), la présence des manifestations extradigestives, (p=0,022) l'indication urgenteDe la chirurgie, (p=0,05), selon le score MCS/ la création d'une stomie (p=0,04), l'activitéClinique (P=0,0) la chirurgie exérèse iléo-caecale (P=0,06) et le rétablissement de continuité(P=0).Les facteurs ayant un impact sur la qualité de vie des patients stomisés évalués par le score SQOLS,Sont ; les manifestations extradigestives, (P=0,014) le type de MICI, (p=0,016) la colectomieTotale (P=0,006) et subtotale (P=0,03) et la durée de stomie avant rétablissement (P=0,03). Les autres facteurs liés au sexe, aux antécédents médicaux, le phénotype et la localisation de laMaladie, les manifestations anopérinéales, le nombre de chirurgie, le type de stomie, l'activité…
Endoscopique et le traitement médical n'étaient pas corrélés à la QDV de nos patients enanalysant les deux scores de qualité de vie.

Conclusion : l'appréciation de la qualité de vie des patients MICI est devenue à l'heure actuelleUne dimension essentielle dans la prise en charge globale de ces patients, dans laMesure où les critères d'évaluation clinique ne reflètent que partiellement l'impact de la maladieSur le patient

P.541

MICI sous anti-TNF et Covid-19 : liaisons peu rassurantes ? A propos d'une série hospitalière

M. Amar [(1)], S. Mahi [(1)], A. Safir [(1)], N. Korti [(1)]

(1) Oran, ALGÉRIE.

Introduction : Un risque accru d'infections est observé chez les patients porteurs de MICI sous traitement stéroïdes, immunosuppresseurs ou biothérapies. Toutefois, et devant la pandémie d'infection au Covid-19, ces patients ne semblent pas à risque élevé de développer des formes graves lorsqu'ils sont infectés.
L'objectif de ce travail est de rapporter le retentissement de l'infection Covid-19 chez les patients porteurs de MICI sous traitement Anti-TNFα.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective entre Mars 2020 et Juillet 2022, colligeant tous les patients MICI du service de gastro-entérologie, sous biothérapies (combothérapie ou monothérapie) et chez qui le diagnostic de l'infection Covid -19 était retenu sur une PCR, un test antigénique et ou une sérologie IGM positifs devant un tableau évocateur d'une infection Covid-19. Cette dernière imposait l'arrêt du traitement Anti-TNFα pendant une durée minimum de 14 jours (comme pour toute autre infection systémique potentiellement grave) et sa réintroduction autorisée dès la résolution des symptômes après une prise en charge adéquate de la Covid-19. Les biothérapies chez ces patients n'ont pas été interrompues dans un but préventif.

Résultats : Notre série était composée de 165 patients atteints de MICI:79 femmes (48%) et 86 hommes (52%), avec les extrêmes d'âge entre 16 ans et 66 ans, dont 130 cas de Maladie de Crohn (78%) et 35 cas de RCH (22%), sous traitement Anti-TNFα (68% sous Adalimumab et 32% sous Infliximab).
En combothérapie, l'Azathioprine était utilisé avec l'IFX (85%) et avec l'ADA (48%) et le Méthotrexate (4%). Les morbidités associées étaient une HTA (20%), un diabète (10%) et aucun cas d'obésité morbide. Les manifestations extra-intestinales associées, essentiellement articulaires dans 72% des cas. Malgré la prévention d'une infection Covid-19 par une vaccination averée contre le SARS-Covid-19 chez 122 patients (74%), 95% de l'ensemble de nos patients ont présenté une infection Covid-19 symptomatique. Aucun cas asymptomatique n'a été détecté.
Les principaux symptômes de la Covid-19 étaient un syndrome grippal avec toux (90%), rarement une forme digestive (diarrhée, vomissements).
Aucun patient n'a été hospitalisé en soins intensifs et aucun décès ne fut déploré des suites de la Covid-19 et ceci indépendamment de la molécule prescrite (Infliximab ou Adalimumab) et du type de la MICI. Aucune exacerbation de poussée de MICI ne fut rapportée .
Certains patients ont eu l'initiation d'un traitement Anti-TNFα au cours de cette periode vu l'urgence de les prendre en charge tout en respectant les mesures de protection contre la Covid-19. Les autres patients etaint rassurés quant à la poursuite de leur traitement pour eviter les poussées inflammatoires de leur MICI.
L'induction d'une immunité protectrice après une infection par le Covid-19 et/ou la vaccination semblaient inefficaces pour supprimer la transmission chez nos patients.Certains patients ont été infecté à 2 et à 3 reprises et tous ont répondu favorablement à un traitement symptomatique de la Covid -19.

Discussion : Les anti-TNFα pourraient avoir un effet délétère sur le contrôle de la réplication virale mais avoir un effet bénéfique sur la prévention de forme sévère de COVID-19 (1,2)

Conclusion : Les Anti-TNFα dans les MICI ne semblent pas avoir un impact sur le risque de présenter une forme grave de l'infection Covid-19. La majorité des patients de l'étude ont présenté des formes cliniques peu sevéres de cette infection, suggérant un éventuel effet « protecteur » des traitements biologiques chez eux, aboutissant plutôt à «une liaison rassurante» entre la Covid-19 et les MICI sous Anti-TNFα, mais sans pouvoir établir un véritable lien de causalité.

P.542

Traitement des poussées au cours des MICI : facteurs associés à une corticorésistance

F. Zine El Abidine [1], N. Elleuch [1], H. Ouaja [1], A. Omezzine [1], W. Dahmani [1], W. Ben Ameur [1], H. Refka [1], M. Amira [1], H. Jaziri [1], A. Ben Slama [1], M. Ksiaa [1], A. Braham [1], S. Ajmi [1], A. Hammami [1], A. Jmaa [1], A. Bouslama [1]

(1) Sousse, TUNISIE.

Introduction : Depuis plus de 60 ans, les glucocorticoïdes (GC) ont représenté le pilier du traitement médical des poussées de MICI. Néanmoins, une corticorésistance est observée chez environ 20 % des patients traités selon les études. L'échec de la corticothérapie expose à un risque de complications et de recours à la chirurgie. Une identification précoce de facteurs prédictifs de corticorésistance pourrait faciliter la sélection appropriée des patients et l'administration au bon moment des traitements de 2ème ligne.
L'objectif de notre étude était d'identifier les différents facteurs cliniques, biologiques et pharmacogénétiques associés à une corticorésistance au cours des poussés de MICI.

Patients et Méthodes : Nous avons mené une étude transversale incluant les patients suivis pour MICI, traités par corticothérapie orale ou intraveineuse pour une poussée modérée à sévère
Une évaluation de la réponse a été réalisée à une semaine en cas de corticothérapie intraveineuse, à un mois de traitement en cas de voie orale afin de rechercher une corticorésistance.
Une extraction et un dosage de l'ADN ont été réalisés à partir d'un prélèvement sanguin afin de génotyper les polymorphismes des 2 gène (NR3C1 et ABCB1) impliqués dans la variabilité interindividuelle à la réponse aux GC.
Une analyse univariée et multivariée a été réalisé pour déterminer les facteurs clinicobiologiques et génétiques associés à une corticorésistance

Résultats : Quatre-vingt-trois patients ont été inclus dans notre étude, dont 51 avec une maladie de Crohn (61,4 %) et 32 avec une rectocolite hémorragique (38,6 %). L'âge moyen était de 39,07 +/- 13,04 ans avec des extrêmes [18-81] et un sexe ratio (H/F) à 1,3.
La poussée de MICI était sévère chez 29 patients (34,5 %). Une corticothérapie a été prescrite par voie orale chez 56 patients (66,7%) et par voie intraveineuse chez le reste des patients.
En analyse univariée, la présence d'une dénutrition (24% *vs.* 6,9%, p=0,036), la sévérité de la poussée (52% *vs.* 27,6%, p=0,032), la présence d'une colite aigue grave (52% *vs* 24,1%, p=0,013) ainsi que le recours à une corticothérapie par voie intraveineuse (52% *vs.* 24,1 %, p=0,013) étaient associés à une corticorésistance.
Concernant les données génétiques, seul le polymorphisme C1236T du gène ABCB1 dans sa forme hétérozygote ou homozygote était prédictif de corticorésistance (68% *vs* 43,1%, p=0,037). Les autres polymorphismes du gène ABCB1 ainsi que les polymorphismes du gène NR3C1 n'étaient pas associés à un risque de corticorésistance.
En analyse multivariée, la présence d'une colite aigue grave était prédictive de corticorésistance. (p=0,014) ; ORa* = 3,611 [1,291-10,096]. Le polymorphisme C1236T du gène ABCB1 était également associé à un risque de corticorésistance. Les patients hétérozygotes CT et homozygotes mutants auraient 2,99 fois plus de risque de corticorésistance par rapport aux patients homozygotes normaux avec une différence statistiquement significative (p=0,038) ; ORa * = 2,99 [1,164-8,423].

Conclusion : Notre étude a montré que la sévérité de la poussée ainsi que le polymorphisme du gène ABCB1 étaient associés à une corticorésistance. Une meilleure caractérisation des facteurs influençant la réponse aux GC serait intéressante afin d'éviter aux patients ayant une MICI, la prescription inutile d'un traitement inefficace et potentiellement pourvoyeur de multiple effets indésirables.

P.543

Maladie de Crohn fistulisante (hors LAP) : traitements médical ou chirurgical ?

A. El Karimi [1], H. El Bacha [1], S. Mechhor [1], F.Z. El Hajoubi [1], N. Benzzoubeir [1], I. Errabih [1]

(1) Rabat, MAROC.

Introduction : La maladie de Crohn est une entérocolite inflammatoire, caractérisée par une atteinte transmurale chronique qui peut se compliquer de fistules entéro-cutanées, intestinales, entéro-vésicales et rectovaginales. Le diagnostic est relativement aisé grâce au développement des examens d'imagerie notamment l'entéro-IRM. Cependant, la prise en charge thérapeutique des formes fistulisantes de la maladie de Crohn, bien que relevant le plus souvent de la chirurgie, reste controversée dans la littérature.
Nous rapportons par ce travail les aspects cliniques, radiologiques, thérapeutiques et évolutifs de la maladie de Crohn dans sa forme fistulisante.

Matériels et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive et analytique, s'étalant sur une durée de 10 ans allant de Janvier 2012 à Juillet 2022, incluant 740 patients porteurs d'une maladie de Crohn avérée. Les facteurs étudiés étaient l'âge, le sexe, le type des fistules, le traitement médical et chirurgical, l'évolution et le suivi. Ont été exclus de cette étude les patients ayant une maladie de Crohn fistulisante avec lésions ano-périnéales. Le logiciel SPSS 20.0 a été utilisé pour l'analyse statistique, le test Khi-deux a été utilisé pour comparer les variables qualitatives.

Résultats : Sur un total de 740 cas de maladie de Crohn, 108 patients présentaient une forme fistulisante, hors LAP, soit un taux de 14.6 %. 19% (n=141) avaient une forme fistulisante avec LAP, 42.1% (n=311) avaient une forme sténosante et 24.2% (n=179) avaient une forme inflammatoire. L'âge moyen de nos patients était 37.7 ans +/- 11.3. Sex ratio à 1.34 avec prédominance féminine. La localisation des fistules était dominée par les fistules intestinales dans 59 % (n=64) des cas, suivie des fistules entéro-cutanées dans 29.6 % (n=32), puis des fistules entéro-vésicales dans 10 % des cas (n=11) et des fistules recto-vaginales dans 0.9% (n=1). Le traitement médical par les immunosuppresseurs a été instauré dans 20 cas (18.5 %) de fistules intestinales, 5 cas (4.6 %) de fistules entéro-cutanées et 1 cas (0.9%) de fistules recto-vaginales. 6.5 % patients (n=7) ont été mis sous biothérapie. Le traitement chirurgical était indiqué d'emblée dans 52 % des cas (n=56) et après échec du traitement médical dans 14.8% (n=16) des cas.
La fermeture des fistules après traitement a été constatée chez deux patients ayant une localisation iléale de la maladie (14,3%), un seul patient (9.1%) ayant une localisation colique, et chez 5 patients (7,5%) ayant une localisation iléo-colique : cette différence était statistiquement significative $p < 0.001$.
Par ailleurs, les fistules internes ont été fermée après traitement chez 39 (32%) patients, les fistules externe se sont fermées chez 22 (1.8%) patients pendant qu´une fermeture de fistules a été constatée chez seulement 9 (0,7%) des patients ayant des fistules internes et externes , cette différence était statistiquement significative p <0.001.
Les fistules se sont fermées chez 4 (57.1%) patients après la mise en route d´une biothérapie contre 3 patients sous immunosuppresseurs et ne se sont fermées chez aucun patient chez qui aucun traitement n'a été instauré, cette différence est statistiquement significative p <0.0001.

Conclusion : La maladie de Crohn fistulisante pose un problème de prise en charge médico-chirurgicale. Dans cette étude, on note que le traitement chirurgical reste finalement indiqué dans la majorité des cas de fistules Crohniennes. Les anti-TNF peuvent entraîner une fermeture des fistules; cependant ce traitement n´est pas encore facilement disponible aux patients par manque de moyens.

P.544

L'étude anatomopathologique des sténoses crohniennes inflammatoires : quel apport dans la décision thérapeutique ?

S. Zaouga [(1)], M. Zakhama [(1)], A. Guediche [(1)], R. Baklouti [(1)], I. Jemni [(1)], W. Bouhlel [(1)], A. Sabbek [(2)], M. Ben Abdelwahed [(3)], N. Ben Chaaben [(1)], M.H. Loghmari [(1)], L. Safer [(1)]

(1) Monastir, TUNISIE ; (2) Sousse, TUNISIE ; (3) Tunis, TUNISIE.

Introduction : Le traitement médical de la maladie de Crohn sténosante est habituellement réservé aux sténoses inflammatoires ou mixtes.Les éléments prédictifs de non-réponse, cliniques, biologiques et morphologiques, ont été largement étudiés. Certaines études suggèrent que l'activité histologique est associée à des résultats thérapeutiques défavorables.L'objectif de notre étude est d'étudier l'association entre l'activité histologique et la réponse au traitement médical des sténoses inflammatoires crohniennes.

Patients et Méthodes : Nous avons mené une étude rétrospective et analytique incluant tous les patients suivis pour maladie de Crohn qui ont reçu un traitement médical (corticothérapie ou anti-TNF alpha) pour une sténose digestive inflammatoire.Des biopsies ont été pratiquées au niveau de la sténose pour tous nos patients, les données histologiques ont été notées.

Résultats : Nous avons inclus 46 patients d'âge moyen de 43 ans. Il s'agissait de 21 hommes (46 %) et de 25 femmes (54 %). Un tabagisme actif était noté chez 15 % des patients. Des antécédents familiaux de maladies inflammatoires chroniques de l'intestin étaient présents dans 10 % des cas.La symptomatologie clinique était dominée par des syndromes sub-occlusifs (89 %) et une occlusion intestinale aigüe (8 %).La localisation de la sténose était iléo-caecale chez 38 patients (82 %), grêlique chez 5 patients (9 %), colique dans 2 cas (4 %), et haute dans 1 seul cas (2 %). La présence de lésions ano-périnéales était notée chez deux patients (4 %) Le traitement instauré était une corticothérapie chez 42 patients (91 %) et anti-TNF alpha chez quatre patients (9 %). L'évolution était marquée par une bonne réponse au traitement chez 28 patients (60 %) et un échec thérapeutique chez 18 patients (40 %).En étude analytique les données de l'histologie associées à un échec du traitement médical étaient : La présence de cryptite et/ou d'abcès crytptiques (45 % *vs* 32 %, p = 0,001) et l'abondance de l'infiltrat lympho-plasmocytaire (42% *vs* 25 %, p = 0,001). Cependant la présence d'œdème, d'ulcérations et de fissures n'était pas associée à une non-réponse au traitement.

Conclusion : L'étude histologique parait un moyen performant pour prédire la réponse thérapeutique de la maladie de Crohn sténosante. D'autres études plus larges devraient être menées pour confirmer la pertinence d'une étude histologique pré thérapeutique des sténoses crohniennes inflammatoires.

P.545

Prévalence de la colite à CMV au cours des maladies inflammatoires chroniques intestinales (MICI)

H. Mahtal [(1)], S. Nacer [(1)], F.Z. Elrhaoussi [(1)], M. Tahiri [(1)], F. Haddad [(1)], W. Hliwa [(1)], A. Bellabah [(1)], W. Badre [(1)]

(1) Casablanca, MAROC.

Introduction : La fréquence de la colite à CMV au cours des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI), est rare variant entre 0,53%-3,4%. Cette fréquence s'élève à 11-36% au cours des poussées sévères, plus particulièrement dans l'RCH cortico-résistante. Il s'agit le plus souvent d'une réactivation virale, plutôt qu'une primo-infection. En effet, outre l'immunosuppression, nécessaire au traitement, l'inflammation elle-même pourrait entretenir la réplication *in situ* du virus.

L'intérêt de notre travail consiste à évaluer la prévalence de la maladie a CMV au cours des MICI dans un centre universitaire de gastroentérologie à travers l'étude des aspects cliniques, endoscopiques et thérapeutique chez cette entité de patients.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective monocentrique ayant collige 130 patients en poussée de leur MICI (81 RCH et 49 MC) d'âge moyen de 29,7 ans avec des extrêmes allant de 21 ans à 62 ans.

Le diagnostic de la colite à CMV a été établi par : la recherche d'inclusions de CMV sur biopsie colique ainsi que la recherche de l'Acide désoxyribonucléique (ADN) virale du CMV par PCR sur biopsie et immunohistochimie étaient réalisées quand cela était possible.

Résultats : La fréquence de la colite à CMV chez les MICI était de 10% dont 84,6% RCH et 15,3% MC. L'âge de nos patients variait entre 21 et 62 ans avec une moyenne de 36,7 ans et une prédominance féminine avec un sexe ratio de 2.

13 malades avaient une colite à cmv dont 6 malades (46,2%) avaient des inclusions en œil de hibou a l'histologie,3 malades (23%) avaient une étude immunhistochimique en faveur. 4 de nos patients (30,8%) avaient une PCR sur les biopsies coliques revenue positive avec un seuil de détection supérieur à 250 copies/ml.

46,15 % des patients ayant un CMV positif à l'histologie avaient des signes de sévérité endoscopiques .Les aspects endoscopiques les plus retrouvés étaient ceux de la MICI en poussée à type d'ulcération creusantes chez 3 patients (23%), ulcération linéaires chez 4 patients (30,7%) ulcération en carte géographique chez 2 patients (15,3%), Muqueuse saignant spontanément chez 4 malades (30,7%), un décollement muqueux chez un patient et une Musculeuse à nu n' été retrouvé chez aucun malade.

L'atteinte était pancolique chez 5 malades (dont 3 ayant une RCH et 2 patient MC), colique gauche chez 8 patients ayant une RCH.

Tous nos malades ont bénéficier d'un traitement antiviral par la gancyclovir IV à la dose de 10 mg/kg/jour, dont 7 malades étaient cortico-résistants initialement .9 ayant bien évolué sous traitement antiviral. 2 ayant eu recours à une colectomie subtotale. 2 de nos patients ont décédés par complications liés à l'activité de leur maladie.

Conclusion : Bien que la surinfection virale par le CMV au cours d'une poussée de MICI parait relativement rare. Son diagnostic repose sur l'examen anatomopathologique des biopsies coliques. Le traitement antiviral associé au traitement de la poussée réduit considérablement la mortalité et le taux de colectomie. La surinfection à CMV doit être évoquée, non seulement devant une cortico-résistance d'une colite de MICI, mais également devant toute poussée sévère de MICI.

P.546

Effets indésirables des thiopurines au cours des MICI

S. Kaouissi [1], H. El Bacha [1], A. Belcadi Abassi [1], N. Benzzoubeir [1], I. Errabih [1]
(1) Rabat, MAROC.

Introduction : Les immunosuppresseurs occupent une place importante quant au traitement des MICI. L'azathioprine et la 6-mercaptopurine sont des traitements efficaces pour prévenir les rechutes de la maladie de Crohn et de la rectocolite ulcéro-hémorragique. Toutefois, leur utilisation est limitée par les différents effets indésirables qu'ils peuvent engendrer. Notre travail vise à décrire ces effets indésirables observés au cours des traitements des MICI par thiopurines.

Matériels et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive menée au service d'hépato-gastro-entérologie sur une période étalée sur 20 ans de Janvier 2002 à Juillet 2022 incluant les patients traités par thiopurines et excluant les patients traités par salicylés, biothérapies et immunosuppresseurs autres que les thiopurines. Une surveillance clinique et biologique, comportant une NFS, un bilan hépatique, a été réalisée une fois par semaine pendant un mois puis tous les mois pendant 03 mois puis tous les 03 mois. L'analyse statistique a été effectuée à l'aide d'IBM SPSS Statistics. Toutes les valeurs p≤0.05 étaient statistiquement significatives.

Résultats : Durant la période allant de Janvier 2002 à Juillet 2022, 1628 patients étaient suivis pour MICI dont 1035 cas étaient diagnostiqués Crohn et 589 RCH. Parmi ces patients, 909 (55.83%) étaient sous thiopurines. 542 patients (33,29%) étaient mis sous AZA et 367 (22.54%) sous 6-MCP. L'âge moyen de la population était de 45 ans. Le sexe ratio F/H était de 1.36 (524 F pour 385 H). 47 patients (2.88%) présentaient des éruptions cutanées, 95 (5.8%) des troubles digestifs à type de nausées, vomissements et épigastralgies. Trente et un cas de céphalées sous thiopurines (1.9%) étaient notés. Cinq cas (0.3%) ont présenté une pancréatite aiguë qui a contre-indiqué la réintroduction nouvelle des thiopurines. 111 (6.81 %) patients ont présenté une perturbation des tests hépatiques avec une hépatite aiguë dans 2.88 % (47 cas). Une réintroduction des thiopurines avec augmentation progressive de la posologie a été indiquée. Des anomalies hématologiques étaient observées dans 390 cas (23.9%) à type d'anémies chez 145 (8.9%) et leuco-neutropénies chez 245 (15.45%). Un cas d'aplasie médullaire (0.061%) a été noté et 03 cas de lymphome (0.18%) ont été retrouvés. A noter qu'un cas de thymome a été déclaré sous combothérapie mais l'imputabilité des thiopurines ne peut être confirmée.
Il n'y avait pas de différence statistiquement significative en matière d'effets indésirables entre les deux groupes sous AZA et 6 MP concernant l'âge et le sexe, de même que pour les effets indésirables cutanées ou hépatiques. Parallèlement, les patients sous 6-MP faisaient plus de leuconeutropénies que les patients sous AZA (189 *vs* 56 respectivement; p<0.01).

Conclusion : Les thiopurines ont une efficacité incontournable dans le traitement des MICI. Toutefois, leur utilisation n'est pas dénuée d'effets indésirables qui peuvent être assez sévères d'où la nécessité d'une surveillance étroite clinico-biologique et du monitoring pour l'optimisation thérapeutique.

P.547

Les thiopurines sont-ils capables de prévenir la récidive endoscopique après résection iléale de maladie de Crohn chez les patients à risque ?

A. Chehaider [1], M. Serghini [1], A. Labidi [1], S. Laabidi [1], N. Ben Mustapha [1], M. Fekih [1], J. Boubaker [1]
(1) Tunis, TUNISIE.

Introduction : Dans la maladie de Crohn, la stratégie de prévention de la récidive post opératoire (RPO) repose sur l'évaluation du niveau de risque individuel pour chaque patient. Le rapport coût-efficacité des thiopurines, fait que cette molécule est prescrite même chez les patients à risque intermédiaire ou élevé de RPO. Les objectifs de notre travail étaient de décrire l'efficacité des thiopurines dans la prévention de la RPO endoscopique après résection iléale pour maladie de Crohn chez les patients à risque.

Patients et Méthodes : Nous avons mené une étude rétrospective colligeant les patients atteints de MC ayant subi une résection iléo-caecale ou iléocolique droite curative et traités par thiopurines en postopératoire. Tous les patients inclus avaient au moins un facteur de risque de RPO à savoir : un tabagisme actif, un phénotype fistulisant, une résection iléale étendue (≥ à 50 cm) et/ou une résection intestinale antérieure. Le risque de RPO était considéré intermédiaire en présence d'un seul facteur de risque et élevé en présence d'au moins 2 facteurs. Tous ces patients avaient bénéficié d'une iléo-coloscopie sous thiopurines. Ont été exclus, les patients ayant un suivi inférieur à 6 mois et ceux mis sous anti anti-TNFα dans un délai inférieur à 6 mois par rapport à l'introduction des thiopurines pour une indication autre que la récidive postopératoire. La RPO endoscopique a été stratifiée selon le score de Rutgeerts. Elle était définie par un score > i2 et elle était sévère si score >i3.

Résultats : Au total, 39 patients ont été colligés ayant un sex ratio H/F =1,8 et un âge moyen de 31.4±9,7 ans. L'âge moyen du diagnostic de la MC était de 27±10 ans et un antécédent familial de MICI a été retrouvé dans 7.7% des cas. La localisation de la MC était iléale et iléo-colique dans respectivement 92.3% et 7.7% des cas avec une atteinte périnéale dans 7.2% des cas. Des manifestations extra intestinales étaient notées dans 12.8% des cas. La voie d'abord chirurgicale était coelioscopique dans 46.2% des cas et une stomie a été réalisée dans 28.2% des cas. L'étendue moyenne de la résection iléale était de 39.7±43 cm. Les marges histologiques iléales et coliques étaient pathologiques dans 17.9 et 7.7% des cas respectivement. Les facteurs de risque de RPO étaient répartis comme suit : Un tabagisme actif (28.2%) avec une consommation moyenne de 10.2±6 paquet par année (PA), une résection intestinale antérieure (17.9%), un phénotype fistulisant (84.6%) une résection étendue (35.9%). Le risque de RPO était élevé chez 51.3 % de la population et intermédiaire dans 48.7% des cas. Le délai d'introduction des thiopurines était en moyenne de 31.8±53 jours par rapport au rétablissement de la continuité digestive à une dose moyenne de 2.3±0.21 mg/kg avec une bonne tolérance clinique et biologique. L'iléo-coloscopie était réalisée à un délai moyen de 19.3±24 mois par rapport à l'introduction des thiopurines. Le score de Rutgeerts était comme suit : i0, i1, i2, i3 et i4 dans respectivement 45.9%, 10.8%,21.6%, 8.2% et 13.5% des cas.
Une RPO endoscopique était notée chez 43.3% de la population et elle était sévère dans 21.7% des cas. Le taux cumulé de RPO était de 16% à 6 mois, 52% à 12 mois et 67.5% à 24 mois.
En analyse univariée, les facteurs associés à une RPO endoscopique sous thiopurines étaient le sexe masculin (p=0.012), la laparotomie (p=0.02), l'étendue de la résection iléale et la résection iléale étendue (p=0.003).
En analyse multivariée, les facteurs retenus étaient le sexe masculin avec un OR=11 (p= 0.024) et l'étendue du grêle reséqué avec un OR=1.05 (p=0.02). Le délai d'introduction des thiopurines, le phénotype fistulisant et le tabac n'influençaient pas significativement le risque de la RPO.

Conclusion : Les thiopurines seraient capables de prévenir la RPO endoscopique chez plus de la moitié des patients à risque. Cependant, un traitement par anti-TNF devrait être indiqué d'emblée chez les sujets de sexe masculin et en cas de résection iléale étendue.

P.548

Tumeur appendiculaire mucineuse de bas grade découverte en post-opératoire chez une patiente atteinte d'une maladie de Crohn traitée par anti-TNF

S. Bougadoum [1], A. Balamane [1]
(1) Alger, ALGÉRIE.

Introduction : Les tumeurs appendiculaires mucineuses sont des tumeurs rares de l'appendice, identifiées dans 2% des pièces d'appendicectomie, de découverte fortuite dans la majorité des cas. La maladie inflammatoire chronique de l'intestin (MICI) est un facteur de risque connu dans le développement au long cours des néoplasies colorectales cependant son implication dans le développement des néoplasies appendiculaires reste à discuter.

Patients et Méthodes : Nous rapportons un cas rare de néoplasie appendiculaire mucineuse de bas grade découverte fortuitement en post opératoire chez une patiente atteinte d'une maladie de Crohn iléo-caecale sous anti-TNF alpha.

Résultats : C'est une patiente de 37 ans atteinte d'une maladie de Crohn iléo-caecale sténosante et fistulisante, sans lésions ano-périnéales avec une manifestation extra-digestive à type de spondylarthrite ankylosante, diagnostiquée en octobre 2018, sous anti-TNF alpha depuis 2019. La patiente a répondu à l'Adalimumab avec une bonne évolution clinique et biologique de sa maladie. A 30 semaines de traitement il y'a eu une reprise de la symptomatologie digestive faite de diarrhée, jusqu'à 6 selles par jours, associée à des douleurs abdominales au niveau de la fosse iliaque droite. Nous avons switché vers l'Infliximab. A 6 semaines de traitement par Infliximab elle présente un syndrome de Koenig associé à un syndrome inflammatoire biologique fait d'une anémie à 9.5 g/dl et d'une CRP élevée à 77mg/l.
La coloscopie totale objective un cæcum remanié par un processus inflammatoire étendu sténosant siège de quelques ulcérations et de multiples pseudo-polypes ou il est impossible de différencier la valvule iléo-caecale. Le reste de la muqueuse colique et rectale est saine.
L'étude anatomo-pathologique des biopsies caecales est en faveur d'une muqueuse siège de remaniements ulcéro-inflammatoires chroniques en poussée modérée. Un adénome festonné avec dysplasie de bas grade sans signe de dégénérescence maligne est retrouvé sur un pseudo polype caecal réséqué.
Nous avons complété par un entéro-scanner objectivant un épaississement iléal distal atteignant la valvule iléo-caecale modérément sténosant, régulier et symétrique.
En raison de l'échec à la biothérapie elle bénéficie d'une résection iléo-caecale, aucune complication per opératoire, bonne évolution post opératoire.
L'étude anatomo-pathologique de la pièce opératoire est en faveur d'une maladie de Crohn iléo-caecale en poussée modérée, la limite de résection iléale est saine, la limite de résection colique est siège de remaniements inflammatoires. L'appendice est siège d'une néoplasie mucineuse de bas grade.
Les contrôles scanographiques n'objectivent aucunes métastases secondaires, les IRM péritonéales objectivent une petite formation kystique péritonéale en regard de la fosse iliaque droite non évocatrice d'une infiltration de la tumeur mucineuse appendiculaire.
A 36 semaines de l'intervention la patiente est mise sous Infliximab associé à l'Azathioprine en raison des manifestations extra digestives.

Discussion : Dans la littérature, certaines études et cas cliniques rapportés témoignent de la relation entre tumeur appendiculaire mucineuse non invasive et maladies de Crohn. Les résultats d'une étude cas-témoins rétrospective concernant les tumeurs appendiculaires diagnostiquées sur 1203 pièces de colectomie d'adultes atteints ou non de MICI montrent une prévalence multipliée par 15 des tumeurs appendiculaires mucineuses non invasives chez les patients atteints de MICI compliquées de dysplasies ou de néoplasies colorectales synchrones par rapport aux témoins non MICI, et une prévalence multipliée par 8 par rapport aux patients atteints de MICI non compliquée, étayent une association directe entre la néoplasie colorectale et la tumeur appendiculaire mucineuse dans les MICI.
Ce qui correspond au cas de notre patiente chez qui une néoplasie appendiclaure mucineuse de bas grade a été diagnostiquée sur une MICI compliquée d'un adénome festonné.

Conclusion : Les tumeurs appendiculaires mucineuses bien que rares doivent être recherchées chez les patients atteints de MICI compliquées de dysplasies ou de cancer colorectal.

P.549

Impact des troubles moteurs sur l'efficacité de la mucosectomie endoscopique (ARMS) dans le traitement du reflux gastro-œsophagien réfractaire

A. Beyrne [1], J.M. Gonzalez [1], M. Barthet [1], L. Monino [2], C. Faust [1], V. Vitton [1]
(1) Marseille ; (2) Bruxelles, BELGIQUE.

Introduction : Le reflux gastroœsophagien (RGO) touche presque 40% de la population mondiale, son traitement comprend des mesures diététiques et des traitements médicamenteux. Dans 10 à 40% des cas ce traitement n'est pas suffisant pour contrôler les symptômes et une prise en charge chirurgicale par montage anti-reflux peut être nécessaire. Néanmoins cette dernière ne peut être réalisée en cas de trouble moteur œsophagien (TMO) (syndrome de motricité inefficace en particulier). La mucosectomie anti-reflux (ARMS), de développement récent, a montré des résultats encourageants et pourrait être le « chainon manquant » dans le traitement du RGO. L'objectif principal de cette étude était d'évaluer l'impact des TMO sur l'efficacité du ARMS chez des patients atteints de RGO réfractaire.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective mono centrique. Tous les patients avec RGO réfractaire ayant bénéficié d'un ARMS après une évaluation par manométrie haute résolution ont été inclus. Concernant l'objectif principal, l'efficacité du ARMS était définie par une amélioration de 50% du score GERD-HRQL à 12 mois, en fonction de la présence ou non d'un TMO, défini selon la classification de Chicago. Les objectifs secondaires étaient d'évaluer l'efficacité de la procédure sur le contrôle des symptômes de RGO, la prise d'inhibiteurs de la pompe à protons (IPP), la qualité de vie, la satisfaction globale des patients, et la survenue de complications.

Résultats : 65 patients ont été inclus entre juin 2017 et mai 2021. Vingt-quatre (36,9%) patients avaient une manométrie normale, 41 (63%) patients avaient un TMO. Parmi eux, 40 patients avaient une hypotonie du sphincter œsophagien inférieur (SIO), qui chez 14 d'entre eux était aussi associée à une hypomotricité du corps de l'œsophage, un seul patient avait un syndrome de motricité inefficace isolé. Au total, vingt-deux patients (33,8%) ont eu une amélioration de plud de 50% du score GERD-HQRL : 8 d'entre eux n'avaient pas de TMO, 14 d'entre eux avaient un TMO. Après comparaison du groupe de patients avec ou sans TMO, il n'a pas été mis en évidence de différence significative sur l'efficacité du ARMS, la prise d'IPP, la qualité de vie, ou la satisfaction globale. Trente-quatre (52,3%) patients ont présenté une dysphagie dans les 3 mois suivant le geste. Elle était le plus souvent transitoire et seuls dix patients (15,3%) ont nécessité au moins une dilatation œsophagienne.

Conclusion : La présence d'un TMO ne semble pas modifier la réponse au traitement du RGO par ARMS. Néanmoins, l'effectif limité de notre population ne nous permet pas de dégager de facteur prédictif de réponse au traitement. La réalisation d'une plus large série sera nécessaire pour préciser l'impact des TMO sur l'efficacité et la sécurité du ARMS.

P.550

Risques de RGO après POEM selon le consensus de Lyon après myotomie gastrique courte (<25 mm)

C. Boros [1], C. Leandri [2], R. Hallit [2], R. Coriat [2], S. Chaussade [2]
(1) Clichy-la-Garenne ; (2) Paris.

Introduction : Après POEM le risque de RGO varie en fonction de la technique utilisée, de la définition utilisée pour mesurer l'incidence du RGO et aussi de l'origine géographique des publications (Japon *vs* Europe/USA). Les éléments prédictifs de RGO seraient la longueur de la myotomie sur le versant gastrique (< ou > 25mm), le siège de la myotomie (antérieure *vs* postérieure), la section complète des couches musculaires et plus récemment la section éventuelle des fibres obliques de l'estomac. Récemment, le Consensus de Lyon a permis une définition moderne du RGO1 reposant sur l'endoscopie et la pH-métrie.
But du travail: Préciser la fréquence du RGO après POEM avec mesure précise de la longueur de la myotomie dans le cardia.

Matériels et Méthodes : 36 patients consécutifs (20H/16F, l'âge moyen: 53 ans) ont été inclus dans cette étude par un seul opérateur (S.C.), entre mars 2020 et octobre 2022: 26 patients avaient une achalasie de type II, 8 une achalasie de type I, 1 patient de type III et 1 patient une maladie non-classée. Parmi les 36 patients, 7 avaient eu un traitement par dilatations pneumatique, 6 une myotomie de Heller et 1 patient un traitement par POEM. La technique de POEM était standardisée: ouverture à 5 heures, identification des vaisseaux perforants et des fibres obliques, myotomie à droite, entre ou à gauche des pédicules vasculaires, section musculaire complète ou uniquement de la circulaire. Tous les patients avaient des IPP pendant deux mois après l'intervention puis un contrôle par TOGD, une FOGD avec pH-métrie par capsule Bravo à 6 mois post POEM.

Résultats : Les vaisseaux perforants étaient repérés dans 100% des cas. La longueur moyenne de la myotomie gastrique est de 23 mm (20-25mm). La durée moyenne du geste était de 43 minutes. Après le repérage des vaisseaux perforants, la myotomie était complète dans 19 cas ou comportait une préservation des fibres longitudinales dans 17 cas. La myotomie était réalisée pour des raisons techniques soit à droite des vaisseaux le long de la petite courbure gastrique (27 patients), soit à gauche (6 patients) au sein des fibres obliques, soit entre les pédicules vasculaires (3 cas). Sur le plan clinique, une amélioration de la dysphagie était notée dans 94%. La présence de signes cliniques évoquant un RGO était retrouvée chez 12 patients, motivant la poursuite des IPP dans 9 cas. 24 patients ont eu une fibroscopie de contrôle à 6 mois et 19 patients ont eu une FOGD et une pH-métrie par capsule Bravo (examens/ résultats en attente 10 cas, refus de patient 1 cas, perdu de vue 4 patients, 1 patient a eu une séance de dilatation pneumatique devant un échec primaire du POEM et un patient a eu des signes indirectes de RGO pour lequel la capsule n'a pas eu d'indication): aucune œsophagite de stade C et D n'était retrouvée. Selon le Consensus de Lyon, un RGO pathologique documenté (pH< 4, exposition acide totale supérieure à 6% par 24h, pourcentage moyen de 9,63% dans notre étude) était identifié dans chez 11 cas/19 (57% des cas) (dont 6 symptomatiques). Un patient avait un reflux possible « bordeline » (zone grise avec une exposition acide totale entre 4 et 6%) sans augmentation du nombre d'épisode de RGO (>80/24h). Une analyse des facteurs de risque du RGO est en cours.

Conclusion : Un POEM avec section courte sur le versant gastrique du cardia est associé avec un taux d'œsophagite C ou D très faible bien qu'un RGO pathologique pH-métrique soit présent dans 11/19 patients. Ce RGO pH-métrique était symptomatique dans 54% des cas.

P.551

Corrélations endoscopique et radiologique de l'ingestion du produit caustique

I. Ouchicha [(1)], A. Lamine [(1)], M. Lahlali [(1)], N. Lahmidani [(1)], A. El Mekkaoui [(2)], M. El Yousfi [(1)], D.A. Benajah [(1)], S.A. Ibrahimi [(1)], M. El Abkari [(1)], H. Abid [(1)]

(1) Fès, MAROC ; (2) Oujda, MAROC.

Introduction : La FOGD constitue l'outil de référence pour évaluer les lésions muqueuses. Néanmoins elle reste un geste invasif, et la recherche d'outils alternatifs non invasifs dans la détection des lésions à la suite d'une ingestion caustique, constitue un domaine d'intérêt.
La tomodensitométrie (TDM) cervico-thoraco-abdominal a été largement utilisée en cas d'ingestion de caustiques, pour recueillir plus de détails sur l'atteinte des tissus environnants.
La présente étude vise à évaluer les caractéristiques de performance de dépistage de la TDM cervico-thoraco-abdominale en cas d'ingestion des caustiques

Matériels et Méthodes : C'est une étude rétrospective analytique réalisée sur une période de 11ans (2010-2021) ayant inclue 34 patients se présentant aux urgences après une ingestion aigue de caustique et qui ont bénéficié d'une fibroscopie et d'une TDM thoraco abdominale.
Les résultats de la TDM et de l'endoscopie concernant la présence de lésions du tractus gastro-intestinal supérieur ont été comparés et les caractéristiques de performance de dépistage de la TDM ont été calculées à l'aide du logiciel R.
La corrélation entre les lésions endoscopique de l'œsophage et de l'estomac a été calculée à l'aide du coefficient de corrélation de rang de Spearman.
La concordance entre la tomodensitométrie et le classement endoscopique a été mesurée en utilisant le test du kappa de Cohen coefficient (K).

Résultats : Parmi 185 patients admis aux urgences pour ingestion de caustique, 34 ont bénéficié d'une TDM thoraco abdominale, l'âge moyen était de 37,7 ans (16 – 85) avec un sexe ratio de 1, Le volume minimal et maximal du produit caustique était respectivement de 20 et 500 ml avec une moyenne de 95.7ml, il s'agissait d'un acide dans 73.5% des cas. Sur la base de l'endoscopie il y avait une corrélation significative entre l'œsophage et le classement gastrique des lésions de la muqueuse (r = 0.44; p = 0,008). Sur la base des résultats de la tomodensitométrie il y avait une corrélation significative entre l'œsophage et le classement gastrique des lésions de la muqueuse (r = 0.73; p = 5, 697.10-7). La concordance entre la TDM et l'endoscopie concernant le grade des lésions était modérée pour l'œsophage (K = 0,32 ; p = 0,0039) et substantielle pour l'estomac (K = 0,53 ; p = 5,86.10-6)
La sensibilité de la tomodensitométrie pour la détection des lésions œsophagiennes et gastriques était respectivement de 43.03% et 72.91%, tandis que sa spécificité était de 86.91% pour les lésions œsophagiennes et 85.11% pour les lésions gastriques.
Quant à la VVP et la VPN de la TDM elles étaient respectivement de 75.9% et 85.8% pour les lésions œsophagiennes et de 52.5% et 85.2% pour les lésions gastriques

Conclusion : Sur la base des résultats de la présente étude, La TDM pourrait être considérée comme un outil sensible pour écarter les lésions de la muqueuse gastro-intestinale supérieure à la suite d'une ingestion de produits caustiques. Cependant, la corrélation entre les résultats de l'endoscopie et de la tomodensitométrie concernant le classement des lésions surtout œsophagiennes n'est pas assez élevée pour éliminer le besoin d'endoscopie.

P.552

Caractéristiques cliniques, endoscopiques et manométriques chez les patients dysphagiques avec symptomatologie de RGO

S. Souissi [(1)], L. Zouiten [(1)], N. Ben Safta [(1)], A. Labidi [(1)], S. Laabidi [(1)], N. Ben Mustapha [(1)], M. Fekih [(1)], M. Serghini [(1)], J. Boubaker [(1)]

(1) Tunis, TUNISIE.

Introduction : Le reflux gastro-œsophagien (RGO) est une pathologie très fréquente, de diagnostic principalement clinique. La manométrie œsophagienne à haute résolution (MHR) occupe une place prépondérante dans le diagnostic des troubles moteurs œsophagiens (TMO) en cas de RGO associés à une dysphagie. L'objectif de ce travail était de caractériser les anomalies de la motricité œsophagienne chez les patients ayant une dysphagie avec une symptomatologie de RGO en utilisant la manométrie œsophagienne à haute résolution (MHR) et de chercher les facteurs qui leur sont associés.

Patients et Méthodes : Nous avons inclus de façon rétrospective tous les patients ayant une symptomatologie de RGO (pyrosis et/ou de régurgitations à une fréquence d'au moins 2 fois/semaine) et ayant bénéficié d'une MHR faite dans le cadre d'exploration d'une dysphagie entre Janvier et septembre 2022. Les données démographiques, cliniques et endoscopiques ont été relevées à partir des fiches médiales. Les résultats de la MHR ont été interprétés selon la quatrième version de la classification de Chicago. Une étude comparative a été réalisée selon la présence ou non des troubles moteurs à la MHR.

Résultats : Au total, 48 patients avec un âge moyen de 51 ±15,8 ans et un sex ratio H/F de 0,71 ont été colligés. L'IMC moyen était de 24,6 Kg/m2 [15,2-35,4] et 52,1% des patients étaient en surpoids (IMC ≥25 Kg/m2). Des régurgitations seules étaient présentes chez 14 patients.
L'endoscopie digestive haute était normale dans 52,1% des cas. Une œsophagite était présente dans 22,9% des cas, une stase œsophagienne dans 14,6% des cas et une hernie hiatale (HH) dans 12,5% des cas.
Des troubles moteurs œsophagiens à la MHR étaient présents chez 22 patients (45,8%) : achalasie (n=12; 25%), motricité œsophagienne inefficace (n=6; 12,5%), absence de contractilité (n=3; 6,3%) et maladie des spasmes de l'œsophage (n=1; 2,1%). Le SIO était hypotonique chez 19 patients (39,6%) et hypertonique chez 4 patients (8,3%).
L'étude comparative entre le groupe RGO ayant des TMO et le groupe RGO sans TMO a montré une population plus jeune en présence de TMO (p= 0,03). La présence de régurgitations était associée significativement à la présence de TMO puisque parmi les 14 patients qui avaient des régurgitations, 10 présentaient des TMO à la MHR (p= 0,015). Par contre la présence de pyrosis avec ou sans régurgitations était associée à une motricité œsophagienne normale (p = 0,018). De plus, une association négative a été retrouvée entre la présence d'une HH à l'endoscopie et/ou à la manométrie ainsi qu'une hypotonie du SIO et la présence de TMO. En effet, l'endoscopie a objectivé 6 HH et tous avaient une MHR normale (p = 0,02), 23 patients avaient une HH à la MHR dont 20 n'avaient pas de TMO (p < 10-4) et 14 hypotonie du SIO parmi 19 n'étaient pas associées à des TMO (p=0,01). Notre étude n'a pas retrouvée d'association entre la fréquence et la durée d'évolution de la symptomatologie et la présence d'anomalies de la motricité œsophagienne.

Conclusion : Une symptomatologie de RGO à type de régurgitations et un jeune âge, chez les patients dysphagiques, augmentaient le risque d'avoir des troubles moteurs de l'œsophage à la MHR et notamment une achalasie. Inversement, un pyrosis, une HH et une hypotonie du SIO étaient associés à une absence de troubles moteurs œsophagiens.

P.553

Résistance de *Helicobacter pylori* à la clarithromycine

S. Oirdi Zahir [1], M. El Khadir [1], S. Alaoui Boukhris [1], D.A. Benajah [1], S.A. Ibrahimi [1], L. Chbani [1], M. El Abkari [1], B. Bennani [1]

(1) Fès, MAROC.

Introduction : L'infection par *Helicobacter pylori* touche plus de la moitié de la population mondiale. Elle peut entrainer de sévères maladies gastroduodénales lorsqu'elle n'est pas traitée, notamment les ulcères peptiques et l'adénocarcinome gastrique. Plusieurs antibiotiques ayant une excellente activité contre *H. pylori* sont utilisés dans les régimes thérapeutiques pour l'éradication de la bactérie, ce qui a nettement diminué les taux d'infection. Les antibiothérapies sont utilisées en association avec ou sans bismuth et/ou des inhibiteurs de la pompe à protons (IPP). La prescription de tel ou tel traitement est, entre autres, fonction du profil de résistance de la bactérie. La célèbre triple thérapie à base de clarithromycine (clarithromycine+amoxicilline+IPP), auparavant utilisée mondialement comme traitement de premier choix dans l'éradication de *H. pylori*, présentait des taux d'efficacité de plus de 90%. La résistance de *H. pylori* aux antibiotiques a atteint désormais des niveaux élevés dans presque toutes les régions du monde, diminuant drastiquement l'efficacité des régimes thérapeutiques. En fait, la clarithromycine représente le principal antibiotique utilisé dans les régimes d'éradication de cette bactérie. La résistance à cet antibiotique est associée à des mutations ponctuelles dans le domaine V de l'ARNr 23S dont les principales sont A2143G et A2142G/C. En effet, la détection de ces mutations est très importante et est la base du choix du protocole thérapeutique. Seulement deux études très anciennes ont rapporté la prévalence de la résistance à la clarithromycine dans une région limitée de notre pays. Ainsi, l'objectif de cette étude préliminaire est de déterminer le profil de résistance de *H. pylori* à la clarithromycine pour la première fois dans une autre région, 7 ans après la première analyse qui a été effectuée.

Patients et Méthodes : La recherche des mutations A2143 et A2142 a été effectuée par séquençage de Sanger sur un total de 205 ADN extraits de biopsies gastriques issus de patients consentants positifs à *H. pylori*. Pour cela, une PCR ciblant un fragment de 269pb de l'ARN 23S a été effectuée avant d'être soumis au séquençage pour détecter les principales mutations associées à la résistance à la clarithromycine. Ensuite, la corrélation entre l'âge, le sexe et les pathologies par rapport à la résistance a été effectuée.

Résultats : Un total de 205 patients étaient inclus dans l'étude et comptaient 99 hommes (48,3%) et 106 (51,7%) femmes. L'âge de ces patients variait entre 16 et 99 ans (±15,826). La population étudiée compte 4,9% de patients avec un cancer gastrique, 7,4% avec un ulcère gastrique, 17,2% avec un ulcère duodénal et 70,4% avec une gastrite. Les résultats du séquençage ont montré que 94,1% des isolats *H. pylori* ne portait aucune des mutations recherchées, et donc sensible à la clarithromycine, 4,4% était résistant avec une mutation à la position 2143 (A2143G), 1 % était hétéro-résistant à la position 2143 (A2143A/G) et 0,5% était hétéro-résistant à la position 2142 (A2142A/G). La prévalence de la résistance à la clarithromycine était plus élevée chez les femmes (77,8%) que chez les hommes (22,2%). De plus, les souches hétéro-résistantes étaient observées seulement chez les femmes (p=0.062). La présence de souches résistante est indépendante à l'âge.

Conclusion : Cette étude préliminaire a montré que *H. pylori* circulant dans la région étudiée demeurait majoritairement sensible à la clarithromycine et que la résistance observée est plus élevée chez les souches infectant les femmes. Les résultats indiquent que la triple thérapie à la clarithromycine reste une bonne option pour la première ligne de traitement contre *H. pylori* dans cette région du pays.

P.554

Particularités de l'hémorragie digestive haute chez les patients sous antithrombotiques : étude prospective

T. Addajou [1], S. Mrabti [1], A. Benhamdane [1], A. Sair [1], K. Boualiten [1], B. Aourarh [1], J. Benass [1], M. Ahmed [1], R. Berraida [1], F. Rouibaa [2], A. Benkirane [1], H. Seddik [1]

(1) Rabat, MAROC ; (2) Casablanca, MAROC.

Introduction : L'hémorragie digestive haute (HDH) est l'urgence diagnostique et thérapeutique la plus fréquente en hépato-gastroentérologie, pouvant mettre en jeu le pronostic vital nécessitant une prise en charge multidisciplinaire.
Les médicaments anti-thrombotiques (AT) couramment prescrits dans la pathologie cardiovasculaire sont considérés comme un facteur de risque reconnu pour l'HDH. Cependant, peu d'études ont évalué leur effet sur les résultats de l'endoscopie chez les patients admis pour HDH, et ont concluent à des résultats qui restent controversés.
L'objectif de notre étude est d'évaluer l'effet de l'utilisation de l'AT sur les résultats de l'endoscopie chez les patients admis pour HDH.

Matériels et Méthodes : Il s'agit d'une étude prospective transversale à propos de 332 patients menée entre juin 2020 et août 2021 au sein d'unité d'endoscopie des urgences de notre hôpital.
Nous avons reparti nos patients en deux groupes en fonction de l'utilisation ou non de médicaments anti-thrombotiques. Nous avons considéré comme utilisateurs d'anti-thrombotiques tous les patients sous antiagrégants plaquettaires (aspirine à faible dose, thiénopyrimidines) et/ou anticoagulants (antagoniste de la vitamine K, anticoagulants à action directe, héparine).

Résultats : L'âge moyen de nos patients était de 59 +/- 16,7 ans, avec des extrêmes allant de 17 ans à 90 ans. Notre série a été caractérisée par une nette prédominance masculine à 77,1%, soit un sex-ratio de 2,46.
Soixante-trois de nos patients (19%) étaient sous médicaments AT (41 antiplaquettaires, 39 anticoagulants).
Le groupe AT différait du groupe non AT par l'âge (68 *vs* 57; p< 0.001), les comorbidités (75,8% *vs* 16,7 %; p< 0.001), cependant il n y avait pas de différence statistiquement significative concernant le saignement actif lors de l'endoscopie (12,7%*vs* 16,8%; p=0.425), et la nécessité d'une hémostase endoscopique (7,9%*vs* 16%; p=0.1).
En analyse multivariée et en ajustant les paramètres confondant; seule la présence d'un saignement actif peut prédire la nécessité de recours à l'hémostase endoscopique. En effet, la présence d'un saignement actif lors de l'endoscopie multiplie par 26 le risque de recours à une hémostase endoscopique (OR: 26, p< 0,001) par contre la prise d'AT n'influence pas la nécessité de recours à l'hémostase endoscopique (OR: 0,386, p=0,154).

Conclusion : Bien qu'ils soient plus âgés avec plus de comorbidités, les patients sous AT admis pour HDH ne semblent pas avoir un surrisque de saignement actif à l'endoscopie ou de recours à l'hémostase endoscopique que les non-utilisateurs d'AT.

P.555

Prise en charge de l'infection à *Helicobacter pylori* par le médecin généraliste

I. Jbara [(1)], F. Haddad [(1)], F.Z. Elrhaoussi [(1)], M. Tahiri [(1)], W. Hliwa [(1)], A. Bellabah [(1)], W. Badre [(1)]
(1) Casablanca, MAROC.

Introduction : La moitié de la population mondiale, avec une grande disparité géographique, est infectée par *Helicobacter pylori*, et ce d'autant que les conditions de vie sont défavorisées.Le médecin généraliste est un acteur essentiel pour le dépistage et le traitement de cette infection .Le but de ce travail est d'évaluer les connaissances et les modalites de prise en charge de l'infection à hélicobacter pylori par les medecins généralistes .

Patients et Méthodes : Etude observationelle transversale à visée descriptive et analytique auprès des médecins généralistes des secteurs public et libéral. Le support de l'enquête est un questionnaire pré-établi individuel comportant des questions à choix multiples et des questions à reponse unique ouverte sur la plateforme « google forms » et envoyé aux medecins généralistes à travers les réseaux sociaux.

Résultats : 116 médecins généralistes ont répondu à notre questionnaire. L'âge moyen des participants est de 42 ans. Une prédominance féminine est notée avec un sex ratio F/H de 1,89 (76 femmes et 40 hommes). 47,4% travaillent dans le secteur public et 52,6% dans le secteur libéral. La durée d'exercice des médecins participants à notre étude faisait également parti du questionnaire, ainsi la durée d'exercice de <5 ans avait le pourcentage le plus grand avec 36,2%, suivi par les médecins exerçants depuis plus de 20 ans avec un pourcentage de 34,5% .Les motifs principaux de dépistage de l'infection par *Helicobacter pylori* étaient des épigastralgies chez 79, 3%, une dyspepsie chronique chez 73, 3% et un pyrosis ou un reflux gastro-œsophagien chez 72,4 % des medecins généralistes . 36,2% des médecins prescrivaient une sérologie HP pour affirmer le diagnostic et 31% prescrivaient un test respiratoire à l'urée marquée.Concernat le traitement, la prescription d'antibiotiques était partagée dans 70,7% des cas entre les gastro-entérologues spécialistes et les médecins généralistes, dans 38,8% des cas c'était le médecin généraliste seul qui prescrivait l'antibiothérapie et 12,9% le gastro-entérologue seul.Parmi les 116 médecins interrogés, la majorité (64,7%) prescrivait une quadrithérapie « concomitante » par AMOXICILLINE+METRONIDAZOLE+ CLARITHROMYCINE+IPP, 26,7% une quadrithérapie utilisant le Bismuth et 5,2% une trithérapie par AMOXICILLINE + CLARITHROMYCINE + IPP.42,5¨% des médecins vérifient l'éradication de l'infection à l'*Helicobacter pylori* après 4 semaines d'arrêt du traitement, le test utilisé était dans 65,9% des cas un test respiratoire à l'urée marquée.En cas d'échec de cette éradication, 81% des médecins adressaient leurs malades aux gastroentérologues spécialistes pour un changement de protocole.

Conclusion : La coordination entre le médecin généraliste et le gastro-entérologue est necessaire pour optimiser la prise en charge de l'infection par l'*Helicobacter pylori*. De plus on note que le médecin généraliste n'hésite pas à faire appel au gastro-entérologue en cas d'échec d'une première antibiothérapie.Néanmoins le médecin généraliste représente le premier référent de la population générale pour cela des journées scientifiques de sensibilisation et de formation continue semblent nécessaires afin d'améliorer cette prise en charge.

P.556

Maladie de Biermer et *Helicobacter pylori* : sur risque de dégénérescence ?

S. Souissi [(1)], A. Labidi [(1)], N. Ben Safta [(1)], S. Laabidi [(1)], N. Ben Mustapha [(1)], M. Fekih [(1)], M. Serghini [(1)], J. Boubaker [(1)]
(1) Tunis, TUNISIE.

Introduction : La prévalence et le rôle de Hélicobacter pylori (HP) dans le développement ou l'évolution de la maladie de Biermer restent controversés. Cette maladie prédispose au développement des lésions précancéreuses du fait de la gastrite atrophique qu'elle peut occasionner. La présence d'HP chez les patients ayant une maladie de Biermer laisse penser à la possibilité de potentialisation du risque cancérigène de cette affection. Le but de notre étude était d'apprécier la prévalence de HP au cours de la maladie de Biermer et d'étudier son effet sur le risque de dégénérescence.

Patients et Méthodes : Il s'agissait d'une étude rétrospective descriptive collegeant tous les patients suivis pour une maladie de biermer sur une période de 10 ans (de 2012 à 2022). Une endoscopie digestive haute avec des biopsies antro-fundiques a été pratiquée pour tous les patients dans le cadre du bilan de leur maladie. L'examen anatomopathologique a permis d'apprécier la sévérité de la gastrite (évaluée selon le système Sydney), la présence de HP et l'éventuelle présence et le degré de métaplasie et de dysplasie.

Résultats : Cinquante-cinq patients ont été colligés d'âge médian 55,4 ans [26–80]. Le sex-ratio H/F était de 1,6. L'IMC moyen de nos patients était de 22,5 Kg/m2. La prévalence de HP était de 32,7%. L'endoscopie digestive haute a objectivé une gastropathie congestive dans 66,7% dans le groupe HP+ *versus* 24,2% dans le groupe HP− (p=0,003).Une activité modéré à sévère de la gastrite était notée dans 58,3% dans le groupe HP+ *versus* 40,3% dans le groupe HP− (p=0,73). Une atrophie fundique sévère a été notée dans 62,5% des cas dans le groupe HP+ *versus* 48,4% dans le groupe HP− avec une différence significative (p=0,031). Une atrophie antrale était exclusivement présente dans le groupe HP+ avec une différence statistiquement significative (p=0,002). Les lésions de métaplasie intestinale étaient plus fréquentes dans le groupe HP+ (66,7% *vs* 63,2% ; p=0,829). Les lésions de dysplasie étaient retrouvées dans 11,1% dans le groupe HP+ *vs* 0% dans le groupe HP− avec une différence significative (p=0,05).

Conclusion : Notre étude montre que la présence de HP au cours de la maladie de Biermer, est une situation non rare, qui potentialise le risque de dégénérescence. D'où l'intérêt de sa recherche systématique et de son éradication.

P.557

Détermination du rôle prédictif du gène cagE dans l'évolution de l'infection à *Helicobacter pylori* vers l'ulcère duodénal

M. El Khadir [1], S. Alaoui Boukhris [1], S. Oirdi Zahir [1], D.A. Benajah [1], S.A. Ibrahimi [1], L. Chbani [1], M. El Abkari [1], B. Bennani [1]

(1) Fès, MAROC.

Introduction : L'infection à *Helicobacter pylori* (H.pylori) est le facteur étiologique le plus important dans le développement des pathologies gastroduodénales. Son évolution est influencée par plusieurs facteurs, y compris les facteurs de virulence de H.pylori dont l'îlot de pathogénicité cagPAI. Ce dernier, défaillant dans prés du tiers des souches, compte plusieurs gènes de virulences tel le cagA et le cagE qui peuvent présenter une valeur prédictive de l'évolution de l'infection. En effet, le cagE semble être impliqué dans la survenue des pathologies gastriques sévères. L'objectif de ce travail est d'évaluer la valeur prédictive de cagE comme marqueur de l'évolution de l'infection.

Patients et Méthodes : Une étude prospective a été réalisée sur 423 biopsies gastriques *H. pylori* positives. Ces biopsies ont été collectées auprès des patients consentants et consultants le service d'exploration fonctionnelle de CHU Hassan II de Fès et souffrant de gastrite, ulcère gastroduodénal, ou cancer gastrique. Le statut de cagE a été déterminé par PCR directement à partir des biopsies *H. pylori* positives et corrélé avec les différentes pathologies gastroduodénales en utilisant le logiciel SPSS.

Résultats : L'âge moyen de la population incluse est de 47,83 (± 15,78) ans. Le sexe ratio est de 1,03 (215/208). Les résultats de l'endoscopie ont révélé que 288 (68,09%), 101 (23,88%) et 34 (8,04%) des patients présentent une gastrite, des ulcères gastroduodénaux et un processus tumoral respectivement. Le gène cagE a été détecté dans 223 (52,72%) cas. La corrélation entre les pathologies gastriques et le status du gène cagE (dans l'analyse multinomiale univariée) montre que le risque d'ulcère duodénal est 2,08 fois plus élevé (IC = 1,13 –3,81) chez les patients infectés par des souches ayant le gène cagE par rapport aux patients atteints de gastrite et infectés par des souches en dépourvues.

Conclusion : Les résultats de cette étude montrent que l'infection par *H. pylori* dotée du gène cagE est un facteur risque important pour le développement de l'ulcère duodénal. Ce gène est donc présente une grande valeur prédictive de l'évolution de l'infection à H.pylori vers l'ulcère duodénal. De ce fait, sa caractérisation devrait être introduite dans les protocoles de suivi des patients *H. pylori* positifs ce qui contribuera à la mise en place des moyens préventifs contre les pathologies sévères et particulièrement les ulcères duodénaux.

P.558

Gastrite chronique associée à *Helicobacter pylori* : étude transversale à propos de 842 patients à Douala, Cameroun

S.A. Eloumou Bagnaka [1], B.B. Eyoum [2], W. Bekolo [1], G. Aghoagni [3], D.G.R. Nsenga [2], A.W. Ndjitoyap Ndam [4], A. Malongue [1], M.P. Kowo [4], F. Ankouane [4], N.D. Noah [1], H.N. Luma [1]

(1) Douala, CAMEROUN ; (2) Dschang, CAMEROUN ; (3) Buéa, CAMEROUN ; (4) Yaoundé, CAMEROUN.

Introduction : *Helicobacter pylori* est la première infection bactérienne dans le monde. C'est un problème de santé publique. Cette infection est associée à des lésions gastriques dont la plus importante est la gastrite chronique (GC). Celle-ci est une entité anatomopathologique et se définit comme une inflammation persistante de la muqueuse gastrique. L'évolution vers le cancer est rare mais demeure la principale crainte du clinicien. Le but de ce travail était de rechercher l'association entre la gastrite chronique (GC) et la présence de *Helicobacter pylori* (Hp) aussi les facteurs associés à la présence de Hp.

Patients et Méthodes : Il s'agissait d'une étude transversale et analytique sur une période de trois (03) ans allant du 1er aout 2014 au 31 décembre 2016. Elle avait pour cadre deux formations sanitaires de la ville de Douala au Cameroun (Hôpital général et Hôpital Laquintinie). Ces deux formations sont des hôpitaux d'application universitaire. Etaient inclus, les patients ayant réalisés une endoscopie digestive haute après consentement. Etaient exclus les patients qui avaient reçu les antibiotiques quatre semaines avant l'examen et ceux qui avaient reçu les inhibiteurs de la pompe à proton deux semaines avant l'examen. L'endoscopie était normale ou anormale. Lorsqu'elle était anormale, les lésions étaient classées en trois. Il s'agissait des lésions inflammatoires, des ulcérations et des ulcères. La gastrite chronique était recherchée par l'histologie et tenait compte de la classification de Sydney. Les biopsies étaient réalisées comme suit : deux dans le fundus, deux dans l'antre et une au niveau de l'angle de la petite courbure gastrique. Elles étaient ensuite fixées dans du formol puis on procédait à des colorations spéciales notamment au Giemsa et à l'hématoxyline-éosine-safran (HES). Le test chi carré permettait de rechercher l'association entre les variables. La régression logistique par analyse multivariée avait permis la recherche des facteurs associés à la présence de Hp. Le seuil de significativité fixé à un $p < 0,05$.

Résultats : Nous avons inclus 842 patients. L'âge moyen était de 44 ± 17 ans. Le sexe féminin représentait 56% des cas (n= 472) pour un sexe ratio femme/homme de 1,3/1. L'endoscopie était anormale chez 89,5% des patients (n= 754). Les lésions inflammatoires, les ulcérations et l'ulcère gastroduodénale étaient retrouvés respectivement dans 22,3% des cas (n= 188), 5,6% des cas (n=47) et 30,9% des cas (n= 260). L'ulcère gastrique était retrouvé dans 10% des cas (n= 84) et l'ulcère duodénal chez 21,6% des patients (n= 176). La prévalence de Hp était de 73,2% (n= 616). La présence de Hp était associée aux lésions retrouvées en endoscopie que ce soit dans le cas des lésions inflammatoires (68,1% de Hp+ *Versus* 31,9% de Hp- ; p< 0,0001), des ulcérations (59,6% de Hp+ *Versus* 40,4% de Hp- ; p< 0,0001), des ulcères gastro-duodénaux (85,4% de Hp+ *Versus* 14,6% de Hp- ; p< 0,0001) et du cancer gastrique (100% de Hp+ *Versus* 0% de Hp- ; p< 0,0001). Lorsque l'endoscopie était normale, Hp était présent dans 63,6% des cas *Versus* 36,4% des cas avec Hp- (p< 0,0001). Concernant la gastrite chronique (GC), elle était présente chez 28,4% des patients (n= 239). La gastrite chronique (GC) était associée à Hp (70,7% de Hp+ *Versus* 29,3% de Hp- ; p< 0,0001). La gastrite chronique (GC) était active dans 33,5% des cas, atrophique dans 23,4% des cas et présentait une métaplasie intestinale dans 19,2% des cas. Les facteurs associés à la présence de Hp étaient l'ulcère gastrique (OR= 4,8 ; IC95% [1,95 – 12,16], p= 0,01), l'ulcère duodénal (OR= 4,7 ; IC95% [2,39 – 9,25], p= 0,000), les lésions inflammatoires (OR= 6,1 ; IC95% [3,09 – 12,19], p= 0,000), les ulcérations (OR= 6,4 ; IC95% [3,05 – 13,80], p= 0,003), la gastrite chronique (OR= 7,71 ; IC95% [3,30 – 18,00], p = 0,000).

Conclusion : Environ trois quarts de patients sont infecté par *Helicobacter pylori*. Ils sont jeunes et de sexe féminin. *Hp* est associé aux lésions gastriques que ce soit l'ulcère gastro-duodénal, les lésions inflammatoires, l'ulcération ou encore le cancer gastrique. Moins d'un tiers des patients présente une gastrite chronique. Elle est le plus souvent associée à la présence de *Hp*. Les facteurs associés à la présence de *Hp* sont l'ulcère gastro-duodénale, les ulcérations, les lésions inflammatoires et la gastrite chronique.

P.559

La prévalence du RGO chez les sujets BPCO

N. Fettal [1]

(1) Sidi Bel Abbès, ALGÉRIE.

Introduction : La bronchopneumopathie chronique obstructive est souvent associée à des comorbidités et notamment le RGO. Sa prévalence chez les BPCO auto déclarés est de 17% à 45%[1,2], tandis quelle est plus élevée 78% dans les études basées sur la mesure de la phmetrie et la manométrie[3].Son mécanisme n'est pas clairement élucidé ; cependant on peut incriminer l'hyperinflation pulmonaire, le tabagisme et la prise de certains médicaments comme la théophylline et les anticholinergiques qui risquent d'augmenter le sphincter inferieurde l'œsophage.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude prospective longitudinale concernant une population de patients adultes porteurs de BPCO confirmés par la spirometrie.
Pour évaluer la prévalence du RGO, et son impact sur la fréquence des exacerbations et sur la qualité de vie des sujets BPCO, tous nos patients ont répondu au questionnaire SRI(Symptôme reflux index) et au questionnaire CAT (COPD ASSESMENT TEST).On a défini une qualité de vie meilleure pour un score≤10, moyenne pour 10<CAT<20 et médiocre pour un CAT≥20.
Durant le suivi prospectif de 03 ans, on a procédé à une reévaluation annuelle des paramètres anthropométriques, de la fonction respiratoire(EFR) et de l'incidence des exacerbations.

Résultats : On a inclus cent trente cinq patients d'âge moyen de 61±9 ans avec une prédominance masculine nette, le sex-ratio 45.La notion d'alcoolisme et de tabagisme sont retrouvées avec des taux respectifs de 32%,97% avec 49% de fumeurs actifs et une consommation moyenne de tabac 50±23P/A.Le profil fonctionnel de nos patients est représenté par 69.4% de BPCO légère à modérée contre 30.4% de formes sévère et très sévère.
Dans cette série, 24% soit 32cas de BPCO avaient un RGO selon le score SRI≥13.Ces BPCO ayant un RGO sont dénutris (IMC moyen20±0.5kg/m2) avec une obstruction bronchique sévère VEMS 45%±3.
Cette étude a révélé, l'existence d'une corrélation significative entre le score SRI et la persistance du tabagisme (p ;0.01),l'indice de masse corporelle (p;0.004),l'image d'emphyseme pulmoaire(p;0.001),la fréquence des) exacerbations(p ;0.001) et le score CAT de la qualité de vie(p ;0.00).

Conclusion : La survenue d'un RGO chez les sujets BPCO constitue un facteur de morbidité part son impact négatif sur la fréquence des exacerbations et des hospitalisations, entraînant une progression de la maladie. Il semble, selon nos résultats, que l'association RGO-BPCO constitue un phénotype aux caractéristiques (dénutrition, tabagisme actif,emphysème pulmonaire et obstruction bronchique sévère)D'où l'intérêt de réaliser des études à grande échelle pour identifier ce type de phénotype qui pourrait nécessiter un suivi et un traitement particuliers

On suggère une recherche systématique des symptômes de RGO chez les sujets BPCO afin de les traiter.

P.560

Caractéristiques et particularités de l'hémorragie digestive haute chez les patients sous antithrombotiques : étude prospective

T.Z. Benjelloun [1], S. Roudi [1], A. Ait Errami [1], S. Oubaha [1], K. Krati [1]
(1) Marrakech, MAROC.

Introduction : L'hémorragie digestive haute (HDH) est l'urgence diagnostique et thérapeutique la plus fréquente en hépato-gastroentérologie, pouvant mettre en jeu le pronostic vital nécessitant une prise en charge multidisciplinaire.Les médicaments anti-thrombotiques (AT)couramment prescrits dans la pathologie cardiovasculaire sont considérés comme un facteur de risque reconnu pour l'HDH. L'objectif de notre étude est d'évaluer l'effet de l'utilisation des AT sur les résultats de l'endoscopie chez les patients admis pour HDH.

Matériels et Méthodes : Il s'agit d'une étude prospective monocentrique à propos de 220 patients menée sur une période d'un an entre janvier 2021 et septembre 2022 au sein du service d'endoscopie des urgences de notre hôpital.
Nous avons reparti nos patients en deux groupes en fonction de l'utilisation ou non de médicaments anti-thrombotiques. Nous avons considéré comme utilisateurs d'anti-thrombotiques tous les patients sous antiagrégants plaquettaires (aspirine à faible dose, thiénopyrimidines) et/ou anticoagulants (antagoniste de la vitamine K, anticoagulants à action directe, héparine).

Résultats : L'âge moyen de nos patients était de 59 ans, avec des extrêmes allant de 18 ans à 86 ans. Notre série a été caractérisée par une nette prédominance masculine à 75%, soit un sex ratio de 2,12. 63 patients prenaient des médicaments AT (41 antiplaquettaires, 39 anticoagulants). Le groupe AT différait du groupe non AT par l'âge (59 *vs* 52;p< 0.001), les comorbidités (68,8% *vs* 12,7 %;p< 0.001), cependant il n y avait pas de différence statistiquement significative concernant le saignement actif lors de l'endoscopie (14%*vs* 17%; p=0.425), et la nécessité d'une hémostase endoscopique (8.2%*vs* 13%;p=0.1).En analyse multivariée et en ajustant les paramètres étudiés à savoir l'âge, le sexe, les comorbidités, la présence d'un saignement actif et l'utilisation des antithrombotiques ; seule la présence d'un saignement actif peut prédire la nécessité de recours à l'hémostase endoscopique.

Conclusion : Bien qu'ils soient plus âgés avec plus de comorbidités, les patients sous AT admis pour HDH ne semblent pas avoir un surrisque de saignement actif à l'endoscopie ou de recours à l'hémostase endoscopique que les non-utilisateurs d'AT.

P.561

Les sténoses bénignes de l'œsophage : profil étiologique

W. El Ouardi [1], S. hmimass [2], M. Borahma [2], M. Kadiri [2], F.Z. Chabib [2], N. Lagdali [2], I. Benelbarhdadi [2], F.Z. Ajana [2]
(1) Kénitra, MAROC ; (2) Rabat, MAROC.

Introduction : La sténose bénigne de l'œsophage est une pathologie assez fréquente. Le maitre symptôme est la dysphagie. Le contexte clinique et l'endoscopie œso-gastroduodénale permettent généralement de poser le diagnostic positif et d'orienter le diagnostic étiologique. La prise en charge repose essentiellement sur les dilatations endoscopiques. L'objectif de notre travail est de déterminer le profil étiologique des sténoses bénigne de l'œsophage dans notre centre universitaire.

Matériels et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive mono centrique des cas de sténoses œsophagiennes bénignes au sein d'un service universitaire d'hépato-gastro-entérologie sur une période de 32 ans [1990-2022

Résultats : Un total de 506 patients était colligé. Le sexe ratio était de 0.91 (H/F). L'âge moyen de nos patients était de 45,6 ans [11-83]. Tous nos patients accusaient une dysphagie. Sur le plan étiologique la sténose peptique était la cause la plus fréquente chez 209 de nos patients (41.3%) suivi du syndrome de Plummer Vincent (SPV) chez 168 patients (33.2%), 58 cas de sténose post opératoire (11.4%), 55 cas de sténose caustique (10.9%), 9 cas de sténose post radique (1,8%), dont 4 cas après radiothérapie pour néoplasie du sein et carcinome épidermoïde de l'œsophage respectivement et après radiothérapie pour néoplasie de la sphère ORL dans un cas ; 3 cas (0.6%) de sténose iatrogène par sonde nasogastrique, 2 cas (0.4%) de sténose mycotique, 1 cas (0.2%) de sclérodermie et 1 cas (0.2%) de sténose œsophagienne compliquant une maladie de Crohn. Tous nos patients ont bénéficié de séances de dilatation endoscopique réalisée généralement à l'aide de bougie de Savary Guilliard ou de ballon de dilatation.
Le succès de la dilatation est noté dans 100% des sténoses peptiques, 100% des syndromes de Plummer-Vinson, 96,5% des sténoses post-opératoires. Les complications rapportées étaient deux cas de perforation œsophagienne soit 0,3% (dont une sténose post opératoire et une sténose peptique). Une récidive de la dysphagie était notée dans 55,2% des sténoses post opératoire, dans 40,6% des sténoses peptiques, 28.6% des syndromes de Plummer-Vinson ayant nécessité d'autres séances de dilatation.

Conclusion : Dans notre série les sténoses peptiques et l'anneau de Plummer-Vinson étaient les étiologies des sténoses œsophagiennes les plus fréquentes (75.4%). Les dilatations endoscopiques constituaient la principale arme thérapeutique. Le taux de récidive était plus fréquent avec le SPV et les sténoses peptiques d'où l'intérêt de traitement étiologique.

P.562

Facteurs prédictifs d'échec de la dilatation endoscopique de l'achalasie de l'œsophage

S. Salim [(1)], A. Lamine [(1)], M. Lahlali [(1)], N. Lahmidani [(1)], A. El Mekkaoui [(2)], M. El Yousfi [(1)], D.A. Benajah [(1)], S.A. Ibrahimi [(1)], M. El Abkari [(1)], H. Abid [(1)]

(1) Fès, MAROC ; (2) Oujda, MAROC.

Introduction : L'achalasie est un trouble moteur primitif de l œsophage ; La prise en charge de l'achalasierepose sur des traitements pharmacologiques, endoscopiques et chirurgicaux.

Patients et Méthodes : Le but de notre étude était d'évaluer à travers un travail rétrospectif,les facteurs prédictifs pouvant influencés la réponse thérapeutique des patients achalasiquesayant bénéficié d'une dilatation endoscopique allant depuis Janvier 2011 à mai2022 au sein denotre service, L'échec était défini par l'absence d'amélioration, ou récidive précoce à moinsd'un mois après la dilatation, ou un nombre de dilatation >3

Résultats : Nous avons inclus dans notre travail 176 malades, (80 femmes et 96 hommes;)âge moyen = 46 ans. 137 ont reçu exclusivement une dilatation Pneumatique, 29 malades ontbénéficié de l'association dilatation pneumatique et séromyotomie de Heller avec montageanti reflux, 6 malades ont bénéficié d'une POEM, 5 malades ont bénéficié de l'associationdilatation pneumatique et POEM et un seul malade a bénéficié d'une chirurgie exclusive.Parmi les 171 patients dilatés, 100 soit 59,7 % ont bénéficié d'une seule DP; 63 patients soit36,2% ont eu 2 à 3 séances de DP et 8 patients soit 4,1% ont eu plus de 3 séances de DP ; on anoté un cas de perforation post dilatation ayant nécessité le recours à une chirurgie en urgence; 2 cas de pyrosis réfractaire post-dilatations pneumatiques ; 2 patients ont eu une dyspnéelaryngée et 2 autres des douleurs thoraciques. A noter que la moyenne de nombre de dilatationété estimée à 1,64.La rémission clinique était définie par un score d Eckhard ≤ 3 après unmaximum de 3 séances de dilatation pneumatique.Au cours du suivi, Le taux de réussite après la dilatation était de 83% à un mois ; 62% à 6mois et 59% à 1 an.Les facteurs prédictifs de mauvaise réponse à la dilatation endoscopiqueétait âge ≤35 ans ; le sexe masculin ; l'hyper kinésie œsophagienne.

Conclusion : Notre étude confirme que l'âge ≤ 35 ans, le sexe et l'hyper kinésieœsophagienne sont trois Facteurs prédictifs d'échec de la dilatation endoscopique.L'indication thérapeutique doit tenir en Considération ces facteurs

P.563

Hémorragie digestive haute d'origine non variqueuse : quelles sont les particularités chez le sujet jeune ?

O. Bahlaoui [(1)], F. Haddad [(1)], F.Z. Elrhaoussi [(1)], M. Tahiri [(1)], W. Hliwa [(1)], A. Bellabah [(1)], W. Badre [(1)]

(1) Casablanca, MAROC.

Introduction : L'hémorragie digestive haute est un motif fréquent de consultation en Gastro-entérologie. Elle nécessite une prise en charge urgente. Le but de notre travail est d'étudier les caractéristiques épidémiologiques, étiologiques et évolutives de l'hémorragie digestive haute chez les sujets jeunes.

Patients et Méthodes : Il s'agit une étude rétrospective descriptive et analytique au niveau de service du gastroentérologie ,durant une période de 30 mois de Janvier 2020 à Juin 2022, colligeant tous les patients admis pour hémorragie digestive haute d'origine non variqueuse, nous avons comparé deux groupes G1 pour les patients de moins de 50 ans et G2 ceux âgés de plus de 50 ans.

Résultats : 280 patients ont été colligés, 120 dans le G1 (42,8%) et 160 dans le G2 (57,2%). Dans le G1, La moyenne d'âge des patients était de 36 ans (+/- 9,73). Le Sexe ratio H/F était de 1,55. Il n'y avait pas de différence significative concernant les comorbidités retrouvées chez les jeunes comparé au groupe 2 : une HTA retrouvée chez 15,8% des patients, un diabète retrouvé chez 15,8% des patients, une insuffisance rénale dans 6,7% des patients, une cardiopathie dans 10,8% des cas. Les patients jeunes avaient moins souvent consommé des AINS, avec une différence non significative (20,8% *vs* 27,5% p=NS). Les patients jeunes étaient moins souvent consommateurs de tabac (29,1% *vs* 40,9%, p=0,037) et moins souvent consommateurs d'alcool (13,3% *vs* 15%, p= NS). Il n'y avait pas de différence significative dans le mode de révélation de l'HDH : 77,5% avaient consulté pour des mélénas et 70,8% pour des hématémèses. 54,9% des jeunes ont nécessité une transfusion sanguine (*vs* 43,5% p=NS). Les principales causes de saignement retenus chez le sujet jeune étaient : la maladie ulcéreuse dans 44,2% des cas (*vs* 67,5% p<0,001), l'œsophagite dans 13,3% des cas (*vs* 1,9% p<0,001), un ulcère de Dieulafoy dans 2,5% des cas (p=0,044). Il n'y avait pas de différence significative concernant les autres étiologies notamment : une tumeur gastrique dans 13,3% des cas, une angiodysplasie dans 3,3% des cas, un syndrome de Mallory-Weiss dans 2% des cas. Parmi les jeunes, 18,5% avaient eu une récidive hémorragique intra-hospitalière (*vs* 9% p=0,05). Il n'y avait pas de différence statistiquement significative concernant le taux de la mortalité entre les deux groupes (10,2% des cas *vs* 3,9% p=0,09).

Conclusion : L'hémorragie digestive haute chez le sujet jeune se caractérise par une prédominance de la maladie ulcéreuse par rapport au sujet âgé, avec une récidive hémorragique intra hospitalière plus importante. La tumeur gastrique constitue une étiologie importante qui n'est plus l'apanage du sujet âgé.

P.564

Les risques osseux chez les patients sous IPP au long cours

H. Smaoui [1], L. Chtourou [1], S. Ben Jemaa [1], D. Jalouli [1], S. Baklouti [1], F. Ayadi [1], N. Tahri [1]
(1) Sfax, TUNISIE.

Introduction : L'utilisation des inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) au long cours peut être associée à des effets indésirables.
Objectif : Etudier le rôle d'une prise au long cours des IPP dans la baisse de la masse osseuse, ainsi que les facteurs de risque qui lui sont associés.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude cas –témoins, qui s'est déroulée sur une période de 12 mois (janvier 2021 - janvier 2022), dans un service d'hépato-gastro-entérologie. Le groupe 1 (G1) comporte des patients traités pendant plus qu'un an par IPP, et le groupe 2 (G2) des témoins indemnes n'ayant pas reçu un traitement par IPP. Ces deux groupes étaient appariés selon l'âge et le sexe. Une ostéodensitométrie (DMO) était pratiquée pour tous les participants à l'étude après leurs consentements.

Résultats : Nous avons colligé 90 patients (G1) et 90 témoins (G2). Le sex-ratio du groupe G1 était de 55 ans dont 17 patients étaient tabagiques et 25 femmes étaient ménopausées. L'index solaire moyen était de 0,96. Une sédentarité était notée chez 74% des patients. Les patients avaient une obésité dans 33,3%. L'indication du traitement par IPP était le reflux gastro-œsophagien dans 60% des cas. La molécule était l'Oméprazole dans 81,1% des cas prescrite à une dose simple dans 93,3% des cas. La prise était régulière chez 64,4% des patients. La DMO avait montré dans le G1, un T-score moyen au niveau du rachis lombaire de -0,61 et un T-score moyen au niveau du fémur de -0,55 avec une ostéopénie chez 46 patients et une ostéoporose chez 6 patients. Aucun patient n'avait une fracture pathologique. La prise d'IPP au long cours était corrélée significativement à la baisse de la densité osseuse (p=0,001). Un profil DMO bas (ostéopénie ou ostéoporose) était significativement associé à un âge > 50 ans (p= 0,036), la ménopause (p=0,021), la prise régulière d'IPP (p=0,014), la double dose (p=0,037), la prise chaque jour (p=0,002), l'horaire après les repas (p=0,028) et l'association à un mucoprotecteur (p=0,007). La molécule d'IPP utilisée n'était pas associée à un risque accru d'ostéopénie (p= 0,12).

Conclusion : Nos résultats soulignent le risque de baisse de la densité osseuse chez les patients sous IPP au long cours sans augmentation du risque fracturaire. Ceci incite à une prescription plus raisonnée des IPP surtout au long cours.

P.565

Cas atypiques d'œsophagite chronique sténosante : conclusions de 38 cas

F.S. Marin [1], A. Assaf [1], S. Oumrani [1], V. Seta [1], M. Gaudric [1], F. Beuvon [1], E. Abou Ali [1], A. Belle [1], R. Hallit [1], A. Berson [1], M. Dhooge [1], S. Chaussade [1], N. Dupin [1], R. Coriat [1], M. Barret [1]
(1) Paris.

Introduction : Le bilan endoscopique d'une dysphagie peut mettre en évidence une œsophagite atypique, avec un épaississement de la muqueuse œsophagienne, un rétrécissement luminal, des décollements épithéliaux et des sillons longitudinaux. Alors que ces aspects endoscopiques sont évocateurs d'une œsophagite à éosinophiles, l'examen anatomopathologique ne retrouve pas de polynucléaires éosinophiles, mais un infiltrat inflammatoire lymphocytaire intramuqueux, une spongiose, et une parakératose. Notre objectif a été d'étudier la prise en charge de cette pathologie et la prévalence de lésions dermatologiques associées chez ces patients.

Patients et Méthodes : Nous avons étudié rétrospectivement les dossiers médicaux des patients ayant une œsophagite atypique. Les patients ont été évalués par un dermatologue expert afin de rechercher une atteinte dermatologique spécifique associée. Un bilan immunologique et une biopsie cutanée sur une lésion cible ont été réalisées si besoin.

Résultats : Trente-huit patients, dont 26 (68%) femmes, ont été inclus dans notre étude. L'âge médian au diagnostic était de 56,5 (27-87) ans. La durée médiane des symptômes était de 2 ans (0,08-16 ans). Trente-cinq patients (92%) avaient une dysphagie au diagnostic et 18 (47%) avaient perdu du poids. L'examen endoscopique retrouvait une sténose œsophagienne unique chez 19/38 (50%) des patients, localisée au tiers supérieur chez 22 (57%) patients. Chez 78% des patients, un traitement endoscopique a été réalisé (une dilatation chez 29/38 patients (76%) et une injection locale de triamcinolone chez 11/38 (28%) patients). Chez 20 patients (52%), des lésions orales (n=21), cutanées (n=13) ou vulvo-anales (n=15) ont été mises en évidence à l'examen dermatologique. Dix-neuf patients, dont 68% ayant des lésions dermatologiques associées, ont reçu un traitement systémique, à base de corticoïdes, immunosuppresseurs ou plasmaphérèse.

Conclusion : L'œsophagite atypique est une entité clinique de diagnostic difficile devant le caractère peu contributif des biopsies œsophagiennes. Il n'y a pas à l'heure actuelle de traitement spécifique standardisé permettant la rémission de cette maladie. Dans notre expérience, l'évaluation dermatologique a guidé le traitement dans 52% des cas et a permis d'envisager (ou de proposer) un traitement systémique, réduisant le recours aux dilatations endoscopiques itératives.

P.566

Évaluation des scores OLGA et OLGIM au cours de la gastrite auto-immune

G. Gharbi [(1)], A. Khsiba [(1)], M. Mahmoudi [(1)], A. Ben Mohamed [(1)], M. Yakoubi [(1)], M. Medhioub [(1)], L. Hamzaoui [(1)], M. Azouz [(1)]
(1) Nabeul, TUNISIE.

Introduction : La gastrite auto-immune présente un risque de transformation maligne. L'atrophie et la métaplasie intestinale sont deux lésions précancéreuses qui peuvent être détectées par une endoscopie précoce et un examen anatomopathologique minutieux. Deux classifications OLGA (Operative Link on Gastritis Assessment) et OLGIM (Operative Link on Gastritic Intestinal Metaplasia assessment) ont été proposées pour révéler les formes à haut risque évolutif vers une néoplasie gastrique.
L'objectif de notre travail était d'évaluer les performances des scores OLGA et OLGIM dans la sélection des patients à haut risque de transformation maligne au cours de la gastrite auto-immune.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective incluant les patients atteints de gastrite auto-immune diagnostiqués dans notre service de gastro-entérologie entre janvier 2019 et décembre 2021. Les caractéristiques cliniques, biologiques, endoscopiques et anatomopathologiques ont été relevées des dossiers médicaux.
Les patients présentant une gastrite de stade III ou IV selon les scores OLGA ou OLGIM ont été considérés à haut risque de progression vers un cancer gastrique.

Résultats : Un total de 31 patients a été inclus dans cette étude. L'âge moyen était de 56 ans [28- 82 ans] et le sexe ratio H/F de 0,8.
L'examen anatomopathologiques de biopsies fundiques a objectivé une atrophie légère chez 16,1% des patients, modérée chez 48,4% et sévère chez 35,5% avec la présence d'une métaplasie intestinale chez 90,3%. Les biopsies antrales ont mis en évidence une atrophie chez un patient et une métaplasie intestinale chez 11 patients (35,5%).
Nos patients présentaient un haut risque de dégénérescence dans 38,7% des cas selon la classification OLGA et 35,5% selon la classification OLGIM avec une corrélation statiquement significative entre les deux scores ($p<0.001$).

Conclusion : Les scores OLGA et OLGIM peuvent constituer des moyens fiables permettant de sélectionner les patients à haut risque de transformation maligne au cours de la gastrite auto-immune.

P.567

Audit clinique des prescriptions d'inhibiteurs de la pompe à protons en service d'hépato-gastroentérologie

N. El Azzam [(1)], M. Aouroud [(1)], A. Ait Errami [(1)], S. Oubaha [(1)], Z. Samlani [(1)], K. Krati [(1)]
(1) Marrakech, MAROC.

Introduction : Les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) constituent une classe thérapeutique majeure globalement bien tolérée et d'une remarquable efficacité. Leur mésusage doit, cependant, être combattu parce qu'il expose les patients à une réelle morbidité iatrogène et parce qu'il peut être responsable de conséquences médico-économiques lourdes.
L'objectif de ce travail est d'évaluer la conformité et d'identifier les facteurs de non-conformité des prescriptions d'IPP et de leurs indications, en se référant aux recommandations émises par l'Observatoire des médicaments, des dispositifs médicaux et des Innovations thérapeutiques de la région.

Patients et Méthodes : Pour cela, nous avons réalisé un audit clinique sur une période d'un an dans le services d'hépato-gastroentérologie de notre établissement. Le recueil des données comporte des informations sur le patient (âge, sexe), sur la molécule, sur les doses d'IPP, sur les indications obtenues auprès des prescripteurs hospitaliers et sur les traitements associés

Résultats : Nous avons recueillis 360 prescriptions (140 femmes, 220 hommes). Les pourcentages de non-conformité 88 % dans le d'hépato- gastroentérologie. L'analyse des données recueillies a déjà permis d'identifier deux causes principales de non- conformité : d'une part, l'utilisation de posologies inadéquates dans la prévention de l'ulcère gastroduodénal et le traitement du reflux gastro-œsophagien (59 %) et d'autre part des indications non référencées (41 %). Parmi les principales indications de prescriptions non conformes aux recommandations, on retrouve la prévention du risque hémorragique sous monothérapie de corticoïdes, antiagrégants plaquettaires ou anticoagulants. De plus, dans le service d'hépato-gastroentérologie, les IPP sont souvent utilisés pour aider à la cicatrisation de gastrite ou d'hémorragie digestive. Enfin, il semble que la forte proportion de non-conformité puisse être expliquée par le nombre important de corticothérapies et le contexte particulier de fragilité digestive des patients admis en service d'hépato-gastroentérologie. Au vu de ces résultats, il paraît donc intéressant, dans un premier temps, de poursuivre l'étude pour confirmer ou infirmer les conclusions et dans un deuxième temps d'élargir ce travail à d'autres services de l'hôpital afin de vérifier la reproductibilité des résultats et de limiter les biais de sélection.

Conclusion : cette étude met en évidence l'absolue nécessité d'évaluer la pertinence des indications hors recommandations.

P.568

Quelle fiabilité des tests rapides de détection de l'*Helicobacter pylori* dans les selles dans le diagnostic de l'infection en pratique courante ?

H. Bouhlel [1], C. Makni [2], S. Souissi [1], R. Guidara [2], L. Jmal [2], R. Tlili [2], A.L. Belhaj [2], S. Nsibi [2], A. Jmal [2], L. Kallel [2]

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

Introduction : La fiabilité de la recherche de l'antigène dans les selles par un test rapide dans le diagnostic de l'infection à Hélico-Bacter Pylori en pratique de tous les jours demeure peu étudiée sous nos cieux. Le but de ce travail était de comparer l'apport de ce test comparativement à l'examen de référence, à savoir l'examen anatomopathologique sur biopsies gastriques per endoscopique.

Patients et Méthodes : Sur une période d'un an, tous les patients âgés entre 18 et 65 ans, consentants, se présentant à notre service pour une endoscopie digestive haute ont été inclus. N'ont pas été inclus ceux ayant reçu une antibiothérapie durant le dernier mois ou un traitement antisecrétoire durant les derniers quinze jours, de même que les patients présentant une hémorragie digestive active et les femmes enceintes. Des biopsies per endoscopiques ont été systématiquement réalisées et ont été acheminés pour étude anatomopathologique par un examen direct sans coloration spécifique. Un test antigénique dans les selles (TAS) a été réalisé à la recherche de l'antigène de l'H.pylori, chez les patients qui avaient ramené leurs selles le jour de l'examen ou le lendemain de l'endoscopie), il s'agissait du test immuno-chromatographique BioNexia® *H. pylori* Ag. Ont été exclus ceux qui n'avaient pas ramenés leurs selles ou ceux dont les biopsies n'ont pas été acheminés au service anapath.

Résultats : Nous avons inclus 102 patients, d'âge moyen 41 ans [extrêmes :20-65 ans] avec un sexe ratio de 1,4 et un indice moyen de masse corporelle de 27 kg/m2. Les principaux motifs de la réalisation de l'endoscopie étaient des épigastralgies de type ulcéreuse dans 66,7% des cas et des symptômes de RGO typiques dans 58,2% des cas. L'examen anatomopathologique avait conclu à la présence d'Hélico Bacter Pylori chez 84 des 102 patients soit dans 82 % des cas contre 18 patients HP négatifs.
En revanche, le TAS n'était positif que chez 53 patients (51,96%) dont 05 étaient de faux positifs. L'histologie étant l'examen de référence, le TAS avait conclu à des faux négatifs chez 36 des 49 patients négatifs.
C'est ainsi que le TAS avait une sensibilité de 57,1% et une spécificité (Sp) de 72,2%. L'estimation de sa concordance avec l'histologie par l'indice de Kohen à un accord faible.

Conclusion : Notre travail montre la limite du test rapide de la recherche d'*H. pylori* dans les selles. En effet, négatif, notre test ne pouvait pas exclure l'infection avec une fiabilité acceptable, comparativement à l'examen anatomopathologique sur biopsies gastriques. Le type de test utilisé, à savoir un test rapide, immuno-chromatographique, plutôt qu'immuno-enzymatique pourrait expliquer ces résultats, du moins en partie et appelle à la vigilance quant à l'utilisation et à l'interprétation de ce type de test en pratique courante.

P.569

Carence martiale et anémie de Biermer : quelle association ?

N. Elleuch [1], R. Halloul [1], O. Chatti [1], H. Jaziri [1], W. Dahmani [1], W. Ben Ameur [1], A. Braham [1], A. Ben Slama [1], M. Ksiaa [1], A. Hammami [1], A. Jmaa [1]

(1) Sousse, TUNISIE.

Introduction : La maladie de Biermer se traduit classiquement sur le plan biologique par une anémie macrocytaire mégaloblastique. Néanmoins, une anémie hypochrome microcytaire constitue un mode de révélation non exceptionnel de la maladie, puisqu'une carence martiale est notée chez 20-25% des cas. Notre étude a pour objectif d'étudier la prévalence de la carence martiale au cours de la maladie de Biermer.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective, monocentrique, descriptive colligeant tous les patients suivis pour anémie de biermer à notre service sur une période de 8 ans. Ont été inclus les patients ayant une anémie de Biermer confirmée et chez qui un dosage de la ferritinémie a été réalisé.

Résultats : Trente cinq patients ont été colligés d'âge médian 58,3 ans avec des extrêmes allant de 21 à 84 ans. Le sexe ratio était de 0,66 [H/F=14/21]. Les circonstances de découverte étaient une anémie (51,4%), des troubles digestifs dans 31,4% des cas (épigastralgies: n=6 ; diarrhée : n=3 ; syndrome dyspeptique : n=2) et des signes neuropsychiques (17,1%). Chez les 18 patients anémiques, le taux moyen d'hémoglobine était de 8,7 g/dl (7,3-10,9 g/dl). Une macrocytose avec ou sans anémie a été notée dans 60 % des cas (n=21), une microcytose dans 28,5 % des cas (n=10) et une normocytose chez les 4 patients restants (11,4%). La ferritinémie dosée chez tous les patients était abaissée dans 22,8 % des cas (n=8) avec une majorité féminine (n=6) et un âge significativement plus jeune comparé au groupe sans carence martiale (p=0,05).

Conclusion : Dans notre étude, la prévalence de la carence en fer au cours de la maladie de Biermer était de 22,8% comparable aux données de la littérature. Le lien établi entre la maladie de Biermer et la carence martiale par achlorhydrie incite à doser systématiquement la ferritinémie chez ces malades.

P.570

Prévalence et facteurs prédictifs de la métaplasie intestinale au cours de la gastrite chronique à *Helicobacter pylori*

A. Oueslati [(1)], S. Soua [(1)], M. Ghanem [(1)], A. Mnif [(1)], B. Ben Slimane [(1)], K. Boughoula [(1)], S. Bizid [(1)], H. Ben Abdallah [(1)], R. Bouali [(1)], M.N. Abdelli [(1)]

(1) Tunis, TUNISIE.

Introduction : Le cancer gastrique (CG) est l'un des plus fréquents cancers dans le monde et la troisième cause de mortalité par cancer. La métaplasie intestinale gastrique (MIG) représente une étape intermédiaire dans le processus de carcinogenèse de l'adénocarcinome gastrique de type intestinal. Il s'agit d'une lésion prénéoplasique qui permet de stratifier les patients et de planifier une surveillance endoscopique adéquate en vue de détecter des lésions néoplasiques superficielles résécables endoscopiquement et diminuer alors la mortalité par CG. Le but de notre travail était de déterminer la prévalence de la MIG ainsi que ses facteurs prédictifs au cours de la gastrite chronique à *Helicobacter pylori* (HP).

Patients et Méthodes : Pour répondre à notre objectif, nous avons mené une étude rétrospective colligeant les patients consécutifs ayant bénéficié d'une endoscopie digestive haute de routine du 1er janvier 2022 au 20 octobre 2022 et présentant une gastrite chronique à HP documentée histologiquement. Les patients qui avaient moins de quatre biopsies gastriques (deux au niveau du fundus et deux au niveau de l'antre) ont été exclus de l'étude.

Résultats : Nous avons inclus 354 patients d'âge moyen de 48,2 ans [9 - 90 ans] avec un sex-ratio (H/F) de 1,1. Près de la moitié des patients (52,4%) avaient plus de 50 ans. Une anémie a été objectivée chez 94 patients. La MIG était notée chez 79 patients soit une prévalence de 22,3%. La prévalence de la MIG était de 29,1% et de 46,2% chez les patients âgés de plus de 50 ans et chez ceux âgés de plus de 70 ans respectivement. Le siège de la métaplasie intestinale était antral dans 35.4% des cas, fundique dans 25.3% des cas et antro-fundique dans 39.3% des cas. L'âge supérieur à 50 ans était significativement associé à la MIG (p =0,003). De même, la présence d'une anémie était significativement corrélée à la MIG (p<0,0001). Par ailleurs, il n'y avait pas d'association statistiquement significative entre la MIG, la densité de HP (p=0,08) et l'activité de la gastrite (p=0,16).

Conclusion : Selon notre travail, la prévalence de la MIG était de 22,3% au cours des gastrites chroniques à HP. Un résultat qui nous rapproche des résultats de la majorité des séries européennes. De plus, l'âge supérieur à 50 ans et la présence d'une anémie étaient des facteurs prédictifs de la MIG.

P.571

L'îlot de pathogénicité cag de l'*Helicobacter pylori* et son association avec les pathologies gastroduodénales

M. El Khadir [(1)], S. Alaoui Boukhris [(1)], S. Oirdi Zahir [(1)], D.A. Benajah [(1)], S.A. Ibrahimi [(1)], L. Chbani [(1)], M. El Abkari [(1)], B. Bennani [(1)]

(1) Fès, MAROC.

Introduction : *Helicobacter pylori* (H.pylori) est une bactérie qui colonise la moitié de la population humaine mondiale. Elle est associée aux différentes pathologies gastriques telles que la gastrite, l'ulcère gastroduodénal, et le cancer gastrique. De nombreux facteurs de virulence d'H.pylori ont été identifiés et semblent être impliqués dans la pathogenèse de la muqueuse gastrique humaine, dont l'îlot de pathogénicité cag (cagPAI) est le plus incriminé. Ce travail vise à déterminer le la prévalence de cagPAI chez une population marocaine et d'étudier son association avec les différentes pathologies gastriques.

Patients et Méthodes : Des biopsies gastriques ont été collectées chez 1190 patients consentants et recrutés au service de l'exploration fonctionnelle du CHU Hassan II de Fès. Ces biopsies ont été analysées par PCR pour identifier H.pylori et pour déterminer le statut de cagPAI. Le logiciel SPSS a été utilisé pour corréler cagPAI aux différentes pathologies.

Résultats : Sur l'ensemble des biopsies, H.pylori s'est révélé positif dans 52,4% (623/1190). Les résultats de l'examen endoscopique ont révélé que 2,6% (31/1190), 24,1% (287/1190) et 73,3% (872/1190) des patients présentent un cancer gastrique, un ulcère gastroduodénal et une gastrite respectivement. cagPAI a été détecté dans 68,7% (623/1190) des cas

L'analyse multinomiale montre que les patients infectés par des souches portant cagPAI ont plus de 2 fois le risque de développer un ulcère gastrique par rapport aux patients ayant une gastrite et infectés par des souches dépourvues de l'îlot de pathogénécité (OR=2,34 ; IC : 1,20-4,53).

Conclusion : Les résultats de cette étude montrent que les patients infectés par des souches d'H.pylori portant cagPAI ont plus de risque de développer l'ulcère gastrique (une pathologie qui pourrait être évoluée vers le cancer gastrique). Ceci indique que la caractérisation de l'îlot de pathogénécité doit être introduite dans les protocoles de suivi des patients H.pylori positifs

P.572

Anémie ferriprive inexpliquée et gastrite chronique à l'*Helicobacter pylori* : existe-t-il un lien de causalité ?

F. Aboutarik [(1)], C. Dassouli [(1)], A. Ait Errami [(1)], S. Oubaha [(1)], Z. Samlani [(1)], K. Krati [(1)]
(1) Marrakech, MAROC.

Introduction : L'anémie ferriprive d'origine indéterminé constitue une problématique dans la pratique courante. Malgré une exploration bien conduite, environ 35% des anémies ferriprives restent inexpliquées. L'association entre gastrite chronique à Hélicobacter pylori (HP) et anémie ferriprive inexpliquée, bien qu'encore non confirmée, a été récemment constatée suggérant un lien de causalité. Le but de notre travail est d'étudier cette association et de préciser l'effet de l'éradication de HP sur la carence en fer.

Matériels et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective monocentrique descriptive, s'étalant sur une période de 2 ans ; de juillet 2020 à juillet 2022, colligeant tous les patients explorés pour une anémie ferriprive au sein de notre service . Tous les patients ont bénéficié d'une endoscopie digestive haute avec des biopsies duodénales et gastriques systématiques, une endoscopie basse et d'une vidéo-capsule ou un enteroscanner . Ont été inclus les patients dont toutes les investigations étaient revenues normales mis à part une gastrite à HP. Un traitement d'éradication d'HP ainsi qu'un traitement martial ont été prescrits chez tous les patients.

Résultats : Cinquante-quatre patients ont été colligés, d'âge moyen de 46,3 ans [19–76 ans], le sexe ratio était de 0,44 [H/F=15/33]. La fibroscopie digestive haute réalisée chez nos patients avait objectivé une muqueuse gastrique érythémateuse dans 45% des cas, érythémateuse et atrophique dans 27%, pseudo-nodulaire dans 15% des cas, elle était normale dans 13% des cas . L'examen anatomopathologique des biopsies gastriques avait révélé une gastrite antro-fundique dans 46,8% des cas, fundique des 39% et antrale dans 14,2% des cas. Le contrôle de l'éradication de HP a montré un taux de succès de 67% . La surveillance a montré une amélioration du taux d'hémoglobine de 2,9 g/dL [1–3,2 g/dL] dans le groupe des patients chez qui le HP a été éradiqué *versus* 1,7 g/dL [1–2,7 g/dL] chez les patients en échec d'éradication de HP avec un p significatif = 0,05.

Conclusion : La présente étude suggère que l'*Helicobacter pylori* (HP) peut être impliqué comme une cause de l'anémie ferriprive. Ainsi la correction de cette anémie après éradication de l'HP fournit des preuves solides pour une relation cause à effet . Des études prospectives randomisées comparant les effets de l'administration de fer avec ou sans éradication de l'HP sont fortement recommandées.

P.573

Evaluation du taux d'éradication de l'infection à *Helicobacter pylori* chez l'enfant en Tunisie

N. Gabsi [(1)], Z. Khlayfia [(1)], O. Azzabi [(1)], N. Siala [(1)]
(1) La Marsa, TUNISIE.

Introduction : L'infection à *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) chez l'enfant est un problème de santé publique. Elle est associée à de nombreuses pathologies gastro-duodénales et extradigestives. La résistance aux antibiotiques est clairement incriminée dans les échecs d'éradication et de nombreux schémas thérapeutiques ont été proposés. D'après les dernières recommandations des deux sociétés savantes ESPGHAN et NASPGHAN, une trithérapie associant amoxicilline, metronidazole et un inhibiteur de la pompe à protons (IPP) pendant 14 jours est recommandée dans les pays à forte prévalence d'antibiorésistance en l'absence de possibilité d'étudier la sensibilité d'*H. pylori* aux antibiotiques. L'objectif de cette étude était d'évaluer le taux d'éradication de l'infection à *H. pylori* chez l'enfant en Tunisie avec la trithérapie associant Amoxicilline-Métronidazole-IPP comme traitement de première intention.

Matériels et Méthodes : Il s'agit d'une étude prospective, longitudinale et descriptive sur une période de 1 an (Juillet 2021-Juillet 2022), menée au service de pédiatrie de l'hôpital Mongi Slim la Marsa, colligeant les enfants qui ont eu une fibroscopie digestive haute avec biopsies, chez qui nous avons mis en évidence une infection à *H. pylori*, qui ont reçu une trithérapie à base d'amoxicilline, métronidazole et IPP pendant 14 jours et qui ont eu un contrôle de l'éradications au moins 8 semaines après la fin du traitement.

Résultats : Nous avons colligé 22 enfants répondant aux critères d'inclusion. L'âge moyen était de 6ans et 7 mois (3ans et 6mois-14 ans). Le sex-ratio était de 1,09. Des antécédents familiaux de symptomatologie digestive ont été rapportés chez 9 enfants. Le motif de consultation prédominant était les épigastralgies récurrentes dans 90,9% des cas (N=20).
L'aspect endoscopique le plus fréquent était l'aspect nodulaire retrouvé chez 86% des enfants (N=19), la gastrite congestive (N=2) et pétéchiale (N=1). Aucun cas d'ulcère gastrique à l'endoscopie ou de métaplasie à l'examen histologique n'ont été notés.
Tous les enfants inclus ont reçu une trithérapie associant Amoxicilline (100mg/kg/jour), Métronidazole (30mg/kg/jour) et un inhibiteur de la pompe à protons (40 mg/ j en deux fois) pendant 14 jours. Nous avons évalué le taux d'éradication par les méthodes non invasives : la recherche par PCR d'*H. pylori* dans les selles ou le test respiratoire à l'urée marquée. Le délai médian de contrôle d'éradication était de 67 jours. L'observance thérapeutique était respectée chez 21 patients (95,4%).
Le taux d'éradication dans la population bien observante au traitement était de 95,5% avec une amélioration de la symptomatologie clinique. Un échec d'éradication a été observé chez 2 enfants dont un était mal observant à cause d'effets indésirables liés au traitement et un enfant qui était bien observant.

Conclusion : Le taux d'éradication d'H.pylori avec la trithérapie associant l'amoxicilline, le métronidazole et un IPP chez l'enfant dans notre série était de 95,5% témoignant de l'efficacité de cette stratégie thérapeutique. Une étude à plus large échelle est nécessaire afin de confirmer ce résultat. Cependant, il est important d'étudier la sensibilité aux antibiotiques afin d'améliorer la conduite en cas d'échec du traitement.

P.574

Dilatation endoscopique par bougies des sténoses œsophagiennes bénignes : résultats et facteurs prédictifs d'efficacité

A. Ben Mohamed [(1)], S. Chtioui [(2)], M. Yakoubi [(2)], M. Mahmoudi [(2)], A. Khsiba [(2)], M. Medhioub [(2)], L. Hamzaoui [(2)], M. Azouz [(2)]

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

Introduction : Les sténoses œsophagiennes bénignes sont définies par un rétrécissement de la lumière œsophagienne non lié à une pathologie néoplasique. Les sténoses d'origine peptique sont les plus courantes, représentant 60 à 70 % des cas. Les autres causes peuvent être liées à des anomalies anatomiques, des lésions caustiques, radiques ou iatrogènes. Seules les sténoses symptomatiques nécessitent un traitement. Celui-ci repose sur la dilatation.
L'objectif de notre étude était de décrire les caractéristiques épidémiologiques et cliniques des sténoses œsophagiennes bénignes et d'évaluer l'efficacité de la dilatation endoscopique par bougies.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective ayant inclus les malades présentant une sténose œsophagienne bénigne qui étaient traités par une dilatation endoscopique par bougies de Savary-Gaillard, sur une période étalée sur 12 ans. Le diagnostic était confirmé par un examen d'endoscopie digestive haute et/ou le transit œsogastroduodénal. Un traitement anti-sécrétoire était instauré systématiquement. La dilatation aux bougies était réalisée en utilisant différents diamètres (de 7 à 14 mm). La bonne réponse au traitement était jugée essentiellement sur la clinique et le contrôle endoscopique.

Résultats : Quarante patients on été inclus. L'âge moyen était de 59 ans (10 - 88 ans), il s'agissait de 25 hommes et 15 femmes avec un sex-ratio de 1,73. Tous nos patients présentaient une dysphagie. Le délai moyen d'évolution des symptômes était de 6 mois (1-28 mois). Tous les malades présentaient une sténose œsophagienne infranchissable à l'endoscopie digestive haute. Le transit œsophagien était réalisé chez 56 % des patients et avait montré une sténose courte et régulière dans la plupart des cas. Il s'agissait de 25 cas de sténose peptique (62,5%), 4 cas de sténose caustique (10%), 5 cas de syndrome de Plummer-Vinson (12,5%) ,un cas de sténose de l'anastomose œso-jéjunale post œsogastrectomie pour tumeur du tiers inférieur de l'œsophage (2,5%), un cas de sténose œsophagienne post-ligature endoscopique des varices œsophagiennes (2,5%), un cas de sténose d'une prothèse mise devant une fistule œso-trachéale post-intubation (2,5%), un cas de sténose post œsophagoplastie pour fistule œso-trachéale post-traumatique (2,5%) et un cas de sténose post-radique (2,5%). La sténose intéressait le tiers inférieur de l'œsophage dans 80 % des cas, le tiers moyen dans 5 % des cas et le tiers supérieur dans 15 % des cas. Le nombre moyen des séances de dilatation était de 2,77 (1-18). Une seule séance de dilatation était suffisante dans 13 cas. Aucune complication n'a été notée. La chirurgie était indiquée chez 5 patients dont trois cas de sténose peptique et deux cas de sténose caustique après échec de plusieurs séances de dilatation endoscopique. Le nombre de séances de dilatation nécessaires afin d'obtenir une rémission n'était pas significativement corrélé avec l'étiologie de la sténose ni avec l'âge, le sexe et le tabac.

Conclusion : La dilatation œsophagienne des sténoses bénignes reste une technique simple, efficace et sure. Elle permet le plus souvent d'éviter la chirurgie surtout chez le sujet âgé. Le pronostic à long terme est variable selon la pathologie en cause. Plusieurs séances de dilatation sont souvent nécessaires afin d'obtenir des résultats satisfaisants.

P.575

Polype gastrique : les aspects endoscopiques et histologiques de la muqueuse gastrique avoisinante

H. Cherkaoui [(1)], I. Ouchicha [(1)], A. Lamine [(1)], M. Lahlali [(1)], N. Lahmidani [(1)], A. El Mekkaoui [(2)], M. El Yousfi [(1)], D.A. Benajah [(1)], S.A. Ibrahimi [(1)], M. El Abkari [(1)], H. Abid [(1)]

(1) Fès, MAROC ; (2) Oujda, MAROC.

Introduction : Le polype gastrique désigne toute lésion sessile ou pédiculée faisant saillie sur la paroi gastrique. Le but de notre travail est d'étudier les aspects endoscopiques et histologiques de la muqueuse gastrique avoisinante des polypes gastriques.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude descriptive rétrospective étalée sur une période de 13 ans (septembre 2009 - septembre 2022) au sein de notre unité d'endoscopie incluant tous les patients ayant bénéficié d'une endoscopie digestive haute chez qui nous avons trouvé un polype gastrique avec réalisation de biopsies au niveau du polype et de la muqueuse adjacente.

Résultats : Sur les 30974 endoscopies hautes réalisées durant la période d'étude, un polype gastrique était retrouvé chez 324 patients avec une prévalence de 1, 04%. Notre série était composée de 174 femmes et 150 hommes soit un sexe ratio F /M de 1 .16, l'âge moyen de nos patients était de 54 ans (24-82ans). Les indications de la FOGD étaient essentiellement : épigastralgies (38% des cas), anémie (27% des cas), hépatopathie chronique (14% des cas), hémorragie digestive (12% des cas), vomissements (9% des cas). La majorité des patients (69% des cas) avaient un polype unique, 22.5 % des patientes avaient entre 2 et 10 polypes et 8.5% des patients avaient une polypose gastrique. La majorité des polypes décrits étaient sessiles (89%). L'examen anatomopathologique du polype était retrouvé chez 62% des malades et a objectivé un polype inflammatoire dans la moitié des cas (45%) et dont la muqueuse gastrique avoisinante était normale. Les polypes hyperplasiques étaient retrouvés dans 22% des cas (dont 7% était en dysplasie de bas grade) avec une biopsie de la muqueuse gastrique adjacente montrant une gastrite chronique à HP positif dans 62,5% des cas. L'examen anatomopathologique du polype avait révélé un polype adénomateux dans 21% des cas (dont la moitié était en dysplasie de bas grade) et la biopsie gastrique de la muqueuse adjacente a montré une métaplasie intestinale avec HP positif (33% des cas). Pour le reste des patients inclus, un polype glandulo-kystique était objectivé dans 5% des cas avec une muqueuse gastrique normale.

Conclusion : Tout polype gastrique doit être biopsié ainsi que les muqueuses antrales et fundiques qui peuvent objectiver des anomalies qui sont aussi importante que la présence même des polypes.

P.576

Ingestion de produits caustiques : expérience d'un service de gastroentérologie

I. Jbara [1], S. Bannani [1], F.Z. Elrhaoussi [1], M. Tahiri [1], F. Haddad [1], W. Hliwa [1], A. Bellabah [1], W. Badre [1]

(1) Casablanca, MAROC.

Introduction : L'ingestion de produits caustiques est une urgence médico-chirurgicale potentiellement nécessitant une prise en charge multidisciplinaire .L'endoscopie digestive haute est l'examen de référence, elle permet de faire une cartographie lésionnelle et de guider la prise en charge thérapeutique Le but de notre travail était de décrire les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et endoscopiques chez les patients victimes d'ingestion de produits caustiques dans notre population .

Patients et Méthodes : Une étude rétrospective a été menée sur 3 ans incluant tout patient admis aux urgences pour ingestion de produit caustique .Nous avons relevés les données démographiques, cliniques, la nature du produit ingéré ainsi que les données de la FOGD. La classification des lésions endoscopiques utilisée est celle de Di Costanzo.

Résultats : Durant la période de l'étude, on a colligé 146 patient ayant un âge moyen de 33 ans [15-73ans]. Il y avait plus de femmes (n=82) 56.55% que d'hommes (n=63) 43.45% avec un sexe ratio F/H de 1,3. Parmi nos malades (n=16) 11.03% avaient des antécédents psychiatriques
L'ingestion du produit de caustique était dans un but d'autolyse dans 64.82% des cas . L'acide chlorhydrique était le produit le plus utilisé par rapport aux autres produits (57.24% des cas). Les premiers gestes réalisés par les patient étaient la provocation de vomissement(40% des cas) et la prise de lait (34.48% des cas)
La symptomatologie clinique initiale chez nos patients était riche sémiologiquement. Elle était dominée par une sensibilité épigastrique(n=45) 31.03% avec des lésions buccales retrouvé dans (n=22) 15.17% ; par ailleurs l'hématémèse était rapporté par (n=15)malades soit 10.34% .
L'endoscopie digestive a été réalisée chez 143 patients dans un délai moyen de 6H à 12 H .2 malades de notre série était admis dans un tableau de péritonite par perforation d'organe contre indiquant la FOGD . Elle était normale chez 44 patients (30.76%).
Chez les malades ayant des lésions endoscopiques : œsophagite stade I : IA (n=13) 9.09% IB n'a été retrouvé chez aucun malade,le stade II : IIA (n=17) 11.88% IIB (n=32) 22.37% et stade III : IIIA (n=9) 6.29 % IIIB (n=8) 5.59% des cas. Au niveau gastrique, la gastrite caustique était de stade I : IA (n=26) 18.18% IB n'a pas été retrouve même à l'étage gastrique , stade IIA (n=9) 6.29%,IIB IA (n=9)) 6.29% le stade III quand a lui : IIIA (n=15) 10.34 % IIIB (n=29) 20% des cas. Ainsi le stade IIB prédomine au niveau œsophagien alors qu'au niveau gastrique c'est le stade IIIB .
Le sexe féminin, les acides fort et caractère volontaire de l'ingestion du caustique étaient des facteurs associés à la sévérité des lésions endoscopiques observées à la FOGD.

Conclusion : L'ingestion de produits caustiques reste un problème de santé publique dans notre pays, concerne une population jeune à prédominance féminine. La prise en charge de ces malades devraient être multidisciplinaire incluant également un volet psychologique . L'endoscopie digestive quand à elle joue un rôle important dans leur prise en charge , elle permet à la fois d'avoir une cartographie lésionnelle et d'orienter l'attitude thérapeutique adéquate.

P.577

L'ingestion d'eau de Javel est-elle source de lésions digestives caustiques ?

S. Belabess [1], M. Salihoun [1], M. Acharki [1], I. Serraj [1], F. Bouhamou [1], N. Kabbaj [1]

(1) Rabat, MAROC.

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 d'eau de Javel.

Matériels et Méthodes : Il s'agit d'une étude ayant concerné tous les cas d'ingestion d'eau de Javel colligés d'Aout 2017 à Aout 2022. Une fibroscopie œsogastroduodénale (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 : Ont été colligés 81 cas d'ingestion de caustiques, 21 cas (26 %) étaient suite à l'ingestion d'eau de Javel avec 14 femmes (67%) et de 7 hommes (33%). L'âge moyen était de 25 ans [15-70 ans]. L'ingestion de produit caustique était accidentelle dans 76% des cas et volontaire dans 24% des cas. La FOGD réalisée en urgence était normale dans 52.3% des cas. Elle a objectivé une œsophagite caustique dans 29% des cas : stade I dans 17% des cas, stade IIa dans 67% des cas et stade IIb dans 17% des cas. Les lésions gastriques étaient présentes dans 38% des cas, réparties en : stade I chez 63% des patients, stade IIa chez 25% des patients et stade IIIa chez 13% des patients. Les lésions bulbaires étaient présentes dans 10% des cas réparties en stade I et stade IIa dans 50% des cas chacun. Les lésions duodénales étaient présentes dans 5% des cas.

Conclusion : L'ingestion d'eau de Javel n'induit pas de lésions digestives hautes caustiques dans la moitié des cas. Les lésions observées étaient minimes dans 90% des cas. Ceci pourrait être expliqué par la fréquence d'ingestion accidentelle de ce produit et surtout la dilution qui diminue son effet caustique.

P.578

La gastrite granulomateuse : caractéristiques cliniques, endoscopiques et étiologiques

M. Yakoubi [1], W. Sellami [2], A. Ben Mohamed [1], A. Khsiba [3], M. Mahmoudi [3], L. Hamzaoui [3], M. Medhioub [3], M. Azouz [3]

(1) Tunis, TUNISIE ; (2) Sfax, TUNISIE ; (3) Nabeul, TUNISIE.

Introduction : La gastrite granulomateuse est une entité rare qui représente environ 1% des gastrites chroniques. Le diagnostic est anatomo-pathologique, porté sur la présence de granulomes au niveau de la muqueuse gastrique.

L'objectif de notre travail était de déterminer les particularités cliniques, endoscopiques et étiologiques des gastrites granulomateuses.

Patients et Méthodes : Une étude rétrospective descriptive sur une période de 7 ans (2015 à 2021) a été menée. Nous avons inclus tous les patients ayant eu une endoscopie œsogastro- duodénale (EOGD) avec biopsies gastriques confirmant le diagnostic de gastrite granulomateuse. Les caractéristiques cliniques, endoscopiques, histologiques ainsi que l'étiologie retenue de la gastrite granulomateuse ont été relevées.

Résultats : Vingt-quatre cas de gastrite granulomateuse ont été colligés. L'âge moyen des patients était de 51,5 ans [18-86 ans] avec un sexe ratio de 2.4 (F/H= 17/7).
Les indications de l'EOGD étaient dominées par les épigastralgies (58,4% des cas). Six patients (soit 25%) avaient des douleurs abdominales vagues. Chez 4 patients (soit 16,6%), l'EOGD a été indiquée dans le cadre d'exploration d'une diarrhée chronique.
Une gastrite érosive a été objectivée chez 21 patients (87,5%). Un ulcère gastrique a été retrouvé chez 2 patients. Un seul patient avait une EOGD normale.
Les granulomes épithélioides et gigantocellulaires siégeant uniquement au niveau de l'antre ou du fundus chez respectivement 13 et 3 patients. Dans 8 cas, la localisation des granulomes était antro-fundique. Une nécrose caséeuse au sein des granulomes était retrouvée dans 2 cas. Une gastrite chronique associée a été noté chez 21 patients (87,5%).
La granulomatose gastrique était secondaire à une tuberculose dans 8 cas (33,3%). Une localisation digestive haute de la maladie de Crohn a été retenue dans 4 cas (16,6%). Une sarcoidose a été identifiée dans un seul cas. Huit patients avaient une infection associée à *Helicobacter pylori* (HP) (33,3%). Aucune étiologie n'a été retrouvée chez 3 patients (12,5%).

Conclusion : Les étiologies de la gastrite granulomateuse sont multiples, dominées par la tuberculose et la maladie de Crohn. L'association avec une infection à HP a été décrite dans la littérature. Dans notre série, 12,5% des cas demeurent cependant inclassables.

P.579

La chirurgie d'hémostase en cas d'ulcère gastroduodénal hémorragique : taux de recours et facteurs prédictifs

F. Amri [1], S. Belhorma [2], M.A. Kaddouri [2], A. Zazour [2], W. Khannoussi [2], G. Kharrasse [2], Z. Ismaili [2]

(1) CHU Mohammed VI, service d'HGE, Oujda, MAROC ; (2) Oujda, MAROC.

Introduction : L'ulcère gastroduodénal (UGD) est la 1ère cause de l'hémorragie digestive haute, le recours à la chirurgie en cas de l'UGD hémorragique a considérablement diminué grâce à l'association du traitement médical et de l'hémostase endoscopique.
Notre travail vise à étudier le taux de recours ainsi que les facteurs prédictifs de la chirurgie hémostatique dans les UGD hémorragiques.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective observationnelle étalée sur 34 mois (janvier 2019- octobre 2021), portant sur des patients admis aux urgences pour un tableau d'hémorragie digestive haute (HDH) et chez qui un UGD a été diagnostiqué.

Résultats : Parmi 300 malades vus aux urgences pour une HDH, un UGD a été diagnostiqué chez 151 patients (50.3%), 7 de nos patients ont été opérés dans un but hémostatique soit 4.6% des cas. Tous les patients opérés étaient de sexe masculin avec un âge moyen de 54 ans, 71,4% des patients étaient tabagiques. L'hématémèse et le symptôme révélateurs chez tous les patients, associée à des mélénas dans 57.1% des cas, et à des rectorragies dans 28.5% des cas. Une instabilité hémodynamique a été retrouvée ans 71.4% des cas. Un taux d'hémoglobine inférieur à 7g/dl dans 71.4% des cas. Une transfusion était nécessaire dans 85.7% des cas avec une moyenne de 3 culots globulaires/patient.
La FOGD a été réalisée chez tous les patients après stabilisation et avant la chirurgie : Un saignement actif a été retrouvé chez 4 malades (57.1%). La localisation de l'ulcère était bulbaire chez tous les patients : Plancher (57.1%), face postérieur (42.8%), toit (42.8%). Le nombre était entre 1 et 3 ulcères/patients avec une taille qui était supérieure à 15 mm chez tous les malades. 42.8% des cas avaient un stade Ib de Forrest et un caillot adhérant (IIb) dans 42.8% des cas qui a été mobilisé chez 28.5% des patients. Un traitement endoscopique n'était possible que chez 2 patients et qui a consisté à la mise en place des clips et l'injection du sérum salé adrénaliné mais le traitement n'était pas optimal. La chirurgie a consisté à une vagotomie avec une ligature de l'artère gastro duodénale chez 5 malades et une antrectomie chez 2 malades. L'*Helicobacter pylori* n'était présente que chez un seul malade. On n'a noté une récidive hémorragique que chez un seul patient après la chirurgie.

Conclusion : Le traitement endoscopique a considérablement diminué le taux de recours à la chirurgie et donc, a diminué la morbimortalité. Plusieurs facteurs prédisent une chirurgie hémostatique notamment une instabilité hémodynamique, une localisation difficilement accessible, un ulcère de grande taille, ainsi qu'une hémorragie réfractaire après un traitement endoscopique.

P.580

La surveillance endoscopique de la maladie de Biermer

S. Belabess [1], M. Salihoun [1], M. Acharki [1], I. Serraj [1], F. Bouhamou [1], N. Kabbaj [1]
(1) Rabat, MAROC.

Introduction : La maladie de Biermer est une affection auto immune conduisant à une gastrite atrophique du fundus. Elle constitue un état précancéreux et peut évoluer vers une tumeur neuroendocrine ou un adénocarcinome gastrique dont le pronostic est médiocre. La surveillance endoscopique de la maladie de Biermer est nécessaire et régulière. Le but de notre étude est de rapporter notre expérience dans le suivi endoscopique de la maladie de Biermer.

Matériels et Méthodes : Ont été inclus tous les patients connus suivis pour maladie de Biermer entre Janvier 2006 et Aout 2022. Ils ont bénéficié d'une endoscopie œsogastroduodénale avec biopsies antrales et fundiques systématiques et biopsies des lésions présentes. Ont été analysés les aspects épidémiologiques, cliniques, endoscopiques et histologiques.

Résultats : 342 cas de maladie de Biermer ont été colligés sur 23310 endoscopies réalisées, soit une fréquence de 1.46%. L'âge moyen des patients était de 47 ans avec une légère prédominance masculine dans 53,5% des cas. L'EOGD a trouvé une fundite congestive avec raréfaction des plis fundiques chez 61% des patients, des lésions polyploïdes chez 24% des patients et une gastrite nodulaire chez 6% des patients . L'EOGD était normale chez 10% des patients. L'étude histologique a conclu à une fundite chronique atrophique dans 35% des cas, une fundite chronique atrophique avec une métaplasie intestinale et pylorique et une hyperplasie des cellules ECL chez 38% des cas, une tumeur neuroendocrine avec hyperplasie des cellules ECL dans 14% des cas, des polypes hyperplasiques dans 9% des cas, un adénome tubuleux en dysplasie de haut grade dans 3% des cas. L'infection à Hp était présente dans 75% des polypes hyperplasiques, 50% des adénomes et 50% des tumeurs neuroendocrines.

Conclusion : La maladie de Biermer est une pathologie précancéreuse. Dans notre série, 17% des patients ont présenté une dégénérescence tumorale, mais aucun cas d'adénocarcinome gastrique n'a été retrouvé. Par conséquent, la surveillance endoscopique et histopathologique reste impérative.

P.581

Facteurs prédictifs de corrélation entre l'endoscopie et l'histologie au cours de l'endobrachyœsophage : à propos de 101 cas

B. Barkia [1], H. Gdoura [1], M. Boudabbous [1], M. Moalla [1], L. Mnif [1], A. Amouri [1], L. Chtourou [1], N. Tahri [1]
(1) Sfax, TUNISIE.

Introduction : L'œsophage de Barrett ou endobrachyœsophage (EBO) est une lésion précancéreuse. C'est un diagnostic suspecté endoscopiquement et confirmé histologiquement.Il correspond a une métaplasie intestinale au niveau œsophagien.
Le but de notre étude est d'étudier les facteurs prédictifs de corrélation entre endoscopie histologie au cours de l'EBO.

Patients et Méthodes : Nous avons mené une étude rétrospective descriptive s'étalant sur une période de 10 ans (Janvier 2012 - Septembre 2022), assemblant tous les patients dont la fibroscopie avait montré un aspect endoscopique évocateur d'EBO et ayant bénéficiés de biopsies. Nous avons exclu les patients chez lesquels les biopsies n'ont pas pu être faites.
Une étude statistique a été menée afin de rechercher les facteurs prédictifs de corrélation entre l'endoscopie et l'histologie au cours de l'EBO.

Résultats : 101 patients ont été colligés. L'âge moyen était de 59,96±18,12 ans, le sexe ratio était de 1.4 avec une prédominance masculine ([H/F=83/67]). Les indications de la fibroscopie les plus fréquentes étaient le reflux œsogastroduodénal (RGO) dans 41,6% des cas, des épigastralgies dans 24,8%, dysphagie dans 16% des cas et bilan d' anémie ferriprive dans 15% des cas. A l'endoscopie des lésions associées à type d'œsophagites peptiques dans 17.8 % des cas et une hernie hiatale dans 53.5% des cas ont été détectés. L'EBO était court (longueur < 3cm) dans 68.3% des cas et long (longueur >= 3cm) dans 31.7% des cas. Le nombre moyen de biopsies était de l'ordre de 2 fragments (1-8). Le diagnostic d'EBO a été retenu histologiquement dans 53.5% des cas, dont 3 cas de dysplasie de bas grade, aucun cas de dysplasie de haut grade n'a été retrouvé. L'analyse statistique multivariée retenait comme facteurs prédictifs concordance entre l'endosocpie et l'histologie : l'étendue des lésions ($p<0.001$), la présence d'hernie hiatale ($p=0.04$) et le nombre de biopsies élevé ($p<0.001$)

Conclusion : Dans notre étude, la corrélation endoscopie-histologie était retrouvée dans 53.5%.La présence d'hernie hiatale est associée avec la présence de métaplasie intestinale. Le nombre élevé de biopsies ainsi que l'étendue des lésions augmentent la rentabilité diagnostique de l'endoscopie. La répétition de l'endoscopie avec multiplication des biopsies pourrait permettre d'améliorer ce rendement en cas de négativité du premier jeu de biopsies.

P.582

La gastrite granulomateuse : caractéristiques cliniques, endoscopiques et étiologiques

S. Souissi [(1)], S. Mahmoud [(1)], N. Ben Mustapha [(1)], A. Labidi [(1)], S. Laabidi [(1)], M. Fekih [(1)], M. Serghini [(1)], J. Boubaker [(1)]

(1) Tunis, TUNISIE.

Introduction : La gastrite granulomateuse est une entité histologique extrêmement rare, elle est retrouvée dans 0,27 à 0,35 % des biopsies gastriques. Le diagnostic est anatomopathologique, porté sur la présence de granulomes au niveau de la muqueuse gastrique. Les causes de cette pathologie sont variées et l'orientation étiologique se fait selon le contexte clinique. L'objectif de notre travail était de déterminer les particularités cliniques, endoscopiques etétiologiques des gastrites granulomateuses diagnostiquées dans notre service.

Patients et Méthodes : Il s'agissait d'une étude rétrospective, observationnelle, menée sur une période de 12 ans(2010 à 2022) colligeant tous les patients ayant eu une endoscopie œso-gastro-duodénale (EOGD) avec étude anatomopathologique confirmant le diagnostic de gastrite granulomateuse. Les caractéristiques cliniques, endoscopiques, histologiques ainsi que les lésions associées ont été rapportées et l'étiologie retenue de la gastrite granulomatose a été relevée.

Résultats : Dix-neuf cas de gastrite granulomateuse ont été colligés. L'âge moyen des patients était de 42,6 ans [18–85 ans]. Il s'agissait de 3 hommes et 16 femmes avec un sex ratio H/F de 0.18.
L'EOGD était principalement indiquée devant des épigastralgies (57,9% des cas). Trois patients (15,8%) avaient des douleurs abdominales diffuses. Des vomissements étaient présents chez 3 patients (15,8%). Chez les 2 autres patients (10,5%), l'EOGD a été indiquée dans le cadre d'exploration d'une diarrhée chronique.
Une gastropathie antrale congestive a été objectivée chez 7 patients (36,8%). Un ulcère gastrique a été retrouvé dans 36,8% des cas. Cinq patients (26,3%) avaient une EOGD normale.
L'histologie a mis en évidence dans tous les cas la présence de granulome épithéliogigantocellulaire (GEGC). La localisation du granulome était antrale dans 11 cas (57,9%), antro-fundique dans 7 cas (36,8%) et fundique dans 1 cas (5,3%). La nécrose caséeuse n'a été retrouvée chez aucun patient. Une gastrite chronique associée a été noté chez 12 patients (63,2%).
La principale étiologie retrouvée était une localisation digestive haute de la maladie de Crohn (52,6%). Les autres étiologies retrouvées étaient une tuberculose chez 2 patients (10,5%), une sarcoïdose gastrique chez 2 patients (10,5%) et un seul cas (5,3%) de gastrite à CMV a été identifié. Neuf patients (47,4%) avaient une infection associée à *Helicobacter pylori* (HP). Aucune étiologie n'a été retrouvée chez 4 patients (21,1%).

Conclusion : Bien que de nombreux cas de gastrite granulomateuse demeurent inclassables, dans la plupart des cas le diagnostic de maladie de Crohn a pu être établi dans notre étude. Une infection à HP associée a été retrouvée dans 47% des cas. Ceci souligne la nécessité d'engager un bilan étiologique chaque fois q'une gastrite granulomateuse est retrouvée.

P.583

L'impact du RGO sur le contrôle de l'asthme bronchique

N. Fettal [(1)]

(1) Sidi Bel Abbès, ALGÉRIE.

Introduction : Le reflux gastro-œsophagien(RGO) est plus fréquent chez les sujets asthmatiques que dans la population générale(prévalence de 60% *vs* 38%)[1].Il peut être du,en partie, à la toux liée à l'asthme et à certains traitements comme les agonistes β2 mimétiques et les dérives xanthiques qui peuvent entrainer une relaxation du sphincter œsophagien inferieur [2].Du fait de sa frequence,le RGO risque d'entraver le bon contrôle de la maladie asthmatique

Patients et Méthodes : Afin d'évaluer la prévalence et l'impact du RGO sur le contrôle de l'asthme bronchique, nous avons réalisé une étude transversale basée sur un autoquestionnaire SRI(symptome reflux index) et l'autoquestionnaire du contrôle de l'asthme bronchique ACT(asthme control test) et remis à 82 patients asthmatiques . Les caractéristiques cliniques et fonctionnels de cette cohorte, ont été recueillies à partir de dossiers médicaux.

Résultats : On a inclus cinquante sept femmes et vingt cinq hommes d'âge moyen 41±7 ans, ayant un asthme persistant modéré 85%(n ;70 cas) et sévère 14%(n ;12 cas) Nos asthmatiques étaient sous traitement optimal (β2mimetiques,corticothérapie inhales,antileucotriene). Les patients symtomatiques avec un score RSI≥13 représentent 36% soit 30 cas d'asthmatiques, 42 % d'entre eux ont vu leur symptômes(RGO) s'aggraver avec le temps. Il s'agit plus de femmes que d'hommes (22 *vs* 08), avec d'autres comorbidites ;obésité(3%), diabète (2%), épilepsie0.06% etune corticothérapie per os(16%).Le contrôle de la maladie chez nos patients était partiel dans 70% des cas (score ACT moyen est de 17.2±3)et 30% de cas d'asthme non contrôlé (ACT ≥20)non control .Apres un traitement médical du RGO,le score s'est amélioré(ACT 14±2) .

Conclusion : La prévalence du RGO est de 36% selon notre étude qui a objective l'impact négatif sur le contrôle de l'asthme bronchique. L'identification d'un RGO chez l'asthmatique est intéressante dans la mesure ou, ce dernier aggravant l'asthme, son traitement est susceptible de l'améliorer.

P.584

Comparaison des différents tests diagnostiques de l'infection à *Helicobacter pylori* : test rapide à l'uréase, test à l'urée liquide, test sérologique *versus* examen microbiologie en bactériologie

W. Bekolo [1], A.W. Ndjitoyap Ndam [2], S.A. Eloumou Bagnaka [1], M.P. Kowo [2], D.G.R. Nsenga [3], O. Njoya [2], H.N. Luma [1], C. Eboumbou [1], F. Ankouane [2]

(1) Douala, CAMEROUN ; (2) Yaoundé, CAMEROUN ; (3) Dschang, CAMEROUN.

Introduction : *Helicobacter pylori* est un bacille à Gram négatif, responsable de nombreuses pathologies gastroduodénales et cette infection constitue un problème de santé publique. La prévalence de l'infection à cette bactérie reste élevée dans les pays à ressources limitées. Son diagnostic est basé principalement sur de nombreuses méthodes indirectes (test à l'uréase et test sérologique). Ce travail avait pour objectif d'évaluer les différentes méthodes indirectes de diagnostic par rapport au diagnostic par culture bactérienne.

Patients et Méthodes : Nous avons mené une étude prospective transversale et analytique allant de Janvier à Mai 2022 dans les services de Gastro-entérologie de l'Hôpital Général de Douala et de l'Hôpital Militaire de Douala. Etaient inclus dans cette étude, tous les patients âgés de 18 ans et plus, reçus en consultation de gastroentérologie et ayant accepté de participer à notre étude. Les données sociodémographiques, cliniques et paracliniques ont été collectées. Chaque patient a effectué une endoscopique œso-gastroduodénale au cours de laquelle était réalisée des biopsies selon les recommandations de Sidney. Les tests à l'uréase, à l'urée liquide et la culture ont été faits à partir des biopsies réalisées. Les tests sérologiques ont été réalisés sur des prélèvements sanguins.

Résultats : Nous avons inclus 101 patients parmi lesquels, 58 femmes et 43 hommes soit un sex-ratio de 1,3). L'âge moyen était de 44,2± 16 ans. La prévalence de l'infection à *H. pylori* était de 57,4%, de 40,5% de 90,4% et de 21,7% respectivement pour le test à l'urée liquide, le test rapide à l'uréase, le test sérologique et la culture. La sensibilité retrouvée était de 100%, 100% et 59,1% respectivement pour le test sérologique, le test à l'urée liquide et de pour le test rapide à l'uréase, par rapport à la culture. La spécificité était de 13,7%, 54,4% et de 64,5% respectivement pour le test sérologique, le test à l'urée liquide et le test rapide à l'uréase. Les valeurs prédictives positives étaient de 46,4% pour le test sérologique, de 37,9% pour le test à l'urée liquide et de 31,7% pour le test rapide à l'uréase. Les valeurs prédictives négatives étaient de 100% pour le test sérologique, de 85% pour le test rapide à l'uréase et de 100% pour le test à l'urée liquide.

Conclusion : La prévalence retrouvée à partir de la culture bactérienne était faible en comparaison des autres méthodes diagnostiques. La sensibilité était bonne pour le test sérologique et le test à l'urée liquide, mais avec une spécificité meilleure pour le test rapide à l'uréase. La valeur prédictive positive de chacun de ces tests diagnostiques était faible, mais leurs valeurs prédictives négatives étaient élevées et plus importantes pour le test sérologique et le test à l'urée liquide.

P.585

Sténoses œsophagiennes bénignes réfractaires : caractéristiques et facteurs de risque

A. Benhamdane [1], A. Sair [1], T. Addajou [1], S. Mrabti [1], R. Berraida [1], I. El Koti [1], F. Rouibaa [2], A. Benkirane [1], H. Seddik [1]

(1) Rabat, MAROC ; (2) Casablanca, MAROC.

Introduction : La dilatation endoscopique reste le pilier de la prise en charge thérapeutique des sténoses œsophagiennes bénignes, exprimées essentiellement par la dysphagie, qui peut altérer considérablement la qualité de vie. Elles peuvent être causées par divers troubles ou lésions de l'œsophage.
Notre objectif est de rapporter les résultats de la dilatation, ainsi que les différents facteurs de risques des sténoses œsophagiennes réfractaires bénignes.

Matériels et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive et analytique portant sur 33 patients présentant une sténose œsophagienne bénigne et ayant bénéficié d'une dilatation œsophagienne entre 2017 et 2022. Une sténose réfractaire (ou récidivante) a été définie par l'incapacité de maintenir le calibre œsophagien à un diamètre de 14 mm sur 5 séances de dilatations, ou l'incapacité de maintenir le diamètre luminal satisfaisant pendant 4 semaines une fois qu'un diamètre de 14 mm a été atteint.

Résultats : Sur les 33 patients qui ont bénéficié d'une dilatation pour des sténoses bénignes de l'œsophage, 38,7 % présentaient des sténoses réfractaires. L'âge moyen était de 50 ± 20,9 ans avec une prédominance masculine 66,7% et un sexe ratio (H/F) à 2. 9,1% avait un antécédent de séromyotomie de Heller et de fundoplicature.
Tous les patients avaient une dysphagie et 45,5% avaient un reflux gastro-œsophagien (RGO) chronique. L'endoscopie a révélé une sténose basse dans 65,6% des cas, moyenne dans 15,6% et haute dans 18,8%. 50% avaient une sténose d'origine peptique, 31,3% une achalasie, 9,4% anastomotique, 6,3% un anneau de Schatzki et 3,1% caustique.
78,8% des sténoses étaient dilatées par un ballon et 21,2% par bougies avec un calibre de dilatation moyenne de 18,8 ± 6,8 mm.
Après analyse univariée, les sténoses réfractaires étaient associées à la présence d'une sténose peptique (p=0,002) et les dilatations de calibre inférieur à 16 mm (p=0,012), après analyse multivariée seule la sténose peptique est associée aux sténoses réfractaires (p=0,034).

Conclusion : Dans notre série, les sténoses réfractaires étaient présentes dans 38,7%. La sténose peptique est associée de façon statistiquement significative à la sténose œsophagienne réfractaire.

P.586

La maladie de Biermer et les maladies auto-immunes : prévalence et aspects cliniques

M. Mtir [1], M. Ayari [1], A. Chehaider [1], W. Khemiri [1], Z.E.I. Abdelaali [1], T. Jomni [1], H. Douggui [1]

(1) Tunis, TUNISIE.

Introduction : La maladie de Biermer (MB), également connue sous le nom d'anémie pernicieuse, est une gastrite atrophique auto-immune causée par des auto-anticorps ciblant le facteur intrinsèque et/ou les cellules pariétales gastriques, entraînant un défaut d'absorption de la vitamine B12 qui est à l'origine d'un grand polymorphisme clinique. En effet, les troubles auto-immuns touchent un large spectre de la population présentant une certaine susceptibilité génétique et une prédisposition à produire des anticorps dirigés contre certains organes, il n'est donc pas rare que la MB soit associée à d'autres maladies auto-immune (MAI).
L'objectif de notre étude était de déterminer la prévalence des maladies auto-immunes associées à la MB et de décrire les particularités de cette association.

Patients et Méthodes : Nous avons mené une étude rétrospective monocentrique, incluant tous les patients suivis pour anémie pernicieuse sur une période de 7 ans [2014 - 2021]. Les données clinico-biologiques, endoscopiques, histologiques et évolutives ont été collectées. L'examen anatomopathologique a permis d'évaluer la sévérité de la gastrite selon le système de Sydney.

Résultats : Au total, nous avons inclus 67 patients avec un âge moyen de 63 ans [38 - 89] et un sex ratio H/F de 1,68. Dix-huit patients avaient au moins une MAI associée, soit une prévalence de 26,9%. La découverte de la MAI a précédé la MB dans 13 cas (72,2%) avec un délai moyen en années de 11,8 [2 - 43]. Les différentes MAI étaient les suivantes : Syndrome de Sjögren (N=4), maladie de Basdow (N=4), thyroïdite de Hashimoto (N=3), diabète de type 1 (N=2), maladie de Crohn (N=2), maladie cœliaque (N=1), cholangite sclérosante primitive (N=1) et spondylarthrite ankylosante (N=1). Un syndrome auto-immun multiple a été diagnostiqué chez un seul patient. Il s'agissait d'une association de la maladie de Basedow, du syndrome de Sjögren et de la maladie de Biermer. En étude analytique, il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre les deux groupes de patients atteints de MB avec ou sans maladies auto-immunes associées en ce qui concerne le sexe, l'âge, le taux de vitamine B12, l'anémie, la gravité de la gastrite atrophique, la réponse au traitement ou l'apparition de néoplasies gastriques.

Conclusion : Dans notre étude, la prévalence des maladies auto-immunes au cours de la MB est d'environ 26,9 %, précédant le plus souvent le diagnostic d'anémie pernicieuse, ce qui justifie son dépistage systématique au cours des autres maladies auto-immunes.

P.587

Syndrome de Plummer-Vinson : prévalence et résultats du traitement endoscopique

Y. Essadni [1], M. Salihoun [1], I. Serraj [1], M. Acharki [1], N. Kabbaj [1]

(1) Rabat, MAROC.

Introduction : Le syndrome de Plummer Vinson (SPV) est une entité rare. Il est caractérisé par l'existence d'une membrane semi lunaire cervicale qui entraîne une dysphagie sévère. Ce syndrome s'accompagne souvent d'une anémie ferriprive. Le but de ce travail est de déterminer les caractéristiques clinique et endoscopiques des patients ayant un SPV et d'évaluer les résultats thérapeutiques.

Matériels et Méthodes : Il s'agit d'une étude monocentrique, menée de septembre 2005 à juillet 2022, incluant tous les cas de SPV diagnostiqués et traités. Le traitement était basé sur la dilatation endoscopique réalisée en ambulatoire sous sédation au propofol par les bougies de Savary-Gilliard ou par ballonnet hydrostatique avec ou sans scopie. Tous les patients ont été mis en observation 6 heures après la dilatation. Une nouvelle séance de dilatation était réalisée en cas de récidive de la dysphagie et/ou de sténose œsophagienne.

Résultats : Ont colligés 97 patients. L'âge moyen était de 39,3 ans avec des extrêmes allant de 16 à 78 ans. Le sexe féminin était prédominant dans 84,5% avec un sex ratio H/F de 0,17. Le motif de consultation était dominé par la dysphagie, retrouvée dans 100% des cas. Elle était associée à un amaigrissement dans 41,2% des cas.
La fibroscopie œso-gastro-duodénale (FOGD) réalisée chez tous nos patients a objectivé : un anneau de l'œsophage supérieur dans 91,7% de cas: 41,2% au niveau de la bouche de Killian et 50,5% au niveau de l'œsophage cervical. Notons que 4,1% des cas présentaient 2 anneaux et 1% en avait 3. La FOGD a retrouvé, en association, une antrite congestive dans 11 cas et une muqueuse duodénale craquelée dans 3 cas. Une anémie ferriprive a été notée chez 70,1% des patients. Tous nos patients ont bénéficié d'une dilatation endoscopique avec une moyenne de 1.5 séances de dilatation (extrêmes : 1-5 séances) : 83,5% par bougies de Savary Gilliard avec un diamètre maximal allant de 12 à 18mm, et 16,5% au ballonet. Les résultats fonctionnels sont quasiment immédiats après la dilatation avec une disparition de la dysphagie chez tous nos patients. Aucun cas de perforation n'a été noté après traitement endoscopique et aucun cas de dégénérescence maligne n'a été noté avec un recul moyen de 43,2 mois.

Conclusion : Le syndrome de Plummer Vinson est une entité peu fréquente, retrouvé surtout chez les femmes. En association avec le traitement martial, la dilatation endoscopique permet une amélioration spectaculaire des symptômes à court et long terme dans la majorité des cas. Vu le risque évolutif de dégénérescence maligne malgré le traitement endoscopique, une surveillance régulière s'impose.

P.588

Apport de l'endoscopie digestive haute dans l'évaluation des lésions caustiques du tube digestif supérieur : à propos de 90 cas

M. Bouzelfa [1], M. Ben Hmida [1], H. Elloumi [1], A. Belkhamsa [1], S. Ben Hamida [1], B. Saber [1], I. Cheikh [1]

(1) Bizerte, TUNISIE.

Introduction : L'ingestion de produits caustiques (PC) est une urgence médico-chirurgicale nécessitant une prise en charge multidisciplinaire. La fibroscopie œso-gastro-duodénale (FOGD) constitue un examen essentiel aussi bien pour le bilan lésionnel que pour la prise en charge thérapeutique.
Le but de notre travail est d'étudier les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et endoscopiques en cas d'ingestion de produits caustiques.

Patients et Méthodes : C'est une étude rétrospective descriptive étalée sur une période de 10 ans entre septembre 2012 et septembre 2022, colligeant tous les cas d'ingestion de PC adressés au service de Gastroentérologie de l'hôpital Habib Bougatfa de Bizerte pour une FOGD en urgence. Les lésions caustiques œsophagiennes, gastriques et bulbo –duodénales ont été classées selon la classification de Di Costanzo.

Résultats : On a colligé 90 patients dont 52 femmes et 38 hommes, sexe ratio F/H: 1,3. L'âge moyen était 27,5 ans avec des extrêmes (5-86 ans). Des antécédents psychiatriques ont été notés dans 8,8% (8 malades). L'ingestion du PC était volontaire dans 71% des cas et accidentelle dans 29% des cas. Les caustiques ingérés étaient des oxydants (eau de javel) chez 76,4% des cas et des bases (soude) dans 23,6% des cas. La quantité ingérée était appréciée chez seulement 14 malades. La FOGD, réalisée en urgence, était normale chez 47 patients (52,3%). Parmi ces derniers, 75,4% des patients avaient ingéré de l'eau de Javel et l'ingestion était accidentelle dans 79% des cas. Dans 47,7% des cas, les lésions endoscopiques retrouvées étaient une œsophagite caustique stade I dans 13,9% et de stade II dans 23,3%, une gastrite caustique stade I dans 32,5%, stade II dans 14% des cas et de stade III dans 9,4% des cas et une bulbo- duodénite caustique stade I dans 6,9% des cas. Les lésions endoscopiques les plus sévères étaient associées à l'ingestion volontaire de soude. Aucun patient n'avait initialement de signes de gravité cliniques ou biologiques. L'évolution était favorable dans 97,7% des cas. Par ailleurs, des complications tardives étaient survenues chez 2 de nos patients sous forme de sténose œsophagienne nécessitant des séances de dilatation endoscopique (dans les 2 cas il s'agissait d'une œsophagite caustique stade IIb et le PC ingéré était la soude).

Conclusion : Selon notre étude les lésions caustiques sont le plus souvent minimes à modérées. La sévérité des lésions œso-gastro-duodénales est d'autant moins importante que l'ingestion est accidentelle et que le produit caustique ingéré est un oxydant, ce qui remet en question l'intérêt d'une endoscopie digestive haute systématique lors d'ingestion accidentelle de l'eau de Javel diluée.

P.589

Hémorragies digestives hautes : y a-t-il des particularités chez les femmes ?

O. Bahlaoui [1], F. Haddad [1], F.Z. Elrhaoussi [1], M. Tahiri [1], W. Hliwa [1], A. Bellabah [1], W. Badre [1]

(1) Casablanca, MAROC.

Introduction : L'hémorragie digestive haute est un motif fréquent de consultation en Gastro-entérologie. Elle nécessite une prise en charge urgente. Le but de ce travail est de décrire les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, endoscopiques et évolutifs chez les femmes, en les comparant aux hommes.

Patients et Méthodes : Il s'agit une étude rétrospective descriptive et analytique au niveau de service du gastroentérologie ,durant une période de 30 mois de Janvier 2020 à Juin 2022, colligeant tous les patients admis pour hémorragie digestive haute, nous avons comparé deux groupe : le groupe 1 les sujets de sexe féminin et le groupe 2 les sujets de sexe masculin.

Résultats : 499 patients ont été colligés, répartis en 183 femmes soit 36,7% (G1) et 316 hommes soit 63,3% (G2). La moyenne d'âge des femmes était de 55,2 ans (+/- 16,5) et celle des hommes était de 55,5 ans (+/- 18,1). Les femmes étaient plus souvent connus hypertendues (26,8% *vs* 14,2% chez les hommes) de manière significative (p<0,001). Les femmes présentaient plus souvent une insuffisance rénale (9,8% *vs* 4,7% pour les hommes, p= 0,027). Elles étaient moins tabagiques que les hommes (6% *vs* 54,4% p<0,001). On notait également moins de femmes consommatrices d'alcool (4,9% *vs* 17,4% p<0,001). Les femmes avaient consulté pour des hématémèses dans 74,3% alors que les hommes dans 69%. Cette différence n'était pas significative. Mais elles avaient présenté moins de mélénas (70,5% *vs* 81% pour les hommes) de manière significative (p=0,007). 45% des femmes ont nécessité une transfusion sanguine (*vs* 38,4% des hommes, p=0,182). Les principales causes de saignement retenus chez la femme étaient : La rupture des varices œsophagiennes dans 41,5 % des cas, la maladie ulcéreuse dans 33,9% des cas, l'œsophagite dans 2,2 % des cas, les angiodysplasies dans 3,8 % des cas, une pathologie tumorale dans 10,4% des cas et un mallory weiss dans 1,9% des cas. La différence des étiologies était statistiquement non significative entre les deux groupe. Il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre le taux de récidive hémorragique et le taux de la mortalité entre les deux groupes.

Conclusion : Les femmes présentant une hémorragie digestive haute présentent significativement plus de comorbidités que les hommes, mais ne présentent pas de différence statistiquement significative dans l'évolution après le traitement.

P.590

La manométrie à haute résolution dans les dysphagies à endoscopie normale : quels résultats ?

A. Mouffak [(1)], I. Serraj [(1)], M. Salihoun [(1)], M. Acharki [(1)], N. Kabbaj [(1)]
(1) Rabat, MAROC.

Introduction : La dysphagie est un motif fréquent de consultation. La manométrie œsophagienne de haute résolution (MHR) est l'examen actuel de référence pour l'exploration de la dysphagie lorsque l'endoscopie est normale avec des biopsies œsophagiennes négatives. Le but de cette étude est d'identifier le type de troubles moteurs œsophagiens (TMO) et leurs fréquences chez des patients dysphagiques à endoscopie normale.

Matériels et Méthodes : Il s'agit d'une étude monocentrique regroupant tous les patients présentant une dysphagie avec une endoscopie digestive haute normale et biopsies œsophagiennes négatives qui ont bénéficié d'une MHR, entre Mai 2018 à Janvier 2022.
L'examen a été réalisé l'aide d'une sonde de MHR 36 capteurs, l'analyse des résultats a été effectué par 1 logiciel MMS®9,5.
Les TMO ont été identifiés selon la classification de Chicago v3.0.

Résultats : 231 patients ont été inclus dont 126 (54,54%) étaient des femmes. L'âge moyen était de 43,9 ans (extrêmes 18- 94ans).
La MHR était pathologique dans 186 cas (80.51%) : elle a révélé une achalasie chez 121 patients (65. 05%) : Il s'agissait d'une achalasie type I chez 25 patients (20.66%), type II chez 86 patients (71, 07%) type III chez 10 cas (8.26%).
La MHR a montré d'autres TMO correspondant à une sclérodermie chez 20 patients (10.75 %), une motricité inefficace chez 33 patients (17 ,7%),une obstruction de la jonction œso-gastrique chez 7 cas (3.7%), un œsophage marteau–piqueur chez 2 cas (1, 07%) et un spasme œsophagien dans 3 cas (1.61%).
La MHR était normale chez 45 patients (19,48 %).

Conclusion : La manométrie œsophagienne de haute résolution représente un progrès incontestable dans le diagnostic des troubles moteurs œsophagiens chez les patients atteints de dysphagie avec endoscopie normale. Le trouble moteur primitif le plus fréquemment retrouvé est l'achalasie type II.

P.591

Polypes gastriques : caractéristiques endoscopiques et profil histopathologique

Y. El Kirami [(1)], R. Bounour [(1)], M. Lahlali [(1)], A. Lamine [(1)], H. Abid [(1)], A. El Mekkaoui [(2)], M. El Yousfi [(1)], S.A. Ibrahimi [(1)], M. El Abkari [(1)], D.A. Benajah [(1)], N. Lahmidani [(1)]
(1) Fès, MAROC ; (2) Oujda, MAROC.

Introduction : Le polype gastrique désigne toute lésion sessile ou pédiculée faisant saillie sur la paroi gastrique. Le but de notre travail est d'étudier la prévalence, les caractéristiques cliniques, endoscopiques et les différents types histologiques des polypes gastriques, ainsi que l'apport des muqueuses adjacentes.

Matériels et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective étalée sur une période de 12 ans et 6mois (Janvier 2009 - juin 2022), 7200 endoscopies hautes réalisées au service

Résultats : sur 7200 endoscopies hautes réalisées un polype était retrouvé chez 197 patients avec une prévalence de 3%. Notre série était composée de 112 femmes et 85 hommes soit un sexe ratio F /M de 1.3, l'âge moyen de nos patients était de 58 ,2 ans (15-82ans).Les indications de la FOGD étaient essentiellement : épigastralgies (82 cas), anémie (33 cas), hépatopathie chronique (30 cas), hémorragie digestive (20cas), vomissements (15cas).142 patients présentaient un polype unique (Soit 72%), 40 patients avaient entre 2 et 10 polypes (Soit 20%) et 15patients avaient une polypose gastrique (Soit 8 %).Sur 197 lésions décrites 156 étaient sessiles (Soit79.18%), et 14 étaient pédiculées (Soit 20 .82%)
L'examen anatomopathologique n'a été retrouvé que chez 43.80 % de nos malades (n=85 cas) et a objectivé 34 polypes inflammatoire (40%) et dont la muqueuse gastrique avoisinante était normal ,,11 polypes hyperplasiques(12.9%) dont 4 en dysplasie de bas grade, et dans 10 cas soit 62.5% la biopsie de la muqueuse gastrique a objectivé une gastrite chronique a HP positif, 19 polypes adénomateux (22.35%) dont 13 en dysplasie de bas grade et 4 en dysplasie de haut grade,et 4polypes adénomateux dégénéré en ADK, et une gastrite chronique atrophique avec métaplasie intestinale à HP positif dans 5 cas. . 5 polypes glandulo kystiques (5.8%),et dont la muqueuse gastrique sous-jacente était sans anomalie , et3 tumeurs neuroendocrines (3.52%) type 1,dont la biopsie de la muqueuse gastrique dans ces 3 cas a objectivé une gastrite atrophique auto-immune sans métaplasie intestinale ,l'endoscopie aussi a objectivé des aspects de fundite chronique atrophique , 2 cas de GIST (2 .35%) avec aspect endoscopique et histologique normale de la muqueuse avoisinante,,2 lymphomes malin non hodgkin (2 .35%)dont la biopsie de la muqueuse gastrique a objectivé une gastrite chronique a HP positif ,et l'endoscopie a montré une gastrite antrofundique érythémateuse dans les deux cas, 2 polypes hamartomateux (2 .35%), 4 polyposes (4.7%) inclus dans le cadre de PAF, 2cas sarcome de kaposi, et un cas de lipome.

Conclusion : Il agit d'une pathologie rare (3%) avec prédominances des polypes hyperplasiques (12.9%) survie des polypes inflammatoires en 2 eme lieu ((40%) et polypes adénomateux (22.35%).

P.592

Profils épidemiologique, clinique, thérapeutique et évolutif de la sténose ulcéreuse du bulbe

O. Hadadia [(1)], M. Jarti [(1)], A. Ait Errami [(1)], S. Oubaha [(1)], Z. Samlani [(1)], K. Krati [(1)]
(1) Marrakech, MAROC.

Introduction : La sténose bulbaire d'origine ulcéreuse est une complication de moins en moins fréquente de l'ulcère bulbaire. En effet le traitement d'éradication de *Helicobacter pylori* (HP) ainsi que la large utilisation des anti-sécrétoires a modifié l'histoire naturelle de l'ulcère du bulbeLe but de notre étude est de déterminer les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et évolutives de cette complication.

Matériels et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective incluant, tous les patients ayant une sténose bulbaire ulcéreuse infranchissable par le fibroscope, hospitalisés au service de Gastroentérologie du CHU Marrakech entre Janvier 2019 et Décembre 2021. Tous les patients ont été mis initialement sous traitement médical à base d'inhibiteur de la pompe à protons à double dose par voie parentérale pendant une semaine, associée à une alimentation parentérale et une correction des troubles hydro-électrolytiques. Un contrôle endoscopique était systématique à j7.

Résultats : Ont été colligés 21 hommes (84%) et 4 femmes (16%) d'âge moyen de 46,2 ans (entre 26 et 83 ans). Des antécédents familiaux de maladie ulcéreuse gastroduodénale étaient présents dans 5 cas. Deux patients étaient déjà opérés pour ulcère duodénal perforé. Seize patients (76%) étaient tabagiques avec une consommation moyenne de 19 PA. Tous les patients avaient un tableau de sténose digestive haute associé à un amaigrissement dans 8 cas. La durée moyenne d'évolution des symptômes était de 2,9 mois (entre 10 jours et 12 mois). L'examen physique objectivait un clapotage à jeun chez 9 patients. A la biologie, il y avait une hypokaliémie dans 10 cas, une insuffisance rénale fonctionnelle dans 5 cas et un syndrome inflammatoire biologique dans 5 cas. La fibroscopie digestive haute a montré un ulcère évolutif du bulbe dans 17 cas (68%). Le transit œso-gastroduodénal et le scanner abdominal avec opacification haute ont été pratiqués chez respectivement 16 et 12 patients, et ont objectivé une distension avec atonie gastrique dans 9 cas. Une amélioration clinique, biologique et endoscopique était notée chez 17 patients (68%) après le traitement médical. L'échec du traitement médical a été noté dans 32% des cas: 4 patients ont nécessité une dilatation hydrostatique avec un diamètre entre 15 et 18mm et 4 autres patients ont été opérés. Ces patients avaient eu en moyenne 2 séances de dilatation (1-3). Tous les patients ont été mis sous traitement séquentiel avec une éradication de l'HP obtenue dans 19 cas (76%). Une récidive de la sténose était observée chez 2 patients avec un délai de 8 mois et 20 mois respectivement. Ces 2 patients ont eu un traitement chirurgical. Chez les autres patients, la durée moyenne de rémission était de 19 mois (entre 3 mois et 40 mois). Les facteurs prédictifs du recours à la chirurgie étaient la consommation tabagique (p=0,038) et l'aspect dilaté et atonique de l'estomac à l'imagerie (p=0,015).

Conclusion : Dans notre série, le recours à un traitement chirurgical était nécessaire chez 6 patients (24%). Les facteurs associés au recours à la chirurgie étaient le statut fumeur et le retentissement sur l'estomac.

P.593

Quelle est la prévalence de l'infection à *Helicobacter pylori* sur les biopsies gastriques dans un hôpital régional ?

M. Boussouab [(1)], N. Elmoutaoukil [(1)], M. Zouaoui [(1)], A. Snoussi [(1)], F.Z. Boubakr [(1)], S. Noubail [(1)], Y. Hnach [(1)], M. Azouaoui [(1)], N. Aqodad [(1)]
(1) Agadir, MAROC.

Introduction : L'infection à l'Hélicobacterpylori (HP) constitue un problème de santé public dans les pays en voiede développement. Elle est incriminée dans de multiples affections gastro-duodénale telles que lagastrite, l'ulcère gastroduodénal, le lymphome de type mucosa-associatedlymphoid tissu (MALT) etl'adénocarcinome gastrique.Le but de notre étude était de déterminer la prévalence de l'HP par le moyen de l'histologiegastrique, et définir le profil épidémiologique et clinique, ainsi que les principales pathologiesgastriques associées à cette infection.

Matériels et Méthodes : C'est une étude transversale, rétrospective. Nous avions inclus les patients présentant une symptomatologie digestive haute ayant bénéficié d'une endoscopie œso-gastroduodénale (EOGD) avec biopsie pour recherche d'HP à l'hopital régional entre Janvier 2016 et Mai 2022.Une fiche d'exploitation a été réalisée pour la collecte des données. L'analyse statistique a étéréalisée par le logiciel Jamovi.

Résultats : Quatre cent sept patients ont été inclus, tous les malades avaient bénéficié d'une gastroscopieavec biopsies gastriques et recherche d'HP par l'histologie. L'HP était présente dans 91,5% des cas(groupe 1 HP positif n=372) *versus* 8,6% (dans le groupe 2 HP négatif n=35). La prévalence de l'HPdans notre étude était de 37,2%.Le sex-ratio homme/femme était de 0,9 dans les deux groupes 1 et 2 sans différencestatistiquement significative (p=1).L'âge moyen était de 47,8 ans +/- 16 dans le groupe 1 contre 49,6 ans +/- 15,4 dans le groupe 2, iln'y a pas de différence statistiquement significative entre ces 2 groupes en ce qui concerne l'âge(p=0,5).Les indications de l'EOGD dans le groupe 1 étaient respectivement des épigastralgies dans 43.8%(n=163) ; hémorragies digestives haute dans 18,8% (n=70) et l'anémie dans 14% (n=53). Dans legroupe 2 la première indication était l'anémie suivie des épigastralgies et l'hémorragie digestivehaute (respectivement : 34%, 25.7% et 23%). Il y avait pas une relation statistiquement significativeentre l'indication de l'EOGD et la prévalence de l'HP (p<0.001).L'endoscopie a montré chez le groupe 1 une pangastrite érythémateuse comme lésionprédominante dans 38,4%des cas (n=143) suivie d'une antrite érythémateuse dans 17,4% (n=65) descas. Pour le groupe 2 les deux lésions endoscopiques retrouvées au premier plan dans 17% (n=6) descas étaient l'antrite érythémateuse et l'atrophie fundique. L'infection à l'HP était statistiquementcorrélée aux lésions endoscopiques (p<0.001).Concernant les résultats de l'anatomopathologie : Une gastrite chronique était retrouvée cheztous les malades. L'évaluation de la charge bactérienne retrouvait : HP + : 10.8% (n = 41), HP++ :35.4% (n =135) et HP+++ : 53.5 % (n = 204). La gastrite à HP était active dans 93% des cas (n =380).L'intensité était minime dans 11% des cas (n = 42), modérée dans 85.5 % des cas (n = 325) et sévère dans 3.2% des cas (n = 12). L'infection à HP était statistiquement corrélée avec l'activité de lagastrite (p=0.003) ainsi que la charge bactérienne (p<0.001).La gastrite chronique était atrophique dans 24.2% des cas (n =92) et non atrophique dans 75.8%des cas (n =288). La métaplasie intestinale était retrouvée chez 7,1% des malades (n=27), la dysplasieétait présente dans 1,2% des cas (n=5). La gastrite atrophique et les lésions précancéreuses n'étaientpas statistiquement associées à la présence d'HP.

Conclusion : Dans notre étude la prévalence de l'infection à HP était de 37,2%. L'âge et le sexe ne présentaitaucun effet significatif sur cette prévalence. Par ailleurs, les lésions inflammatoires gastriquesétaient statistiquement associées à la présence de l'HP.

P.594

Intérêt de l'évaluation pronostique des patients admis pour une hémorragie digestive haute aiguë par le score de Rockall

A.W. Ndjitoyap Ndam [1], W. Bekolo [2], D.G.R. Nsenga [3], P. Talla [1], I. Timba Dang Babagna [1], F. Ankouane [1]

(1) Yaoundé, CAMEROUN ; (2) Douala, CAMEROUN ; (3) Dschang, CAMEROUN.

Introduction : L'hémorragie digestive haute est la principale urgence en hépato-gastroentérologie. En raison d'une mortalité importante ainsi que d'un risque de récidive hémorragique secondaire, de nombreux scores interviennent comme éléments d'orientation clinique.
Notre objectif général était d'évaluer le pronostique des patients admis pour hémorragie digestive haute par le score de Rockall.

Matériels et Méthodes : Il s'agissait d'une étude de cohorte rétrospective allant de janvier 2020 à décembre 2021. Les paramètres démographiques, cliniques, paracliniques et pronostiques ont été relevés. Les critères de jugements étaient la récidive hémorragique et la mortalité dans les 30 jours après l'admission. Nous avons considéré une valeur seuil d'exposition à un mauvais pronostic un score de Rockall ≥ 5. L'association entre le score de Rockall et le mauvais pronostic des patients a été réalisé grâce au test de Fischer. La puissance a été évaluée via IC 95%. Les données ont été analysées à l'aide du logiciel SPSS 25.

Résultats : Nous avons analysé 101 dossiers (75 hommes et 26 femmes). L'âge médian était de 45ans. L'hématémèse était la présentation clinique la plus retrouvée soit 66 patients (65,3%). Des transfusions de produits sanguins ont été sollicitées chez 62 patients (61,4%). Le délai moyen de réalisation d'endoscopie était de 3,1 jours et les étiologies les plus rencontrées étaient les varices œsophagiennes et/ou gastriques chez 35 patients (34,7%), les ulcères gastriques chez 32 patients (31,7%) et duodénales chez 30 patients (29,7%). Nous avons relevé un score de rockall≥5 chez 49 patients (48,5%). Nous avons enregistré une récidive hémorragique chez 21 patients (20,8%), et 9 décès (8,9%). Le score de Rockall ≥ 5 était significativement associé à la récidive hémorragique et à la mortalité (p=0,001).

Conclusion : Le score de Rockall ≥ 5 est significativement associé à un risque de récidive et de décès des patients se présentant pour hémorragies digestives hautes.

P.595

Profil histologique des lésions de gastrites chroniques à *Helicobacter pylori*

I. Jbara [1], F. Haddad [1], F.Z. Elrhaoussi [1], M. Tahiri [1], W. Hliwa [1], A. Bellabah [1], W. Badre [1], M. Azim [1], N. Bennani [1], M. Karkouri [1]

(1) Casablanca, MAROC.

Introduction : La gastrite chronique à *Helicobacter pylori* (H pylori) présente un risque de cancer en rapport avec l'atrophie et la métaplasie intestinale. De ce fait l'évaluation de son degré de sévérité et la recherche des lésions précancéreuses, permet d'identifier les gastrites chroniques à haut risque évolutif qui nécessiteraient une surveillance particulière. Ce travail a pour objectifs d'étudier le profil histologique des gastrites et d'évaluer les scores OLGA et OLGIM au cours des gastrites à *Helicobacter pylori* .

Patients et Méthodes : Il s'agit d' une étude rétrospective incluant les patients ayant eu une endoscopie digestive haute entre Mai 2021 et Mai 2022 avec présence à l'examen anatomopathologique des biopsies gastriques d'une gastrite à HP. La réévaluation de l'atrophie et de la métaplasie intestinale sur les biopsies de l'antre et le corps gastrique a permis l'établissement des scores OLGA et OLGIM.

Résultats : Cette étude a inclus 182 patients. L'âge moyen 46 ans [15-85 ans] dont 110 femmes (60,44%) et 72 Hommes(39,56%) .La principale indication à l'endoscopie digestive était les épigastralgies (61%) .En se basant sur les résultats de l'examen anatomopathologique des biopsies gastriques, l'atrophie a été retrouvée chez 23 ,62% des patients .Les localisations fundique, antrale et antro-fundique de cette atrophie étaient notées respectivement 6,04% ; 5,5% et 12 ,09% des cas . Parmi nos 182 patients, la métaplasie était retrouvée dans 35 cas (19,23%) : au niveau fundique retrouvé dans 15 cas(8,24%) : légère dans 12 cas, modérée dans 2 cas et sévère dans 1 cas. Au niveau antral , la métaplasie retrouvait dans 20 cas(10,98%) : légère dans 17 cas, modérée dans 2 cas et sévère dans 1 cas . La densité en *Helicobacter pylori* était légère dans 111 cas (61%) , modérée dans 63 cas(34,06%) et sévère dans 8 cas(4 ,39%) .
Les proportions des stades OLGA étaient : stade 0 138 (75,82%) , stade I 34 (18 ,68%) , stade II 7 (3 ,85%) , 1 au stade III (0 ,5%) et 2 stade IV (1%) . Selon la classification OLGIM, la proportion des stades était de : stade 0 158(87%) , stade I 18(9,9%) , 2 au stade II (1%) , 4 au stade III (2%) et aucun malade au stade IV.
En étudiant la liaison entre les différents stades des classifications OLGA et OLGIM :143 de nos gastrites à *Helicobacter pylori* étaient au même stade selon les deux classifications : 130 au stade 0(71 ,42%) , 11 au stade I(6,04%) et 2 au stade II(1%) . Au total 176 appartenaient aux stades à faible risque (O,I et II) , et 6 cas aux stades à haut risque (III et IV) selon les deux classifications . Une corrélation positive et hautement significative a été retrouvée entre les deux classifications OLGA et OLGIM (p<0.001) .

Conclusion : Les classifications OLGA et OLGIM permettent d'évaluer le risque de développer uncancer gastrique sur une gastrite à HP. Du point de vue pratique, il faudra évaluer ce risque par les deux systèmes et le préciser sur le compte rendu anatomo-pathologique afin de permettre une meilleure sélection des patients à haut risque pour une surveillance adéquate et une prise en charge précoce .

P.596

Profils épidémiologique, clinique et évolutif des hémorragies digestives : résultats d'un centre universitaire

S. Nacer [(1)], M. Tahiri [(1)], F.Z. Elrhaoussi [(1)], F. Haddad [(1)], W. Hliwa [(1)], A. Bellabah [(1)], W. Badre [(1)]
(1) Casablanca, MAROC.

Introduction : L'hémorragie digestive haute (HDH) est une urgence médicale fréquente pouvant engager le pronostic vital. Ses étiologies sont dominées par la pathologie ulcéreuse et les complications de l'hypertension portale (HTP).

L'objectif de notre étude est de dresser le profil épidémiologique des patients admis pour HDH et de comparer l'hémorragie digestive non liée à l'HTP (HDNHTP) et l'hémorragie digestive liée à l'HTP (HDHTP)

Matériels et Méthodes : Nous rapportons les résultats d'une étude rétrospective menée sur une période de 2 ans, allant de janvier 2020 à décembre 2021, colligeant tous les patients hospitalisés pour HDH au département de gastro-entérologie d'un centre hospitalier universitaire. Nous avons comparé les différentes données épidémiologique, cliniques, endoscopiques et évolutives entre deux groupes en fonction de l'origine variqueuse ou non variqueuse du saignement. Le test de Student et les tests de X<2 (Chi-2) ont été utilisés pour l'analyse des variables au moyen du logiciel Jamovi 2.3.3

Résultats : Sur 409 patients admis pour HDH, 219 avaient une HDNHTP et 190 avaient une HDHTP.
On notait une prédominance masculine dans les deux groupes (67,1% *vs* 65,3%, p=0,8). Les patients ayant une HDNHTP étaient plus jeunes (54,4 *vs* 55,1, p=0,6). L'hypertension artérielle (11% *vs* 9,4% ; p=0,9), l'utilisation d'AINS (24,7% *vs* 11,4% ; p=0,03) et l'intoxication alcoolo tabagique (48,6% *vs* 21,5% ; p=0,02) étaient plus élevés dans le groupe HDNHTP. D'autre part, les antécédents de cirrhose (11,2% *vs* 14,9% ; p=0,01) et de diabète (6,8%, 7,3% ; p=0,3), étaient plus retrouvés dans le groupe HDHTP
L'HDH était révélée par une hématémèse et un méléna concomitant dans 42,5% des cas, une hématémèse isolée dans 30% des cas, des mélénas isolés dans 26,1% des cas et des rectorragies dans 2,4% des cas avec une différence significative entre les deux groupes (p<0,001).
Une instabilité hémodynamique était observée chez 6,3% des patients HDNHTP avec un taux moyen d'hémoglobine de 7,2g/dl comparée à 17,9% des patients HDHTP instables avec un taux moyen d'hémoglobine 7,5g/dl (p<0,001). La transfusion sanguine était requise chez 60,7% des patients HDNHTP *versus* 43,7% des patients HDHTP (p=0,03)
Le délai médian de réalisation de l'endoscopie était de 8 heures dans les deux populations.
Les étiologies retrouvées dans le groupe HDNHTP étaient la pathologie ulcéreuse gastroduodénale (51 %), une néoplasie digestive (12%) et une œsophagite (8%). Tandis que les causes HDHTP étaient les varices œsophagiennes (45,4%), les varices gastriques (11,2%) et l'association des deux dans 10,3% des cas.
Le taux de récidive, de recours à un traitement endoscopique et de mortalité intra hospitalière étaient de 1,8 %, 14% et 3,6 % respectivement dans le groupe HDNHTP *versus* 0,7%, 37,9% et 5,3% dans le groupe HDHTP (p=0,2 ; p<0,001; p<0,001, respectivement).

Conclusion : Notre étude retrouve une prédominance masculine dans les deux groupes d'études sans différence statistiquement significative sur le plan épidémiologique. Par contre le recours à un geste d'hémostase et le taux de mortalité étaient plus significatifs dans le groupe HDHTP.

P.597

Analyse épidémiologique des lésions digestives induites par l'ingestion de produits caustiques à l'hôpital régional d'Agadir

S. Noubail [(1)], A. Snoussi [(1)], F.Z. Boubakr [(1)], M. Zouaoui [(1)], N. Elmoutaoukil [(2)], M. Boussouab [(1)], M. Azouaoui [(3)], N. Aqodad [(4)]
(1) Agadir, MAROC ; (2) Oujda, MAROC ; (3) Inezgane, MAROC ; (4) Fès, MAROC.

Introduction : L'ingestion d'un produit caustique est un accident fréquent et grave qui peut à la phase aiguë mettre en jeu le pronostic vital. La prise en charge doit être multidisciplinaire.
Le but de notre travail était de décrire le profil clinique, paraclinique, thérapeutique et d'établir les facteurs de mortalité des patients hospitalisés à l'hôpital régional d'Agadir pour ingestion

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude transversale descriptive. Tous les dossiers de patients hospitalisés au service d'hépato gastroentérologie pour ingestion de caustiques du CHR d'Agadir ont été colligés, sur une période allant de janvier 2018 à Juillet 2022. Une fiche pré-établie a été élaborée pour le recueil des données.

Résultats : Soixante patients ont été inclus dans l'étude avec une nette prédominance masculine soit un sexe ratio de 1,53. La moyenne d'âge était de 35,8 ans± 15,8. Tout nos patient étaient de classe socio-économique défavorisée. Neuf patients étaient suivis pour une maladie psychiatrique soit 15 %, Les ingestions accidentelles étaient moins fréquentes n=14 (23,3%) que les formes volontaires n=46 (76,7%), L'esprit de sel (HCl) est le produit le plus utilisé n=41(68, 3%), suivi de l'eau de Javel non concentré n= 19 (31,6%).
Quarante et un patients présentaient à l'admission des lésions bucco-pharyngées soit (68,3%), des vomissements dans 45 cas (75%), des épigastralgies dans 45 cas (75,5%), des signes œsophagiens dans 16 cas (26,6%), des hématémèses dans 4 cas (6,6%), syndrome péritonéal dans 3 cas (5 %).
Après élimination d'une urgence chirurgicale, La fibroscopie a été effectuée dans les 24 heures de l'admission. Elle a montré selon la classification de Zargar : des lésions œsophagiennes stade I dans 10 cas soit (16,6%) et des lésions stade II dans 27 cas (45%), stade III dans 7 cas (11,6%) et stade IV dans 3,3%(n=2).
Les lésions gastriques stade I ont été observés chez vingt-cinq patients soit (41,6%), stade II chez trois malades (5%), stade III chez dix –huit malades (30%), stade IV dans (3,3%) (n=2).
L'ensemble de nos patients avaient bénéficié d'un traitement médical (Les inhibiteurs de la pompe à protons, métoclopramide) et d'une alimentation parentérale selon la gravité.
Un pneumomediastin précoce après une fibroscopie a été noté chez trois patients (5%). Une sténose œsophagienne a été observée chez trois patients (5%) un mois après l'ingestion de caustiques.
Le taux de mortalité était de 15,2 %. Il était plus élevé lors d'une ingestion d'HCL (p= 0,0021) et lors d'une ingestion volontaire (p= 0,003)
Il n'existe pas de différence significative entre le taux de mortalité et la quantité ingérée (p=0,2) ainsi que la moyenne d'âge des patients (p=0,6).
La mortalité était associée à 71 % de perforation (p= 0,0025), 45% d'hématémèses (p=0.003) et 25% d'hyperleucocytose (p=0,021).

Conclusion : Le profil épidémiologique d'ingestion de caustiques dans notre région était dominé par l'ingestion volontaire d'Hcl, et la symptomatologie était dominé par les signes digestifs. L'hyperleucocytose la nature du produit ingéré et les circonstances d'ingestion restent les facteurs de mauvais pronostic dans notre série.

P.598

Dilatation pneumatique dans la prise en charge de l'achalasie primitive : résultats et facteurs prédictifs d'échec

G. Gharbi [(1)], M. Mahmoudi [(1)], S. Merhaben [(1)], A. Khsiba [(1)], A. Ben Mohamed [(1)], M. Yakoubi [(1)], M. Medhioub [(1)], L. Hamzaoui [(1)], M. Azouz [(1)]

(1) Nabeul, TUNISIE.

Introduction : L'achalasie est un trouble moteur de l'œsophage caractérisé par un apéristaltisme du corps de l'œsophage, une hypertonie et un défaut de relaxation du sphincter inférieur de l'œsophage. La dilatation pneumatique représente le traitement de première ligne.
Le but de notre étude était de déterminer les facteurs prédictifs d'échec de la dilatation pneumatique au cours de l'achalasie primitive.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective incluant tous les patients ayant une achalasie primitive traitée par une dilatation pneumatique dans notre service de gastroentérologie entre Janvier 2015 et Janvier 2021. Les patients ayant des données manquantes étaient exclus de notre étude. L'échec de la dilatation était défini par un score d'Eckardt après dilatation ≥3.

Résultats : On a inclus 34 patients d'âge moyen de 41 ans et de sexe ration H/F de 0,7. La dysphagie était le symptôme le plus fréquent (91%) suivie par la régurgitation (58,8%) puis l'amaigrissement (44,1%). Le délai moyen d'évolution de la symptomatologie était de 3,2 ans. L'endoscopie digestive haute a montré un œsophage dilaté chez 22 patients (64,7%) avec la présence d'un ressaut chez 20 patients (58,8%). La manométrie a permis de classer l'achalasie selon la classification de Chicago v4.0 en type I chez 20 patients (58,8%) et en type 2 chez 14 patients (41,2%). Aucun patient n'avait une achalasie de type 3. Le nombre moyen des séances de dilatation était de 2 séances avec un intervalle moyen entre les séances de 9 semaines. La réponse était favorable avec un succès de la dilatation chez 27 patients (79,4%) et l'échec était noté chez 7 patients (20,6%). Une complication à type de perforation était observée chez un seul patient. Une récidive des symptômes a été observé chez 10 patients (29,4%) avec un délai moyen de 2,5 ans. Six patients (17,6%) ont été opérés suite à l'échec de la dilatation, la survenue d'une complication ou la récidive des symptômes. Les facteurs associés d'une manière statistiquement significative à l'échec de la dilatation pneumatique étaient le sexe féminin (p=0.013) et un taux bas d'hémoglobine (p= 0.031). Après construction de la courbe de ROC, le cut off déterminé était un taux d'hémoglobine < 11,4 g/dl avec une sensibilité de 1 et une spécificité de 0,9.

Conclusion : La dilatation pneumatique est le traitement de référence dans l'achalasie. Les facteurs prédictifs d'échec de la dilatation pneumatique dans notre série étaient le sexe féminin et un taux bas d'hémoglobine avec un seuil déterminé à 11,4 g/dl.

P.599

Corrélation entre l'âge et la survenue des lésions pré-néoplasiques gastriques au cours de la maladie ulcéreuse gastroduodénale en rapport avec l'*Helicobacter pylori*

O. Hadadia [(1)], H. Aouroud [(1)], A. Ait Errami [(1)], S. Oubaha [(1)], Z. Samlani [(1)], K. Krati [(1)]

(1) 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 infectes par HP.

Matériels et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective mono centrique menée au sein de notre service entre Janvier 2015 et décembre 2021. Ont été inclus 73 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 52 ans (extrêmes de 20 à 83 ans). Le sex-ratio (H/F) était de 2,17. Le tabagisme chronique a été retrouvé dans 57,5% des cas. La gastrite chronique active était retrouvée dans tous lescas. La fréquence de l'atrophie gastrique et de la métaplasie intestinale était respectivement de 13,7% et 11%.En analyse uni variée, 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.

P.600

Impact de la dysbiose associée aux maladies inflammatoires chroniques de l'intestin sur le dialogue inter-bactérien médié par les acyl-homosérine lactones

N. Grellier [1], M. Suzuki [2], L. Brot [1], A. Rodrigues [2], L. Humbert [1], K. Escoubeyrou [2], D. Rainteau [1], J.P. Grill [1], R. Lami [2], P. Seksik [1]

(1) Paris ; (2) Banyuls-sur-Mer.

Introduction : La dysbiose intestinale est un élément central dans la pathogenèse des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI). Le quorum sensing bactérien médié par les acyl-homoserine lactones (AHL) est un mécanisme de communication inter-bactérienne permettant l'expression de facteurs de virulence, l'adaptation à un environnement et l'expansion de certaines communautés bactériennes. Les AHL pourraient jouer un rôle dans la perturbation du dialogue entre le microbiote intestinal et l'hôte observée au cours des MICI. L'objectif principal de notre travail était d'étudier la présence et l'expression des gènes liés au métabolisme des AHL dans l'écosystème intestinal de patients atteints de MICI.

Matériels et Méthodes : Afin de confirmer la présence des AHL, une détection par spectrométrie de masse a été réalisée à partir d'échantillons de selles de patients atteints de MICI et de sujets contrôles non-MICI de notre centre. Par la suite, les gènes de synthase et de récepteurs des AHL ont été mis en évidence par une approche in silico en utilisant la base de données en libre accès : Inflammatory Bowel Disease Multi'omics Database (IBDMDB). Il s'agit d'une cohorte américaine suivie pendant un an répertoriant le métagénome et le métatranscriptome bactérien issus d'échantillons de selles de patients atteints de MICI et de contrôles non-MICI. Pour caractériser la dysbiose intestinale, les espèces bactériennes les discriminantes entre non-MICI et MICI ont été identifiées par analyse multivariée et nous a permis de définir deux groupes (dysbiose/sans-dysbiose). La recherche des gènes de synthase (luxI) et de récepteurs (luxR) des AHL, issus d'un catalogue de 582 gènes, a été réalisée en utilisant un alignement de séquences par BLAST (Basic Local Alignment Search Tool) à partir de fichiers de gènes déjà assemblés (présence/absence) ainsi que de fichiers bruts de séquençage métagénomique et métatranscriptomique (abondance relative et expression).

Résultats : La spectrométrie de masse a permis de confirmer la présence de 13 molécules d'AHL différentes chez 10 contrôles et seulement 7 molécules de ce type chez 2 patients atteints de MICI en poussée. Concernant l'analyse in silico, à partir de la cohorte de 132 sujets d'IBDMDB, 103 ont été sélectionnés pour obtenir les données métagénomiques et métatranscriptomiques d'un même échantillon. Il s'agissait de 50 patients atteints de maladie de Crohn (MC), 27 atteints de recto-colite hémorragique (RCH) et 26 sujets contrôles non-MICI. Parmi les gènes de synthase d'AHL recherchés, aucun gène homologue luxI-like n'a pu être mis en évidence chez les 103 sujets. Cependant, plusieurs gènes de récepteurs luxR-like ont pu être identifiés: le gène sdiA issu d'*Escherichia coli* (7/103 patients) et des homologues de luxR issus de Bacteroides fragilis et Bacteroides dorei présents chez tous les patients. Concernant l'expression de ces gènes de récepteurs en fonction du phénotype de la maladie, le gène de luxR de Bacteroides dorei était sous-exprimé dans les MICI ($p = 0,02$) par rapport aux non-MICI, en particulier dans la MC ($p = 0,02$). Concernant l'expression des gènes de récepteurs en fonction du statut de dysbiose, le gène luxR de Bacteroides fragilis était surexprimé dans le groupe dysbiose comparé au groupe sans dysbiose ($p = 0,04$). Il n'y avait pas de différence significative en termes d'abondance relative des gènes en fonction du phénotype ou de la dysbiose.

Conclusion : Par cette approche computationnelle, les bactéries synthétisant les AHL n'ont pas été mises en évidence. Cependant l'expression des gènes de récepteurs du quorum sensing semble être modulée par la dysbiose intestinale associée aux MICI. Le rôle des récepteurs LuxR, en particulier chez les différentes espèces de Bacteroides, devrait être étudié pour comprendre son impact sur la structure du microbiote intestinal dans les MICI.

P.601

Optimisation de la caractérisation de l'intégrité de l'ADN circulant à l'aide d'un test PCR digitale en gouttelettes multiplex : vers le développement d'un biomarqueur universel

L. Benhaim [1], G. Poulet [2], P. Nizard [2], W. Xiao [2], J. Madic [2], J. Alberti [2], C. Mulot [2], S. Wang-Renault [3], M. Aris [4], J.B. Bachet [2], J. Taïeb [2], A. Zaanan [2], V. Geromel [2], L. Pellegrina [2], P. Laurent-Puig [2], V. Taly [2]

(1) Villejuif ; (2) Paris ; (3) Marseille ; (4) Buenos Aires, ARGENTINE.

Introduction : Au cours de la dernière décennie, la PCR digitale en gouttelettes (ddPCR) est devenue l'une des technologies de pointe pour détecter et quantifier les acides nucléiques. Les progrès de la fluidique ont permis de subdiviser les réactions en un nombre croissant de partitions. La plupart des plateformes ddPCR sont basées sur une détection par 2 canaux optiques qui permet de quantifier une ou deux cibles au sein de chaque réaction. Dans la présente étude, nous avons utilisé une plate-forme composée de 3 canaux optiques. Nous avons conçu un test innovant d'intégrité de l'ADN circulant (ccfDNA) capable de discriminer simultanément les allèles de type sauvage des allèles mutés et de surveiller différentes tailles de fragments d'ADN. Nous avons d'abord validé notre méthode sur de l'ADN génomique commercial et sur de l'ADN extrait de lignées cellulaires commerciales. Nous avons ensuite appliqué ce même test pour déterminer le profil d'intégrité du ccfDNA chez des sujets sains et chez des patients atteints de divers cancers métastatiques.

Patients et Méthodes : En utilisant la ddPCR, nous avons conçu des tests qui permettent en une seule réaction la détection des séquences KRAS ou BRAF sauvages et mutées (KRAS p.G12V, pG12D, pG13D et BRAF p.V600E) et le ciblage de 3 tailles de fragments. Après validation des tests, l'indice d'intégrité de l'ADN (DII) a été calculé et analysé chez des sujets sains (n=25) et chez des patients atteints de cancers métastatiques d'origines diverses inclus dans 3 cohortes prospectives (n=73).

Résultats : Notre méthodologie a permis avec succès des tests ddPCR à multiplexage élevé grâce à l'optimisation des paramètres PCR (amorces, sondes et programme) associés à la détection d'un troisième fluorochrome. Appliqué à des échantillons prélevés sur des individus, nous avons observé que le niveau de fragmentation de l'ADNccf était significativement plus élevé chez les patients atteints de cancers métastatiques que chez les sujets sains.

Conclusion : L'indice d'intégrité ccfDNA offre donc la promesse d'être l'un des premiers biomarqueurs universels du cancer. À l'avenir, l'indice d'intégrité ccfDNA pourrait être utilisé comme biomarqueur commun pour le suivi des patients.

P.602

Optimiser les mimes de superoxyde dismutase comme traitement des MICI : de la formule chimique à la délivrance en modèle murin

P. Seksik [1], G. Schanne [1], S. Brisseau [1], Y. Lellouche Jakob [1], P. Rochette [1], J. Loiseau [1], A. Aucouturier [2], P. Langella [2], L. Bermudez [2], C. Policar [1], N. Delsuc [1]

(1) Paris ; (2) Jouy-en-Josas.

Introduction : Du fait de certaines propriétés probiotiques, les lactobacilles (LAB) sont des candidats classiques de la bactériothérapie des maladies inflammatoires chronique de l'intestin (MICI). Les progrès de la génétique et de la bio-ingénierie ont permis de modifier certaines souches de LAB les rendant capables d'exprimer des protéines à visée thérapeutique ciblant potentiellement plusieurs facteurs de l'inflammation. Parmi ces facteurs, le stress oxydatif (SO) semble jouer un rôle important dans la survenue et l'entretien de l'inflammation au cours des MICI. En effet, il a été démontré que diverses enzymes antioxydantes, censées maintenir l'homéostasie redox cellulaire, sont défectueuses chez certains patients atteints de MICI. Afin de contrebalancer le SO lié à l'inflammation, certains lactobacilles ont été modifiées pour produire des enzymes antioxydantes. Cependant, ces souches recombinantes souffrent des inconvénients associés à l'implication de ces enzymes natives, comme une faible pénétration cellulaire dans les cellules épithéliales. L'objectif de ce travail était de mettre au point de nouvelles LAB recombinantes (recLAB) produisant non plus des protéines mais des peptides antioxydants exogènes de faible poids moléculaire. En raison de leur petite taille, ces peptides recombinants peuvent pénétrer plus efficacement à l'intérieur des cellules. Les nouvelles recLAB ont été évaluées ici pour leurs effets anti-inflammatoires dans un modèle cellulaire intestinal d'inflammation induite par le LPS.

Matériels et Méthodes : Des plasmides contenant les gènes d'intérêt ont été clonés à l'intérieur de souches de LAB. L'expression et l'activité antioxydante de ces peptides recombinants ont été examinées respectivement par Western blot et par test d'activité anti-oxydante sur gel. Les recLAB vivantes ont également été co-incubées avec des cellules épithéliales intestinales (HT29-MD2) et les niveaux d'interleukine-8 (IL-8) sécrétée par ces cellules stimulées par le LPS ont été quantifiés par ELISA.

Résultats : Pour tous les recLAB construits, la présence du peptide recombinant et son activité antioxydante ont été validées sur les lysats de recLAB. De plus, en co-incubation avec des HT29-MD2 stimulées par le LPS, les recLAB ont été capables d'atténuer la sécrétion d'IL-8 de façon plus importante que la co-incubation avec des LAB plasmide vide. Les données étant soumises à la confidentialité, les résultats chiffrés seront présentés ultérieurement.

Conclusion : Des effets anti-inflammatoires sont observés en modèle cellulaire par des recLAB produisant des peptides antioxydants recombinants. Ces effets peuvent être attribués aux peptides générés par ces recLAB. La stratégie employée ici combine les avantages d'utiliser des peptides exogènes de faible poids moléculaire plutôt que des enzymes natives et de bénéficier de l'activité probiotique intrinsèque de ces LAB.

P.603

Altérations du biofilm intestinal et interactions hôte microbiote au cours du vieillissement avec fragilité

G. Le Cosquer [1], E. Meunier [1], C. Deraison [1], N. Vergnolle [1], J.P. Motta [1]

(1) Toulouse.

Introduction : Des changements de composition du microbiote intestinal (« dysbiose ») sont suspectés d'être à l'origine de dysfonctions liées au vieillissement et au syndrome de fragilité, notamment une inflammation chronique de bas grade (phénomène « d'inflammaging »). Au-delà de la description des modifications de composition taxonomique, l'objectif de notre travail était d'identifier les caractéristiques fonctionnelles de la dysbiose liée à l'âge, en considérant le microbiote dans son état physiologique dans l'intestin sous forme d'une communauté polymicrobienne (biofilm).

Matériels et Méthodes : Des échantillons fécaux de la cohorte humaine INSPIRE-T (1) issus de trois groupes de sujets ont été utilisés : des adultes (20-70 ans, N=20), des patients âgés robustes (>70 ans, index de Fried <1(2)., N=15) et (pré-) fragiles (>70 ans, index de Fried ≥1 (2)., N=15). Des données cliniques ont été recueillies à l'inclusion permettant de rapporter l' âge, de calculer l'index de comorbidité de Charlson et d'évaluer l'état nutritionnel des patients (Mini Nutritional Assessment [MNA]).
Une analyse taxonomique par séquençage 16S a été réalisée sur les échantillons fécaux et sur les biofilms *in vitro*. Des biofilms polymicrobiens ont été générés à partir des échantillons fécaux après 72h de culture en conditions anaérobies(3).
Les caractéristiques physiques des biofilms (biomasse, viabilité, taux de saccharides et de protides de la matrice) ont été mesurées par spectrophotométrie après coloration (safranine-O, résazurine, WGA, ruby). Les capacités d'adhésion et de modulation de la réponse de l'hôte par qPCR (TNFα, IL-6, CXCL8, cathélicidine) des bactéries dispersées issues des biofilms ont été étudiées aux cours d'interactions avec un modèle de coculture épithéliale intestinale (Caco2/HT29-MTX E12).

Résultats : Sur le plan clinique, les patients âgés fragiles et robustes étaient comparables en termes de comorbidité (index de Charlson médian de 4 ; Intervalle interquartile [IQR] 3-7 chez les sujets robustes *vs* 5 ; IQR 4-6 ; p=0.9910) et sur le plan nutritionnel (MNA médian de 28,5 ; IQR 26-29 chez les sujets robustes *vs* 28 ; IQR 27,5-29 ; p=0.6670).
Sur le plan taxonomique, la fragilité était associée à une tendance à la diminution de diversité α du microbiote fécal. La diversité taxonomique dans les cultures *in vitro* de biofilms était comparables aux échantillons fécaux (pas de modification de diversité beta).
Les biofilms issus de selles d'individus âgés, robustes et pré-fragiles, avaient une biomasse significativement inférieure aux biofilms issus de selles d'individus jeunes et d'âge intermédiaire (p <0,001). La fragilité était caractérisée par des modifications structurelles de la matrice du biofilm, notamment une augmentation de la quantité de polysaccharides (p <0,001) et une capacité de dispersion supérieure (p <0,001).
Sur le plan fonctionnel, les biofilms d'individus fragiles libéraient des bactéries avec des capacités accrues d'adhésion à l'épithélium. Ces bactéries induisaient également une réponse inflammatoire épithéliale supérieure (transcription de l'IL-6, TNFα, IL-8 et cathelicidine) comparativement aux biofilms issus des échantillons d'individus adultes et âgés robustes.

Conclusion : Ces travaux *in vitro* montrent qu'en dépit d'une capacité de formation de biofilms réduite, en termes de biomasse, la dysbiose intestinale associée à la fragilité est caractérisée par une capacité de dispersion accrue, et notamment de bactéries potentiellement pathogènes aux propriétés de virulence augmentées. De futures études devront confirmer la pathogénicité de ces bactéries dispersées et déterminer leur rôle dans la pathogenèse de l'inflammation chronique de bas grade associée au vieillissement.

Remerciements, financements, autres : L'ensemble des investigateurs de la cohorte INSPIRE-T.

P.604

Influence du rythme circadien sur la détection d'ADN circulant chez des sujets sains

L. Benhaim [(1)], G. Poulet [(2)], J.S. Hulot [(2)], A. Blanchard [(2)], D. Bergerot [(2)], W. Xiao [(2)], F. Ginot [(2)], A. Boutonnet-Rodat [(2)], G. Beinse [(2)], V. Geromel [(2)], J. Abdelli [(2)], L. Pellegrina [(2)], M. Azizi [(2)], P. Laurent-Puig [(2)], V. Taly [(2)]

(1) Villejuif ; (2) Paris.

Introduction : Au cours de la dernière décennie, des études cliniques ont étudié la pertinence clinique de l'ADN circulant (ccfDNA) en tant qu'outil de diagnostic et de pronostic dans diverses maladies, y compris les cancers. Cependant, les connaissances limitées sur la biologie de l'ccfDNA limitent son développement dans la pratique clinique. Pour améliorer notre compréhension, nous avons évalué l'impact du rythme circadien sur la libération de ccfDNA chez des sujets sains sur une période de 24 heures.

Patients et Méthodes : Des prélèvements sanguins séquentiels ont été réalisés chez 20 sujets masculins volontaires en bonne santé (8h00, 9h00, 12h00, 16h00, 20h00, 00h00, 4h00 (+1 jour) et 8 AM (+1 jour)). Des prélèvements sanguins réalisés à 8h étaient aussi disponibles chez 10 femmes jeunes volontaires. Nous avons effectué des tests PCR numériques en gouttelettes (ddPCR) pour cibler 2 fragments d'ADN (69 et 243 pb) situés dans le gène KRAS afin de déterminer la concentration ainsi que le profil de fragmentation de ca ccfDNA. A titre de contrôle, la moitié des échantillons ont été réanalysés par électrophorèse capillaire miniaturisée (système BIAbooster).

Résultats : Dans l'ensemble, nous n'avons détecté aucune influence du rythme circadien sur la libération de ccfDNA. Il n'y avait aucune relation entre les variations de concentration en cortisol et la concentration de ccfDNA. Le coefficient d'intégrité du ccfDNA n'était pas modifié par le rythme circadien. En revanche, nous avons observé une diminution de la concentration de ccfDNA calculée par ddPCR après l'ingestion d'un repas. Cette observation était confirmée lorsque la concentration était calculée en BIAbooster. Nous avons également remarqué un effet potentiel du sexe, du poids et des niveaux de créatinine sur la concentration de ccfDNA.

Conclusion : Le rythme circadien ne semble pas influencer le relargage de ccfDNA. En revanche la diminution post-prandiale de la concentration de ccfDNA est à étudier. Cela pourrait correspondre à un véritable effet biologique. Cela peut également refléter un biais de détection technique dû à une charge plasmatique plus élevée en lipides et en triglycérides gênant la détection. Une nouvelle étude prospective est nécessaire pour étudier mieux ces effets sur les sujets sains et patients.

P.605

Utilisation des compléments alimentaires chez les athlètes au Liban : connaissances, attitudes, pratiques et corrélats

M. Hoteit [(1)], Z. Sadek [(1)], H. Mohsen [(1)], S. Yazbeck [(1)], Z. Al Abidin Nabulsi [(1)], A. Rifai Sarraj [(1)]

(1) Beyrouth, LIBAN.

Introduction : Les athlètes sont soumis à la plus grande pression pour atteindre l'excellence dans leurs performances et obtenir les résultats souhaités lors des compétitions, ce qui les incite à utiliser des compléments alimentaires. Compte tenu des menaces à la fois pour la santé et l'éligibilité, il est crucial d'observer la prévalence, les sources d'information, les connaissances, les attitudes et les pratiques (CAP) chez les athlètes libanais pratiquant leur sport depuis au moins deux ans.

Patients et Méthodes : Dans le présent article, une étude transversale est réalisée à l'aide de la méthode d'échantillonnage en boule de neige, dans laquelle un questionnaire CAP auto-administré est utilisé pour collecter des données auprès de 455 athlètes (âge moyen : 27,4 ± 7,9 ans ; hommes : 73,1 %) participant à quatre catégories sportives (jeux de ballon, sports de combat, sports d'endurance et haltérophilie).

Résultats : Parmi les athlètes libanais, la prévalence de l'utilisation de compléments alimentaires (DS) était de 74 %, la moitié d'entre eux ayant principalement utilisé des compléments sportifs. Les athlètes libanais s'appuient fortement sur les entraîneurs (74 %) et les sources en ligne, y compris les pages Web et les médias sociaux (64 %), comme principales sources d'information pour les DS. Les résultats suggèrent que des proportions importantes d'athlètes présentent des déficits de connaissances et des attitudes insatisfaisantes à l'égard de multiples aspects liés à la supplémentation. Par ailleurs, l'éducation et le type de sport modulent l'utilisation des DS chez les sportifs. De plus, 34% ont déclaré utiliser des suppléments sans recommandation de spécialistes et 69% ont admis ne pas avoir lu les informations nutritionnelles du supplément.

Conclusion : Cette étude insiste sur la nécessité d'une réglementation des autorités concernées et des programmes d'éducation pour aider à surmonter les défis existants.

P.606

La prévalence et les facteurs associés au portage des hépatites virales B chez les femmes survivantes de violence sexuelle dans le pays en voie de développement

J. Bwemere Mungwete [(1)], B. Aline [(1)], A.R. Francois [(1)], G.M. Van [(2)]

(1) Bukavu, CONGO (RDC) ; (2) Bruxelles, BELGIQUE.

Introduction : depuis plus de trois décennies le viol avec extrême violence se vit en République Démocratique du Congo et les femmes victimes subissent plusieurs types d'atrocités les exposant ainsi à des multiples infections sexuellement transmissibles, à l'occurrence l'hépatite virale B. Selon l'OMS deux milliards de personne ont été en contact avec le virus de l'hépatite B au cours de leur vie, les modes des contaminations étant multiples ; le viol avec extrême violence faite aux femmes en république démocratique du Congo constituerait une voie de contamination non négligeable.
L'Objectif est d'évaluer la prévalence des HVB recherche les facteurs associés chez les femmes survivantes de violences sexuelles ayant suivies les soins à l'hôpital Général de Référence de Panzi au Congo.

Patients et Méthodes : Sur une période d'une année, soit du 1 octobre 2021 au 1 Novembre 2022, nous avions mené une étude prospective descriptive et analytique chez les survivantes des violences sexuelles, consentantes, ayant réalisés l'ensemble de bilans que nous avions demandé. Les données ont été saisies à l'aide du logiciel Excel 2019 et Epi info version 7.2 ; l'analyse grâce au logiciel SPSS version 22. Le coefficient de Cramer, Khi-deux et le coefficient de Kendall étaient des tests utilisés avec un seuil de significativité p<0,05 (5%) pour chaque paramètre. Le logiciel Microsoft Office Word 2016 était utilisé pour la rédaction du document.

Résultats : sur le 2043 survivante ayant accepté de participer à notre étude ; 141 avaient l'antigène HBS positif, soit une prévalence de 6,9 %. Les facteurs associés à cette prévalence sont : La tranche d'âge comprise entre 21 – 30 ans est la plus concernée (22,7%), dont une moyenne d'âge de 33,8 ±16,5. Ces femmes sont souvent agressées par deux ou plusieurs personnes, (p=0,000 et 0,001). Les commerçantes et les cultivatrices étant souvent agressées par deux ou plusieurs agresseurs ; les élèves et les ménagères par un seul agresseur (p=0,000 et 0,002). L'agression par deux ou plusieurs personnes augmenterait le risque de contamination, la presque totalité de ces femmes étaient agressées aux champs, en route ou à leurs domiciles, (p=0,000); le fait qu'elle soit violées pendant la rébellion, pillage et/ou Kidnapping est associé au portage (moyenne p=0,014). Toutes fois les femmes ayant étaient victime d'un seul agresseur ayant l'antigène HBS positif sont souvent agressées par leurs familiers et ex conjoint () et celles agressées par deux ou plusieurs personnes sont victimes des agresseurs inconnus, ex-conjoint et/ou les amis ; (p=0,000 et p=0,054). La pénétration vaginale traumatique par les agresseurs multiples est associée (p=0,025). La coïnfection au VIH est retrouvée chez 7,8 % de porteur d'antigène HBS.

Conclusion : L'hépatite virale B est prévalente chez les femmes victimes de violences sexuelles, les facteurs suivant sont associés à ce portage : l'âge jeune, nombres d'agresseurs, lieu d'agressions, moment d'agression (rebellions et pillage de cités :conduisant a de viol collectif et systématique des villages) l'agresseur inconnu, les ex maries, une pénétration vaginale traumatique .

NOTES

JFHOD 2023

INDEX
DES AUTEURS

A

Abadi S. P. 226
Abbes L. P. 217
Abbess M. P. 285
Abda N. P. 320
Abdelaali Z.E.I. P. 220, 366, 378, 424, 489
Abdelkarim U. P. 207
Abdellah M. P. 80
Abdelli J. P. 498
Abdelli M.N. P. 315, 318, 346, 347, 481
Abdelmoula A. P. 448
Abdini E. P. 358
Abdou M. P. 105
Abdullaev S. P. 163
Abergel A. P. 5, 7, 119
Abid H. P. 185, 209, 233, 266, 268, 276, 284, 289, 334, 335, 339, 353, 376, 379, 396, 415, 416, 458, 463, 465, 471, 477, 483, 491
Abitbol V. P. 38, 39, 43, 73
Abou Ali E. P. 60, 61, 105, 110, 169, 245, 263, 391, 392, 478
Aboullait A. P. 280
Aboutarik F. P. 204, 317, 321, 366, 373, 414, 482
Abraham J. P. 148
Abramowitz L. P. 99, 102, 141, 217
Abreu M. P. 447
Acharki M. P. 230, 290, 294, 299, 350, 364, 393, 484, 486, 489, 491
Adam J. P. 182
Adamou F. P. 394
Addajou T. P. 269, 272, 276, 277, 281, 291, 292, 294, 298, 301, 303, 309, 310, 316, 321, 374, 391, 395, 472, 488
Adenis A. P. 20, 163, 187
Adham M. P. 51
Adioui T. P. 212, 300, 306, 312, 317, 318, 345, 431, 434, 436, 437
Afchain P. P. 165, 171, 172, 181
Afif W. P. 447
Afonso J. P. 104
Aghoagni G. P. 352, 474
Agueeff N. P. 47
Aguilera Munoz L. P. 51, 153
Aharbil F.E. P. 222, 283, 370, 412, 428, 432, 461
Ahmed M. P. 272, 276, 277, 281, 292, 298, 301, 309, 310, 316, 395, 472
Ah-Soune P. P. 39, 96, 244
Aidibi A. P. 65, 234, 237, 241, 359, 361
Ain J.F. P. 20, 187
Airinei G. P. 235, 250
Ait Errami A. P. 204, 206, 222, 271, 278, 279, 283, 314, 317, 321, 322, 360, 363, 366, 370, 372, 373, 375, 376, 379, 380, 410, 411, 412, 413, 414, 418, 421, 422, 428, 429, 430, 432, 461, 476, 479, 482, 492, 495
Ait Iken F. P. 212, 300, 306, 312, 317, 431
Ait Omar A. P. 190
Ait Oufella A. P. 336
Ajana F.Z. P. 396, 476
Ajani J. P. 18, 163, 164
Ajmi S. P. 275, 314, 337, 410, 417, 422, 425, 429, 458, 466
Akaffou M. P. 141
Akjay A. P. 313, 437
Akkari I. P. 348, 356
Al Abidin Nabulsi Z. P. 498
Al Jannoud A. P. 205
Al Mansour L. P. 171
Alahmadi N. P. 238
Alam A. P. 216, 217, 218

Alame M. P. 382
Alami Z. P. 207, 209, 211, 212
Alaoui Boukhris S. P. 472, 474, 481
Alaoui Lamrani M.Y. P. 353
Alaya N. P. 207
Alaya O. P. 341, 343, 352
Alberti J. P. 496
Albouys J. P. 48, 55, 56, 62, 105, 108, 143, 189
Alexis-Rosnel M. P. 338
Algera J. P. 65
Alhameedi R. P. 263
Ali M.M. P. 316, 349
Ali S. P. 147
Ali A. A. P. 238
Alibert L. P. 73
Alibert S. P. 329
Aline B. P. 499
Alkuzweny B. P. 189, 199
Allaire M. P. 22, 113, 120, 324, 327, 336
Allali S. P. 396
Allez M. P. 12, 38, 43, 442
Allouache B. P. 426
Allouch A. P. 168
Almeida M. P. 66
Alouani E. P. 139
Alraeeini A.A.T. P. 225, 438
Alric H. P. 65, 94, 234, 237, 241
Alric L. P. 148
Al-salameh A. P. 342
Alshatti Y. P. 338
Altwegg R. P. 38, 42, 43, 73, 74, 409, 439, 461
Alvarado C. P. 70
Alvarez A.S. P. 66
Amaddeo G. P. 22, 123
Amalou K. P. 210
Amani N. P. 351
Amar M. P. 351, 465
Amaral L. P. 338
Amellal N. P. 44
Amenouche N. P. 342
Ameur F.Z. P. 420
Amil M. P. 33
Amiot A. P. 19, 38, 42, 73, 74, 439
Amira M. P. 458, 466
Ammari S. P. 385
Amouri A. P. 184, 273, 374, 420, 464, 486
Amrharhe E.M. P. 280, 298, 311
Amri F. P. 308, 485
Anass N. P. 296
Andersen C. P. 450
Andrau P. P. 43
Andraud M. P. 327
Andrault S. P. 159
Andre M. P. 59
André T. P. 45, 46, 47, 194, 203
Andrejak C. P. 342
Andrianoelison J.T. P. 375
Angelergues A. P. 15
Ankouane F. P. 184, 377, 474, 488, 493
Anneraud A. P. 106
Anota A. P. 59
Antignac J.P. P. 4
Antoine E. P. 388
Antonietti M. P. 263
Antonini T. P. 29, 120
Antoun L. P. 169, 177
Anty R. P. 3, 22
Aourarh B. P. 272, 276, 277, 281, 292, 294, 298, 301, 309, 310, 316, 345, 374, 391, 395, 436, 472
Aouroud H. P. 206, 302, 322, 360, 363, 375, 376, 380, 410, 411, 413, 421, 422, 430, 495
Aouroud M. P. 206, 322, 360, 363, 375, 376, 413, 421, 430, 479
Aparicio T. P. 15, 138, 139, 165, 179
Aqodad N. P. 287, 288, 293, 492, 494
Arasaradnam R. P. 447
Arazki S.A. P. 153
Archambeaud I. P. 115
Aregui A. P. 138
Aris M. P. 496
Arlotto S. P. 239
Armuzzi A. P. 127, 156
Arnault N. P. 190
Arnone D. P. 88
Arnoux J.B. P. 398
Arondel Y. P. 43

Arpurt J.P. P. 79, 126
Arrivé L. P. 75, 236
Arthur S.M. P. 46
Artru F. P. 114
Artru P. P. 15, 124, 180, 190, 193
Arzallus T. P. 344
Asnafi V. P. 36, 151, 356, 359
Assaf A. P. 151, 392, 478
Asselah T. P. 80, 125
Assenat E. P. 14, 16, 93, 96, 120, 121, 122, 148
Assenhaji Louizi B. P. 211, 212
Assi C. P. 316
Assouline V. P. 75
Atienza P. P. 100
Atreya R. P. 38
Attar A. P. 206, 209, 415
Attar A. P. 446
Attolou A. P. 209
Aubé C. P. 234
Aubert A. P. 92, 96
Aubert M. P. 216, 217
Aubert P. P. 101, 357, 361
Auclin E. P. 193
Aucouturier A. P. 497
Audemar F. P. 190, 196
Audin H. P. 337
Audureau E. P. 92
Avila F. P. 332
Avisse B. P. 49
Avouac J. P. 157
Ayad M. P. 393
Ayadi F. P. 478
Ayadi R. P. 341, 343, 352
Ayadi S. P. 264, 278, 281, 287, 339, 345, 347, 351, 355, 367, 369
Ayari M. P. 220, 334, 366, 378, 424, 489
Ayav A. P. 383
Ayee Afetane S. P. 212
Aygalenq P. P. 154, 446
Aymeric L. P. 162
Azahaf M. P. 401
Azancot S. P. 262
Aziere L. P. 312, 358
Azim M. P. 493
Aziz K. P. 110
Azizi M. P. 498
Azouaoui M. P. 287, 288, 293, 492, 494
Azouz M. P. 183, 272, 277, 284, 299, 346, 349, 354, 479, 483, 485, 495
Azouz M. P. 284
Azzabi O. P. 482
Azzmouri S. P. 305, 308, 394

B

Baba Hamed N. P. 16, 99, 138, 167
Babbou K. P. 351
Bacci M. P. 99
Bachet J.B. P. 51, 100, 124, 127, 139, 175, 188, 496
Bachmann R. P. 83, 109
Bach-Ngohou K. P. 361
Baconnier M. P. 20, 49, 187
Bado A. P. 69, 152
Badre W. P. 149, 222, 223, 226, 228, 232, 271, 295, 300, 302, 306, 319, 320, 326, 342, 373, 416, 427, 467, 473, 477, 484, 490, 493, 494
Baert F. P. 38
Bahlaoui O. P. 477, 490
Bai A. P. 327
Bai Y. P. 121
Bailly S. P. 120
Bakkali K. P. 222
Baklouti R. P. 185, 186, 270, 273, 296, 307, 419, 467
Baklouti S. P. 478
Bal A. P. 403
Balamane A. P. 469
Ballet N. P. 69
Ballouch M. P. 212
Baltes P. P. 24, 34
Banaszuk A.S. P. 202
Bandar Nasr Ali M. P. 223
Bando-Delaunay A. P. 168
Bangda Ekanga J.Y. P. 212, 312, 317, 318, 431, 434, 437

Bani M.A. P. 199, 381
Bannani S. P. 228, 484
Bannier E. P. 146, 234
Barange K. P. 29, 254
Barat M. P. 389
Barbe R. P. 381
Barberis C. P. 446
Barbet N. P. 46, 196
Barbier E. P. 20, 46, 99, 167, 187
Barbier N. P. 16
Bardot S. P. 33
Bardou M. P. 238
Bardou-Jacquet E. P. 121, 127, 146, 234
Baret F. P. 253
Barget N. P. 66
Barjonet G. P. 329
Barkia B. P. 486
Barkun A. P. 238, 252
Baron A. P. 22, 123, 148, 329
Barrat M. P. 169
Barrau M. P. 406, 452, 454, 456
Barraud H. P. 78, 120
Barraud M. P. 197, 254
Barrault C. P. 7, 338
Barré-Audenet A. P. 216, 217, 218
Barret M. P. 48, 56, 60, 61, 63, 105, 108, 110, 128, 189, 192, 391, 392, 478
Barrué C. P. 59
Barthet M. P. 13, 82, 94, 95, 106, 107, 109, 123, 143, 152, 160, 197, 247, 253, 470
Basile P. P. 128, 263
Bassaid T. P. 397
Basset N. P. 195
Bastide L. P. 406, 454, 456
Bastide M. P. 147
Bataille J. P. 70
Batista R. P. 261
Batteux F. P. 80
Baudin E. P. 163, 181
Baudon J. P. 85
Baumann C. P. 88, 145
Baumert T.F. P. 8
Baumgaertner I. P. 180
Baumstarck K. P. 101, 123
Bayle A. P. 163
Bazire L. P. 99, 179
Bazoge M. P. 408
Beaton M. P. 440
Beaudeau J. P. 162
Beaufrand C. P. 69
Beaugerie L. P. 73, 75, 126
Beaumont H. P. 34
Beazley B. P. 10
Beby-Defaux A. P. 325
Becce F. P. 114
Becheur H. P. 12, 457
Becq A. P. 34, 236, 262
Bedossa P. P. 57
Begun J. P. 124
Beinse G. P. 498
Bejou B. P. 250, 411
Bekolo W. P. 184, 352, 377, 474, 488, 493
Bel Hadj Mabrouk E. P. 264, 278, 281, 287, 339, 345, 347, 351, 355, 367, 369
Belabbes F. P. 295, 296, 308, 368
Belabdi D. P. 186
Belabess S. P. 484, 486
Belcadi Abassi A. P. 225, 319, 413, 427, 435, 468
Belghanem F. P. 214
Belhadj Y. P. 179
Belhaj A.L. P. 285, 325, 354, 480
Belhaj K. P. 271, 290, 306, 342, 427
Belhorma S. P. 308, 320, 485
Belkacem O. P. 213
Belkhamsa A. P. 304, 490
Belkouchi Y. P. 177
Bellabah A. P. 149, 222, 223, 226, 228, 232, 271, 295, 300, 302, 306, 319, 320, 326, 342, 373, 416, 427, 467, 473, 477, 484, 490, 493, 494
Bellaïche G. P. 4
Bellanger C. P. 19, 266, 411
Bellatreche H. P. 385

Belle A. P. 21, 56, 60, 108, 169, 245, 261, 263, 391, 392, 398, 478

Bellicha A. P. 190

Bellil N. P. 215, 265, 353, 434

Belloula D. P. 4, 7

Belmaqrout S. P. 231, 280, 297, 430, 435

Belotti E.L. P. 244

Ben Abdallah H. P. 315, 318, 346, 347, 481

Ben Abdallah I. P. 70, 125, 150

Ben Abdallah K. P. 292

Ben Abdallah K. P. 223, 412

Ben Abdelghani M. P. 16, 20, 96, 124, 136, 139, 179, 187

Ben Abdelwahed M. P. 186, 207, 270, 296, 307, 467

Ben Abdesselam Z. P. 66

Ben Ameur W. P. 275, 314, 337, 410, 417, 422, 425, 429, 458, 466, 480

Ben Ayed I. P. 254, 267

Ben Azouz S. P. 352

Ben Belkacem K. P. 54

Ben Chaaben N. P. 185, 186, 207, 270, 273, 296, 307, 340, 419, 467

Ben Farhat F. P. 274

Ben Hamida S. P. 304, 433, 490

Ben Hmida M. P. 304, 490

Ben Jazia E. P. 348, 356

Ben Jemaa S. P. 478

Ben jemia S. P. 186

Ben Khadhra H. P. 22

Ben Merabet Y. P. 22

Ben Mohamed A. P. 183, 272, 277, 284, 292, 299, 346, 349, 354, 479, 483, 485, 495

Ben Mustapha N. P. 221, 227, 229, 230, 267, 417, 425, 432, 433, 436, 468, 471, 473, 487

Ben Rhouma S. P. 417, 428, 433

Ben Safta N. P. 267, 315, 369, 425, 432, 436, 471, 473

Ben Slama A. P. 275, 314, 337, 410, 417, 422, 425, 429, 458, 466, 480

Ben Slimane B. P. 315, 346, 347, 481

Ben zeid M. P. 351

Benahsin F. P. 289, 379

Benajah D.A. P. 185, 209, 233, 266, 268, 275, 276, 284, 289, 291, 303, 334, 335, 339, 353, 376, 379, 396, 415, 416, 458, 463, 465, 471, 472, 474, 477, 481, 483, 491

Benakriche B.M. P. 365

Benallaoua M. P. 66, 190, 235, 250

Ben-Ammar I. P. 170, 381

Benamor Seghir F.Z. P. 306, 427

Benamouzig R. P. 12, 24, 34, 66, 107, 190, 235, 250

Benass J. P. 215, 221, 224, 272, 276, 277, 281, 292, 294, 298, 301, 306, 309, 310, 316, 391, 395, 431, 472

Bendaoud S. P. 100

Benejat L. P. 9

Benelbarhdadi I. P. 396, 476

Benezech A. P. 38, 73, 106

Benfredj P. P. 216, 217

Benghalia K. P. 274

Bengherbia L. P. 365

Bengrine L. P. 59, 390

Benhadji K. P. 44

Benhaim L. P. 170, 177, 183, 203, 204, 496, 498

Benhamdane A. P. 269, 272, 276, 277, 281, 291, 292, 294, 298, 301, 303, 309, 310, 316, 321, 374, 391, 395, 472, 488

Benhayoun Sadafyine Y. P. 308, 368

Benjelloun N. P. 219

Benjelloun T.Z. P. 279, 379, 380, 418, 476
Benkhalifa S. P. 459
Benkirane A. P. 269, 272, 276, 277, 281, 291, 292, 294, 298, 301, 303, 309, 310, 316, 321, 374, 391, 395, 472, 488
Benmaarouf N. P. 395
Bennani B. P. 472, 474, 481
Bennani N. P. 493
Bennani Y. P. 293
Bennouna J. P. 47
Benoist S. P. 123, 194
Benoit B. P. 261
Benosman H. P. 234, 237, 241
Bensalah A. P. 36, 151, 359, 360
Bensalah Y. P. 394
Bensalem M. P. 214
Bensenane M. P. 80, 145, 327, 332
Benson A. P. 21
Benusiglio P. P. 195
Benzarti Z. P. 423
Benzzoubeir N. P. 225, 227, 231, 245, 261, 264, 279, 280, 283, 286, 297, 298, 304, 311, 315, 319, 322, 413, 427, 430, 431, 435, 438, 462, 463, 464, 466, 468
Bequet E. P. 31
Berbera N. P. 312, 358
Berdah S. P. 109
Berger A.E. P. 452, 456
Berger A. P. 11, 56, 64, 106, 110, 128
Bergerot D. P. 498
Bergman M.M. P. 23
Bermudez L. P. 497
Bernardini D. P. 64
Berrag S. P. 212, 300, 306, 312, 317, 318, 345, 431, 434, 436, 437
Berraida R. P. 269, 272, 276, 277, 281, 291, 292, 294, 298, 301, 303, 309, 310, 316, 321, 374, 391, 395, 472, 488
Berriche O. P. 325, 354
Berson A. P. 392, 478
Bertazzi Levy R. P. 23
Berthelet O. P. 329
Bertin E. P. 201, 389
Bertrand V. P. 88, 89, 123
Bertrand X. P. 244
Besch C. P. 120
Bessanguem B. P. 100
Bessede E. P. 9
Bessonneau P. P. 125
Bettan L. P. 148
Bettolo J. P. 70, 152, 362, 423
Beuvon F. P. 48, 60, 478
Beyer-Berjot L. P. 123
Beyrne A. P. 470
Bez J. P. 46, 197
Bharania P. P. 125
Biagi J. P. 124
Bibani N. P. 215, 265, 353, 434
Bichard P. P. 267, 388
Bideau K. P. 197, 329
Bignon A.L. P. 16, 49, 100, 176
Bigonnet M. P. 50
Bigot E. P. 9
Billiauws L. P. 70, 362, 423
Billioud C. P. 115
Binda C. P. 21
Biron A. P. 38, 39, 43, 73, 407
Bizid S. P. 315, 318, 346, 347, 481
Blain A. P. 106
Blaise L. P. 81, 113, 119, 148
Blakesley R. P. 137
Blanc J.F. P. 16, 22, 119, 122
Blanc P. P. 249
Blanchard A. P. 498
Blanchard-Dauphin A. P. 102
Blanchet O. P. 4
Blanco L. P. 408
Blétard N. P. 31
Blin J. P. 159, 361
Bloch F. P. 342
Blondeaux A. P. 248
Blondeel D. P. 214
Blondin S. P. 214

Blondon H. P. 274
Blons H. P. 51
Blottière H. P. 66
Blouin L. P. 382
Blum Murphy M. P. 163
Boccard L. P. 30
Bodere A. P. 15, 197
Boffa J.J. P. 262
Boige V. P. 169, 170, 177, 183, 199, 204, 381
Boileve A. P. 163, 169, 170, 199, 381
Boillot O. P. 25, 26, 120
Boillot-Benedetto I. P. 20, 187
Boisserie F. P. 121
Boisteau E. P. 99, 174
Boivineau G. P. 244
Boivineau L. P. 461
Boland B. P. 124
Boleslawski E. P. 5, 120
Bolliet M. P. 100
Bonaz B. P. 460
Bondarenko I. P. 44
Bondu A. P. 85
Bongard V. P. 139
Bongrain C. P. 50
Bonhomme A.S. P. 85
Bonichon-Lamichhane N. P. 15, 167
Bonnaud G. P. 446
Bonnet P. P. 12
Bonsack O. P. 88
Bonvalet F. P. 153, 400
Bonyhay G. P. 192
Borad M. P. 137
Borahma M. P. 396, 476
Borbath I. P. 21, 97
Bord C. P. 102
Bordacahar B. P. 392
Bordet M. P. 84, 161
Bordron P. P. 101
Borentain P. P. 115
Borg C. P. 46
Borges S. P. 173
Boros C. P. 153, 470
Boschetti G. P. 43, 90, 402, 403, 420, 448, 456
Bossard C. P. 48, 128
Bossuyt P. P. 158, 440
Bostani S. P. 289
Botsen D. P. 53, 127, 136, 139, 201, 389, 393
Bouali R. P. 315, 318, 346, 347, 481
Boualit M. P. 38
Boualiten K. P. 272, 276, 277, 281, 292, 294, 298, 301, 309, 310, 316, 374, 391, 395, 436, 472
Bouattour M. P. 22, 118, 122, 123, 148
Bouayad A. P. 463
Boubaker J. P. 221, 227, 229, 230, 267, 417, 425, 432, 433, 436, 468, 471, 473, 487
Boubakr F.Z. P. 287, 293, 492, 494
Bouchabou B. P. 223, 228, 246, 282, 289, 423
Bouchard D. P. 102
Bouché O. P. 15, 20, 46, 53, 59, 99, 100, 127, 136, 139, 187, 190, 193, 201, 389, 393
Boucheny C. P. 122
Boudabbous M. P. 184, 273, 374, 420, 464, 486
Boudda S. P. 204, 373, 414
Boudjella M.A. P. 344
Boudjenan Serradj N. P. 395
Boudy J. P. 248
Bouferroum L. P. 186
Bougadoum S. P. 469
Boughoula K. P. 315, 318, 346, 347, 481
Bouguen G. P. 33, 38, 42, 43, 74, 98, 103, 157, 161, 357, 399, 439, 459
Bouguion L. P. 59
Bouhafa T. P. 207, 209, 211, 212
Bouhamou F. P. 299, 393, 484, 486
Bouhier-Leporrier K. P. 49, 176
Bouhlal Jourdan S. P. 196, 203
Bouhlel H. P. 480
Bouhlel W. P. 186, 270, 296, 419, 467

Bouhnik Y. P. 43, 73, 127, 152, 400, 441, 457
Boukhal Z. P. 295, 300, 319
Boukhars C. P. 271
Boulestreau H. P. 59
Boulier D. P. 5
Bounour R. P. 491
Bouquie R. P. 149, 326
Bour Y. P. 244
Bourdais R. P. 327
Bourdariat R. P. 55, 243
Bouressam N. P. 214
Bourgaux J.F. P. 93, 96, 461
Bourgeais J. P. 203
Bourgeois V. P. 122
Bourguiba R. P. 424
Bourguignon J. P. 100, 214
Bourhrara K. P. 263
Bourien, H. P. 17
Bournet B. P. 254, 369
Bourreille A. P. 33, 38, 43
Boursier J. P. 57, 76, 234
Bousaleh M. P. 5
Bouslama A. P. 458, 466
Bouslama K. P. 270, 296
Bousseloub A. P. 214
Boussouab M. P. 287, 288, 293, 492, 494
Boustière C. P. 97
Bouta N. P. 103
Boutoille H. P. 102
Boutonnet-Rodat A. P. 498
Boutron-Ruault M.C. P. 23
Bouvier A.M. P. 110, 112, 390
Bouvier V. P. 110, 112
Bouzbib C. P. 115
Bouzelfa M. P. 304, 490
Bouzeloc S. P. 198
Bouziane A. P. 394
Bouziane J. P. 207
Bouziane M. P. 208, 390
Bouzidi A. P. 441
Boyer N. P. 79, 80
Boytchev I. P. 244, 266
Bozon A. P. 461
Bragagnoli A. P. 18, 164
Braghiroli M.I. P. 163
Braham A. P. 275, 314, 337, 410, 422, 425, 429, 458, 466, 480
Branche J. P. 51, 64, 128, 248, 401
Brard G. P. 127
Brasseur M. P. 53
Braudeau C. P. 33
Brault Y. P. 441
Braux J. P. 403
Bravatà I. P. 156, 451
Bray F. P. 5
Brazier F. P. 33, 154, 253, 263, 383, 405
Bredenoord A. P. 10
Bregeon J. P. 33
Brengel-Pesce K. P. 403
Brenot-Rossi I. P. 179
Bresso F. P. 158
Bresson-Hadni S. P. 79
Bresteau C. P. 12
Breton A. P. 123
Breysacher G. P. 15, 20, 187, 188
Bridoux V. P. 155
Brieau B. P. 56, 96, 106, 128
Briquez C. P. 258
Brisseau S. P. 497
Britschu O. P. 381
Brixi H. P. 403
Brocard F. P. 188
Brochard C. P. 101, 102, 103, 159, 357
Brochet C. P. 324
Brochot E. P. 342
Bronowicki J.P. P. 6, 22, 78, 80, 122, 148, 327, 332
Brot L. P. 496
Brouard C. P. 77
Brouard V. P. 127
Broue P. P. 29
Brousse G. P. 5
Brouzes C. P. 36, 151, 356, 359, 360
Brugel M. P. 53, 55, 139, 171, 201, 389, 393
Bruges R. P. 164
Brugoux A. P. 203
Brument E. P. 127
Brunac A.C. P. 191
Bruneau J. P. 36, 151, 356, 359, 360, 361
Brunet T. P. 84
Bruno M. P. 34
Brusset B. P. 119, 120

Bryere J. P. 112
Bubenheim M. P. 200
Buc E. P. 55
Bucau M. P. 102
Buch M.H. P. 443
Buchalet C. P. 167
Buchard B. P. 5
Buecher B. P. 12, 46
Buisson A. P. 459
Buisson A. P. 32, 42, 43, 90, 98, 154, 157, 404, 408, 411, 439, 444
Burcheri-Curatolo A. P. 148
Bureau C. P. 115, 331
Burgio V. P. 165
Burmester G.R. P. 443, 447
Burnet G. P. 455
Burtin P. P. 105, 199
Buscail L. P. 55, 254
Bwemere Mungwete J. P. 499

C

Cadiot G. P. 97, 171, 403, 407
Cadranel J.F.D. P. 4, 7, 79, 148, 329, 338
Caiazzo R. P. 248
Caillo L. P. 28, 38, 42, 64, 73, 74, 93, 96, 107, 110, 157, 439, 461
Caillol F. P. 21, 50, 63, 95, 238, 240, 244, 255, 384
Calame P. P. 258
Calavas L. P. 12
Calderaro J. P. 75
Calès P. P. 4, 76, 202
Callon S. P. 139
Calvez V. P. 147
Calvo-Campos M. P. 121
Camby Y. P. 101
Campani C. P. 111, 113
Campbell F. P. 125
Campion B. P. 324, 336
Camus B. P. 391
Camus-Duboc M. P. 54, 81, 92, 107, 189, 236
Canard J.M. P. 64, 189
Canivet C. P. 4, 57, 76
Canva V. P. 29
Cany L. P. 20, 187
Cao Q. P. 40
Capelle E. P. 189
Capitain O. P. 100
Capito C. P. 398
Capron C. P. 197
Carbonell N. P. 115
Carbonnel F. P. 12, 19, 23, 72, 127, 266, 411
Cardaillac C. P. 101, 357
Carlier C. P. 53, 139, 201, 389, 393
Carlo A. P. 103
Caroli-Bosc F.X. P. 202
Caron B. P. 39, 73, 88, 145, 450
Carpentier C. P. 32
Carretero C. P. 34
Carrier P. P. 148
Cartier L. P. 401
Casadei Gardini A. P. 17, 165
Casagrande C. P. 23
Cascinu S. P. 165
Cassier P. P. 137
Castan F. P. 136
Castanie H. P. 16
Castelain S. P. 342
Castiella Eguzquiza A. P. 344
Castier Y. P. 70, 125, 150
Catherine L. P. 338
Cattan P. P. 288
Cattan P. P. 138
Cattan S. P. 22, 122
Cattenoz M. P. 333
Cauchin E. P. 259
Causse X. P. 79, 148, 329
Cavezza A. P. 66
Cavicchi M. P. 288, 446
Caviezel M. P. 338
Cazals-Hatem D. P. 69, 400
Cellier C. P. 36, 65, 94, 151, 234, 237, 241, 252, 356, 359, 360, 361
Cemachovic I. P. 244
Cenac N. P. 101, 162
Cerani A. P. 443
Cerf-Bensussan N. P. 35, 36, 359, 400

Cervantes B. P. 169, 170, 177
Cervera P. P. 195
Cervoni J.P. P. 115
Cesbron-Métivier E. P. 64, 128
Chaabene I. P. 371
Chaabeni D. P. 412
Chabbouh K. P. 349
Chabib F.Z. P. 396, 476
Chabrun E. P. 56, 64, 106, 123, 189
Chafai N. P. 128
Chafif O. P. 322
Chahi K. P. 308, 397
Chaibi R. P. 300, 306, 312, 317, 431
Chaigneau J. P. 57, 234
Chaigneau T. P. 51
Chaima H. P. 348
Chalah C. P. 92
Challine A. P. 20, 128, 140, 182, 194, 386, 456
Chambenois E. P. 75
Chan S. P. 23
Chanaga C.A. P. 164
Chanal J. P. 182
Chanez B. P. 50, 179
Chanteloup E. P. 43, 192, 257
Chanteranne B. P. 5
Chan-Wan G.N. P. 89
Chaouachi R. P. 285
Chapelle N. P. 128, 159
Chappe C. P. 74
Chaput U. P. 54, 81, 92, 95, 96, 110, 128, 236, 244
Charbit-Henrion F. P. 400
Chardot C. P. 29
Charissoux A. P. 48, 143
Charles G. P. 325
Charles-Schoeman C. P. 443
Charlois A.L. P. 43, 90, 402, 420
Charlotte F. P. 147
Charpentier C. P. 102, 217
Charpentier C. P. 155
Charpy C. P. 75
Charpy F. P. 150
Chartier M. P. 236
Chassang M. P. 3
Chateau T. P. 448
Chatelanat O. P. 36, 151, 356, 359, 360, 361
Chatti O. P. 275, 314, 337, 410, 422, 425, 429, 480
Chattree A. P. 24
Chau I. P. 163
Chau T.H.T. P. 146, 234
Chaussade S. P. 35, 48, 56, 60, 62, 64, 106, 108, 123, 189, 245, 261, 263, 391, 392, 398, 470, 478
Chautard R. P. 179
Chauvenet M. P. 203
Chazouillères O. P. 54, 338
Chbani L. P. 206, 472, 474, 481
Chehad M.N. P. 309
Chehaider A. P. 220, 366, 378, 424, 468, 489
Cheikh I. P. 304, 428, 433, 490
Cheminel L. P. 105
Cheminet J. P. 325
Chemkhi E. P. 220
Chen N. P. 449
Chen Y. P. 121
Chenard M.P. P. 50
Cherkaoui H. P. 91, 185, 266, 268, 276, 284, 335, 339, 415, 483
Chermak F. P. 115
Chevalier E. P. 332
Chevalier N. P. 3
Chevaux J.B. P. 56, 59, 62, 64, 85, 95, 105, 106, 108, 110, 128, 142, 144, 145, 238, 244, 251, 260, 383
Cheviakoff M. P. 402
Chevrier L. P. 80
Cheynet V. P. 403
Chibane A. P. 153, 365
Chibaudel B. P. 15, 59, 197
Chibon F. P. 191
Chiche J.D. P. 114
Chmielowski C. P. 369
Cholet F. P. 64, 128, 246, 252
Chouihab S. P. 337

Chouki S. P. 186
Christou N. P. 226
Chtioui S. P. 246, 346, 433, 483
Chtourou L. P. 184, 273, 374, 420, 464, 478, 486
Chupin A. P. 43, 234
Ciardiello F. P. 44, 189, 199
Cisse M.C. P. 252
Clairet V. P. 73
Claveranne S. P. 333
Clavier T. P. 14
Cleary J.M. P. 164
Clemow D.B. P. 445
Cocaign-Bousquet M. P. 69
Cochet M. P. 123
Coeffier M. P. 67
Coevoet H. P. 88
Coffin B. P. 101, 269
Cohen R. P. 139, 188
Cohen S.B. P. 447
Colinet S. P. 31
Collard M. P. 49, 204
Collin G. P. 102
Collins M. P. 10
Colombel J.F. P. 40, 58, 124, 447, 449
Colomier E. P. 65
Colorado-Yohar S.M. P. 23
Combari P. P. 183
Combet-Curt V. P. 167
Comoz B. P. 112
Connan C. P. 66
Conroy T. P. 51, 59, 124
Conti F. P. 27, 120, 147
Contu S. P. 3
Cool C. P. 369
Coopman S. P. 123
Corbel T. P. 198
Corbett G. P. 34
Corcos O. P. 70, 125, 150, 362, 400, 423
Coriat R. P. 14, 35, 48, 60, 61, 123, 169, 180, 189, 197, 245, 263, 386, 389, 391, 392, 470, 478
Cornet M. P. 398
Cornet N. P. 202
Coron E. P. 48, 62, 64, 92, 95, 110, 128, 159, 189, 252, 259, 267, 388
Corpechot C. P. 54
Corre F. P. 48, 56, 61, 142, 189, 392
Cortegoso Valdivia P. P. 34
Cortese J. P. 70
Costamagna G. P. 24
Costentin C. P. 22, 57, 76, 120
Costes L. P. 126, 338
Cotte E. P. 123
Cottereau A.S. P. 171
Cottinet P.J. P. 108, 256
Coudereau R. P. 26
Coulet F. P. 195
Cousin S. P. 382
Coutzac C. P. 127, 180
Crehange G. P. 138, 167
Cremades S. P. 190
Cremer J. P. 125
Cremolini C. P. 44
Crino S. P. 21
Cristea C. P. 217
Cropet C. P. 127
Cros J. P. 51, 69, 124, 168
Crottès D. P. 203
Cruz F. P. 44
Cuissard L. P. 337
Cuissy S. P. 193
Culetto A. P. 105, 254
Cypierre A. P. 148
Czernichow S. P. 457

D

Daadaa S. P. 371
Dabout V. P. 188
Dadamessi I. P. 286, 290
Dahan L. P. 14, 15, 16, 51, 63, 197
Dahan M. P. 56, 108, 143
Dahel Y. P. 95, 238, 240, 255
Dahmani W. P. 275, 314, 337, 410, 417, 422, 425, 429, 458, 466, 480
Daidj N. P. 179
Dalhoum M. P. 325, 354
Dalmasso L. P. 105
d'Alteroche L. P. 115
Damon H. P. 101
Danan G. P. 446

Dananché C. P. 59, 85
Danese S. P. 127, 156, 439, 442, 447, 451
Danguy des Déserts F. P. 70
Daniel J. P. 93
Danion P. P. 43, 90, 180, 402, 420
Danjoux M. P. 191
Danset J.B. P. 56, 192, 257
Daperno M. P. 156
Dardenne A. P. 195
Darhoua S. P. 308, 368
Dartigues P. P. 199
Dassa M. P. 179
Dassouli C. P. 204, 317, 321, 366, 373, 414, 482
Daude S. P. 80, 145, 327, 332
Daveran-Mingot M.L. P. 69
David C. P. 177
David N. P. 246
David N. P. 4
Davière S. P. 460
de Beauregard M. P. 337
de Bonnechose G. P. 217
de Dreuille B. P. 69, 152, 362
de Gramont A. P. 45
De Haas A. P. 453
de la Fouchardière C. P. 16, 47, 127, 136, 139, 179, 194
de la Rochefordière A. P. 138
de Lagasnerie G. P. 77
de Lahondès R. P. 67
de Lédinghen V. P. 57, 76
de Leuze F. P. 455
de Maissin A. P. 43
de Malet A. P. 180
de Martin E. P. 29
de Mestier L. P. 51, 105, 153, 168, 171, 172, 173
de Parades V. P. 104, 141, 182, 213, 216, 217, 218
de Ponthaud C. P. 51
de Rauglaudre B. P. 63
de Reyniès A. P. 47
De Rycke O. P. 168, 171
de Salins V. P. 330
De Sousa Carvalho N. P. 100, 136
de Suray N. P. 74, 455
de Vroey B. P. 455
de Waele C. P. 258
Debaere T. P. 196
Debbabi H. P. 224, 232, 341, 343, 352
Debbeche R. P. 208, 264, 278, 281, 287, 334, 339, 345, 347, 351, 355, 367, 369
Debette-Gratien M. P. 119, 122, 148
Debourdeau A. P. 28, 93, 107, 160
Debove C. P. 128
Debray D. P. 29
Decaens T. P. 22, 119, 120, 123
Decazes P. P. 177
Déchelotte P. P. 67, 155
Decool G. P. 323
Decrombecque C. P. 33, 154
Dedane B. P. 320
Deflandre G. P. 7
Defrance A. P. 39
Degand T. P. 56, 105, 106, 110, 244, 259
Deguelte-Lardière S. P. 21, 172
Deguiral P. P. 20, 187
Dejaeger A. P. 342
Dejardin O. P. 110
Del Arco H. P. 312, 358
Del Tedesco E. P. 446
Delabrousse E. P. 258
Delasalle P. P. 79, 239
Delaunay C. P. 179
Delaye M. P. 16
Delcenserie R. P. 253, 383
Delhiat A.C. P. 16
Delignette M.C. P. 26
Dellestable C. P. 420
Dellon E. P. 10
Delpla A. P. 213
Delsa H. P. 219, 293, 296, 368
Delsuc N. P. 497
Delvenne P. P. 31
Demaré N. P. 190
Demmak Privat H. P. 96
Demoustier B. P. 188
Denat T. P. 249
Deneche I. P. 169
Denet C. P. 194
d'Engremont C. P. 51, 55
Denies F. P. 123
Denis J. P. 324
Denis M.A. P. 83, 455
Denys A. P. 114
Depost H. P. 343

Deprez P. P. 83, 94, 260
Deraison C. P. 497
Derbel A. P. 213, 337, 417
Derbey L. P. 90
Deregnaucourt T. P. 51, 85, 144
Derinck A. P. 155
Dermeche S. P. 136
Dermine S. P. 362, 423
Desai J. P. 189, 199
Descamps D. P. 102
Deschamps A. P. 105
Deschamps L. P. 325
Deschausaux M. P. 190
Descourvières C. P. 85
Desfasse G. P. 342
Desfourneaux-Denis V. P. 161
Desgrippes R. P. 49, 96, 100, 127, 181
Deshayes E. P. 167
Desjeux A. P. 197
Desmarets M. P. 115
Desolneux G. P. 52
Despott E. P. 24, 34
Desprez C. P. 14
Desrame J. P. 16
Desreumaux P. P. 401
Desseigne F. P. 59
Deutsch D. P. 180
Devers S. P. 333
Deville A. P. 171
Dewit O. P. 455
Dewitte M. P. 33
Deyrat J. P. 128
D'Haens G. P. 58, 124, 127, 156, 440
Dharancy S. P. 120, 323
Dhib A. P. 224, 232
Dhooge M. P. 478
Dhote A. P. 386
Di Bartolomeo M. P. 163
Di Fiore A. P. 49
Di Fiore F. P. 14, 46, 49, 100, 123, 139, 165, 173, 176, 200, 263
Di Martino V. P. 7
Dia D. P. 116
Diaconescu G. P. 125
Diallo I. P. 252, 282, 398
Diaz O. P. 16, 138
Diaz-Mitoma F. P. 81
Dickens T. P. 125
Diez L. P. 64
Dignass A. P. 156
Dilal S. P. 225, 227, 245, 261, 264, 283, 315, 431, 464
Dime S. P. 66
Dimitrov G. P. 123
Diouf M. P. 154
Djabbari M. P. 75
Djazouli S. P. 326
Djedanoum S. P. 232
Djelouah M. P. 389
Djerada Z. P. 139, 393
Doat S. P. 175, 193
Docao C. P. 171
Dohan A. P. 61, 391
Doki Y. P. 163
Domingo I. P. 203
Domisse L. P. 342
Dong C. P. 23, 54, 157, 411
Doré J. P. 66
Dos Santos M. P. 173
Dotan E. P. 137
Dotan I. P. 440
Douae D. P. 394
Douggui H. P. 220, 366, 378, 424, 489
Douihi Touzani S. P. 231, 280, 297, 430, 435
Doumbe-Mandengue P. P. 110
Dourthe L.M. P. 47, 197
Drai K. P. 385
Draullette M. P. 102
Dray X. P. 24, 34, 106, 236, 262
Dray-Spira R. P. 72, 127
Drewniak N. P. 77
Dron L. P. 450
Drouet F. P. 138
Drouet d'Aubigny A. P. 388
Drouillard A. P. 175, 193
Drouin J. P. 72, 127
Drouin P. P. 97
Dubcenco E. P. 124
Dubinsky M. P. 158, 445, 449
Duboc H. P. 101, 269
Dubois A. P. 408
Dubreuil O. P. 136, 175, 180, 193
Dubuquoy L. P. 5
Duchesne M. P. 143
Duclaux-Loras R. P. 123, 403
Duclos-Vallée J.C. P. 343

Ducournau A. P. 9
Ducournau G. P. 22
Ducreux M. P. 100, 163, 169, 170, 177, 183, 196, 199, 204, 381
Dufour G. P. 446
Duhalde V. P. 369
Duijvestein M. P. 127
Dujardin A. P. 176
Dulery C. P. 446
Dulioust A. P. 343
Dumant A.C. P. 29
Dumas J.F. P. 203
Dumortier J. P. 25, 26, 120
Dupin N. P. 478
Dupont A. P. 102
Dupont B. P. 51, 176
Dupont H. P. 342
Dupont-Lucas C. P. 88, 89, 123
Dupré A. P. 194
Durand A. P. 190
Durand F. P. 59
Durand F. P. 111
Durand T. P. 33, 162, 357
Durand-Fontanier S. P. 55
Durand-Labrunie J. P. 177, 196
Durand-Zaleski I. P. 125
Duru G. P. 454, 456
Dusetti N. P. 50, 124
Dussossoy E. P. 118
Dutherage M. P. 49, 263
Duveau N. P. 39

E

Ea E. P. 125
Eboumbou C. P. 488
Edeline J. P. 17
Edima M. P. 116
Egal A. P. 100
Ehrhart S. P. 78
Ehrlich S.D. P. 66
Eid R. P. 169, 177
El Abbassi H. P. 380
El Abkari M. P. 185, 206, 209, 233, 266, 268, 275, 276, 284, 289, 291, 303, 334, 335, 339, 353, 376, 379, 396, 415, 416, 458, 463, 465, 471, 472, 474, 477, 481, 483, 491
El Amrani M. P. 169
El Aoufi L. P. 437
El Arja W. P. 250
El Azzam N. P. 283, 302, 314, 479
El Bacha H. P. 225, 227, 231, 245, 261, 264, 279, 280, 283, 286, 297, 298, 304, 311, 315, 319, 322, 413, 427, 430, 431, 435, 438, 462, 463, 464, 466, 468
El Ghmari A. P. 233
El Hajbi F. P. 14, 15, 46, 100, 163, 173
El Hajj W. P. 126, 205
El Hajoubi F.Z. P. 279, 304, 311, 438, 462, 463, 466
El Hamraoui I. P. 286, 435
El Hamzaoui H. P. 264, 283
El Idrissi L. P. 416
El Jim R. P. 334
El Karimi A. P. 279, 304, 311, 438, 462, 463, 466
El Khadir M. P. 472, 474, 481
El Khayari M. P. 416
El Khoueiry C. P. 328, 418
El Khoury B. P. 328, 418
El Kirami Y. P. 491
El Koti I. P. 269, 272, 276, 277, 281, 292, 301, 310, 395, 488
El Maaroufi M. P. 353
El Mamouni S. P. 396
El Marmouk H. P. 222, 370, 412, 461
El Mekkaoui A. P. 185, 209, 266, 268, 275, 276, 284, 289, 291, 303, 334, 335, 339, 353, 376, 379, 396, 415, 416, 458, 463, 465, 471, 477, 483, 491
El Mouldi Y. P. 221, 229, 230

El Ouardi W. P. 476

El Yousfi M. P. 185, 209, 233, 266, 268, 275, 276, 284, 289, 291, 303, 334, 335, 339, 353, 376, 379, 396, 415, 416, 458, 463, 465, 471, 477, 483, 491

Elabd O. P. 458

Elaoula S. P. 364

Eleulj O. P. 394

Elez E. P. 44

Elgharabawy Y. P. 38, 39

Elhilali S. P. 245

Elimova E. P. 18, 164

Eljaadi I. P. 313

Elkrief L. P. 115, 120

Ellen J.S. P. 442, 447

Elleuch N. P. 275, 314, 337, 410, 422, 425, 429, 458, 466, 480

Elli L. P. 34

Elloumi H. P. 304, 428, 433, 490

Elloumi H. P. 353

Elloumi H. P. 215, 434

Ellul P. P. 34

Elmoutaoukil N. P. 287, 288, 293, 492, 494

Elosua A. P. 34

Eloumou Bagnaka S.A. P. 184, 352, 377, 474, 488

Eloy P. P. 125

Elrhaoussi F.Z. P. 149, 222, 223, 226, 228, 232, 271, 295, 300, 302, 306, 319, 320, 326, 342, 373, 416, 427, 467, 473, 477, 484, 490, 493, 494

Elston R. P. 125

Emile J.F. P. 15, 47, 197, 203

Enaud R. P. 123

Ennaifer R. P. 223, 228, 246, 282, 423

Erard-Poinsot D. P. 25, 26, 120

Ernst O. P. 51

Errabih I. P. 225, 227, 231, 245, 261, 264, 279, 280, 283, 286, 297, 298, 304, 311, 315, 319, 322, 413, 427, 430, 431, 435, 438, 462, 463, 464, 466, 468

Er-Rasfa M. P. 458

Esch A. P. 92

Escoubeyrou K. P. 496

Esmingeaud L. P. 90

Essadi B. P. 394

Essadni Y. P. 290, 350, 489

Etchepare N. P. 15

Etienne P.L. P. 100, 179

Etienney I. P. 99, 100, 141, 214

Eutamène H. P. 69

Evain M. P. 113, 324, 336

Eveno C. P. 194

Evesque L. P. 15, 18, 46, 127, 136, 164

Evin C. P. 138

Evrad C. P. 53

Evrard S. P. 52

Ewald J. P. 95, 179, 255, 384

Expert A. P. 77

Eyoum B.B. P. 474

F

Fabre J. P. 389

Facciorusso A. P. 21

Fadel S. P. 210

Fadwa T. P. 226, 228

Faitot F. P. 120

Fakih M. P. 44

Falconi M. P. 21

Falcoz A. P. 16, 73

Falette-Puisieux M. P. 123

Fall F. P. 252, 282, 398

Fall M. P. 282

Fallik D. P. 105

Falzon C. P. 3

Fantognon G. P. 4, 7, 148, 329

Fantou A. P. 33

Faquir N. P. 295, 296, 308, 368

Fares N. P. 119, 191

Farges O. P. 120

Farhane F.Z. P. 207, 209, 211, 212

Faron M. P. 163, 166, 172, 204
Faroux R. P. 20, 187
Fassler I. P. 244
Fathallah N. P. 104, 141, 213, 216, 217, 218
Faure F. P. 5
Faure M. P. 402
Faure P. P. 441, 446
Faure S. P. 28, 115
Faust C. P. 150, 470
Fauvelle F. P. 460
Favalli E.G. P. 443
Feagan B. P. 127, 449, 450, 453
Fekih M. P. 221, 227, 229, 230, 267, 417, 425, 432, 433, 436, 468, 471, 473, 487
Feliu C. P. 139
Fellous K. P. 217
Fels A. P. 141, 217
Feng T. P. 124
Fenouil T. P. 48
Fernandez De Sevilla E. P. 170, 177, 183, 204
Ferrante M. P. 440, 449
Ferrari C. P. 24
Ferre V.M. P. 102, 217
Ferreira J.P. P. 104
Ferrero P.A. P. 226
Ferté C. P. 137
Fetati Y. P. 227, 315
Fettal N. P. 475, 487
Figueiredo Ferreira M. P. 12, 56, 142, 233
Figuigui M. P. 209
Filleron T. P. 191
Fine C. P. 105
Finn R. P. 121
Finta A. P. 24, 34
Fissah M. P. 153
Flachaire B. P. 157
Flamant M. P. 33, 446
Flandre P. P. 147
Flecchia C. P. 139
Fodil-Cherif S. P. 163
Follana P. P. 100
Fontaine M. P. 389
Fontanges T. P. 79
Fontanié R. P. 383
Fontas E. P. 95
Fonze F. P. 31
Forestier J. P. 100
Formstecher E. P. 67
Forsten A. P. 81
Forti E. P. 21
Fouchard I. P. 76
Fouchard-Hubert I. P. 4
Fougeray R. P. 44
Fourdinier O. P. 342
Fournier C. P. 57
Fournier M. P. 3
Fourquet J. P. 191
Fraga M. P. 114
Francois A.R. P. 499
François A. P. 52
François E. P. 99, 124, 389
François M. P. 145, 189, 251, 260, 383
Frankowski H. P. 70
Fraunhoffer Navarro N.A. P. 50
Frentiu E. P. 80
Fromentin S. P. 66
Frossard J.L. P. 267, 388
Frulio N. P. 74
Frydman A.E. P. 175
Fuchs B. P. 169
Fuerea A. P. 170, 177, 199, 381
Fuks D. P. 169, 386
Fumery M. P. 33, 38, 42, 73, 74, 88, 89, 91, 154, 157, 253, 383, 403, 405, 407, 439, 440, 441, 444, 457
Fumery O. P. 403
Fumex F. P. 95, 243
Fyras S. P. 289

G

Gabarre A. P. 100
Gabriel-Segard T. P. 407
Gabsi N. P. 482
Gadano A. P. 125
Gagnaire M. P. 399
Gaillard M. P. 169, 386
Gal J. P. 3
Galais M.P. P. 49, 96
Galbas-Frontinois C. P. 338
Gallardo C. P. 18, 164

Gallois C. P. 45, 46, 47, 139, 178, 180, 188, 190, 193, 196, 197, 237
Gandon Y. P. 146, 234
Gangloff A. P. 263
Ganne-Carrié N. P. 22, 111, 113
Ganry O. P. 22, 342
Garbay V. P. 255
Garcia M.L. P. 16
Gardy J. P. 110
Gargot D. P. 105
Gargouri D. P. 215, 265, 353, 434
Garinet S. P. 51
Garioud A. P. 79
Garmendia M. P. 344
Garnier J. P. 179, 255, 384
Garnier P. P. 55
Garnier P.P. P. 55
Garrido M. P. 18, 164
Garzelli L. P. 70, 150
Gasink C. P. 442, 451
Gasmi M. P. 82, 94, 109, 143, 152, 197, 247, 253
Gaudric M. P. 478
Gaujoux S. P. 51, 55
Gautier C. P. 361
Gay C. P. 43, 90, 401, 402, 420
Gaya D. P. 156
Gaye D. P. 74
Gdoura H. P. 184, 273, 374, 420, 464, 486
Gelli M. P. 170, 177, 183, 204, 381
Gelu-Simeon M. P. 338
Gendard M. P. 28
George D. P. 58
Gérard J.P. P. 46, 196
Gérard P. P. 87, 365
Gérard R. P. 105, 189, 248, 401
Germain A. P. 407
Gerolami R. P. 148
Gérome R. P. 143
Geromel V. P. 496, 498
Gerster T. P. 115
Gesce K. P. 127
Geyl S. P. 39, 106
Ghanem M. P. 315, 318, 346, 347, 481
Ghannouchi H. P. 113
Gharbi G. P. 183, 284, 349, 479, 495
Gharbi Y. P. 341, 348, 364
Ghiringhelli F. P. 127, 390
Ghosh S. P. 40
Ghosn I. P. 269
Ghosn J. P. 217
Ghostine G. P. 342
Ghrab F. P. 285
Giacca M. P. 150
Giacomo P. P. 267, 388
Giannone F. P. 50
Giguet B. P. 121
Gilabert M. P. 197
Gilibert A. P. 49, 67
Gilles M. P. 66
Gillet A. P. 288
Gilletta de Saint-Joseph C. P. 39, 43, 71, 73, 74, 157, 331
Gincul R. P. 55, 97, 243
Ginot F. P. 498
Giordano A. P. 24
Giovannini M. P. 21, 50, 63, 95, 238, 240, 255, 384
Girardeau Y. P. 35
Girot P. P. 105
Giudicelli H. P. 324, 327, 336
Gnemmi V. P. 5
Godart B. P. 105
Godat S. P. 21, 240
Goens M. P. 403
Goetgheluck J. P. 17
Goichot B. P. 171
Goldwasser F. P. 59
Gomercic C. P. 95, 143
Gomes P. P. 69
Gondran H. P. 51
Gonzales E. P. 29
Gonzalez F. P. 446
Gonzalez J.M. P. 13, 62, 82, 94, 95, 107, 109, 143, 152, 160, 247, 253, 470
González-Suárez B. P. 24, 34
Goria O. P. 29
Gornals J. P. 21
Gornet J.M. P. 138, 165

Gottrand F. P. 29
Gouiaa D. P. 334
Goujon G. P. 99
Goullet B. P. 99
Gourcerol G. P. 14
Gourdeau C. P. 386
Gouriou C. P. 103, 138, 174
Gournay J. P. 29
Goutorbe F. P. 73
Goutte N. P. 120
Gouttebel M.C. P. 15
Gouynou C. P. 450
Gower-Rousseau C. P. 88, 89, 91, 403
Goyal L. P. 137
Gozalo C. P. 139
Grados L. P. 22, 154
Grainville T. P. 84, 174
Grancher A. P. 263, 456
Grandval P. P. 64, 197, 239, 254
Grangé S. P. 386
Granger V. P. 14, 190
Grasset D. P. 126
Grau R. P. 108, 256
Greenbloom S. P. 58
Gregory J. P. 111
Grellier N. P. 126, 496
Griffith J. P. 449
Grill J.P. P. 496
Grimaldi J. P. 84, 242
Grinberg D. P. 256
Grini-Grandval M.N. P. 247
Grip O. P. 23
Grira G. P. 371
Gronier O. P. 59, 62, 64, 85, 144
Grousez F. P. 11
Guardiola E. P. 136
Guarssifi M. P. 181
Guéant J.L. P. 6
Guediche A. P. 186, 270, 296, 419, 467
Guéguinou M. P. 203
Guelmami S. P. 214
Guérin C. P. 87
Gueye M.N. P. 116, 252
Guidara R. P. 480
Guilbert P. P. 389
Guilbert V. P. 460
Guillaud O. P. 25
Guillo L. P. 157
Guillon N. P. 88, 89, 91
Guilloux A. P. 81, 244
Guilmoteau T. P. 42
Guimbaud R. P. 16, 100, 139, 189, 191, 199
Guittet L. P. 176
Guivarch M. P. 446
Gunter M.J. P. 23
Guo Y. P. 121
Guttman-Yassky E. P. 447
Guy O. P. 403
Guyot A. P. 143

H

Ha C. P. 158
Habauzit C. P. 459
Habersetzer F. P. 8
Hacques E. P. 71
Hadadia O. P. 429, 492, 495
Haddad F. P. 149, 222, 223, 226, 228, 232, 271, 295, 300, 302, 306, 319, 320, 326, 342, 373, 416, 427, 467, 473, 477, 484, 490, 493, 494
Hadj Rhouma S. P. 327, 332
Hadjisavvas H. P. 402
Hadoux J. P. 163, 171, 181
Haem Rahime M. P. 26
Haennig A. P. 312, 358, 446
Hagège H. P. 12, 338
Haghnejad V. P. 6, 78, 80, 148, 327, 332, 450
Hagré D.Y. P. 316
Haimet F. P. 66
Haissaguerre M. P. 171
Hajjar J. P. 59
Hajji R. P. 464
Hajlaoui A. P. 434
Hakim S. P. 128, 253, 263, 383
Hakima A. P. 268, 275, 291, 303
Hallit R. P. 192, 392, 398, 470, 478
Halloul R. P. 425, 480
Hambli S. P. 401
Hamdoun F.Z. P. 353, 458
Hamel B. P. 85, 144

Hammami A. P. 275, 314, 337, 410, 422, 425, 429, 458, 466, 480
Hammami S. P. 464
Hammami S. P. 371
Hammel P. P. 59, 124
Hamoir F. P. 455
Hamon A. P. 400
Hamouda S. P. 186
Hamza S. P. 285, 325, 354
Hamzaoui L. P. 183, 272, 277, 284, 292, 299, 346, 349, 354, 479, 483, 485, 495
Hanauer S.B. P. 442
Handaj Y. P. 78
Hanna N. P. 234
Hanslik B. P. 79, 329
Haouari M.A. P. 141
Harbi R. P. 348
Harlé A. P. 51, 124
Harnois F. P. 205
Harouchi A. P. 240
Harrathi S. P. 277, 349
Hasina Laingonirina D.H. P. 307
Hassan C. P. 24
Hassani W. P. 207, 209
Hassid D. P. 188
Hassine A. P. 417
Hassine H. P. 224, 232, 341, 343, 352
Hautefeuille V. P. 14, 16, 33, 49, 139, 154, 171, 173, 181, 188, 197, 263
Hdiji A. P. 274
Hdiye S. P. 212, 300, 306, 312, 317, 431
Heath A.K. P. 23
Hébuterne X. P. 38, 43, 71, 157, 439, 447
Helle K. P. 24
Heluwaert F. P. 43, 79
Hemdani N. P. 208, 223, 228, 246, 282, 289, 423
Hemont C. P. 159
Hennequin A. P. 136
Henno S. P. 48, 103
Henrion J. P. 79, 329
Henriques J. P. 59, 165, 387
Henry C. P. 120
Hentic O. P. 14, 168
Heo J. P. 125
Hérault O. P. 203
Herber-Mayne A. P. 105
Hermine O. P. 36, 151, 356, 359, 360, 361
Héroin L. P. 8, 85, 144
Herrero A. P. 28, 120
Herreros V. P. 26
Herrmann K. P. 29
Herve C. P. 139, 190
Hervet J. P. 149, 326
Hervieu V. P. 105
Hesselink A.T. P. 102
Heurgué A. P. 29, 122
Heym B. P. 100
Heyries L. P. 64, 197, 254
Hibi T. P. 445, 450
Higgins P. P. 439, 447
Hindryckx P. P. 21
Hinvi S.C.N. P. 297
Hiraoka A. P. 121
Hiriart J.B. P. 115
Hisamatsu T. P. 447, 453
Hliwa W. P. 149, 222, 223, 226, 228, 232, 271, 295, 300, 302, 306, 319, 320, 326, 342, 373, 416, 427, 467, 473, 477, 484, 490, 493, 494
Hmimass S. P. 476
Hmina A. P. 286, 319, 413, 438
Hmissa S. P. 213
Hnach Y. P. 287, 288, 293, 492
Hoba J. P. 49
Hoffmann D. P. 460
Hoibian S. P. 95, 238, 240, 255
Hollebecque A. P. 137, 139, 169, 170, 177, 199, 381
Holtved E. P. 163
Honein K. P. 328, 418
Honore C. P. 204

Hoops T. P. 442, 451
Hordonneau C. P. 98
Hoteit M. P. 498
Houdard A. P. 59
Houot M. P. 260
Houpert T. P. 325
Houssel-Debry P. P. 121
Hreinsson J.P. P. 358
Hsing-Tao K. P. 121
Hsu C.H. P. 163
Hubner R. P. 17
Huguet F. P. 92
Hulot J.S. P. 498
Humbert L. P. 496
Hummelsberger M. P. 138, 167
Humphries A. P. 24
Hunaut T. P. 407
Hunter Gibble T. P. 445
Hutinet C. P. 70, 152, 362, 423
Huybrechts I. P. 23

I

Ibrahimi S.A. P. 185, 206, 209, 233, 266, 268, 275, 276, 284, 289, 291, 303, 334, 335, 339, 353, 376, 379, 396, 415, 416, 458, 463, 465, 471, 472, 474, 477, 481, 483, 491
Icher S. P. 191
Idrissi L.A. P. 293
Idriz N. P. 125
Igorman H. P. 318, 434, 437
Ikhlef N. P. 395
Illikoud N. P. 162
Ilo D. P. 40, 439, 447
Imbert D. P. 59
Iovanna J. P. 50, 124
Irigoyen A. P. 247
Irving P. P. 442, 451
Ismaili Z. P. 305, 308, 320, 394, 397, 485
Italiano A. P. 163, 382
Ivaldi P. P. 3
Izaaryene J. P. 179
Izagirre A. P. 344
Izanec J. P. 442, 451

J

Jabi R. P. 208, 390
Jaccard A. P. 148
Jackson, R. P. 17
Jacquemin E. P. 29
Jacques J. P. 14, 48, 55, 60, 62, 64, 84, 105, 106, 108, 110, 123, 142, 143, 189, 233, 242, 256, 259
Jafari M. P. 123
Jaffrelot M. P. 191
Jaidane L. P. 213
Jairath V. P. 41
Jais B. P. 92, 244
Jalouli D. P. 478
Jammet A. P. 444
Jamoussi H. P. 325, 354
Jan G. P. 162
Janczewska E. P. 125
Janet J. P. 55
Janier M. P. 171
Janjigian Y. P. 18, 164
Jannot A.S. P. 35
Janssen H.L. P. 125
Jantchou P. P. 90
Jaquet R. P. 20, 140
Jarti M. P. 222, 283, 322, 370, 412, 428, 429, 432, 461, 492
Jary M. P. 47, 127, 165, 193
Jaureguy M. P. 342
Jaziri H. P. 275, 314, 337, 410, 417, 422, 425, 429, 458, 466, 480
Jbara I. P. 211, 373, 473, 484, 493
Jeanbert E. P. 450
Jeanjean P. P. 342
Jeay M. P. 19
Jegonday M.A. P. 121
Jellal S. P. 294
Jemal K. P. 293
Jemni I. P. 185, 186, 270, 273, 296, 340, 419, 467
Jenvrin A. P. 178
Jerbi A. P. 423
Jezequel M. P. 102

Jézéquel C. P. 115, 121

Jézéquel J. P. 59, 95, 244

Jioua C. P. 300, 306, 312, 317, 318, 431, 434, 437

Jlassi H. P. 215, 265, 353, 434

Jmaa A. P. 275, 314, 337, 410, 417, 422, 425, 429, 458, 466, 480

Jmal A. P. 480

Jmal L. P. 480

Jocteur F. P. 325

Johnson, P. P. 17

Jolly C. P. 251

Joly F. P. 69, 70, 152, 362, 423

Jomni T. P. 220, 366, 378, 424, 489

Jooste V. P. 390

Joseph-Reinette C. P. 211

Josien R. P. 33, 159

Jouët P. P. 235, 250

Jougon J. P. 91

Jouini M.A. P. 432, 436

Jourdain M.L. P. 403

Juguet F. P. 99, 102

Juin C. P. 180

Julia C. P. 190

Julio C. P. 182

Junda J. P. 98, 404

K

Kaassis M. P. 59, 85, 144

Kabbage L. P. 116, 286, 290

Kabbaj N. P. 230, 290, 294, 299, 350, 364, 393, 484, 486, 489, 491

Kaci M. P. 397

Kaddouri M.A. P. 485

Kadi M. P. 190

Kadiri M. P. 476

Kahlaoui F. P. 265, 353, 434

Kakuta Y. P. 38

Kalabic J. P. 158, 449

Kalifi M. P. 172

Kallel H. P. 220, 366, 378

Kallel L. P. 285, 325, 354, 480

Kaluzinski L. P. 15

Kamath S. P. 137

Kamikozuru K. P. 449

Kaouissi S. P. 468

Karamouzis M. P. 164

Karch A. P. 153

Karkouri M. P. 493

Karoui M. P. 194, 241

Karsenti D. P. 64, 92, 97, 128, 189, 288

Kartheuser A. P. 83, 109

Kassouri L. P. 217

Kato K. P. 163

Katsahian S. P. 20, 140, 386

Katzke V.A. P. 23

Kawakami H. P. 163

Kchir H. P. 224, 232, 341, 343, 352

Kechida M. P. 371

Kefi M. P. 246

Kelley R.K. P. 137

Kellou N. P. 214

Kenafi I. P. 313

Kendrick S. P. 125

Kengne S. P. 218

Kerbage F. P. 177

Kerdraon J. P. 102

Kermarrec T. P. 198

Keuchel M. P. 24

Kezzoula D. P. 214

Khalifa E. P. 382

Khalife Y. P. 418

Khalis M. P. 293

Khannoussi W. P. 305, 308, 320, 394, 397, 485

Kharrasse G. P. 305, 308, 320, 394, 397, 485

Khater G. P. 460

Khater S. P. 36, 151, 356, 359, 360, 361

Khatib A.M. P. 52

Khazaka S. P. 418

Khemiri W. P. 267, 378, 424, 489

Khemissa Akouz F. P. 136, 196

Kherad O. P. 426

Kherrour A. P. 119

Khiali R. P. 385

Khlayfia Z. P. 482

Khsiba A. P. 183, 272, 277, 284, 292, 346, 349, 354, 479, 483, 485, 495

Kim R. P. 137

Kim S. P. 139, 197

Kimmoun E. P. 329

Kirchgesner J. P. 54, 75, 126

Kitagawa Y. P. 163

Klaff J. P. 439

Kligys K. P. 38, 158, 440, 449

Kobayashi T. P. 41

Koch S. P. 51, 55, 59, 64, 73, 85, 92, 106, 110, 128, 144, 244, 252, 258

Koch S. P. 123

Kondo K. P. 18

Konecki C. P. 139

Konso M. P. 225, 227, 245, 261, 264, 283, 315, 431, 464

Kopetz S. P. 189, 199

Kordjani S. P. 214

Korti N. P. 351, 465

Kotzki S. P. 120

Koulali H. P. 320

Kovacevic B. P. 21

Kowo M.P. P. 184, 352, 474, 488

Kpossou A.R. P. 297

Krati K. P. 204, 206, 222, 271, 278, 279, 283, 302, 314, 317, 321, 322, 360, 363, 366, 370, 372, 373, 375, 376, 379, 380, 410, 411, 412, 413, 414, 418, 421, 422, 428, 429, 430, 432, 461, 476, 479, 482, 492, 495

Ksiaa M. P. 275, 314, 337, 410, 417, 422, 425, 429, 458, 466, 480

Kudo M. P. 121

Kull E. P. 110

Kwiatek S. P. 89, 337

Kyrø C. P. 23

L

La Greca G. P. 218

Laabidi S. P. 221, 229, 230, 425, 468, 471, 473, 487

Labadie H. P. 79

Labidi A. P. 221, 227, 229, 230, 267, 417, 425, 432, 433, 436, 468, 471, 473, 487

Labkriman A. P. 260

Labrousse F. P. 143

Lacerda A. P. 58, 124

Lacroute J. P. 85, 144

Lafarge D. P. 459

Lafeuille P. P. 253

Lafferre E. P. 446

Lafforgue P. P. 157

Lafrance M.J. P. 338

Lagadic-Gossman D. P. 127

Lagarrigue J.P. P. 333

Lagasse J.P. P. 105, 188

Lagdali N. P. 476

Lagogue L. P. 179

Lagorce-Pages C. P. 48

Laharie D. P. 38, 39, 43, 73, 74, 106, 127, 157, 441

Lahaye M. P. 156, 451

Lahcene M. P. 344

Lahlali M. P. 185, 209, 233, 266, 268, 276, 284, 289, 334, 335, 339, 353, 376, 379, 396, 415, 416, 463, 471, 477, 483, 491

Lahlou W. P. 47, 99

Lahmar S. P. 211, 212

Lahmidani N. P. 185, 206, 209, 233, 266, 268, 275, 276, 284, 289, 291, 303, 334, 335, 339, 353, 376, 379, 396, 415, 416, 458, 463, 465, 471, 477, 483, 491

Lairani F.E. P. 302, 314, 360, 363, 410, 411, 422
Lajmi Z. P. 213
Lakhtakia S. P. 21
Lakkis Z. P. 73, 258
Lam Y.H. P. 49, 85
Lamarca A. P. 17
Lamarque D. P. 159
Lamartina L. P. 163
Lambare B. P. 79
Lambert A. P. 124
Lambin T. P. 48, 56, 62, 63, 189
Lambrescak E. P. 100
Lami R. P. 496
Lamine A. P. 185, 209, 233, 266, 268, 276, 284, 289, 334, 335, 339, 353, 376, 379, 396, 415, 416, 463, 465, 471, 477, 483, 491
Lamireau T. P. 123
Lan A. P. 161
Landau A. P. 105, 329
Landemaine A. P. 103, 141
Landoni L. P. 21
Langella P. P. 497
Lannes A. P. 4, 76, 115
Lanoix J.P. P. 342
Lapalus D. P. 239
Laporal S. P. 77
Lapuyade B. P. 74, 196
Laquière A. P. 64, 83, 95, 142, 247
Laraqui H. P. 215, 221
Laraqui H. P. 224
Larbi H.M. P. 395
Lardinois M.J. P. 177
Larghi A. P. 21
Laroussi R. P. 212, 224, 301, 317, 318, 431, 434, 437
Laroute V. P. 69
Larras R. P. 81
Larrey E. P. 324, 336
Larrouy A. P. 16
Larue C. P. 4
Lassailly G. P. 120, 323
Lassau N. P. 177
Lassoued I. P. 224, 232
Lassoued K. P. 265
Latournerie M. P. 115
Laugie M. P. 401
Launay S. P. 127, 179
Launoy G. P. 110, 112
Laurain A. P. 217, 446
Laurent L. P. 51, 386
Laurent V. P. 332, 383
Laurent-Puig P. P. 46, 47, 51, 165, 197, 203, 496, 498
Laures N. P. 139
Lauron C. P. 118
Lavau-Denes S. P. 165
Lavigne T. P. 244
Laville M. P. 329
Lavolé J. P. 193
Lazure T. P. 411
Lazzati A. P. 20, 128, 140, 386
Le Bail B. P. 57
Le Baleur Y. P. 56, 105, 106, 110, 128, 192, 257
Le Berre C. P. 39
Le Beyec-Le Bihan J. P. 69
Le Bozec A. P. 393, 407
Le Bras P. P. 259
Le Brelot É. P. 174
Le Brun F.O. P. 453
Le Brun Ly V. P. 100, 136, 197
Le Corre D. P. 51
Le Corre J. P. 392
Le Cosquer G. P. 73, 497
Le Gall M. P. 69, 152
Le Garf S. P. 3
Le Magoarou T. P. 148, 329
Le Malicot K. P. 14, 15, 16, 49, 138, 179, 181, 188, 196, 197, 203
Le Mouel J.P. P. 253, 263, 383
Le Pluart D. P. 217
Le Reste J.Y. P. 198
Le Rhun M. P. 51, 55, 95
Le Sourd S. P. 17
Le Toux A.L. P. 337
Le Vavasseur B. P. 100
Leandri C. P. 470
Léautaud M. P. 5
Lebbe C. P. 12
Leblanc S. P. 56, 62, 64, 105, 106, 108, 110, 142, 243, 259

Lebossé F. P. 26
Leboutte M. P. 87
Lebtahi R. P. 168
Lecaille C. P. 47, 165, 196
Lechatelier E. P. 66
Lecleire S. P. 263
Leclerc E. P. 100
Leclerc P. P. 168
Leclerc V. P. 118
Leclercq F. P. 329
Leclercq P. P. 56
Lecomte A. P. 405
Lecomte T. P. 16, 100, 105, 165, 171, 179, 188, 197, 203
Leconte M. P. 61
Lecoq E. P. 362, 423
Lecoq E. P. 98
Lee P. P. 34
Lee W.J. P. 449
Leenhardt R. P. 81, 96, 236
Lefèvre J. P. 20, 49, 123, 126, 128, 140, 182, 194, 456
Lefort C. P. 59, 243
Leger C. P. 44
Legoux J.L. P. 197
Legrain-Raspaud S. P. 69
Legros L. P. 115
Legros R. P. 55, 56, 62, 64, 84, 106, 108, 143, 233, 242
Lehours P. P. 9
Lei M. P. 18, 163, 164
Lellouche L. P. 389
Lellouche Jakob Y. P. 497
Lemaitre C. P. 329, 386
Lemaître E. P. 323
Lemale J. P. 123
Lemanski C. P. 16, 99, 138, 167, 179
Lemarchand M. P. 105
Lemmers A. P. 105
Lemoine E. P. 182
Lemoinne S. P. 54
Leonard D. P. 83, 109
Leong R. P. 447
LeP. C. P. 14, 20, 46, 47, 171, 179, 181, 187, 188, 196, 197, 203, 390
Lepere C. P. 190
Lepetit H. P. 56, 64, 108, 143
Lepilliez V. P. 48, 56, 60, 62, 64, 105, 106, 108, 110, 123, 142, 189, 243, 259, 267
Lequoy M. P. 22, 123
Lermite F. P. 3
Lermite, E. P. 50
Leroi A.M. P. 14, 101, 102
Leroy M. P. 159
Leroyer A. P. 88, 89, 91
Lesage A.C. P. 100
Lesurtel M. P. 55
Levaché C.B. P. 188
Levoir D. P. 192, 257
Levy G. P. 439
Lévy J. P. 64, 92
Lévy P. P. 51, 92, 153
Lévy V. P. 111
Lewis A. P. 75
Lewis J. P. 442
Ley D. P. 31, 88, 89, 91, 123
Lhermitte L. P. 36, 151, 356, 359, 360, 361
Lhotte R. P. 27
Li M. P. 18
Li S. P. 121
Liao C.Y.A. P. 137
Liao X. P. 38
Lidove O. P. 100
Liebgott C. P. 69
Lièvre A. P. 14, 16, 17, 20, 59, 99, 138, 167, 171, 174, 179, 187, 197
Lim A. P. 38
Lim S.G. P. 125
Limam R. P. 353, 371
Lin R. P. 24
Lindgren S. P. 23
Lion-Daolio S. P. 342
Liposits G. P. 44
Lissoos T. P. 41
Liu J. P. 124, 447
Liu S. P. 450
Liu T. P. 18, 164
Lizon J. P. 59
Lobet S. P. 179
Lobo D. P. 214
Locher C. P. 123, 126, 188, 329

Loftus E.J. P. 58, 124, 439, 442, 451

Loghmari M.H. P. 186, 270, 296, 419, 467

Loir E. P. 179

Loiseau J. P. 497

Lombard-Bohas C. P. 14

Long M. P. 38

Longin T.T. P. 254

Lopez A. P. 124, 136, 145, 148, 197, 260, 327, 332, 383, 387

Lopez-Sanroman A. P. 127

Lopez-Trabada-Ataz D. P. 59

Lorenzo D. P. 92, 93, 105

Lortat-Jacob B. P. 150

Lot F. P. 77

Louafi S. P. 196

Louati C. P. 281

Louis E. P. 31, 58, 124, 453

Loureiro D. P. 80

Lourenço N. P. 138

Loustaud-Ratti V. P. 22, 148

Louvet A. P. 5, 115, 120, 323, 401

Louvet C. P. 15

Lowenberg M. P. 156

Luben R. P. 23

Luc A. P. 327

Lucas E. P. 161

Lucas M. P. 80

Lucendo A. P. 10

Luciani A. P. 75

Luettge H. P. 34

Lukáš M. P. 156

Lukic T. P. 125

Luma H.N. P. 184, 352, 377, 474, 488

Lupu A. P. 105

Luwawu Mbimba M. P. 329

M

Ma T. P. 442, 451

Maamouri N. P. 224, 232, 341, 343, 352

Mabro M. P. 15, 59

Mabrouk M. P. 340

Mabrut J.Y. P. 26

Macaigne G. P. 79, 126, 205, 329

Macek Z. P. 120

Machon C. P. 68

Mack S. P. 388

Madic J. P. 496

Magaud L. P. 97

Magne J. P. 55

Magro F. P. 156

Magro F. P. 41

Mahamat A.B. P. 349

Mahamat Ali H. P. 349

Mahamat-Saleh Y. P. 23

Mahé E. P. 157

Maherison S. P. 375

Mahi S. P. 465

Mahmoud S. P. 428, 487

Mahmoudi M. P. 183, 272, 277, 284, 292, 299, 346, 349, 354, 479, 483, 485, 495

Mahmoudi R. P. 201

Mahtal H. P. 149, 302, 326, 467

Mailhat C. P. 152

Maille F. P. 192, 257

Maire F. P. 92, 97, 153

Mairin R. P. 64

Maizel J. P. 342

Maizi M. P. 308, 368

Makni C. P. 264, 285, 287, 325, 354, 480

Malamut G. P. 35, 36, 359

Malka D. P. 14, 127, 169, 387

Mallem L. P. 351

Mallet M. P. 27

Mallet V. P. 386

Mallick M. P. 38

Malongue A. P. 474

Mammar N. P. 441

Manel B.F. P. 340

Manfredi S. P. 20, 22, 123, 148, 165, 187, 203, 390

Mangana Del Rio T. P. 114

Mansué P. P. 409

Mantel M. P. 162

Marano C. P. 447

Marcelin A.G. P. 147

Marchand P. P. 4

Marchese U. P. 169, 386, 391

Marchix J. P. 101, 162

Marcin K. P. 192, 217, 257

Marciniak C. P. 248

Marechal C. P. 327

Margalit-Yehuda R. P. 34
Marguerite D. P. 261
Mari R. P. 179
Mariette X. P. 443
Marin F.S. P. 245, 263, 478
Marino D. P. 121
Marion-Letellier R. P. 87
Marone D. P. 216, 217
Marot S. P. 100
Marotte H. P. 157, 459
Martel M. P. 238, 426
Martin A. P. 34, 266
Martin C. P. 409
Martin J. P. 159
Martin J. P. 179
Martin P. P. 201
Martin-Chouly C. P. 127
Martineau C. P. 337
Martinez-Vinson C. P. 123
Marty O. P. 192, 257
Marulier T. P. 53
Marx M. P. 95, 240
Mary F. P. 138, 235, 250
Masala G. P. 23
Mascarenhas M. P. 104
Masgnaux L.J. P. 84, 242
Masrour O. P. 121, 127
Massad P.A. P. 197
Masson D. P. 159, 361
Masson T. P. 193
Massot C. P. 31
Massoubre C. P. 407
Mastier C. P. 190
Mathias F. P. 160
Mathieu K. P. 404
Mathieu N. P. 43, 90, 448
Mathonnet M. P. 55, 226
Mathurin P. P. 5, 120, 323
Matysiak-Budnik T. P. 159
Maubach L. P. 81
Mauduit M. P. 124
Mauprivez C. P. 403
Maurille C. P. 85
Mayana H. P. 316, 349
Mayer P. P. 8
Maynard L. P. 125
Mazard T. P. 47, 139, 193
Mazel L. P. 213
Mazzola A. P. 27, 147
Mbaye P.S. P. 252
Mbengue M. P. 116
McAlindon M.E. P. 24
McLellan P. P. 126, 180
McNamara D. P. 34
McNamara M. P. 17
Mease P. P. 447
Mechhor S. P. 430, 435, 438, 462, 463, 464, 466
Meddah A. P. 274
Medhioub A. P. 228, 282
Medhioub M. P. 183, 272, 277, 284, 292, 299, 346, 349, 354, 479, 483, 485, 495
Medlij C. P. 192, 257
Medmoun M. P. 4, 7, 148, 329
Meeus P. P. 194
Meharzi S.E.I. P. 395
Mehdaoui C. P. 305, 394, 397
Mehdi A. P. 322
Meilleroux J. P. 191
Mejait A.F.Z. P. 268, 275, 291, 303
Mekondji G. P. 105
Melchior C. P. 65, 101, 358
Mellouki I. P. 313, 437
Menager-Tabourel E. P. 16, 138, 167
Meng Z. P. 121
Menni W. P. 214
Mensi A. P. 264, 278, 281, 287, 339, 345, 347, 351, 355, 367, 369
Mercier L. P. 190
Mercier M. P. 139
Mercier S. P. 325
Mercier-Bonin M. P. 69
Merdrignac A. P. 161
Merhaben S. P. 495
Merklen C. P. 411
Merle L. P. 452
Merle P. P. 22, 118, 119, 122, 123
Merzouk S. P. 230
Messaoudi M. P. 385
Mestiri S. P. 213
Mestiri T. P. 285
Meszaros M. P. 28
Metaye A. P. 60, 100
Metges J.P. P. 16, 59
Metogo J. P. 377
Métras J. P. 49, 195
Meudjo E. P. 33

Meunier C. P. 43, 402
Meunier E. P. 497
Meunier L. P. 28, 29
Meurette G. P. 123
Meurisse J.J. P. 329, 333
Meuwis M.A. P. 31
Meyer A. P. 12, 19, 23, 39, 72, 127, 266, 411
Meyer T. P. 121
Meyiz H. P. 313, 437
Meynier J. P. 33, 342
Mhadhebi M. P. 184, 273
M'harzi L. P. 182
Mhirech S. P. 209
Mialon A. P. 68
Miao Y. P. 447
Michalak S. P. 4, 50, 57
Michaud A. P. 154, 405
Michel P. P. 49, 263
Michelin C. P. 70
Michouar M. P. 372
Michoud C. P. 51
Miglianico L. P. 49
Mikhael E. P. 418
Millett C. P. 23
Millward M. P. 137
Minet-Quinard R. P. 32, 404, 408
Mineur L. P. 14, 47, 188, 196, 197
Minhu C. P. 58, 124
Minoves M. P. 120
Minsat M. P. 167
Minzala G. P. 192, 257
Mion F. P. 68, 101, 150
Misandeau Q. P. 261
Mithieux F. P. 243
Mitry E. P. 50, 124, 179, 188, 384
Mnif A. P. 481
Mnif L. P. 184, 273, 374, 420, 464, 486
Moalla M. P. 184, 273, 374, 420, 464, 486
Mochet M. P. 59, 85, 144
Modest D.P. P. 44
Moehler M. P. 18, 164
Mohamed S. P. 119
Mohamed Vall H. P. 374
Mohamed-Eslam F.M. P. 58, 124
Mohsen H. P. 498
Moirand R. P. 121
Mokni M. P. 213
Molina T. P. 36, 151, 356, 359, 360, 361
Molinié F. P. 110
Monard L. P. 124
Mönig S. P. 267
Monino L. P. 83, 94, 109, 143, 470
Monnier M. P. 96
Monnoye M. P. 87
Monsinjon M. P. 400
Montagu G. P. 459
Montaillier C. P. 460
Montuclard C. P. 43
Morabito C. P. 66
Moradpour D. P. 114
Morcet J. P. 102
Moreau C. P. 33
Moreels T.G. P. 83, 94, 109, 260
Moreno-Garcia M. P. 92
Morland D. P. 171
Mornex F. P. 16
Morris N. P. 41
Mortier A. P. 101
Mortreux P. P. 88
Morvan M. P. 64, 198, 388
Mosnier J.F. P. 128, 159
Motoyama S. P. 163
Motta J.P. P. 497
Mouelhi L. P. 208, 264, 278, 281, 287, 334, 339, 345, 347, 351, 355, 367, 369, 412
Mouffak A. P. 491
Mouillet-Richard S. P. 47
Moulin V. P. 139
Moulis L. P. 107
Mouna L. P. 79
Mounsif S. P. 308, 368
Mouslim I. P. 212, 300, 306, 312, 317, 318, 431, 434, 437
Moussaddaq A.S. P. 174
Moussata D. P. 105, 159
Moyet J. P. 342
Mrabet S. P. 348, 356

Mrabti S. P. 269, 272, 276, 277, 281, 291, 292, 294, 298, 301, 303, 309, 310, 316, 321, 374, 391, 395, 472, 488
Mtir M. P. 489
Muggeo E. P. 244
Mugnier A. P. 152
Muller M. P. 148, 260, 327, 332, 383, 387
Mulot C. P. 47, 496
Murino A. P. 24
Mussetto A. P. 34
Mussini C. P. 411
Muti L. P. 5

N

Nabi O. P. 4, 7
Nacer S. P. 149, 302, 326, 416, 467, 494
Nachury M. P. 38, 42, 43, 73, 74, 157, 248, 401, 439
Nacir O. P. 271, 278, 372, 380, 418
Nadessane L. P. 4, 7
Nadi A. P. 219, 293, 368
Naepels C. P. 342
Nahon P. P. 22, 119, 122, 148
Nahon S. P. 126, 205
Nait Slimane N. P. 385
Naji A. P. 102
Nakase H. P. 58, 124, 447
Nakhli A. P. 223, 228, 246, 282, 289, 423
Nancey S. P. 38, 39, 40, 43, 71, 73, 90, 157, 402, 403, 420, 448, 456
Napoléon B. P. 21, 51, 55, 64, 96, 97, 243
Narguet S. P. 80
Nassar A. P. 169
Nasser N. P. 80
Nault J.C. P. 111, 113, 123
Navarro F. P. 28
Naveilhan P. P. 361
Navez J. P. 51
Nazar M. P. 156, 451
Nazeyrollas P. P. 393
Nciri A. P. 185, 207, 307
Ndam N.E.C. P. 377
Ndiaye B. P. 252, 282, 398
Ndiaye Y. P. 282, 398
Ndjitoyap Ndam A.W. P. 184, 352, 377, 474, 488, 493
Ndom Ntock F. P. 377
Nefzi A.M. P. 221, 229, 230
Neimark E. P. 38, 440
Nejjari F. P. 212, 300, 306, 312, 317, 318, 431, 434, 437
Németh A. P. 34
Netter J. P. 190
Netter P. P. 88, 450
Neumann A. P. 127
Neunlist M. P. 33, 101, 159, 162, 357, 361
Neuville E. P. 145
Neuzillet C. P. 16, 59, 127, 387
Newsome P. P. 57
Ng K. P. 199
Ngaba G.P. P. 352
Ngele Efole J.R. P. 4, 7, 148, 329
Nguyen F. P. 179
Nguyen T.T. P. 49
Nguyen T.T.N. P. 110, 176
Nguyen-Khac E. P. 7, 22, 115, 122, 148, 253, 263, 342
Niang T. P. 282
Niccoli P. P. 14
Nicolaï V. P. 191
Nicolas C. P. 5
Nicolas G. P. 23
Nicolle R. P. 50, 51, 69, 124
Ningarhari M. P. 120, 323
Nizard P. P. 496
Njakasolo A. P. 231
Njoya O. P. 184, 377, 488
Nkurunziza L. P. 245
Noah N.D. P. 352, 474
Noguier G. P. 460
Nos Mateu P. P. 127
Nouaille S. P. 69

Noubail S. P. 287, 293, 492, 494
Noubli M.A. P. 186
Nousbaum J.B. P. 22, 64, 110, 112, 198, 392
Nowak T. P. 24
Nsenga D.G.R. P. 184, 352, 377, 474, 488, 493
Nsibi S. P. 285, 325, 354, 480
Ntandja Wandji L.C. P. 5, 120, 323
Nuzzo A. P. 70, 125, 150, 362, 423
Nyeheck C. P. 192, 257

O

Oberti F. P. 4, 22, 76, 115
Oddone J. P. 118
Oertel L. P. 8
Ogata T. P. 163
Oh D.Y. P. 137
Oirdi Zahir S. P. 472, 474, 481
Oldenburg B. P. 23
Olivier R. P. 159, 388
Ollivier-Hourmand I. P. 22, 79, 110, 112, 115, 122
Omezzine A. P. 458, 466
Onorina B. P. 29
Oortwijn A. P. 443, 450, 453
Orcel T. P. 234
Orry X. P. 260, 332
Osmola M. P. 159
Ottaviani S. P. 157
Ouahid S. P. 221, 306, 312, 317, 318, 431, 434, 437
Ouaja H. P. 458, 466
Ouazana S. P. 34, 54, 403
Ouazzani S. P. 94, 143
Oubaha S. P. 204, 206, 222, 271, 278, 283, 302, 314, 317, 321, 322, 360, 363, 366, 370, 372, 373, 375, 376, 380, 410, 411, 412, 413, 414, 418, 421, 428, 429, 430, 432, 461, 479, 482, 492, 495
Oubaha S. P. 279, 379, 380, 422, 476
Oubella H. P. 298
Ouchicha I. P. 91, 185, 266, 268, 276, 284, 335, 339, 415, 471, 483
Oudart J.B. P. 53
Oueslati A. P. 481
Ouizeman D.J. P. 3
Ouk D. P. 179
Oukkal M. P. 186
Ouldgougam R. P. 344
Oullier T. P. 33, 361
Oumrani S. P. 240, 478
Ourabah A. P. 395
Oussalah M. P. 78
Oustani M. P. 305
Ozenne V. P. 29

P

Paccard J.R. P. 193
Pace-Loscos T. P. 46, 196
Paff M. P. 125
Pageaux G.P. P. 22, 28
Pagenault M. P. 84, 357
Pages F. P. 48
Pahul M. P. 323
Pai R.K. P. 41
Paintaud G. P. 179
Palazzo L. P. 21, 97
Palazzo M. P. 55, 96
Palen A. P. 179, 255, 384
Palli D. P. 23
Palmer D. P. 17
Palmieri L.J. P. 178, 180, 382
Pamoukdjian F. P. 138
Panaccione R. P. 124, 158, 439, 442, 445, 447, 449, 451
Panaranda G. P. 446
Panaro F. P. 28
Panes J. P. 58, 124, 156
Pangault C. P. 87
Panis Y. P. 38, 70, 123, 126, 400
Pantel S. P. 26
Pápai Z. P. 44
Papamichael D. P. 45

Paquet E. P. 171
Paradis V. P. 57, 80
Parc Y. P. 49, 128, 140, 182, 194, 195, 456
Park J.O. P. 137
Partelli S. P. 21
Parzy A. P. 100
Pasquer A. P. 172
Patel K. P. 10
Pattou F. P. 248
Paul S. P. 406, 407, 452, 454, 456
Paupard T. P. 39, 88
Pauwels A. P. 148
Paye F. P. 51, 182, 194
Payen J.L. P. 312, 358
Peaucelle A.S. P. 406, 454, 456
Pelaquier A. P. 20, 187
Pellat A. P. 16, 60, 61, 63, 123, 169, 389, 391
Pellegrina L. P. 496, 498
Pellerin O. P. 196
Pelletier A.L. P. 73
Pellissier S. P. 460
Peltier M. P. 342
Percie du Sert A. P. 288
Pereira B. P. 32, 42, 98, 404, 408, 439, 444
Pereira S. P. 21
Pere-Verge D. P. 59
Perez E. P. 65, 234
Perez-Cuadrado-Robles E. P. 94, 95, 151, 237, 241, 359, 388
Périnel J. P. 51
Perkins G. P. 139, 174, 193
Pernet S. P. 162
Pernot S. P. 52, 139, 190, 193, 196, 382
Péron J.M. P. 22, 119, 122, 148
Perot G. P. 191
Perret A. P. 178, 193
Perret C. P. 15
Perrier H. P. 46, 96, 127
Perrier M. P. 14, 53, 97, 139, 171, 201, 389, 393
Perrin J. P. 426
Perrod G. P. 56, 106, 234
Perrot B. P. 288
Perrouin-Verbe B. P. 102
Peru N. P. 456
Pessaux P. P. 50
Pestour S. P. 448
Petit P. P. 99
Petorin C. P. 15
Petrova D. P. 125
Peyret D. P. 83, 142, 247
Peyrin-Biroulet L. P. 38, 39, 43, 58, 73, 88, 106, 124, 127, 156, 157, 407, 441, 445, 447, 449, 450, 451, 453, 457, 459
Peyronnet B. P. 102, 357
Pezet D. P. 20, 187, 190
Pham K.D.C. P. 21
Pham T. P. 157
Phelip J.M. P. 15, 20, 49, 119, 122, 187, 188, 197, 406, 454, 456
Phelip J. P. 82
Philonenko S. P. 180
Piana G. P. 179
Picard C. P. 342
Piccirelli S. P. 24, 34
Pichard B. P. 337
Pichois R. P. 33, 154, 405
Picon L. P. 73
Picon-Coste M. P. 79
Piessen G. P. 53, 165
Piessevaux H. P. 260, 455
Pigneur B. P. 123
Pigot F. P. 141
Pilla L. P. 193
Pillet J. P. 426
Pillon D. P. 333
Pingannaud M.P. P. 446
Pinto G. P. 398
Pioche M. P. 12, 48, 60, 62, 63, 64, 84, 85, 92, 105, 106, 108, 110, 123, 128, 142, 144, 189, 233, 242, 253, 256, 259
Planchard D. P. 163
Plastaras L. P. 43, 244
Plesniak R. P. 125
Plessier A. P. 29
Ploquin A. P. 173
Ploteau S. P. 101
Pocard M. P. 165

Pochart P. P. 365
Poghosyan T. P. 241
Poignet R. P. 29
Poincloux L. P. 123
Poisson J. P. 330
Poizat F. P. 50, 384
Pojoga C. P. 125
Pol B. P. 239
Policar C. P. 497
Pommaret E. P. 216, 217, 218
Pommier P. P. 16, 99, 138, 167
Poncet G. P. 172
Ponchon T. P. 62, 84, 108
Pons N. P. 66
Popa R. P. 105
Popescu C. P. 125
Popovic V. P. 81
Porte M. P. 188
Potier P. P. 79
Pouderoux P. P. 64
Poulet G. P. 496, 498
Poullenot F. P. 73, 74
Poureau P.G. P. 44
Pracht M. P. 97
Pradat P. P. 122
Prager G. P. 44
Prat F. P. 55, 92, 96
Pratico C. P. 235
Prieux-Klotz C. P. 170
Prifti E. P. 67
Privat J. P. 64, 95, 96, 110, 128, 244
Prost C. P. 160
Prost P. P. 20, 187, 333
Prouvost V. P. 128
Prudhomme M. P. 123
Przybylkowski A. P. 21
Pulvermacher P. P. 4, 7
Pulwermacher G. P. 7

Q

Qin S. P. 121
Quénéhervé L. P. 33, 64, 159, 198, 246, 388, 392
Quentin V. P. 126
Queralto M. P. 101
Quero L. P. 16, 99, 138, 167
Quesnel B. P. 254
Quilici I. P. 80, 145
Quilliot D. P. 88
Quinquis B. P. 66
Quipourt V. P. 390

R

Rabahi-Louanchi N. P. 100, 214
Rabenjanahary T.H. P. 307, 375
Rachid A. P. 367
Radenne S. P. 25, 102, 120
Radjabaly R. P. 269
Radouane I. P. 212, 306, 317, 318, 367, 431, 434, 437
Rafaralahivoavy R. P. 375
Ragot E. P. 237, 241
Rahantasoa F.C.F.P. P. 205, 231
Rahier J.F. P. 73
Rahmi G. P. 48, 56, 62, 65, 94, 95, 106, 110, 128, 142, 189, 234, 237, 241, 252
Raimbourg J. P. 127
Rainteau D. P. 496
Rajendran V. P. 443
Rajih D. P. 222, 370, 412, 461
Rakotoarivelo R. P. 375
Rakotomaharo M. P. 307
Rakotomalala J.A. P. 375
Rakotondrainibe A. P. 231
Rakotoniaina H. P. 307, 375
Rakotozafindrabe A.L.R. P. 307
Ralaizanaka B.M. P. 375
Ramanampamonjy R.M. P. 307
Ramanampamonjy R.M. P. 375
Ramdani M. P. 329
Rami S. P. 305, 320, 394, 397
Rammeh S. P. 412
Randriamifidy N.H. P. 307
Randrian V. P. 46, 197
Randrianarisoa A. P. 375
Randrianarisoa M. P. 8
Randrianiaina A. P. 375
Raoul W. P. 203
Raqi I. P. 223
Rasoaherinomenjanahary F. P. 205, 231
Rasolonjatovo A.S. P. 307
Ratone J.P. P. 63, 95, 189, 238, 240, 255, 384

Rauber F. P. 23
Ravaux A. P. 218
Ravelomanantsoa H.T. P. 375
Ray C. P. 59
Rayer C. P. 121
Raynaud J.J. P. 235, 250
Razafimahefa S.H. P. 307, 375
Razafimandimby Y.M. P. 205
Razafindrahita J.B.A. P. 205
Razafindrazoto C.I. P. 375
Razine R. P. 245
Rebillard A. P. 174
Rebours V. P. 51, 55, 92, 124, 153, 168, 386
Reboux N. P. 198, 246, 392
Rechach A. P. 153
Redondo I. P. 41
Reenaers C. P. 73
Refka H. P. 458, 466
Regimbeau J.M. P. 123
Regnault P. P. 16, 138
Rehamnia A. P. 274
Reinisch W. P. 40, 58, 124
Rekik S. P. 217
Remue C. P. 83, 109
Remy C. P. 450
Rémy A.J. P. 3, 126, 149, 326, 329
Renard C. P. 342
Renouf D. P. 124
Rentien A.L. P. 216, 217, 218
Ressiot Gerolami E. P. 148
Restellini S. P. 426
Reymann J.M. P. 102
Riachi G. P. 22
Ribeiro T. P. 104
Ribeiro Parenti L. P. 150
Ribet D. P. 67
Riccioni M.E. P. 24, 34
Richard C. P. 174
Richard N. P. 155
Richez C. P. 157
Richou C. P. 122
Rida M. P. 328
Rieder F. P. 41
Rifai Sarraj A. P. 498
Riff A. P. 26
Rigault E. P. 174, 180
Rim K. P. 371
Rinaldi Y. P. 15, 96, 100, 127, 239
Rios P. P. 72
Ripault M.P. P. 329
Rives-Lange C. P. 237
Rivière P. P. 11, 43, 73, 74
Rivin del Campo E. P. 16, 99, 138, 167
Rivory J. P. 12, 62, 63, 84, 105, 108, 110, 142, 233, 242, 244, 256, 259
Rizatti G. P. 21
Rizkou J. P. 206, 363, 380, 410, 421, 422, 430
Rizzardini G. P. 125
Robaszkiewicz M. P. 64, 198, 246, 392
Robert A. P. 203
Robert C. P. 12, 19, 411
Robert M. P. 240
Robertson A. P. 34
Robic M.A. P. 115
Robin F. P. 55, 120
Roblin X. P. 38, 39, 71, 89, 90, 127, 402, 406, 407, 443, 446, 448, 452, 454, 456
Rochdi S. P. 161
Rochefort P. P. 173
Rochette P. P. 497
Rochigneux P. P. 50
Roda Perez D. P. 137
Rode A. P. 115
Rodrigues A. P. 496
Rodriguez M.A. P. 383
Roger C. P. 27
Rokhsi S. P. 300, 306, 312, 317, 345, 431
Roland D. P. 217
Rolando C. P. 5
Rollet S. P. 51, 55
Rolli-Derkinderen M. P. 162
Rollin N. P. 249
Romain G. P. 93
Roman S. P. 68, 159
Ronchin P. P. 16, 99, 138, 167, 179
Ronot M. P. 70, 111, 150, 153
Ropert A. P. 357
Roque-Afonso A.M. P. 79
Roquin G. P. 14
Rosa I. P. 79, 338
Rosenbaum B. P. 36, 359, 360, 361

Rostain F. P. 12, 56, 108, 142, 233, 259
Rosztóczy A. P. 24
Roth G. P. 193
Rouanet P. P. 123
Roudi S. P. 279, 379, 476
Rouibaa F. P. 269, 272, 276, 277, 281, 291, 292, 293, 294, 295, 296, 298, 301, 303, 308, 309, 310, 316, 321, 368, 374, 391, 395, 472, 488
Rouillon C. P. 38, 43, 73
Rouleau E. P. 199, 381
Rouleau L. P. 325
Rouquette A. P. 48, 189, 391
Rouquette O. P. 244
Rousseau M.C. P. 90
Rousset P. P. 26
Routier E. P. 19, 411
Roux M. P. 4, 57
Rovillain J. P. 405
Rowbotham D. P. 447
Roy B. P. 3
Roy C. P. 102
Royer B. P. 139
Rozieres A. P. 402
Rubbia-Brandt L. P. 388
Rubin D.T. P. 40
Rudler F. P. 249
Rudler M. P. 115, 324
Ruemmele F. P. 123
Ruiz M. P. 29
Rullier E. P. 123
Ruszniewski P. P. 168
Rym E. P. 289

S

Saad Z. P. 219
Sabaté J.M. P. 66, 235, 250
Sabbagh J. P. 332
Sabbah M. P. 215, 265, 353, 434
Sabbek A. P. 186, 270, 296, 467
Saber B. P. 304, 490
Sabourin J.C. P. 200
Sacerdote C. P. 23
Sacleux S.C. P. 115
Sadek Z. P. 498
Safa Far E. P. 217
Safar K. P. 418
Safdi M. P. 320
Safer L. P. 185, 186, 207, 270, 273, 296, 307, 340, 419, 467
Safir A. P. 351, 465
Sahai V. P. 137
Saiag P. P. 12
Said M.A. P. 433
Said Y. P. 264, 278, 281, 287, 339, 345, 347, 351, 355, 367
Saidani K. P. 214
Saidani R. P. 215
Saint A. P. 16, 138, 167, 389
Saint-Georges G. P. 338
Saint-Martin C. P. 239
Sair A. P. 269, 272, 276, 277, 281, 291, 292, 294, 298, 301, 303, 309, 310, 316, 321, 374, 391, 395, 472, 488
Sair K. P. 368
Sakr C. P. 244
Salamé E. P. 120
Salée, C. P. 31
Saleh T. P. 65
Saliba F. P. 115
Salihoun M. P. 230, 290, 294, 299, 350, 364, 393, 484, 486, 489, 491
Salim S. P. 376, 465, 477
Salim Mahamat D. P. 300, 319
Salin G. P. 54, 236
Sall I. P. 398
Salle V. P. 342
Sallem O.K. P. 185, 207
Salmon J.H. P. 157
Salut C. P. 74
Salvi D. P. 24
Samalin E. P. 136
Samison L.H. P. 205, 231

Samlani Z. P. 204, 206, 222, 271, 278, 279, 283, 302, 314, 317, 321, 322, 360, 363, 366, 370, 372, 373, 375, 376, 379, 380, 410, 411, 412, 413, 414, 418, 421, 422, 428, 429, 430, 432, 461, 479, 482, 492, 495

Sanchez G.Y. P. 58

Sanchez-Iturri M.J. P. 23, 344

Sandborn W. P. 442, 447

Sands B. P. 440, 442, 447, 451

Sanfourche I. P. 15

Saoud I. P. 371

Sapin C. P. 445

Sarba R. P. 33, 154

Sarr E.S. P. 398

Sarter H. P. 31, 88, 89, 91

Sarvee M. P. 238

Satoh T. P. 121

Saunier M. P. 11

Saurin J.C. P. 12, 24, 34, 51, 256

Sautereau D. P. 62

Sauvanet A. P. 55, 400

Saviano A. P. 8, 381

Savoye G. P. 73, 87, 88, 89, 91, 155, 157, 386

Savoye-Collet C. P. 155

Sayah L. P. 387

Sayegh R. P. 418

Sayon S. P. 147

Scatton O. P. 147

Scellier G. P. 200

Schaefer M. P. 56, 62, 95, 105, 106, 108, 110, 142, 145, 238, 251, 260, 383

Schanne G. P. 497

Schiappa R. P. 3

Schmit J.L. P. 342

Schmitt A. P. 5

Schnee M. P. 79

Schneider A. P. 114

Schram A. P. 137

Schreiber S. P. 443, 445, 449, 450

Schulze-Koops H. P. 443

Schwager M. P. 77

Schwarz L. P. 55

Scoazec J.Y. P. 14, 97, 163, 181

Scouarnec C. P. 196

Sebbagh V. P. 20, 187

Seddik H. P. 269, 272, 276, 277, 281, 291, 292, 294, 298, 301, 303, 309, 310, 316, 321, 374, 391, 395, 472, 488

Sefrioui D. P. 49, 200, 263

Seghaye M.C. P. 31

Sehonou J. P. 297

Seitz J.F. P. 239

Seksik P. P. 43, 106, 126, 157, 496, 497

Sellami W. P. 354, 485

Selves J. P. 191

Senellart H. P. 136

Senesse P. P. 96

Senoussi F. P. 214

Sentissi S. P. 291, 303, 321

Serfaty L. P. 8, 381

Sergheraert J. P. 403

Serghini M. P. 221, 227, 229, 230, 267, 417, 425, 432, 433, 436, 468, 471, 473, 487

Serraj I. P. 290, 294, 299, 350, 364, 393, 484, 486, 489, 491

Serrano Q. P. 3

Serrero M. P. 38, 42, 73, 74, 106, 150, 157, 439

Servais S. P. 203

Seta V. P. 478

Setouani H. P. 293

Seugoue Toko N. P. 286

Sevestre M.A. P. 342

Seydou R. P. 222, 232, 320

Seyrig J.A. P. 329

Sfar I. P. 412

Shabbir A. P. 10

Shan M. P. 41

Shen L. P. 18, 164

Shi Q. P. 45

Shimi M. P. 264, 287

Shitara K. P. 18, 164

Shu L. P. 40

Siala N. P. 482

Siauve N. P. 269

Sibon D. P. 36, 151, 356, 359, 360, 361
Sidali S. P. 111, 113
Sidhu R. P. 24, 34
Siegel C. P. 158
Siegfried G. P. 52
Silvain C. P. 22, 325
Simac C. P. 244
Simon D. P. 81
Simon G. P. 312
Simon J.M. P. 327
Simon M. P. 38, 43, 73, 244
Simon M. P. 74, 196
Simonnot M. P. 145
Simrén M. P. 65, 358
Sinniger V. P. 460
Siproudhis L. P. 88, 102, 103, 141, 357
Sitte J. P. 145
Skinazi F. P. 126
Skoczylas T. P. 18, 164
Slibi H. P. 333
Slim R. P. 328, 418
Slimano F. P. 139, 201, 389, 393
Smadhi R. P. 4, 7, 148, 329
Smaoui H. P. 223, 228, 282, 433, 478
Smayra T. P. 328
Smith D. P. 14, 15, 171, 196
Smolenschi C. P. 169, 170, 177, 180, 183, 199, 204, 381
Snauwaert C. P. 94
Snoussi A. P. 287, 293, 492, 494
Sobhani I. P. 14, 75
Sobolewski C. P. 5
Sokol H. P. 126, 197
Sokpon C.N.M. P. 297
Soleymani S. P. 18, 163, 164
Soliman H. P. 269
Solovyev A. P. 240
Song A. P. 38, 440
Soua S. P. 318, 346, 347, 481
Soubeyran I. P. 382
Soubeyrand M.S. P. 48
Souilem E. P. 273, 307
Souissi S. P. 425, 432, 436, 471, 473, 480, 487
Soularue E. P. 175, 178
Soulet F. P. 52
Souli F. P. 366
Sourrouille I. P. 170, 177, 183, 204
Souweine B. P. 386
Sow A. P. 282, 398
Sow D. P. 116, 398
Soyer P. P. 169, 389
Spada C. P. 24
Spindler L. P. 99, 102, 104, 216, 217, 218
Sritharan N. P. 111
Sroussi M. P. 47
Staumont G. P. 102
Steenbergen R.D. P. 102
Stefanescu C. P. 39, 126, 400, 423
Stein J. P. 251
Steiner A. P. 25
Stephant S. P. 60
Stroyakovskiy D. P. 44
Sturm N. P. 57
Suarez M. P. 312
Subbiah V. P. 137
Subtil F. P. 105, 110
Sugimoto K. P. 440
Sulpice L. P. 55
Sultanik P. P. 113, 324, 336
Sun X. P. 10
Sundaram S. P. 21
Susan R. P. 58
Sutter O. P. 113
Suzuki M. P. 496
Svrcek M. P. 51, 75, 165, 194, 456
Szalai M. P. 24
Szewczyk J. P. 236

T

Tababi R. P. 341, 343, 352, 356
Tabernero J. P. 44, 47, 189, 199
Tabeti B. P. 395
Tacelli M. P. 21

Tagzout D. P. 340, 368, 370, 371, 372, 377
Taharboucht S. P. 153, 365
Tahir M.S. P. 316, 349
Tahiri M. P. 149, 222, 223, 226, 228, 232, 271, 295, 300, 302, 306, 319, 320, 326, 342, 373, 416, 427, 467, 473, 477, 484, 490, 493, 494
Tahiri M.E.H. P. 219
Tahri N. P. 184, 273, 374, 420, 464, 478, 486
Tai D. P. 137
Taibi A. P. 55
Taieb M. P. 385
Taieb S. P. 100
Taïeb J. P. 44, 45, 46, 47, 51, 139, 178, 190, 193, 196, 197, 203, 496
Tajdine M.T. P. 215, 221
Tajedine M.T. P. 224
Taliadouros V. P. 453
Talla P. P. 493
Taly V. P. 203, 496, 498
Tamdaoui M. P. 427
Tamzaourte M. P. 212, 300, 306, 312, 317, 318, 345, 431, 434, 436, 437
Tanaka Y. P. 443
Tanguy M.L. P. 199, 381
Tanne F. P. 115
Taouk M. P. 100, 214
Tarabay A. P. 169, 170, 177, 381
Taupin J.L. P. 27
Tauty A. P. 179
Tavolacci M.P. P. 67
Taxonero C. P. 127
Tazairt A. P. 235
Tchirikhtchian K. P. 85, 105, 144
Tebaibia A. P. 340, 368, 370, 371, 372, 377
Tefoung C. P. 116, 286, 290
Tehfe M. P. 18, 164
Tepper S. P. 100
Ternant D. P. 179
Terrebonne E. P. 20, 165, 187
Terris B. P. 48, 61, 189, 192
Testu S. P. 68
Tetelboum N. P. 269
Texier M. P. 100
Teyssedou C. P. 50
Thabut D. P. 113, 115, 147, 324, 327, 336
Tharsis G. P. 288
Theodorou V. P. 69
Theriaux E. P. 85, 144
Thevenon S. P. 122
Thévenot T. P. 7
Thierry L. P. 172
Thimonier E. P. 25
Thirot-Bidault A. P. 196
Thobois M. P. 143
Thomassin L. P. 263
Thuillier P. P. 171
Tidjane A. P. 395
Timba Dang Babagna I. P. 493
Tjønneland A. P. 23
Tlili G. P. 167, 171
Tlili R. P. 285, 325, 354, 480
Todesco E. P. 147
Tong T.Y. P. 23
Tordjman G. P. 288
Tordo J. P. 171
Torielli P. P. 389
Törnblom H. P. 65, 358
Torrente S. P. 344
Toth E. P. 24, 34
Touchefeu Y. P. 193
Toudic H.P. P. 64
Tougeron D. P. 15, 16, 46, 53, 99, 136, 138, 139, 159, 165, 167, 175, 181, 188, 190, 193, 196, 197, 203
Touibi A. P. 317, 318, 431, 434, 437
Toullec C. P. 46, 197
Touloupas C. P. 213
Toure O. P. 282, 398
Tournier Q. P. 406, 454, 456
Tournigand C. P. 59
Tout I. P. 80
Trad D. P. 215, 265, 353, 434
Trad N. P. 278, 281, 339, 346, 347, 351, 355, 367

Tran C. P. 3
Trang-Poisson C. P. 33
Tran-Minh M.L. P. 39
Treton X. P. 42, 126, 158, 400, 439
Triantafyllou K. P. 34
Tribillon E. P. 51
Trihan C. P. 174
Tripon S. P. 8
Trope S. P. 459
Trottein L. P. 369
Trouillet-Assant S. P. 403
Trouilloud I. P. 180, 193
Truant S. P. 53, 55
Truchi R. P. 3
Truong D.T. P. 235
Trystram N. P. 51
Tselikas L. P. 163, 177
Tsuji K. P. 125
Tual A. P. 70
Tuech J.J. P. 123
Tumino R. P. 23
Turck D. P. 88, 89, 91
Turettes Laventure C. P. 461
Turini O. P. 255
Turlin B. P. 234
Turpin A. P. 16, 49, 53, 124, 136, 139, 173, 175, 188, 193
Turrini O. P. 179, 384
Tylesinski A. P. 57
Tyrode G. P. 73
Tzedakis S. P. 20, 128, 140, 169, 386

U

Uguen T. P. 22, 120, 121, 122
Ursic Bedoya J. P. 28, 120
Uzan J. P. 235, 250
Uzzan M. P. 39, 43, 75, 126, 157, 400

V

Vaillant J.N. P. 190
Valats J.C. P. 92, 249
Valeille K. P. 66
Valerius A. P. 55
Valéry A. P. 79
Valéry M. P. 169, 170, 177, 188, 199, 381
Valette E. P. 102
Valle J. P. 17
Vallin M. P. 25
Vallot A. P. 113
Van G.M. P. 499
Van Beneden K. P. 443
Van Cutsem E. P. 44, 189, 199
Van Den Heede M. P. 80
Van Hoek P. P. 443
Van Laethem J.L. P. 21, 47
Vanbiervliet G. P. 64, 92, 95, 106, 107, 110, 128, 143, 244
Vandier C. P. 203
Vanelslander P. P. 100
Vauquelin B. P. 11
Vaysse B. P. 342
Veiga P. P. 66
Vendrely V. P. 16, 99, 138, 167, 179
Venezia F. P. 154, 288
Venot C. P. 409
Venturin C. P. 402
Verbruggen N. P. 443
Verdier M. P. 128
Verdier V. P. 263
Vergeau A.P. P. 392
Vergnolle N. P. 497
Verkindt H. P. 248
Vermeire S. P. 156, 439, 443, 445
Vernerey D. P. 47, 73, 165, 387
Vernon V. P. 263
Vesikari T. P. 81
Veyrard P. P. 406, 454, 456
Vibet M.A. P. 159
Vidon M. P. 73, 338
Vienne A. P. 59, 85, 144, 241
Vienot A. P. 127
Vieujean S. P. 31, 88
Vignal L. P. 67
Vignette J. P. 98
Vignon K.R. P. 297
Viguier M. P. 157
Vilgrain V. P. 70, 150
Villain C. P. 70
Villeret F. P. 26
Villoutreix B. P. 52
Vilmann P. P. 21

Vinson M. P. 145
Vionnet J. P. 114
Visée C. P. 99
Vitellius C. P. 202
Vitte R.L. P. 126
Vitton V. P. 13, 82, 101, 150, 160, 470
Vogel A. P. 17, 121
Voron T. P. 128, 140, 182, 456
Vuitton L. P. 38, 42, 43, 55, 73, 74, 106, 244, 258, 439
Vullierme M.P. P. 51, 55
Vuola S. P. 381

W

Waeckel L. P. 452
Wagner M. P. 113, 324, 327, 336
Wallace K. P. 38, 440
Wallenhorst T. P. 14, 48, 56, 60, 62, 84, 96, 105, 106, 108, 110, 128, 142, 189, 233, 242, 259
Wallyn M. P. 331
Walter T. P. 14, 97, 105, 171, 172, 181
Wampach A. P. 329, 338
Wangermez M. P. 64, 92, 128
Wang-Renault S. P. 496
Wasan H. P. 189, 199
Wassi A. P. 209
Watanabe M. P. 445
Wauters L. P. 362
Wei A.C. P. 124
Weiderpass E. P. 23
Weil D. P. 115
Weill A. P. 72, 127
Weiss E. P. 150
Weiss S. P. 61
Welson J. P. 231
West R. P. 127
Westhovens R. P. 443
Wetzel A. P. 114
Williet N. P. 53, 92, 95, 119, 127, 406, 454
Willot S. P. 123
Wils P. P. 88, 89, 91, 248, 401
Wind P. P. 138
Winkler J. P. 64, 197, 254
Wintzer-Wehekind L. P. 107
Wissal H. P. 211, 212
Witteman B. P. 127
Wolf B. P. 137
Wolf T. P. 75
Wong A. P. 125
Wurm Johansson G. P. 24
Wyrwicz L. P. 18, 44, 121, 163, 164

X

Xiao W. P. 496, 498
Xu J. P. 163
Xu-Vuillard A. P. 170, 199

Y

Yacoub H. P. 224, 232, 341, 343, 352
Yaeger R. P. 189, 199
Yaghi C. P. 328, 418
Yahiaoui F. P. 214
Yakoubi M. P. 183, 272, 277, 284, 292, 299, 346, 349, 354, 479, 483, 485, 495
Yamaguchi K. P. 18, 164
Yao X. P. 40, 439
Yazbeck S. P. 498
Yim H.J. P. 125
Yoshino T. P. 189, 199
Youssfi A. P. 299
Ysmail-Dahlouk S. P. 100, 214
Yssaad D. P. 365
Yuen M.F. P. 125
Yzet C. P. 12, 56, 62, 84, 105, 106, 108, 110, 142, 154, 233, 253, 259, 383, 405
Yzet T. P. 253, 263, 383

Z

Zaanan A. P. 15, 136, 165, 175, 496
Zahmoul T. P. 213
Zahraoui S. P. 299, 393
Zaimi Y. P. 208, 264, 278, 281, 287, 334, 339, 345, 347, 351, 355, 367, 369
Zakhama M. P. 186, 270, 296, 419, 467
Zambrano J. P. 158
Zanditenas D. P. 79, 329
Zaouga S. P. 273, 419, 467
Zaoui A. P. 437
Zapata E. P. 344
Zarca K. P. 125
Zattara H. P. 197
Zazour A. P. 305, 308, 320, 394, 397, 485
Zeevaert J.B. P. 56, 62
Zeghondy J. P. 177
Zeitoun J.D. P. 100
Zemmouchi S. P. 344
Zemmour C. P. 255
Zerbib F. P. 10, 11, 101
Zerbib P. P. 123
Zgheib R. P. 6
Zhang H. P. 447
Zhang T. P. 121
Zhang X. P. 189, 199
Zhang Y. P. 158
Zhao S. P. 51
Zhong P. P. 105
Zhou Q. P. 58, 440
Zhou W. P. 40, 439, 447
Zhu A.X. P. 121
Zine El Abidine F. P. 270, 296, 419, 458, 466
Zins M. P. 213
Zmerli R. P. 345, 347, 417, 428, 433
Zoppi J. P. 357
Zou G. P. 127
Zouaoui M. P. 287, 288, 293, 492, 494
Zougmoré H. P. 4, 7, 148, 329
Zouiten L. P. 221, 227, 229, 230, 471
Zrihen E. P. 288