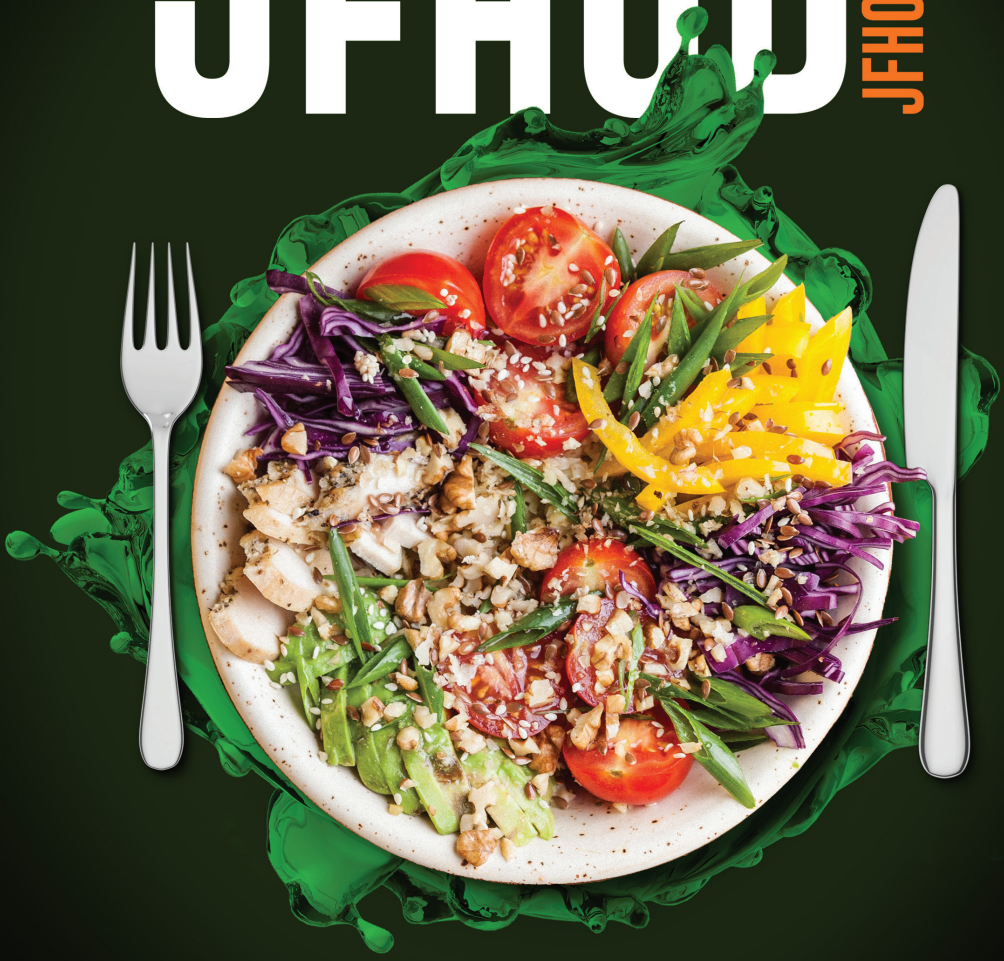
JOURNÉES FRANCOPHONES D'HÉPATO-GASTROENTÉROLOGIE ET D'ONCOLOGIE DIGESTIVE

JFHOD

JFHOD.COM

LIVRE DES RÉSUMÉS



L'alimentation

PAYS INVITÉ : La Tunisie

Société Nationale Française de Gastro-Entérologie
SNFGE

14-17 MARS 2024 - PALAIS DES CONGRÈS DE **PARIS**

FMC HGE

ACHBT · AFEF · CFP · CHDH · FFCD · GERCOR · GETAID · GFHGHP · GFNG · FSD · SFED · SIAD · SNFCP Coelo-Proctologie · unicancer

Menu

RÉSUMÉS DU **JEUDI 14** MARS

Communications orales : CO.001 à CO.031 — Page **3**
Communications orales en plénière : CO.032 à CO.036 — Page **26**
Communications orales : CO.037 à CO.046 — Page **31**
Vidéo-session : V.001 à V.008 — Page **39**

RÉSUMÉS DU **VENDREDI 15** MARS

Communications orales : CO.047 à CO.079 — Page **44**
Communications orales en plénière : CO.080 à CO.083 — Page **69**
Communications orales : CO.084 à CO.127 — Page **72**

RÉSUMÉS DU **SAMEDI 16** MARS

Communications orales : CO.128 à CO.143 — Page **110**
Communications orales en plénière : CO.144 à CO.148 — Page **123**
Communications orales : CO.149 à CO.172 — Page **127**

RÉSUMÉS DU **DIMANCHE 17** MARS

Communications orales : CO.173 à CO.180 — Page **148**
Communications orales en plénière : CO.181 à CO.186 — Page **153**

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

Meilleurs posters : P.001 à P.099 — Page **160**
Posters : P.100 à P.438 — Page **234**

INDEX DES **AUTEURS**

Page **437**

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

JFHOD

JFHOD.COM



Jeudi

14 MARS

COD

Evaluation prospective de la performance de l'outil CONECCT pour la prédiction histologique et le choix thérapeutique devant une lésion colorectale : Pro-CONECCT

M. Pioche [(1)], J. Jacques [(2)], T. Wallenhorst [(3)], P. Lafeuille [(1)], F. Rostain [(1)], T. Ponchon [(1)], J. Rivory [(1)]
(1) Lyon ; (2) Limoges ; (3) Rennes.

Introduction : La caractérisation endoscopique des lésions néoplasiques colorectales est un élément clef pour prédire l'histologie et choisir le type de résection le plus adapté. Six classifications sont nécessaires pour caractériser complètement les différentes lésions colorectales. Cependant, il est difficile d'utiliser autant d'outils de diagnostic avec de nombreuses sous-catégories dans les 6 classifications existantes. C'est la raison pour laquelle nous avons intégré tous les critères validés des 6 classifications existantes dans un seul et même tableau (tableau CONECCT) permettant à la fois de prédire l'histologie et de proposer une stratégie thérapeutique adaptée. Une étude prospective et multicentrique incluant tous les internes de gastroentérologie Français a été faite pour montrer l'intérêt pédagogique de cet outil. Chaque étudiant a été missionné pour analyser 20 dossiers photos de lésions avant et après un cours exposant le tableau CONECCT. Cela nous a permis de constater, que cet outil améliore significativement la prédiction histologique et le choix thérapeutique des internes et des gastroentérologues français. Maintenant que l'intérêt pédagogique de cet outil est démontré, nous souhaitons réaliser une évaluation prospective à grande échelle pour évaluer la performance (qualité) diagnostique de cet outil, afin de simplifier la caractérisation endoscopique et permettre une bonne prise en charge diagnostique et thérapeutique pour chaque type de lésions colorectales.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude prospective, non randomisée et monocentrique d'évaluation de performances diagnostiques de la classification CONECCT avec pour objectifs principal l'évaluation de la concordance entre la prédiction endoscopique avec CONECCT évaluée par l'opérateur du centre comparée à l'histologie définitive de la lésion : CONECCT 0E : tumeur endocrine sur l'histologie, CONECCT IH : polype hyperplasique, CONECCT IS : lésion festonnée sessile avec ou sans dysplasie, CONECCT IIA : adénome en dysplasie de bas ou de haut grade, CONECCT IIC : adénome en dysplasie de bas ou de haut grade ou adénocarcinome intra-muqueux ou sous-muqueux < 1000 microns, CONECCT IIC+ :dénocarcinome intra-muqueux ou sous-muqueux quelle que soit la profondeur, CONECCT III : adénocarcinome invasif profond > 1000 microns dans la sous-muqueuse. Les critères secondaires d'évaluation sont Sensibilité, spécificité, valeur prédictive positive et négative de la classification CONECCT évaluée par l'opérateur du centre vis-à-vis des 6 types de lésions néoplasiques colorectales (0E, IH, IS, IIA, IIC et III) et comparaison de ces performances face à la classification JNET. Le calcul d'effectif était de 750 lésions avec histologie disponible pour couvrir les 6 sous classes de lésions.

Résultats : 482 patients avec 898 lésions ont été inclus dont 10 classées CONECCT 0E, 57 IH, 116 IS, 362 IIA, 280 IIC, 36 IIC+, 34 III. Les performances diagnostiques sont présentés en figure. La concordance entre CONECCT et l'histologie définitive était de 91.46% avec un kappa à 0.90. La VPP de CONECCT III pour le cancer invasif profond était de 65.5% contre 54% pour JNET. La VPN de CONECCT pour le cancer sous muqueux était de 99.6% pour les sous muqueux superficiels que ne séparaient pas JNET et Nice. L'adéquation du traitement avec la stratégie CONECCT était de 91.1% contre 77% pour JNET et 71% pour NICE.

Discussion : La classification CONECCT est la seule disponible couvrant les festonnées, les tumeurs neuroendocrines et la différeniation entre lésions trèes superficielles, borderlines et profondes. Elle donne de ce fait la meilleure adéquation de traitement en terme de résultats suffisants sur le plan carcinologique avec un profil de risque minimale (résection endoscopique des tumeurs superficielles, chirurgie des cancers profonds ou avec critères péjoratifs.

PERFORMANCES DIAGNOSTIQUES

Sensibilité

Conecct

Histologie définitive (résection ou biopsie)	NE N = 5	Hyper N = 56	Fest N = 96	Dysp N = 498	Intra N = 83	Sous sup N = 10	Sous pro N = 17	Sous pro prj N = 24	Profond N = 19
sensibilite									
1	5 (100.0%)	37 (66.1%)	83 (86.5%)	298 (59.8%)	80 (96.4%)	8 (80.0%)	7 (41.2%)	15 (62.5%)	19 (100.0%)
95% CI	[47.8%, 100.0%]	[52.2%, 78.2%]	[78.0%, 92.6%]	[55.4%, 64.2%]	[89.8%, 99.2%]	[44.4%, 97.5%]	[18.4%, 67.1%]	[40.6%, 81.2%]	[82.4%, 100.0%]
(col %)	N = 5	N = 56	N = 96	N = 498	N = 83	N = 10	N = 17	N = 24	N = 19

Nice

Histologie définitive (résection ou biopsie)	NE N = 5	Hyper N = 56	Fest N = 97	Dysp N = 498	Intra N = 83	Sous sup N = 10	Sous pro N = 17	Sous pro prj N = 24	Profond N = 19
nice_sensibilite									
1	0 (NaN%)	52 (92.9%)	83 (85.6%)	473 (95.0%)	74 (89.2%)	8 (80.0%)	10 (58.8%)	15 (62.5%)	18 (94.7%)
95% CI	[, NaN%, NaN%]	[82.7%, 98.0%]	[77.0%, 91.9%]	[92.7%, 96.7%]	[80.4%, 94.9%]	[44.4%, 97.5%]	[32.9%, 81.6%]	[40.6%, 81.2%]	[74.0%, 99.9%]
(col %)	N = 0	N = 56	N = 97	N = 498	N = 83	N = 10	N = 17	N = 24	N = 19

JNET

Histologie définitive (résection ou biopsie)	NE N = 5	Hyper N = 56	Fest N = 97	Dysp N = 498	Intra N = 83	Sous sup N = 10	Sous pro N = 17	Sous pro prj N = 24	Profond N = 19
jnet_sensibilite									
1	0 (NaN%)	52 (92.9%)	83 (85.6%)	480 (96.4%)	74 (89.2%)	8 (80.0%)	5 (29.4%)	15 (62.5%)	19 (100.0%)
95% CI	[, NaN%, NaN%]	[82.7%, 98.0%]	[77.0%, 91.9%]	[94.3%, 97.8%]	[80.4%, 94.9%]	[44.4%, 97.5%]	[10.3%, 56.0%]	[40.6%, 81.2%]	[82.4%, 100.0%]
(col %)	N = 0	N = 56	N = 97	N = 498	N = 83	N = 10	N = 17	N = 24	N = 19

KYRS — Advanced Excel 1 — Sheet 19 sur 20

Conclusion : Dans cette étude prospective monocentrique, la classification CONECCT présente des profils de sensisbilite, spécificité, VPN et VPP supérieurs ou équivalents à NICE et JNET mais avec une meilleure adquation de traitement lorsqu'elle est utilisée comme guide stratégique. Les données complémentaires de concordance interobservateurs sont en cours d'analyse.

C002

La classification JNET suffit-elle pour évaluer le risque de cancer sous-muqueux des lésions colorectales superficielles de grande taille ? Analyse d'une cohorte prospective

C. Gabriel [1], J. Albouys [1], R. Legros [1], M. Dahan [2], H. Lepetit [1], C. Brulé [1], S. Geyl [1], V. Valgueblasse [1], R. Collin [1], L. Alfarone [3], P. Leclercq [4], J.B. Zeevaert [4], M. Pioche [5], J. Jacques [1]

(1) Limoges ; (2) Bordeaux ; (3) Milan, ITALIE ; (4) Liège, BELGIQUE ; (5) Lyon.

Introduction : La caractérisation endoscopique vise à prédire l'histologie d'une lésion et, par conséquent, évalue le risque de cancer T1. Cette étape de caractérisation est essentielle, notamment dans le cas des lésions colorectales superficielles de grande taille, car le choix de la technique de résection en dépend directement.
La classification JNET (Japan NBI Expert Team) est la classification proposée par les guidelines européennes et japonaises pour déterminer l'approche thérapeutique optimale (mucosectomie fragmentée, dissection sous-muqueuse ou chirurgie). Cependant, elle n'a pas été évaluée dans les grandes lésions d'extension latérale (LST), pour lesquelles le choix de la prise en charge peut avoir des conséquences importantes, avec un risque de sous-traiter ou sur-traiter une lésion présentant du cancer sous-muqueux superficiel.
Nous avons donc évalué les performances diagnostiques de la classification JNET pour évaluer le risque de cancer sous-muqueux des lésions colorectales superficielles de grande taille.

Patients et Méthodes : Étude observationnelle prospective monocentrique incluant tous les patients adressés au CHU, entre janvier 2017 et décembre 2022, pour une résection endoscopique de lésions de plus de 20 mm.
L'ensemble des pièces anatomopathologiques des LST contenant du cancer T1 ont bénéficié par la suite d'une double lecture anatomopathologique pour déterminer les liens entre cancers dits « cachés » (cancer T1 classé JNET 2A) et les cancers dits « enfouis » (cancer T1 dont le foyer de cancer était situé à plus de 500 microns de la surface).
L'objectif principal était la précision diagnostique de la classification JNET pour la prédiction histologique des grandes LST (> 20 mm).
Les objectifs secondaires étaient de comparer la performance combinée de la classification JNET à la classification CONECCT, et d'évaluer les liens potentiels entre cancers cachés et cancers enfouis

Résultats : 972 lésions réséquées par ESD, dont 110 (11,3%) présentant une invasion au moins sous-muqueuse ont été analysées.
La sensibilité, spécificité, valeur prédictive positive (VPP), valeur prédictive négative (VPN) et taux de faux négatifs (TPN) étaient respectivement de 46%, 75%, 61%, 62% et 54% pour JNET 2B, et de 87%, 38%, 55%, 78% et 13% pour CONECCT IIC pour prédire à la fois de la dysplasie de haut grade au SMIC (submucosal invasive cancer) superficiel, et étaient de 67%, 67%, 10%, 97% et 33% pour JNET 2B, et de 97%, 27%, 14%, 99% et 3% pour prédire le SMIC superficiel.
La sensibilité de CONECCT IIC était significativement supérieure à la sensibilité de JNET pour prédire à la fois de la DHG au SMIC superficiel (46% vs 87% ; $p < 0,001$) et pour prédire le cancer superficiel isolé (67% vs 97% ; $p < 0,0001$).
La spécificité de CONECCT IIC était significativement supérieure à la sensibilité de JNET pour prédire à la fois de la DHG au SMIC superficiel (75% vs 38% ; $p < 0,001$) et pour prédire le cancer superficiel isolé (67% vs 27% ; $p < 0,0001$).
Aucun lien n'a été identifié entre le carcinome caché (cancer sous-muqueux sans anomalie délimitée visible lors du diagnostic optique = JNET 2A) et le carcinome enfoui (présence de SMIC à plus de 500 microns de la surface où seules des cellules non tumorales sont identifiées (DBG ou DHG)).

Conclusion : La classification JNET a une faible précision diagnostique pour prédire le risque de cancer sous-muqueux pour les grandes LST.
Si l'objectif est d'éviter le moindre sous-traitement de cancer superficiel par mucosectomie piecemeal, la classification CONECCT doit être utilisée.
Si l'objectif est de limiter drastiquement le nombre de dissection sous-muqueuse aux lésions les plus à risque, la classification JNET manquera 33% de ceux-ci.
Par conséquence, d'autres outils doivent être développés, tels que des outils d'intelligence artificielle, pour aider les cliniciens dans leur prise de décision dans ces situations difficiles.

C-003

Dissection sous-muqueuse avec traction adaptative : première étude prospective multicentrique

J. Grimaldi [1], L.J. Masgnaux [1], J. Rivory [1], R. Legros [2], T. Wallenhorst [3], J. Jacques [2], M. Pioche [1]

(1) Lyon ; (2) Limoges ; (3) Rennes.

Introduction : La traction s'est imposée comme la stratégie de référence pour la pratique de la dissection sous-muqueuse au niveau colo-rectal. Une de ses principales limites reste le fait que le pouvoir de traction décroit au fur et à mesure de l'avancée de la dissection. Le dispositif de traction ATRACT permet, grâce à un système de poulie, de pouvoir augmenter le pouvoir de traction au cours du geste, de manière à le rendre plus simple et plus rapide. Une étude rétrospective de 54 cas a mis en évidence des résultats intéressants en terme d'efficacité et de sécurité dans l'ensemble du tube digestif.
Nous avons voulu confirmer ces premiers résultats par une étude prospective de résections de lésions colo-rectales mesurant 4 à 10 cm, dans des localisations conventionnelles (pas de lésions récidivantes, appendiculaires, de la valvule iléo-caecale, au contact de la ligne pectinée ou mesurant plus de 2/3 de la circonférence).

Patients et Méthodes : Dans cette étude prospective multicentrique, 5 opérateurs expérimentés de 3 centres différents ont réalisé chacun 10 procédures en utilisant de manière consécutive le dispositif ATRACT pour toutes les dissections sous-muqueuses colo-rectales conventionnelles mesurant entre 4 et 10 cm.
Le dispositif de traction ATRACT utilisé comportait 2 boucles actives et 2 boucles libres (ATRACT 2+2) et était fabriqué manuellement.

Résultats : Entre novembre 2022 et avril 2023, 50 résections ont été réalisées chez 49 patients. Les lésions étaient localisées dans le colon pour 84% d'entre elles et dans le rectum pour 16%. Le serrage du dispositif a été utilisé dans 72% des procédures.
En moyenne, le grand axe des lésions mesurait 66.6 mm et leur surface était de 3066 mm². Le temps opératoire moyen était de 55.2 minutes, résultant en une vitesse de résection moyenne de 61.38 mm²/min.
Le taux de résections en bloc et R0 était respectivement de 100% et 98 %. Les résections étaient curatives dans 94% des cas.
4 perforations (8%) sont survenues, toutes refermées endoscopiquement sans nécessité de chirurgie. 1 cas d'hémorragie retardée (2%) a été constaté.
Dans 10 cas (20%) le dispositif ATRACT a connu une défaillance technique sans que cela n'empêche la fin de la procédure (dans 6 cas le serrage du dispositif n'a pas été possible et dans 4 cas un ou plusieurs clips ont lâché).

Discussion : Il s'agit à ce jour de la série montrant les vitesses de résection les plus élevées dans la littérature concernant la dissection sous-muqueuse colo-rectale. A titre de comparaison, Yamamoto et al ont rapporté une vitesse de 23.5 mm²/min en utilisant la stratégie de « pocket », et Bordillon et al une vitesse de 39.1 mm²/min avec la technique de double-clip et élastique. Ces résultats devront être confirmés dans de plus amples séries, et dans des centres non experts.

Conclusion : La stratégie de traction adaptative en dissection sous-muqueuse, via l'exposition optimale de la sous-muqueuse tout au long de la procédure, semble apporter un bénéficie important et terme d'efficacité et de sécurité. Cette stratégie pourrait notamment contribuer à réduire significativement la différence de temps opératoire entre dissection sous-muqueuse et mucosectomie.

C-004

Impact et facteurs de risque des perforations colorectales lors des dissections sous-muqueuses endoscopiques au sein d'une large cohorte prospective de 3 770 patients

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

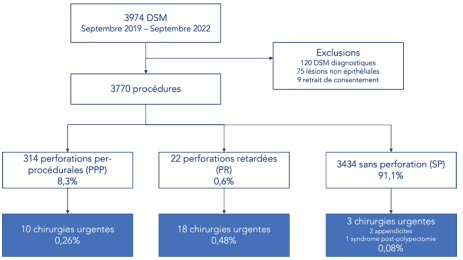
(1) Nancy ; (2) Lyon ; (3) Rennes ; (4) Dijon ; (5) Paris ; (6) Bordeaux ; (7) Liège, BELGIQUE ; (8) Nantes ; (9) Angers ; (10) Limoges ; (11) Amiens ; (12) Lille ; (13) Milan, ITALIE.

Introduction : La dissection sous-muqueuse (DSM) peine à s'imposer à l'échelle européenne comme technique de référence de résection des larges lésions colorectales, en raison des craintes sur le taux de complication présumé supérieur à la mucosectomie fragmentée, en particulier le taux de perforation. L'objectif de cette étude était donc d'évaluer l'impact clinique et la prise en charge des perforations survenant lors ou au décours d'une dissection sous muqueuse endoscopique colorectale.

Patients et Méthodes : Tous les patients traités par DSM de la cohorte multicentrique prospective FECCO (French Colorectal ESD Cohort in Experts Centers, NCT04592003) ont été inclus entre septembre 2019 et septembre 2022 dans 13 centres. Les DSM réalisées pour des lésions sous muqueuses et les DSM diagnostiques (signes évidents d'infiltration sous muqueuse profonde) ont été exclues. La perforation per-procédurale était définie par l'exposition de l'espace péritonéal secondaire à un défect de la musculeuse (catégories IV et V de la classification de Sydney [1]) et la perforation retardée (PR) par une douleur abdominale avec présence de gaz extra-digestif ou d'une péritonite au scanner ou lors d'une exploration chirurgicale, sans perforation per-procédurale, survenant dans les 30 jours après la DSM. Le critère de jugement principal était le succès du traitement conservateur des PPP et les objectifs secondaires incluaient la description de la gestion des perforation, l'évaluation des facteurs de risque de PPP et de DP et les facteurs de risques de chirurgie après PPP.

Résultats : Sur 3770 DSM colorectales (taille moyenne 54,8 ±26,0 mm, dont n = 2353 [62,4] lésions coliques), 336 (8,9%) perforations sont survenues, majoritairement (n = 314, 8,3%) des PPP ainsi que 22 (0,6%) PR. Le traitement conservateur était efficace dans 304/314 PPP (96,8%). Dans le groupe PR, n = 18/22 (81,8%) des patients ont nécessité une chirurgie. Au total, le taux de chirurgie pour complication était de 0,8%. Parmi les patients nécessitant une chirurgie, 4/10 (40%) du groupe PPP et 7/18 (38,9%) du groupe DP ont eu une stomie. Il n'y a pas eu de décès secondaires à une perforation. Un seul patient (n = 1/1421 ; 0,1%) a été opéré après DSM rectale. La durée médiane d'hospitalisation dans le groupe PPP (2 jours (IQR 1-3) était légèrement augmentée comparativement aux patients sans perforation (SP) (2 jours (IQR 1-3) (p < 0,001). 13 patients du groupe PPP et 7 patients du groupe PR ont été réhospitalisés (total n = 20/3770 ; 0,5%). Les 15 autres PR sont survenues pendant l'hospitalisation initiale.
Après PPP, 205 (65,3%) patients recevaient une antibiothérapie pendant plus de 2 jours et 48 (15,6%) étaient traités moins de 48h. La taille médiane des perforations était 3 mm (IQR 1,0-9,8) et la fermeture était réalisée par clips TTS dans 261/314 cas (83,1%), avec une médiane de 3 clips. Parmi 94 perforations rectales, 20 (21,3%) n'ont pas été refermées. 35 pneumopéritoines ont été observés dont 30 nécessitant une exsufflation (9,9%).
Les lésions du groupe perforation (PPP et PR) étaient plus larges (60,6 ±31,5 mm) que le groupe SP (54,2 ±25,3 mm) (p=0,001) et plus fréquemment coliques (p < 0,001), plus fibreuses (p < 0,001), plus vascularisées (p = 0,016) et avec

une moins bonne manoeuvrabilité (p < 0,001) entraînant des résultats légèrement moins performants avec diminution de la vitesse (27,1 ±21,0 mm²/min vs 35,1 ±24,3 mm²/min, p < 0,0001), du taux de résection R0 (73,5% vs 88,6%, p<0,001) et curative (71,1% vs 84,9%, p < 0,001).
En analyse multivariée, les facteurs de risques de PPP étaient un antécédent de résection de la lésion (OR 1,94 [1,35-2,78]), une localisation colique distale (OR 1,55 [1,12-2,13]), une taille ³ 50 mm (OR 1,55 [1,18-2,03]), une mauvaise manoeuvrabilité (OR 1,85 [1,41-2,44]) et une fibrose sévère (OR 4,39 [3,15-6,11]). Toutes (n = 10/10) les PPP opérées étaient après DSM coliques, et une perforation ³ 5 mm (OR 8,94 [1,05-76,49]), une douleur post-DSM (OR 26,64 [3,32-213,77] et une fièvre post-DSM (OR 9,53 [2,39-37,96]) étaient des facteurs de risque de chirurgie (analyse univariée).
Seules une localisation colique proximale (OR 1,94 [1,35-2,78]) et une fibrose sévère (OR 5,28 [1,68-16,64]) étaient identifiées comme facteurs de risque des PR (analyse univariée)



Conclusion : La plupart des PPP peut être traitée de façon conservatrice avec une courte surveillance hospitalière. La chirurgie après perforation est rare, mais peu de facteurs de risque de PR sont identifiés nécessitant une information claire des patients sur les bénéfices et les risques de la DSM.

[C10]

Valeur du « green sign » et du « chicken skin » pour prédire la malignité des néoplasies colorectales dans une étude prospective de caractérisation

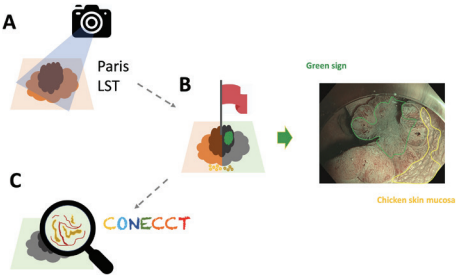
P. Lafeuille [(1)], J. Rivory [(1)], A. Lupu [(1)], F. Rostain [(1)], J. Jacques [(2)], T. Wallenhorst [(3)], A. Bartoli [(4)], S. Torti [(5)], T. Fenouil [(1)], F. Moll [(1)], F. Subtil [(1)], M. Pioche [(1)]

(1) Lyon ; (2) Limoges ; (3) Rennes ; (4) Clermont-Ferrand ; (5) Vichy.

Introduction : La caractérisation endoscopique précise des lésions colorectales est essentielle pour prédire l'histologie, mais elle est difficile même pour les experts [1]. Des critères plus simples tels qu'une zone de couleur verte ou « green sign » en chromoendoscopie virtuelle [2] ou un aspect de « peau de poulet » ou « chicken skin » entourant les lésions [3] pourraient permettre aux endoscopistes de détecter et de prédire plus facilement leur malignité. Nous avons étudié la valeur du « green sign » et du « chicken skin » dans la prédiction d'une histologie plus péjorative des lésions colorectales.

Patients et Méthodes : Nous avons mené une étude prospective pour caractériser toutes les lésions colorectales consécutives (étude PROCONECCT), soit détectées lors du dépistage, soit référées pour des résections endoscopiques. La gravité de l'histologie des lésions colorectales a été évaluée en fonction de la présence du « green sign » et du « chicken skin ».

Résultats : Parmi les 461 patients présentant 803 lésions colorectales réséquées par endoscopie, le « green sign » était décrit dans 8,6 % (43/498) des adénomes, 31,3 % (26/83) des adénocarcinomes intramuqueux, 80 % (8/10) des adénocarcinomes sous-muqueux superficiels, 75,6 % (31/41) des adénocarcinomes sous-muqueux profonds et 94,7 % (18/19) des cancers T2-T3. Ajusté sur la classification CONECCT, le « green sign » était associé à un risque d'histologie plus sévère (OR = 2,48 [1,45-4,25], p-value <0,001) (ajusté sur le « chicken skin »), contrairement au « chicken skin » (OR = 1,31 [0,78-2,18], p-value = 0,306) (ajusté sur le « green sign »).



Conclusion : Une zone de couleur verte en chromoendoscopie virtuelle pourrait prédire l'histologie péjorative des lésions colorectales. Cibler ces zones avant d'analyser précisément la lésion pourrait être un moyen d'améliorer la détection des tumeurs avec malignité focale et la prédiction de l'histologie la plus défavorable.

Les lésions sous-muqueuses du côlon ne nécessitent pas toujours une résection endoscopique en bloc R0

P. Lafeuille [1], S. Leblanc [1], B. Hamel [2], R. Legros [3], J. Jacques [3], M. Barret [4], J. Leroux [5], V. Lepilliez [1], T. Wallenhorst [6], D.J. Ouizeman [7], C. Fortier-Beaulieu [7], A. Debourdeau [8], F. Subtil [1], T. Fenouil [1], A. Lupu [1], F. Rostain [1], J. Rivory [1], M. Pioche [1]

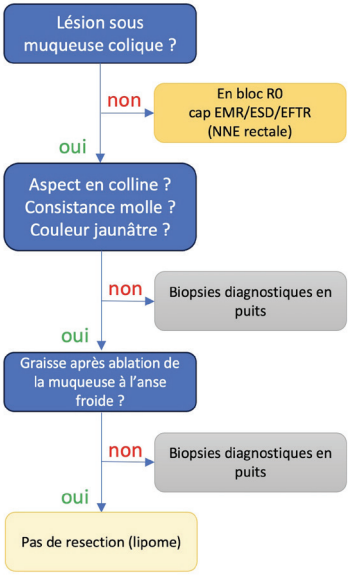
(1) Lyon ; (2) Villefranche-sur-Saône ; (3) Limoges ; (4) Paris ; (5) Rouen ; (6) Rennes ; (7) Nice ; (8) Montpellier.

Introduction : Les lésions sous muqueuses du colon sont beaucoup plus rares que celles situées dans le rectum [1] et leur technique de résection a été peu étudiée. Basée sur celle des lésions rectales, elle vise le plus souvent une résection en bloc R0, mais sans preuve formelle d'efficacité. Par conséquent, la question de savoir si ces techniques exigeantes (ESD, EFTR) et non dénuées de risques devraient être utilisées pour traiter les lésions sous-muqueuses du côlon reste incertaine à ce jour et nécessite des investigations supplémentaires.

Patients et Méthodes : Nous avons mené une étude rétrospective internationale entre janvier 2012 et mai 2023 en recueillant toutes les lésions sous muqueuses coliques avec histologie confirmée par résection ou biopsie. Nous avons évalué la proportion de lésions correctement prises en charge par l'endoscopie, de sorte que la technique de résection proposée offrait un niveau de qualité de résection carcinologique adapté à l'histologie définitive de la lésion.

Résultats : L'étude comprenait 78 patients avec 81 lésions sous muqueuses coliques, répartis dans 11 centres européens. La taille moyenne des lésions était de 15,0 mm et 55,6% (45/81) étaient situées au-delà de l'angle droit. Les techniques de résections utilisées comprenaient 19,8% (16/81) de résections à l'anse froide, 33,3% (27/81) de mucosectomies conventionnelles, une mucosectomie sous l'eau, 24,7% (20/81) de dissections sous muqueuses, deux dissections hydrides et 13,6% (11/81) de résections EFTR. Les complications immédiates comprenaient 2,5% (2/81) de perforations, et il n'y avait aucune complication retardée. L'étude comprenait 60,5% (49/81) de résections en bloc R0 et 9,8% (8/81) de biopsies. L'histologie retrouvait 92,6% (75/81) de lésions bénignes (dont un hamartome), une GIST, deux néoplasies neuroendocrines, un lymphome et un léïomyosarcome. Les résections utilisées étaient curatives dans 3,7% (3/81) des cas, elles ne l'étaient pas dans 3,7% (3/81) des cas et aucune résection n'était nécessaire dans 91,4% (74/81) des cas.

Conclusion : L'objectif de la résection en bloc R0 des lésions sous-muqueuses du côlon était une technique appropriée dans 7,4% des cas. Nous proposons une nouvelle approche thérapeutique pour les lésions sous-muqueuses coliques, comportant l'utilisation en 1ère intention d'une technique de diagnostic histologique peu risquée et peu coûteuse (biopsie ou anse froide) suivie dans un 2ème temps d'une technique plus avancée (ESD, EFTR) sur la cicatrice en cas de résultat histologique péjoratif. D'autres études sont nécessaires pour évaluer cette stratégie, ainsi que la meilleure technique pour obtenir une preuve histologique entre la biopsie et l'anse froide.



C 007

Risque d'hémorragie retardé après une ESD colorectale : développement d'un score prédictif

S. Boukechiche [1], J. Albouys [1], S. Montori [2], E. Albeniz [2], G. Vidal [1], R. Legros [1], M. Dahan [1], H. Lepetit [1], M. Pioche [3], M. Schaefer [4], S. Geyl [1], P. Carrier [1], V. Loustaud-Ratti [1], C. Brulé [1], R. Rodrigues [1], M. Enguita-Germán [2], J. Jacques [1]

(1) Limoges ; (2) Pampelune, ESPAGNE ; (3) Lyon ; (4) Nancy.

Introduction : La dissection sous-muqueuse endoscopique (ESD) permet la résection en bloc des grandes lésions colorectales superficielles, technique de plus en plus utilisée dans le monde occidental. Les saignements retardés cliniquement significatifs (STCS) sont un événement indésirable fréquent et parfois grave après une dissection sous-muqueuse endoscopique colorectale.
Peu de données sont disponibles sur la prédiction du risque et les facteurs de risque d'hémorragie retardée post-ESD ; celles qui sont disponibles proviennent uniquement d'études observationnelles asiatiques. Un score d'origine coréenne a été récemment publiée mais n'a jamais été validé ches des patients occidentaux. Nous avons réalisé une étude de cohorte monocentrique pour identifier les facteurs de risque d'hémorragie post-ESD colorectale, tester le modèle coréen dans une population occidentale et développé un nouveau système de notation pour prédire avec précision l'hémorragie post-ESD colorectale.

Patients et Méthodes : Nous avons analysé un registre prospectif de 940 ESD colorectales réalisées entre 2013 et 2022. Toutes les lésions coliques épithéliales traitées par ESD ont été incluses prospectivement et consécutivement. L'incidence des saignements a été évaluée jusqu'à 30 jours après le geste. Un ensemble de variables considérées comme liées à l'hémorragie retardée sur la base de critères cliniques (sexe, âge, taille des polypes, ASA, localisation des polypes, utilisation d'anticoagulants ou d'antiagrégants, résection en bloc, fermeture par clip, maladie rénale chronique et hypertension artérielle) ont été analysés en univarié. Les facteurs de risque d'hémorragie retardée significatifs en analyse univariée ($p < 0.2$) ont été évalués par régression logistique multivariée. Un modèle final a ensuite était créé à partir de l'analyse multivariée. Le modèle de prédiction coréen a été testé, et un nouveau modèle de prédiction du risque a été développé en attribuant des points selon les coefficients beta de l'analyse multivarié et a été validé en interne par méthode d'échantillonnage de type « bootstraping ».

Résultats : L'hémorragie retardée cliniquement significative est survenue chez 75 patients (7.98 %). L'âge moyen de la cohorte était de 69 ans. La lésion se situait dans le rectum dans 39.3 % cas. Le score de l'American Society of Anesthesiologists (ASA) était III ou IV chez 36.2 % des patients. 28.4 % des patients se sont vu prescrire un traitement anticoagulant ou antiagrégant. La taille moyenne des lésions était de 60.6 mm.
Le score coréen a donné de mauvais résultats dans notre cohorte, avec une courbe ROC de 0,567. En analyse multivariée, les facteurs de risque et les points attribués étaient l'âge ≥ 75 ans (OR, 1.60 ; IC 95 %, 0.95, 2.7 ; 1 point), l'utilisation d'antithrombotiques (OR, 1.72 ; IC 95 %, 1.01, 2.94 ; 1 point), la localisation rectale (OR, 1. 51 ; 95% CI, 0.92, 2.48 ; 1 point), taille > 50mm (OR, 3.63 ; 95% CI, 2.02, 7.14 ; 3 points), et score ASA III ou IV (OR, 2.26 ; 95% CI, 1.32, 3.92 ; 2 points). Nous avons donc établi un score selon le coefficient beta de chacun de ces éléments.
Le modèle a montré une bonne calibration et une bonne discrimination, avec une courbe ROC de 0.751 (IC 95 %, 0.690-0.812). Le score a été utilisé pour définir deux groupes de patients, ceux ayant un risque faible-moyen (0 à 4 points) et ceux ayant un risque élevé (5 à 8 points) de avec des taux de saignement retardés cliniquement significatifs respectifs de 4.1 % et 17.5 %.

Conclusion : Un score basé sur cinq variables pré-procédurales simples permet de prédire le risque d'hémorragie post dissection sous-muqueuse colorectale. Le risque d'hémorragie post dissection sous-muqueuse colorectale augmente avec le score de risque, avec une augmentation de 50 % du risque pour chaque augmentation de 1 point du score.
Après avoir été validé de manière indépendante, notre modèle de prédiction devrait être utilisé dans d'autres études sur le risque de saignement retardés, afin de permettre la comparaison des taux d'hémorragie retardée post dissection sous muqueuse.
Ce score permettra aussi, de fournir des informations individualisées aux patients avant l'intervention, d'optimiser la gestion des anticoagulants en fonction du risque individuel de saignement et d'identifier les patients qui bénéficieront de nouvelles stratégies de prévention de l'hémorragie retardée post dissection sous-muqueuse colorectale.

C008

Faisabilité, profil de sécurité et efficacité de la reprise par dissection sous-muqueuse endoscopique des tumeurs rectales superficielles récurrentes après microchirurgie transanale

A. Jaafar [1], J. Jacques [2], S. Leblanc [3], R. Legros [2], V. Lepilliez [3], A. Berger [4], E. Chabrun [5], Y. Le Baleur [6], M. Pioche [3], M. Barret [6], T. Wallenhorst [7], T. Degand [8], F. Corre [6], M. Schaefer [9], X. Dray [6]

(1) Caen ; (2) Limoges ; (3) Lyon ; (4) Bordeaux ; (5) Angers ; (6) Paris ; (7) Rennes ; (8) Dijon ; (9) Nancy.

Introduction : Les tumeurs rectales superficielles sont à faible risque d'envahissement ganglionnaires et sont éligibles à une résection locale par voie endoscopique ou chirurgicale selon les recommandations de l'ESGE (1,2).
Notre objectif était d'étudier la faisabilité, le profil de sécurité et l'efficacité de la dissection sous-muqueuse endoscopique (DSM) pour les tumeurs rectales superficielles récurrentes (résidus ou récidives) après microchirurgie transanale (TEM ou autres).

Patients et Méthodes : L'étude était rétrospective multicentrique (7 centres hospitaliers universitaires, 3 cliniques privées). Les DSM étaient réalisées entre juin 2016 et novembre 2022. Le critère de jugement principal était la récurrence lors du premier suivi endoscopique ; les critères de jugement secondaires étaient les caractères en bloc, R0 et curative des résections, et la survenue des évènements indésirables (hémorragie significative, perforation, infection).

Résultats : Les données de 58 patients étaient colligées, 42 patients étaient inclus. 60% des patients étaient des femmes. L'âge médian était de 70 ans (extrêmes 44-88, IQR 63-78). 71% des lésions étaient au bas rectum, 55 % atteignaient la ligne pectinée. 60% étaient des LST Granulaire, 33% étaient des lésions polypoïdes. 43% des lésions étaient Paris 0-IIa, 78% des lésions étaient SANO II, 48% des lésions étaient KUDO IV. La taille médiane était de 42 mm. Une fibrose sévère était constatée chez 81% des patients. La durée médiane de l'opération était de 60 minutes (extrêmes 10 - 270; IQR 36 - 94). La durée d'hospitalisation médiane était de 2 jours (extrêmes 0-5, IQR 1-2). Le taux de résection en bloc était de 93%, le taux de résection R0 était de 76 %, et le taux de résection curative était de 71 %. 3 lésions non adénomateuses, 36 lésions adénomateuses et 3 cancer T2 étaient opérés. La graisse péri-rectale était visualisée chez 12 patients, aucun cas n'avait nécessité de chirurgie. Pas d'hémorragie cliniquement significative. Deux sténoses (5 %) étaient survenues. Un cas d'incontinence anale nécessitant une chirurgie était survenu. Deux cas de cancer T2 étaient opérés. Le délai médian du premier contrôle endoscopique était de 6 mois (extrêmes 1-13, IQR 4-8). Des biopsies n'étaient réalisées qu'en cas de suspicion de récurrence, selon les recommandations de l'ESGE (2). Une seule lésion récurrente d'adénome en dysplasie de bas grade était survenue, ceci après une résection non en bloc.

Discussion : Les lésions rectales superficielles sont considérées comme difficile à traiter. La TEM est le traitement historique en première intention. Il n'y a pas de consensus pour la prise en charge des lésions récurrentes.
Les résultats en termes de résection En Bloc, R0 et résection curative, et le temps opératoire, étaient favorables. Il n'avait pas eu de complication significative. La caractérisation endoscopique était défaillante dans 14% des cas, probablement en lien avec une muqueuse remaniée par la microchirurgie : 5 cas de lésions non adénomateuses et 3 cas de cancer T2 étaient opérés. La fibrose sévère constatée après microchirurgie rendait difficile l'identification des plans de clivage, ce qui pouvait expliquer la visualisation de graisse péri rectale.
Notre étude est la seule étude multicentrique, et la plus large, s'intéressant au sujet, avec 17 opérateurs français experts provenant de 10 centres différents. Nos résultats sont conformes à la seule étude dans la littérature (3), monocentrique, japonaise, étudiant la faisabilité et l'efficacité de la DSM pour la reprise des lésions rectales superficielles récurrentes après microchirurgie transanale.
Nous signalons quelques limites : un biais d'information sur la lésion initiale opérée par microchirurgie (histologie, statut R0, type de microchirurgie), et l'absence d'étude fonctionnelle à moyen et long terme après résection locale.

Conclusion : La reprise par dissection sous muqueuse endoscopique des tumeurs rectales superficielles récurrentes après microchirurgie transanale est faisable, a un bon profil de sécurité et permet une résection curative dans une majorité de cas.

C009

Nutri-Score et risque de maladie de Crohn et de rectocolite hémorragique : une étude de cohorte européenne

A. Meyer [1], C. Dong [2], S. Chan [3], M. Touvier [4], C. Julia [4], I. Huybrechts [5], G. Nicolas [5], B. Oldenburg [6], A.K. Heath [7], T.Y. Tong [8], T.J. Key [8], A. Tjønneland [9], C. Kyrø [9], R. Kaaks [10], M.M. Bergman [10], D. Palli [11], G. Masala [11], R. Tumino [12], C. Sacerdote [13], S.M. Colorado-Yohar [14], M.J. Sánchez [15], M. Guevara [14], A.J. Cross [7], M. Deschausaux [4], S. Hercberg [4], Y. Mahamat-Saleh [16], A. Amiot [1], M.J. Gunter [5], M.C. Boutron-Ruault [16], F. Carbonnel [1]

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

Introduction : Le Nutri-score est désormais largement disponible sur les emballages alimentaires en Europe. Il a été mis au point pour compléter les recommandations nutritionnelles de santé publique qui visent à promouvoir un apport limité en énergie, en graisses saturées, en sucres et en sodium, et un apport élevé en fibres et suffisant en protéines, ainsi que la consommation de fruits et légumes, de légumineuses et de fruits secs. Diverses études ont montré que la consommation d'aliments mieux classés sur l'échelle du Nutri-score est associée à une réduction des risques d'asthme, de prise de poids, de syndrome métabolique, de maladies cardiovasculaires, de cancers, de mortalité toutes causes confondues et de mortalité par cancer, ainsi que de maladies des systèmes circulatoire, respiratoire et digestif. Notre objectif était d'étudier l'association entre la qualité nutritionnelle globale du régime alimentaire basé sur le Nutri-Score et le risque de maladie de Crohn (MC) et de rectocolite hémorragique (RCH), dans la cohorte européenne EPIC (European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition).

Matériels et Méthodes : Les données alimentaires ont été recueillies à l'inclusion à partir de questionnaires alimentaires validés et spécifiques de chaque pays dans huit pays européens. Nous avons utilisé l'indice alimentaire basé sur le système de profilage des nutriments de l'Agence de Sécurité Alimentaire britannique modifié par le Haut Conseil de la Santé Publique français (dietary index based on the UK Food Standards Agency modified nutrient profiling system : FSAm-NPS-DI), qui sous-tend le calcul du Nutri-Score, pour mesurer la qualité nutritionnelle de l'alimentation. Les associations entre le score FSAm-NPS-DI, 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 : Nous avons inclus 394 255 participants, dont 68,1 % de femmes, avec un âge moyen de 52,1 ans à l'inclusion. Après un suivi moyen de 13,6 ans, 184 cas incidents de MC et 459 cas incidents de RCH ont été recensés. Le risque de MC était plus élevé chez les personnes consommant des aliments moins bien classés sur l'échelle du Nutri-Score c'est-à-dire avec un score FSAm-NPS-DI plus élevé (4ème vs 1er quartile : aHR 2,04, 95%CI : 1,24-3,36 ; p-trend<0,01 ; 10ème vs 1er décile : aHR 3,24, 95%CI : 1,37-7,67 ; p-trend<0,01). Parmi les éléments du score FSAm-NPS-DI, une faible consommation de fibres alimentaires et de fruits/légumes/légumineuses/fruits secs était associée à un risque plus élevé de MC. La qualité nutritionnelle n'était pas associée au risque de RCH (4ème vs 1er quartile du score FSAm-NPS-DI : aHR 0,91, 95%CI : 0,69-1,21 ; p-trend 0,76).

Conclusion : Une alimentation de faible qualité nutritionnelle correspondant à la consommation d'aliments moins bien classés par Nutri-Score (mesurée par le score FSAm-NPS-DI), est associée à un risque plus élevé de MC, mais pas de RCH.

C010

Prévalence et impact de la sarcopénie chez les patients avec maladies inflammatoires chroniques intestinales : étude de cohorte prospective

S. Dermine [1], F. Adam Hassan [2], A. Mohamed Ghouse [2], L. Billiauws [2], J. Bourdillel [2], A. Nuzzo [2], F. Joly [2]

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

Introduction : La sarcopénie, définie comme une réduction de masse et de la force musculaire (consensus EWGSOP 2019), semble fréquente dans les MICI et associée à augmentation de la morbi-mortalité. L'objectif principal de cette étude était d'évaluer prospectivement la sarcopénie par l'association de critères morphologiques et fonctionnels dans une population ambulatoire de MICI.

Patients et Méthodes : Dans une étude de cohorte prospective, nous avons inclus tous les patients avec MICI admis en hôpital de jour (HDJ) dans notre service pour une biothérapie sur une période de 1 mois (entre le 1er et le 31 mars 2023). Les patients avec syndrome de grêle court étaient non-inclus. Nous avons collecté les caractéristiques épidémiologiques, nutritionnelles, biologiques (CRP, calprotectine fécale CF, albumine, vitamines), et endoscopiques. Une évaluation de la masse musculaire était réalisée par un impédancemètre bi-fréquence Bodystat®1500MDD, et l'évaluation de la fonction musculaire était réalisé par la mesure de la force de préhension (« handgrip », dynamomètre numérique Carym®). La pré-sarcopénie était définie par une mesure de « handgrip » < 16 à 26, et la myopénie était définie par un indice de masse musculaire appendiculaire (IMMA) < 5.5 à 7kg/m² ou un indice de masse non grasse (IMNG) < 15 à 17 chez la femme ou l'homme. La sarcopénie était définie par l'association d'une pré-sarcopénie et d'une myopénie. Les patients étaient réévalués à 6 mois pour mesure d'un critère composite d'activité de la maladie associant l'un des facteurs: CF > 250µg/g, activité endoscopique, changement thérapeutique, hospitalisation, ou chirurgie liée à la MICI.

Résultats : Au total, 60 patients ont été inclus, d'âge médian 37 ans (IQR 28-54), 55% femmes, suivis pour une MC (52%) ou une RCH (48%) depuis 9 ans (4-17), majoritairement en rémission (67%, n=40). Les patients avec MC avaient une atteinte iléocolique (48%), iléale (35%), ou colique (16%). Les patients avec RCH avaient une atteinte E1 (7%), E2 (41%), ou E3 (52%). Un antécédent de chirurgie digestive liée à la MICI était relevé dans 30% des cas. Les biothérapies administrées étaient l'infliximab (61%), le vedolizumab (25%), ou l'ustekinumab (14%). L'IMC était à 24 (21-27) et l'albuminémie à 41g/l (39-44). La prévalence de la sarcopénie, de la pré-sarcopénie et de la myopénie était respectivement de 10%, 11% et 20%. Les patients sarcopéniques étaient plus âgés (59 vs. 36 ans, p=0.01), avec une maladie plus ancienne (20 vs. 8 ans, p=0.003), une atteinte articulaire associée (40% vs. 2%, p=0.002) et avaient une tendance plus fréquente de MC (80 vs. 49%, p=0.36). Il n'existait pas de différence significative entre les biothérapies, ni différence d'IMC ou d'albuminémie chez les patients sarcopéniques, mais les taux de vitamine D tendaient à être diminués (15 vs. 43, p=0.27). La myopénie était significativement associée à un antécédent chirurgical (67 vs. 21%, p=0.004), à un IMC plus bas (21 vs. 24, p=0.001) et à une maladie plus active à M6 selon le critère composite (50 vs. 21%, p=0.04 après ajustement sur l'âge, le sexe, et l'activité de la maladie à l'inclusion). Les indices de myopénies étaient fortement corrélés aux valeurs du « handgrip » (r=0.7, p<0.001). L'angle de phase était modérément corrélé au « handgrip » et aux indices de myopénie (r=0.3, p<0.01), mais sans association significative au type de MICI, l'activité de la maladie ou aux antécédents chirurgicaux.

Conclusion : Dans une étude prospective de patients MICI ambulatoires, une sarcopénie était identifiée par impédancemétrie dans 11% et une myopénie dans 20% des cas, et associées à une augmentation de la morbidité. Ce déficit musculaire pourrait être favorisé par la persistance d'une inflammation chronique, à une malabsorption et/ou aux résections chirurgicales, à une carence en vitamine D associée, à une diminution de l'activité physique en lien avec la maladie digestive ou les atteintes articulaires associée.

L'évaluation de ces paramètres et des stratégies visant à les corriger (nutrition, activité physique adaptée) devrait s'intégrer dans une approche multimodale (traitement médico-chirurgical, nutritionnel, activité physique adaptée) dès le diagnostic de la MICI.

Les effets d'un régime d'exclusion sur les marqueurs d'inflammation et le maintien de la rémission chez les patients atteints de MICI en rémission : essai prospectif sur 12 mois

M. Mănuc [1], C. Preda [1], T. Manuc [1], D. Istratescu [1], C. Tiereanu [1], M.M. Diculescu [1]
(1) Bucarest, ROUMANIE.

Introduction : Les régimes alimentaires de type occidental, avec une consommation élevée d'aliments ultra-transformés, d'additifs alimentaires, de viande rouge et de graisse animale, ont été associés à un risque accru de MICI. Le but de cette étude est d'examiner le lien entre un régime d'exclusion anti-inflammatoire et le maintien de la rémission des MICI, ainsi que d'évaluer les avantages thérapeutiques potentiels de cette approche diététique pour préserver la rémission des MICI.

Patients et Méthodes : Les critères d'inclusion et d'exclusion ont été appliqués à un total de 189 personnes atteintes de MICI, dont 21 personnes n'ont pas répondu aux critères. Les 168 patients éligibles ont été inscrits pour subir soit à un régime d'exclusion ou un régime standard, en fonction de leurs préférences personnelles.

Résultats : Le groupe intervention a inclus 84 patients adultes atteints d'une maladie inflammatoire de l'intestin (MICI) - 44 patients avec rectocolite hémorragique (RCH) et 40 patients avec maladie de Crohn (MC). Dans cette cohorte, 47,6 % étaient des hommes. Ce groupe a reçu un régime d'exclusion peu restrictif. Il était recommandé d'éliminer la viande rouge et transformée, les aliments frits, les aliments riches en lactose, la restauration rapide, le pain blanc, les boissons sucrées et les huiles végétales riches en oméga-6 pendant une période d'un an. Le groupe témoin a inclus un nombre équivalent de patients atteints de MICI. Les 2 groups ont inclus des patients en rémission clinique avec des caractéristiques démographiques et des types de maladie similaires. Le régime d'exclusion a été bien toléré, 90 % des participants y adhérant fréquemment ou toujours d'après l'évaluation finale. La réponse clinique s'est maintenue chez 80 patients (95,2 %) du groupe d'intervention, ce qui était significativement plus élevé que chez les 72 patients (85,7 %) du groupe témoin (valeur p = 0,036). Bien que cela ne soit pas statistiquement significatif, la calprotectine fécale était plus élevée dans le groupe témoin que dans le groupe d'intervention à un intervalle de suivi d'un an.

Conclusion : Les patients qui ont suivi un régime d'exclusion ont eu un taux plus élevé de maintien de la rémission clinique. De plus, une tendance à l'amélioration des tests d'inflammation a été observée dans le groupe d'intervention, renforçant l'importance de l'alimentation dans les MICI. Bien que ces résultats soient encourageants, des essais cliniques contrôlés randomisés de plus grande envergure sont nécessaires pour les corroborer.

C.02

Pronostic des lymphomes chez les patients atteints d'une MICI exposés aux immunosuppresseurs et/ou biologiques : étude cas-témoins

C. Gallon [(1)], C. Thieblemont [(1)], S. Brand [(1)], T. Severyns [(1)], T. Aparicio [(1)], M. Allez [(1)], N. Hammoudi [(1)], J.M. Gornet [(1)]
(1) Paris.

Introduction : Le lymphome est une complication rare favorisée par l'exposition aux immunosuppresseurs (IS) chez les patients ayant une maladie inflammatoire chronique intestinale (MICI). Le pronostic des hémopathies lymphoïdes associées aux MICI chez des patients exposés aux IS reste mal connu (1).

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude cas-témoins chez des patients présentant une maladie de Hodgkin (MH), un lymphome B diffus à grandes cellules (DLBCL) ou un lymphome folliculaire (LF). Les cas (lymphomes chez des patients MICI exposés aux IS et/ou biologiques) sont issus d'une cohorte rétrospective multicentrique française. Les témoins proviennent de la base de données prospective de la RCP d'hématologie de l'Hôpital Saint-Louis et sont appariés aux cas en fonction de leur âge, sexe, année du diagnostic, type de lymphome et scores de gravité de chaque sous-type (IPI, SPI et FLIPI). L'objectif principal de l'étude était la survie sans progression (SSP) à 3 ans et les objectifs secondaires, la survie globale (SG) à 3 ans et la SSP à 5 et 10 ans.

Résultats : Quarante cas et 2482 témoins ont été identifiés. Après appariement et exclusion de certains patients (lymphomes autres N=9, données manquantes N=3, divers N=2), l'analyse a porté sur 26 cas (Homme 81%, âge médian 31,5 ans, maladie de Crohn 81%, durée évolution de la MICI 9 ans, LNH de stade 4 73%) et 122 témoins avec un suivi médian de 77,68 mois chez les cas et 62,82 mois chez les témoins. Les cas présentent un DLBCL, une MH et un LF dans 42,3%, 30,8%, et 26,9% des cas respectivement. Parmi eux, 10 ont un lymphome intestinal (exposition aux thiopurines 100%) et 10 un lymphome à grandes cellules EBV induit. Les patients sont exposés aux thiopurines (85%) et/ou anti-TNF (58%) avec une durée médiane d'exposition de 28 mois et 45 mois respectivement. Le traitement IS a été interrompu dans 86% des cas au diagnostic de lymphome. Les 122 témoins présentent un DLBCL, un lymphome de Hodgkin et un lymphome folliculaire dans 40,2%, 33,8% et 26,2% des cas respectivement. Les patients MICI sont en rémission à l'issue de la première ligne de chimiothérapie dans 100% des cas dans le sous-groupe DLBCL et 75% dans le sous-groupe MH. Les témoins sont en rémission à l'issue de la première ligne de chimiothérapie dans 86% des cas dans le sous-groupe DLBCL et 100% dans le sous-groupe MH. La moitié des patients n'ont eu qu'une surveillance simple initiale en cas de LF dans les 2 groupes. La SSP à 3 ans est de 76,9 % [IC95% 62,3 ; 94,9] chez les cas et 86,3 % [IC95% 80 ; 93,1] chez les témoins (p-value = 0,82). La SG à 3 ans est de 92,3 % [IC95% 82,6 ; 100] chez les cas et de 93,6 % [IC95% 88,3 ; 99,2] chez les témoins (p-value = 0,52). La SSP à 5 et 10 ans est de 76,9 % [IC95% 62,3 ; 94,9] et 61,5 % [IC95% 37,8 ; 100] chez les cas et de 80,4 % [IC95% 73,1 ; 88,5] et 47,5 % [IC95% 31,7 ; 71,2] chez les témoins. L'analyse par sous-type montre une SSP à 3 ans de 90,9 % [IC95% 75,4 ; 100] chez les cas et 77,6 % [IC95% 65 ; 92,6] chez les témoins dans le groupe DLBCL (p-value = 0,01). La totalité des patients ayant un lymphome intestinal dans le groupe MICI sont en rémission aux dernières nouvelles. Trois patients sont décédés dans le groupe MICI dont un seul des suites de son lymphome, soit un taux de mortalité lié au lymphome de 4%. Le taux de rechute de la MICI au cours du suivi est de 34,6% (N=9) nécessitant la réintroduction d'un ou plusieurs traitement IS dans 7 cas (Ustekinumab N=3, Vedolizumab N=3, Méthotrexate N=3, Anti-TNF N=1) sans rechute ultérieure du lymphome.

Conclusion : Le pronostic des lymphomes chez les patients MICI exposés aux immunosuppresseurs et/ou biologiques est bon et superposable à celui des lymphomes sporadiques. L'exposition aux IS semble s'accompagner d'un meilleur pronostic chez les patients porteurs d'un DLBCL. Aucun cas de rechute du lymphome n'a été observé chez les patients réexposés aux IS au cours du suivi. Ces données permettent de mieux éclairer le pronostic des lymphomes chez les patients MICI exposés aux IS.

C.03

Incidence et facteurs de risque d'évènements thrombo-emboliques au cours des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin à début pédiatrique : étude en population générale

N. Richard [(1)], A. Leroyer [(2)], D. Ley [(2)], C. Dupont-Lucas [(3)], V. Bertrand [(4)], P. Wils [(2)], C. Gower-Rousseau [(2)], D. Turck [(2)], N. Guillon [(2)], H. Coevoet [(5)], T. Paupard [(6)], H. Sarter [(2)], G. Savoye [(1)], M. Fumery [(7)]
(1) Rouen ; (2) Lille ; (3) Caen ; (4) Le Havre ; (5) Arras ; (6) Dunkerque ; (7) Amiens.

Introduction : Les patients atteints d'une maladie inflammatoire chronique de l'intestin (MICI) sont exposés à un surrisque d'évènement thrombo-embolique (1). Peu de données sont disponibles en population générale sur l'incidence et les facteurs de risque d'évènements thromboemboliques veineux et artériels, en particulier au cours des MICI à début pédiatrique.

Patients et Méthodes : Tous les patients ayant un diagnostic de maladie de Crohn (MC) ou de recto-colite hémorragique (RCH) avant l'âge de 17 ans entre 1988 et 2011 et inclus prospectivement dans un registre en population générale ont été suivis rétrospectivement jusqu'en 2013. Tous les événements thromboemboliques veineux et artériels survenus pendant la période de suivi ont été inclus. Une analyse exploratoire de facteurs de risque de survenue des évènements thrombo-emboliques veineux a été réalisé par des modèles de risques proportionnels de Cox avec hazard ratio (HR) en utilisant des variables temps-dépendantes, à l'exception des caractéristiques du patient au diagnostic de la MICI.

Résultats : Au total, 1 344 patients ont été inclus, dont 1 007 (74,9 %) patients de MC et 337 (25,1 %) de RCH. L'âge médian au diagnostic était de 14,3 [11,7 ; 16,0] ans. Après un suivi médian de 8,3 [4,3 ; 13,9] ans, 2 (0,15 %) événements artériels et 15 (1,1 %) événements thromboemboliques veineux sont survenus à un âge médian de 20,4 [16,6 ; 24,5] ans (âge minimal 14,8 ans). En cas d'évènement thromboembolique veineux, au moins un des facteurs suivants était associé : chirurgie au cours des 3 derniers mois (n= 4, délai médian de 8,5 [6,8 ; 23,5] jours), hospitalisation au cours des 3 derniers mois (n= 8, délai médian de 23,5 [5,8 ; 41,0] jours) ou poussée de la maladie au cours des 6 derniers mois (n=13) (Tableau 1). Aucun décès d'origine thromboembolique n'a été observé.
L'incidence cumulée des événements thromboemboliques était de 0,2 % [IC95% : 0 - 0,5] à un an et de 0,7 % [0,2 - 1,2] à cinq ans. Le taux d'incidence global était de 1,32 pour 1000 personnes-années, IC95% [0,77 - 2,11]. Le taux d'incidence des évènements thrombo-emboliques veineux chez les patients atteints d'une MC était de 1,41 cas/1000 personnes-années, IC95% [0..,77 – 2,37], tandis qu'il était de 0,33 cas/1000 personnes-années, IC95% [0,01 – 1,85] chez les patients atteints de RCH.

	Total n = 15
Age lors de la survenue de la thrombose [ans] [médiane [IQR]]	20.4 [16.6, 24.5]
Localisation anatomique [n [%]]	
Thrombose veineuse des membres inférieurs	5 [33%]
Sinus veineux cérébral	2 [13%]
Veine mésentérique	2 [13%]
Embolie pulmonaire	1 [6.7%]
Oreillette droite	1 [6.7%]
Veine basilique	1 [6.7%]
Veine cave supérieure	1 [6.7%]
Veine jugulaire interne	1 [6.7%]
Inconnu	1 [6.7%]
Thrombose sur cathéter [n [%]]	4 [26.7%]
HBI ≥ 4 [n [%]]	13 [86.7%]
Protéine C réactive [mg/L] [médiane [IQR]]	63.4 [62.0, 82.0]
Signe d'activité de la MICI endoscopique, radiologique ou biologique au cours des 6 derniers mois [n [%]]	
Oui	10 [66.7%]
Non	4 [26.7%]
Inconnu	1 [6.7%]
Hospitalisation dans les 3 derniers mois [n [%]]	8 [53.3%]
Chirurgie dans les 3 derniers mois [n [%]]	4 [26.7%]
Tabagisme [n [%]]	4 [26.7%]

Tableau 1 : Caractéristques cliniques des patients avec évènement thromboembolique veineux; *HBI, Harvey-Bradshaw Index; MICI, maladie inflammatoire chronique de l'intestin.*

En analyse univariée, un surrisque d'évènement thromboembolique veineux était observé au cours des périodes d'activité de la MICI (HR = 8,4 [2,3-30,5], p<0,001), en cas d'hospitalisation au cours des 3 derniers mois (HR= 21,6 [7,5-62,7]) et en cas de chirurgie au cours des 3 derniers mois (HR=16,4 [5,2-52,3]). Le risque thromboembolique restait stable au cours de la période d'étude. L'analyse multivariée n'a pas été rendue possible du fait du faible nombre d'évènements observés.

Conclusion : Le risque thromboembolique artériel et veineux était faible dans cette cohorte en population générale de MICI à début pédiatrique. Les évènements thrombo-emboliques veineux étaient fortement associés aux périodes d'activité de la maladie, à celles d'hospitalisation et à la chirurgie.

Remerciements, financements, autres :
L'EPIMAD est organisé dans le cadre d'une convention entre l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) et Santé Publique France et a également reçu le soutien financier de l'Association François Aupetit, des CHU de Lille, d'Amiens et de Rouen. Ce travail a été soutenu par le Programme Hospitalier de Recherche Clinique interrégional et le Conseil Régional du Nord-Pas-de-Calais.

C014

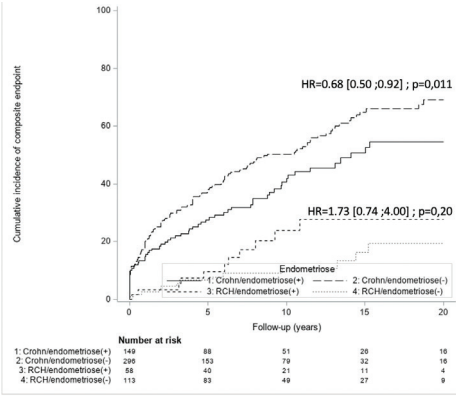
Impact de la coexistence d'une endométriose sur l'évolution des maladies inflammatoires chroniques intestinales : étude rétrospective multicentrique

L. Méheut [1], E.O. Oumaya [2], P. Seksik [3], G. Le Cosquer [4], V. Abitbol [3], S. Nancey [5], A. Buisson [6], A. Amiot [7], A. Nuzzo [8], C. Le Berre [9], A. Bourrier [3], C. Reenaers [10], J. Labreuche [2], M. Serrero [1], C. Rubod [2], P. Wils [2], L. Guillo [1]

(1) Marseille ; (2) Lille ; (3) Paris ; (4) Toulouse ; (5) Lyon ; (6) Clermont-Ferrand ; (7) Le Kremlin-Bicêtre ; (8) Clichy-la-Garenne ; (9) Nantes ; (10) Liège, BELGIQUE.

Introduction : Les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI), comprenant la maladie de Crohn (MC) et la rectocolite hémorragique (RCH), et l'endométriose sont deux cadres nosologiques affectant la femme jeune. Elles partagent un spectre de symptômes abdominaux et des mécanismes physiopathologiques en partie communs faisant intervenir un dérèglement du système immunitaire. Il est décrit que les femmes atteintes d'endométriose ont un risque plus élevé de développer une MICI. Cependant l'impact de l'endométriose sur la MICI est peu connu. Le but de notre étude était d'évaluer l'impact de la coexistence des deux maladies sur le phénotype et l'évolution de la MICI.

Matériels et Méthodes : Nous avons réalisé une étude de cohorte « exposées/non-exposées » rétrospective dans 18 centres GETAID (Groupe d'Étude Thérapeutique des Affections Inflammatoires du tube Digestif) entre juin 2022 et mars 2023. Toute patiente porteuse d'une endométriose et d'une MICI était éligible à l'inclusion. Elles ont ensuite été appariées aléatoirement à 1 ou 2 patientes porteuses d'une MICI sans endométriose, selon les critères suivants : type de MICI (MC ou RCH), année de naissance (± 5 ans), année au diagnostic de la MICI (± 4 ans) et la date de la dernière consultation (± 2 ans). Les données des patientes non exposées (MICI seule) ont été issues d'un seul centre (CHU de Lille). L'évolution de la MICI a été évaluée selon un critère composite de sévérité comprenant la destruction intestinale (sténose, fistule ou abcès intra-abdominal) ou le recours à une chirurgie d'exérèse intestinale. Le recours aux immunosuppresseurs et aux biothérapies a également été recueilli.



HR, hazard ratio ; RCH, rectocolite hémorragique ; endométriose(+)= exposé à l'endométriose ; endométriose(-)=non-exposé à l'endométriose.

Résultats : Au total, 207 patientes atteintes d'endométriose et de MICI (149 MC et 58 RCH) ont été incluses, et appariées à 409 patientes atteintes de MICI seule. L'âge médian des patientes au diagnostic de MICI était de 23 ans [IQR 18 ; 29]. La durée médiane de suivi pour la MICI était de 10 ans [5,75 ; 17]. Pour les patientes atteintes de MC, il n'y avait pas de différence entre les 2 groupes pour la localisation de la maladie (iléale, colique, iléo-colique) (p=0,13), le phénotype de la maladie (inflammatoire,

sténosant, fistulisant) (p=0,13) et l'atteinte anopérinéale (p=0,48). Pour les patientes atteintes de RCH, il existait une différence pour l'étendue de la maladie avec davantage d'atteinte rectale (E1) dans le groupe endométriose (29,3% vs 12,6% ; p=0,03). Dans l'ensemble de la cohorte, les patientes exposées à l'endométriose avaient significativement moins recours aux traitements immunosuppresseurs (RCH p< 0,01 ; MC p<0,001) et aux biothérapies (RCH p<0,01 ; MC p<0,001), anti-TNF (RCH p=0,01 ; MC p<0,001) et non anti-TNF (RCH p=0,04 ; MC p=0,001)). Dans l'analyse actuarielle selon le critère composite de sévérité, les patientes exposées à l'endométriose avaient une évolution plus favorable de leur MC que les patientes non exposées (HR=0,68 ; IC95% [0.50 ; 0.92] ; p=0,011) (Figure 1). Dans le sous-groupe des patientes atteintes de MC opérées pour leur endométriose au cours du suivi (n=72), on notait également une évolution moins sévère (HR=0,65 ; IC95% [9,42 ; 1] ; p=0,05). Le recours à la chirurgie luminale pour la MC chez ces patientes était moindre (32,2% vs 43,9% ; p=0,01) dans le groupe « exposées ». Aucune différence n'a été constatée pour les manifestations anopérinéales (p=0,16) et le recours à la chirurgie anopérinéale (p=0,82). Pour le groupe RCH, celles atteintes d'endométriose semblaient avoir une évolution moins favorable de leur maladie, selon le critère composite de sévérité (HR=1,73 ; IC95% [0.74 ; 4.00] ; p=0,20). Cependant, le recours à la colectomie n'était pas significativement plus important pour les patientes exposées (19,0% vs 11,5% ; p=0,20).

Conclusion : Bien que les patientes porteuses d'endométriose aient plus de risque de développer une MICI, celle-ci n'influe pas négativement sur l'évolution de la MICI. Les patientes ayant une MC semblent au contraire avoir une évolution moins sévère, avec des expositions aux immunosuppresseurs et aux biothérapies significativement moins importantes. Cependant ces deux entités ont un retentissement majeur chez les patientes, nécessitant un suivi multidisciplinaire pour assurer le contrôle des symptômes et améliorer leur qualité de vie.

C 015

Comorbidités associées aux maladies inflammatoires chroniques de l'intestin à début pédiatrique : étude en population générale

N. Richard [1], A. Leroyer [2], H. Sarter [2], C. Dupont-Lucas [3], D. Turck [2], V. Bertrand [4], P. Wils [2], C. Gower-Rousseau [2], G. Savoye [1], N. Guillon [2], H. Coevoet [5], T. Paupard [6], D. Ley [2], M. Fumery [7]
(1) Rouen ; (2) Lille ; (3) Caen ; (4) Le Havre ; (5) Arras ; (6) Dunkerque ; (7) Amiens.

Introduction : Les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI) peuvent être associées à des pathologies, notamment dermatologiques, rhumatologiques ou psychiatriques. Cependant, l'incidence en population générale de ces comorbidités dans les MICI à début pédiatrique reste méconnue.

Patients et Méthodes : Tous les patients diagnostiqués d'une maladie de Crohn (MC) ou d'une rectocolite hémorragique (RCH) avant l'âge de 17 ans entre 1988 et 2011 et inclus dans un registre en population générale ont été suivis rétrospectivement jusqu'en 2013. Dans cette popultaion, nous avons receuillis d'une part les comorbidités présentes au diagnotic, et d'autre part les évenements en rapport avec une nouvelle pathologie chronique, une hospitalisation ou un évènement infectieux d'intérêt (pneumopathie, méningite, pyélonéphrite) déclaré dans le dossier médical au cours du suivi. Les évènements en lien avec une forme fistulisante ou sténosante de la MICI ont été exclus.

Résultats : Au total, 1 344 patients ont été inclus, dont 1 007 (74,9 %) patients atteints de MC et 337 (25,1 %) de RCH . L'âge médian au diagnostic était de 14,3 IQR[11,7, 16,0] ans. Après un suivi médian de 8,3 [4,3-13,9] ans, 361 (26,9%) patients présentaient au moins une comorbidité. Le taux d'incidence était de 34 cas/1000 personnes-années, IC95% [30,8 – 38,1]. Au diagnostic, 9,4% (IC95% [7,8% - 11,0%]) des patients présentaient au moins une comorbidité. L'incidence cumulée de survenue d'une comorbidité était de 13% (IC95% [11% - 14%]) à 1 an, et de 20% (IC95% [17% - 22%]) à 5 ans. Il n'existait pas de lien entre le risque de survenue d'une comorbidité et les caractéristiques cliniques de la MICI au diagnostic. En revanche, l'incidence cumulée de survenue d'une comorbidité était plus élevée sur la période 2001-2011 que sur la période 1988-1993 (HR=1,7 [1,2-2,2] ; p<0,001). Les comorbidités les plus fréquentes étaient infectieuses (5,6%), dermatologiques (5,5%) et pulmonaires (5,3%) (Figure 1). Les évènements infectieux les plus fréquents était la survenue d'une bactériémie, d'une infection digestive à Clostridioides difficile et d'une infection virale à Herpesviridae ou parvovirus B19 avec respectivement une incidence cumulée au cours du suivi de 1,2%, 1,0% et 0,9%. Une infection virale à VHB, VHC ou VIH était observée chez 0,2% des patients tandis qu'une pneumopathie était diagnostiquée chez 0,7% des patients au cours du suivi. Les comorbidités dermatologiques comprenaient par ordre décroissant de fréquence l'eczéma (2,6%), le psoriasis (1,6%) et la dermatose neutrophilique (1,0%). L'asthme était la comorbidité pulmonaire prédominante, touchant 5,1% des patients de la cohorte. Une comorbidité psychiatrique était retrouvée chez 41 patients (3,1%). Les comorbidités cardiovasculaires et oncologiques (hors carcinome baso- et spinocellulaire) touchaient respectivement 1,9% et 0,8% des patients de la cohorte.

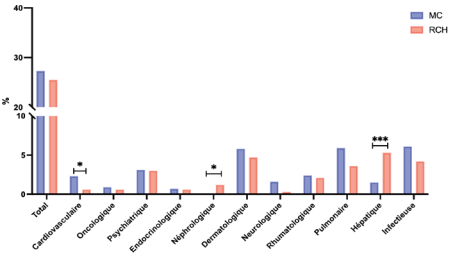


Figure 1 : Incidences cumulées de la survenue d'une comorbidité au cours des MICI à début pédiatrique dans une cohorte en population générale. * p<0,05 ; *** p<0,001

Conclusion : Dans cette cohorte en population générale, les comorbidités les plus fréquemment retrouvées dans les MICI à début pédiatrique étaient infectieuses, dermatologiques et pulmonaires. La survenue d'une bactériémie, touchant 1,2% des patients au cours du suivi, était l'évènement infectieux sévère le plus fréquent.

Remerciements, financements, autres : L'EPIMAD est organisé dans le cadre d'une convention entre l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) et Santé Publique France et a également reçu le soutien financier de l'Association François Aupetit, des CHU de Lille, d'Amiens et de Rouen. Ce travail a été soutenu par le Programme Hospitalier de Recherche Clinique interrégional et le Conseil Régional du Nord-Pas-de-Calais.

C016

Etude MICIREIN : incidence de l'insuffisance rénale chronique terminale traitée chez les personnes atteintes de maladies inflammatoires chroniques de l'intestin. Étude de cohorte pronostique basée sur les données du Système National des Données de Santé

C. Prothe [1], A. Boitel [1], B. Martin [1], V. Clairet [1], L. Juif [1], S. Koch [1], S. Lang [1], D. Ducloux [1], M. Desmarets [1], L. Vuitton [1]

(1) Besançon.

Introduction : Les atteintes rénales font partie des atteintes extra-digestives des maladies inflammatoires de l'intestin (MICI), de plus les traitements des MICI peuvent induire des dommages rénaux. Les conséquences de ces atteintes rénales, et notamment la survenue d'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT) définie par la nécessité d'une suppléance rénale sont néanmoins très mal connues. Les données d'épidémiologie sont très limitées dans la littérature chez les patients atteints de MICI, ainsi que concernant son traitement de substitution par dialyse et/ou transplantation. L'objectif principal de notre étude était d'évaluer l'incidence de l'IRCT traitée chez les patients atteints de MICI, et de la comparer à la population générale. Les objectifs secondaires étaient de comparer le taux d'IRCT traitée chez les patients atteints de maladie de Crohn (MC) et de rectocolite hémorragique (RCH), d'étudier l'accès à la transplantation rénale chez les patients MICI par rapport à la population non-MICI.

Patients et Méthodes : Étude de cohorte pronostique basée sur les données du Système National des Données de Santé (SNDS). Les cas prévalents de MICI affiliés au régime général pendant la période 2011-2020 ont été identifiés sur la base des déclarations de mise en ALD 24 ou de la présence de 2 séjours hospitalier pour MICI (code CIM-10 K50, K51, M07.4, M09.2) ou un seul séjour pour MICI avec remboursement de traitements spécifiques (5-ASA, immunomodulateurs)1. Les cas incidents d'IRCT traitée ont été identifiés sur la base d'un séjour avec un acte CCAM de greffe rénale (JAEA003, HNEA002) ou une période avec séances de dialyse d'au moins 45 jours2. Les taux bruts et standardisés (population standardisée européenne 2013) d'incidence de l'IRCT traitée ont été calculés sur la période pour la population MICI et la population du régime général avec leurs intervalles de confiance à 95% (IC95%).

Résultats : Au total 280 283 patients MICI ont été inclus dans l'étude sur la période de 2011 à 2020, 134 567 atteints de RCH et 145 716 de MC. L'âge moyen à l'inclusion dans l'étude des patients MICI était de 39,8 (± 17,1) ans. Le sex ratio H/F chez les patients MICI était de 0,9. L'âge moyen à l'incidence de l'IRCT dans la population générale était de 65,0(±17,0) ans. Le sex ratio H/F chez les cas d'IRCT incidents était de 1,7. Parmi les patients MICI, 534 patients ont commencé un traitement de suppléance par dialyse ou transplantation, soit un taux d'incidence brut de l'IRCT traitée moyen sur la période de 26,4 pour 100 000 personnes-années (IC95% 23,1–29,6, 480 patients sont entrés dans l'IRCT par la dialyse soit 89,9%, et 54 par la transplantation rénale préemptive, soit 10,1%. Ce taux moyen était de 15,9 pour 100 000 personnes-années dans la population générale (IC95% 14,8–17,1 ; P<0,0001 comparativement à la population MICI) ; avec 79 606 patients entrés dans l'IRCT par la dialyse soit 94,5% et 4 634 par transplantation rénale préemptive, soit 5,5%. Les taux standardisés moyens étaient de 26,8 (IC95% 22,5–31,0) chez les patients MICI et 17,0 (IC95% 15,7–18,3) dans la population générale. En analyse par sous-groupes, le taux brut d'incidence de l'IRCT était en moyenne de 22,8 (IC95% 18,9–26,7) chez les patients atteints de RCH et 29,5 (IC95% 25,3–33,6) chez les patients atteints de MC. La proportion de greffe préemptive était de 12,4% chez les patients RCH (87,6% dialyse) et de 8,6% chez les patients MC (91,4% dialyse).

Conclusion : Cette étude démontre que l'incidence de l'IRCT est significativement plus élevée chez les patients atteints de MICI par rapport à la population non-MICI, confirmant la nécessité d'établir une surveillance régulière

de la fonction rénale chez nos patients. L'incidence élevée de la suppléance par greffe confirme que son accès n'est pas restreint dans cette population. L'analyse des traitements de la MICI, comme facteur de survenue d'une IRCT d'une part, et en association avec les immunosuppresseurs post transplantation d'autre part est en cours d'analyse.

Remerciements, financements, autres :
Financement par la bourse AFA 2020/2021

C017

Accès au traitement de l'hépatite C : part des prescriptions d'antiviraux à action directe hors secteur hospitalier public entre 2019 et 2021 en France métropolitaine

F. Marcellin [1], V. Di Beo [1], C. Brouard [2], C. Ramier [1], Y. Allier [2], A. Mourad [1], M. Bureau-Stoltmann [1], P. Sogni [2], S. Deuffic-Burban [2], M. Bourlière [1], P. Carrieri [1], B. Rolland [3], C. Protopopescu [1]
(1) Marseille ; (2) Paris ; (3) Lyon.

Introduction : En France, l'éradication de l'hépatite C à l'horizon 2025 est l'un des objectifs du Plan priorité prévention 2018-2022. Dans cette perspective, la prescription des antiviraux à action directe (AAD), initialement réservée aux spécialistes en gastro-entérologie, hépatologie, médecine interne ou infectiologie exerçant à l'hôpital, a été élargie à l'ensemble des médecins en mai 2019. Cette mesure s'inscrit dans le contexte d'un modèle de prise en charge simplifiée, réservée aux personnes naïves de traitement contre l'hépatite C, ne présentant pas de co-infection VHB ou VIH, de comorbidité (consommation d'alcool à risque, diabète, obésité) mal contrôlée ou de maladie hépatique sévère. A partir du Système National des Données de Santé (SNDS), cette étude décrit l'évolution de la part des prescriptions d'AAD hors secteur hospitalier public dans les deux ans suivant l'élargissement de la prescription.

Patients et Méthodes : La population d'étude inclut l'ensemble des adultes résidant en France métropolitaine, ayant reçu une prescription (données relatives à la première délivrance) d'AAD entre 2019 et 2021 pour laquelle le secteur du prescripteur et sa spécialité (hors hôpital public) étaient disponibles. Un modèle de régression multinomiale a été utilisé afin d'identifier les facteurs individuels associés à la prescription d'AAD hors hôpital public : (i) par les spécialistes en ville et en établissements privés, (ii) par les médecins généralistes, entre 2019 et 2021 dans la population d'étude.

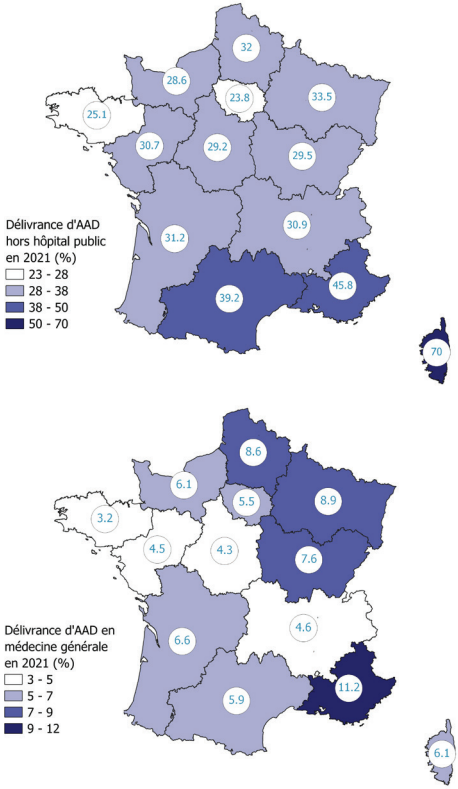
Résultats : Entre 2019 et 2021, 22 832 personnes ont bénéficié d'une prescription d'AAD, dont 21 712 (95,1%) avaient des données disponibles sur le secteur du prescripteur et sa spécialité (hors hôpital public) . Au total, pour ces personnes, 15 458 prescriptions (71,2%) ont été réalisées à l'hôpital public, 4 740 (21,8%) par les spécialistes en ville et en établissements privés, et 1 514 (7,0%) par les médecins généralistes. Le pourcentage de prescriptions d'AAD réalisées hors hôpital public a significativement augmenté durant la période d'étude (25,4% en 2019, 32,2% en 2020, 30,8% en 2021, p <0.001). Celui-ci était plus élevé dans les régions Occitanie, Provence-Alpes-Côte d'Azur et en Corse (cf. Fig. 1, données en 2021). De plus, le pourcentage de prescriptions en médecine générale était plus élevé dans les régions de la moitié Est de la France, hors Auvergne-Rhône-Alpes (cf. Fig. 2, données en 2021). Parmi les personnes ayant bénéficié d'une prescription d'AAD entre 2019 et 2021, 38,2% étaient des femmes, 60,3% étaient âgées de 50 ans ou plus, 24,6% résidaient en Ile-de-France, 27,8% bénéficiaient d'une protection complémentaire de santé gratuite (complémentaire santé solidaire (CSS) ou anciens dispositifs : CMU-c, ACS), 5,1% de l'aide médicale d'état (AME), et 34,3% résidaient à moins de 10 km d'un centre hospitalier universitaire (CHU). Dans une analyse multivariée, la prescription d'AAD par les spécialistes en ville et en établissements privés était plus fréquente qu'à l'hôpital public chez les femmes et les personnes âgées de 50 ans ou plus, et moins fréquente chez les bénéficiaires de l'AME ou d'une complémentaire santé gratuite, après ajustement sur la présence de comorbidités, le fait d'être en détention et la distance jusqu'à un CHU. De plus, la prescription d'AAD par les médecins généralistes était moins fréquente qu'à l'hôpital public chez les bénéficiaires d'AME. L'analyse multivariée a confirmé les différences inter-régions observées dans l'analyse descriptive.

C.018

Les hépatites virales en Polynésie française. Les enseignements d'une enquête transversale représentative et du séquençage du virus de l'hépatite B

B. Condat [1], I. Teiti [1], M. Aubry [1], P. Glaziou [1], V. Mendiboure [2], A. Teissier [1], T. Paoaafaite [1], A. Simon [1], K. Chung [1], L. Dian [1], S. Olivier [1], P. Pineau [2], A. Fontanet [2], E. Beaugendre [1], F. Chakhtoura [1], Y. Madec [2], S. Lastère [1], V.M. Cao-Lormeau [1]

(1) Papeete, Polynésie Française ; (2) Paris.



Introduction : En Polynésie française (Pf) le virus de l'hépatite B (VHB) est un des principaux facteurs de risque de carcinome hépatocellulaire (CHC). De plus, pour le petit archipel des Australes, l'incidence du CHC, tous associés au VHB, est parmi les plus élevées au monde. Le but de cette étude est de décrire l'épidémiologie des hépatites virales B, C et Delta en Pf et d'étudier le génotype du VHB.

Patients et Méthodes : A travers une enquête transversale représentative, conduite en Pf entre Novembre 2019 et Décembre 2021, 1942 participants âgés de 18 à 69 ans ont été testés pour détecter l'anticorps (AC) anti-VHC, l'AC anti-HBc, l'AC anti-HBs, l'antigène HBs (AgHBs) et l'ARN du virus de l'hépatite Delta (VHD). Un séquençage complet du génome des souches détectées du VHB a été réalisé.

Résultats : Parmi les participants, 0/1857, 315/1834 (17%), 582/1834 (32%), 33/1834 (1,8%) et 0/33 ont été testés positifs aux AC anti-VHC, AC anti-HBc, AC anti-HBs, AgHBs et ARN du VHD, respectivement. Les prévalences de l'AgHBs et de l'AC anti-HBC en Pf sont estimée à 1,0% (IC à 95% : 0,6-1,7) et à 15.0% (IC à 95% : 13-17), respectivement.
La prévalence de l'AgHBs dans la population née après que la vaccination à la naissance soit devenue obligatoire (Juin 1995, n=316) est de 0%.
Les facteurs identifiés associés au portage de l'AgHBs sont : l'archipel de résidence (p<0,0001), l'âge (p<0,0001) et le niveau d'éducation (p=0,0077).
La prévalence estimée de l'AgHBs est la plus élevée pour les archipels des Australes (3,8 % ; IC 95 % : 1,9-7,5) et des Marquises (6,5% ; IC 95% : 3,8-11), d'une part et chez les personnes de plus de 45 ans (1,9% ; IC 95% : 1,0-3,8) d'autre part. La prévalence de l'AgHBs est très basse pour les personnes ayant atteint l'université (0.1 % ; IC 95 % : 0.02-0.4).
La prévalence estimée de l'AC HBc est la plus élevée pour les archipels des Australes (22 % ; IC 95 % : 17-28) et des Marquises (34 % ; IC 95 % : 27-40), d'une part et chez les personnes de plus de 45 ans (27% ; IC 95 % : 23-32) et les personnes n'ayant pas dépassé l'école élémentaire (33 % ; IC 95 % : 26-40), d'autre part.
Le génotype du VHB a pu être déterminé chez 18 patients. Le génotypes B (sous type B2, proche de souches originaires de chine) circule dans l'archipel de la Société, le génotype C (sous type C3, proche de souches originaires d'Océanie) dans l'archipel des Australes et le génotype F (sous type F3, proche de souches originaires de d'Amérique du Sud : Venezuela et Panama) dans l'archipel des Marquises.

Conclusion : La prévalence de l'AgHbs est estimée à 1 % (IC à 95% : 0,6-1,7) en Pf, celles du VHC et du VHD est de 0%. Plus d'une personne sur 7 a été en contact avec le VHB en Pf (présence de l'AC HBc).
L'incidence record du CHC associé au VHB parmi la population de l'archipel des Australes pourrait être due en partie au génotype C.
La présence du génotype F (sous type F3) pour l'archipel des Marquises donne de nouveaux arguments en faveur de contacts rapprochés entre les anciennes populations de Polynésie, originaires d'Asie, et les Amérindiens.
L'éradication du VHB est possible en Pf grâce à :
- La grande efficacité de la vaccination obligatoire mise en œuvre en Juin 1995
- Et le nécessaire dépistage des populations nées avant Juin 1995, en commençant par les populations les plus à risque d'infection = les personnes originaires des Archipels des Australes et des Marquises, et pour tous les archipels les personnes de plus de 45 ans et les personnes des milieux défavorisés.

Conclusion : Deux ans après l'élargissement de la prescription, les AAD restent majoritairement délivrés à l'hôpital public, en particulier pour les populations les plus précaires. La délivrance en médecine générale demeure très minoritaire, avec des différences inter-régionales marquées. Des analyses complémentaires sont en cours afin d'identifier les facteurs structurels et populationnels pouvant expliquer ces différences et d'évaluer la marge de progression possible pour améliorer l'accès aux traitements de l'hépatite C sur l'ensemble du territoire.

C.O19

Résultats de 14 mois de "reflex testing" modifié de l'hépatite virale Delta dans un centre hospitalier général

H. Zougmoré [1], J.F.D. Cadranel [1], J.R. Ngele Efole [1], M. Medmoun [1], P. Pulwermacher [2], N. Mutumwinka [1], G. Fantognon [1], R. Smadhi [1], T. Delacour [1], C. Mokhtari [1]
(1) Creil ; (2) Amiens.

Introduction : L'hépatite Delta est considérée comme l'hépatite virale la plus sévère de par son évolutivité et son pronostic. L'hépatite B-Delta (HBD) est peu fréquente ou sous-estimée en France en raison de l'absence d'enquête de prévalence d'une part et du dépistage souvent oublié d'autre part. Le « reflex testing », défini comme un test systématique pour les anticorps anti Delta totaux chez toutes les personnes dont le test est positif pour l'antigène HBs est donc nécessaire. Le but de notre étude prospective était de rechercher systématiquement la présence du virus de l'hépatite Delta (HVD) chez les patients infectés par le virus de l'hépatite B.

Patients et Méthodes : De Aout 2022 à Septembre 2023, tout patient Antigène HBs positif a bénéficié de façon systématique, avec ou sans prescription médicale de la réalisation d'une sérologie HVD (anticorps totaux anti-VHD) par notre laboratoire d'analyse médicale. Une sérologie HVD positive était complétée systématiquement par une charge virale sérique VHD. Etaient analysés : nombre de patients testés, l'âge, le sexe, et les modalités de dépistage.

Résultats : 165 patients (pts) infectés par le VHB ont été testés de Aout 2022 à Septembre 2023. 58 % H, âge 45 ans (19-84). 58% des patients étaient des hommes. La sérologie du VHD a été réalisée systématiquement chez tous les pts. Le virologue a réalisé la sérologie delta sans prescription médicale chez 45 pts (27%) de façon systématique. Cinq pts d'entre eux (3%) avaient des anticorps anti Delta totaux positifs, 2 étaient issus d'un dépistage sans prescription. Pour 4 pts, la sérologie Delta n'était pas connue auparavant. La recherche et la quantification de l'ARN du virus Delta a été réalisée chez les 5 pts. L'ARN du virus de l'hépatite Delta était détecté chez 2 d'entre eux (40%).

Discussion : La prévalence des anticorps anti Delta chez les patients Ag HBs postitfs est de l'ordre de 3 à 5 % [1,2]. Dans notre étude de « reflex-testing » modifiée, elle était de 3%. La mise en œuvre des tests réflexes a permis de multiplier par cinq le nombre de diagnostics de VHD en Espagne [3]
La plupart des laboratoires français sous-traitent les tests de l'hépatite Delta et moins de 20% seulement ont recours au « reflex testing » y compris dans les CHU.

Conclusion : HVD est un problème majeur de santé publique. Il faut Inciter au « reflex testing » : dès qu'un diagnostic d'infection par le VHB est porté dans un laboratoire d'analyse médicale (antigène HBs positif). IL faudrait donc que le laboratoire fasse, sans aucune prescription médicale, une sérologie du VHD.

C.O20

Etat des lieux des connaissances des hépato-gastroentérologues des Hauts-de-France et de Normandie sur la transplantation hépatique chez l'adulte

B. Curty [1], S. Dharancy [2], O. Goria [1], H. Montialoux [1]
(1) Rouen ; (2) Lille.

Introduction : Le rapport de l'Agence de Biomédecine souligne l'hétérogénéité territoriale des taux d'inscription en liste d'attente et d'incidence de transplantation hépatique en France.
L'objectif principal de cette étude était de faire un état des lieux des connaissances des hépato-gastro-entérologues (HGE) hospitaliers et libéraux des Hauts de France (comportant un centre de greffe) et de Normandie (dépourvue de centre de greffe) sur la transplantation hépatique.
Les objectifs secondaires étaient de mettre en évidence d'éventuelles disparités en fonction de la région et du mode d'exercice, et d'identifier des demandes de formation sur le sujet.

Matériels et Méthodes : Etude observationnelle, déclarative avec envoi sur l'e-mail professionnel de chaque HGE libéral ou hospitalier en activité régulière des 2 régions d'un questionnaire Google Forms.

Résultats : Sur 314 HGE contactés, 130 ont répondu au questionnaire (41,4%).
Il n'existait pas de différence significative entre les 2 régions sur le niveau d'information en termes d'épidémiologie, de modalités de suivi, de survie sans greffe, et d'indications de greffe.
En revanche, il a été mis en évidence une différence significative d'usage du score MELD (85% *versus* 69,7%, p = 0,041 pour les populations d'HGE Hauts de France et Normandie respectivement) et une différence significative de connaissance du score AFP (77,4% *versus* 60,3%, p = 0,036 pour les populations Hauts de France et Normandie respectivement) entre les 2 régions, pouvant être expliquées par la présence d'un centre de greffe dans les Hauts de France, contrairement à la Normandie.
La majorité des patients cirrhotiques était suivie en milieu hospitalier (CHU et CHG). Néanmoins, 63% des hépato-gastro-entérologues libéraux avaient jusqu'à 10% de patients cirrhotiques au sein de leur patientèle. Parmi les HGE prenant en charge des patients cirrhotiques en consultation sans que cela soit leur activité principale (proportion de cirrhotiques en consultation > 0 et < 25%), 49,2% estimaient être suffisamment informés, or seuls 6,3% d'entre eux avaient des réponses correctes sur les questions cliniques en lien avec la greffe.
Nous avons enfin recensé un souhait de formation complémentaire pour 66,9% des praticiens interrogés.

Conclusion : Des temps de formation médicale continue au sujet de l'accès à la transplantation hépatique des patients cirrhotiques avec ou sans CHC semblent nécessaires, et sont souhaités parmi les HGE des régions Hauts de France et Normandie. Ces actions de formation pourraient participer à favoriser l'accès à la greffe des patients cirrhotiques.

C.021

Construction d'un score de mortalité à 1 an après une première transplantation hépatique élective chez des receveurs âgés de plus de 60 ans greffés entre 2007 et 2017 à partir des données de la cohorte nationale française

M. Latournerie [(1)], M. Labruyere [(1)], A.K. Sow [(1)], L. Lerosey [(1)], C. Antoine [(2)], S. Dharancy [(3)], J. Dumortier [(4)], V. Di Martino [(5)], A. Minello [(1)], C. Binquet [(1)]

(1) Dijon ; (2) Paris ; (3) Lille ; (4) Lyon ; (5) Besançon.

Introduction : Du fait de l'évolution récente des indications de transplantation hépatique (TH), les receveurs sont désormais plus âgés, avec plus de comorbidités. Pour aider à la sélection des patients qui tireront un plus grand bénéfice de la TH, dans le contexte de pénurie d'organes, l'objectif de cette étude était de développer et valider un score prédictif de décès à 1 an post TH chez les receveurs âgés de 60 ans et plus.

Patients et Méthodes : Nous avons extrait de la base de données Cristal (Agence de la Biomédecine) tous les patients âgés de 60 ans et plus, ayant reçu une 1ère TH élective entre 2007 et 2017. Les caractéristiques des patients ont été décrites par classe d'âge et comparées à l'aide des tests de Student ou Wilcoxon-Mann-Whitney. Les variables à inclure dans le score ont été identifiées par méthode de régression logistique puis sélectionnées selon la méthode pas à pas descendante. Nous avons randomisé la population en 2 cohortes : cohorte de dérivation (70%) pour élaborer le score et cohorte test (30%) pour le valider. La capacité prédictive du score a été évaluée par la méthode C-statistic de Harrell.

Résultats : 3158 patients ont été inclus : 90% étaient cirrhotiques (64% d'origine alcoolique), avec un score Meld médian à 14, un carcinome hépatocellulaire (CHC) dans 56% des cas. Dans la population, 57,3% étaient âgés de 60 à 65 ans, 38,4% de 65 à 70 ans et 4,2% de plus de 70 ans. Les patients âgés de plus 70 ans, comparés aux moins de 65 ans, présentaient significativement plus souvent un diabète ou une insuffisance rénale ; ils avaient une cirrhose moins grave et étaient plus souvent greffés pour CHC ; ils étaient moins souvent hospitalisés en soins intensifs au moment de la TH. Leur temps d'attente sur liste était plus long (352 jours vs 145 jours, p<0,001).
Le taux de mortalité à 1 an était de 13,7%. En analyse multivariée, le sexe masculin, un antécédent de thrombose portale, un débit de filtration glomérulaire bas, une longue durée d'ischémie froide étaient associés à un risque augmenté de décès à 1 an, contrairement à l'existence d'un CHC, qui était associée un risque diminué. Ces 6 variables ont été inclus dans notre score. La capacité discriminante de ce score était évaluée à 0,63 sur la cohorte de dérivation et à 0,61 (95% [0,57-0,68]) sur la cohorte test. Nous avons ensuite élaboré un nomogramme pour illustrer le poids de chaque variable retenue.

Conclusion : Dans cette cohorte de vie réelle, nous avons montré qu'une bonne sélection permettait d'obtenir de bons résultats post TH mais que l'existence de comorbidités et/ou défaillance d'organes associées avaient un impact significatif sur la survie à 1 an dans cette population plus âgée. Il s'agit du 1er score susceptible d'aider à la décision en vue de l'inscription sur liste d'attente de TH de candidats âgés de plus de 60 ans. Sa capacité de discrimination limite, comparable à celles obtenues par les précédents scores déjà publiés, suggère l'absence de variables importantes comme les facteurs de risque cardio-vasculaires, ou la sarcopénie, qui devraient sans doute être intégrées dans de prochaines études.

Remerciements, financements, autres : Remerciements au Groupe GRef2 et l'Agence de la Biomédecine pour le soutien et la mise à disposition des données

C.022

Caractérisation des signatures métabolomiques plasmatiques de patients atteints d'encéphalopathie hépatique secondaire à une hépatite fulminante ou une décompensation aiguë de cirrhose, avant et après transplantation hépatique

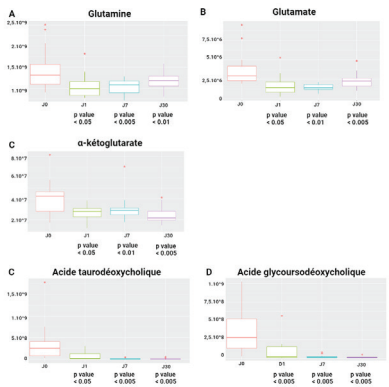
K. Pinceaux [(1)], F. Castelli [(2)], F. Fenaille [(2)], C. Junot [(2)], S. Mouri [(3)], V. Coirier [(1)], B. Giguet [(1)], C. Camus [(1)], J.M. Tadié [(1)], E. Bardou-Jacquet [(1)], P. Houssel-Debry [(1)], L. Sulpice [(1)], A. Monsel [(3)], A. Sitbon [(3)], P.R. Delmotte [(3)], D. Thabut [(3)], N. Weiss [(3)], M. Rudler [(3)]

(1) Rennes ; (2) Saclay ; (3) Paris.

Introduction : L'encéphalopathie hépatique (EH) est un ensemble de symptômes neurologiques et/ou neuropsychiatriques provoqués par une maladie hépatique, qu'elle soit aiguë (acute liver failure [ALF]) ou chronique (acute-on-chronic liver failure [ACLF]), et/ou par un shunt portosystémique. Les différences entre les mécanismes physiopathologiques et les voies métaboliques impliqués dans l'apparition de l'EH dans l'ALF et l'ACLF ne sont que très partiellement connues, tout comme l'évolution de ces voies métaboliques après la transplantation hépatique (TH). Nous avons analysé et comparé le métabolome plasmatique de patients atteints d'EH clinique dans un contexte d'ALF ou d'ACLF et avons étudié la cinétique de résolution de l'EH sur le plan métabolomique après TH.

Matériels et Méthodes : Nous avons utilisé deux méthodes de métabolomique non ciblée avec chromatographie en phase liquide couplée à la spectrométrie de masse à haute résolution sur le plasma de patients présentant une EH clinique et une ALF ou une ACLF et inclus prospectivement dans 2 centres hospitaliers universitaires français (La Pitié-Salpêtrière et Rennes). La première méthode (Hydrophilic Interaction Liquid Chromatography [HILIC] a permis l'analyse des composés polaires hydrophiles et la seconde (C18) a permis l'analyse des composés apolaires hydrophobes. Lorsqu'un patient était transplanté hépatique durant le suivi, les mêmes analyses de métabolomique ont été réalisées à J1, J7 et J30 après la TH. Tous les métabolites identifiés et annotés par les deux méthodes de base ont été ré-analysés en spectrométrie de masse en tandem afin de confirmer leurs annotations. Les métabolites présentant une différence statistiquement significative dans leurs concentrations au cours du temps après TH ont ensuite été analysés et comparés via un modèle mixte par analyse de la variance.

Figure 1 : Comparaison par modèle mixte d'analyse de variance des résultats de la méthode *Hydrophilic Interaction Liquid Chromatography* (HILIC) : A, B et C : abondances relatives (aires sous la courbe) des métabolites glutamine, glutamate et α-kétoglutarate (voie du glutamate) chez les patients en ACLF et transplantés hépatiques (n = 12) au cours du temps (J0, J1, J7 et J30 après TH). D et E : abondances relatives (aires sous la courbe) des métabolites acide taurodéoxycholique et acide glycoursodéoxycholique (voie des acides biliaires) chez les patients en ACLF et transplantés hépatiques (n = 12) au cours du temps (J0, J1, J7 et J30 après TH).



Résultats : Le sérum de 40 patients présentant une EH clinique et une ALF (n = 6) ou une ACLF (n = 34) ont été analysés par méthode HILIC et C18. Nous avons mis en évidence 228 métabolites différents dont les annotations ont été confirmées en spectrométrie de masse en tandem. Après comparaison, nous n'avons pas montré de différence des signatures métabolomiques spécifiques de l'EH entre les patients en ALF et ceux en ACLF, hormis pour la N-Acétyl-L-Cystéine (ratio de 0,10, p = 0,0165) et la taurine (ratio de 0,36, p = 0,0332). Au cours du suivi, 12 patients du groupe ACLF ont été transplantés. Après analyse des prélèvements réalisés à J1, J7 et J30, nous avons pu mettre en évidence la résolution dans le temps des perturbations des voies métaboliques associées à la survenue de l'EH, immédiatement après la TH et jusqu'à 30 jours après (Figure 1). Parmi les 228 métabolites annotés, 82 présentaient des taux statistiquement différents entre le J0 et les prélèvements à J1, J7 et/ou J30. Parmi eux, 25 présentent un lien avec au moins une voie métabolique déjà décrite dans la littérature comme étant impliquée dans la physiopathologie de l'EH. Parmi ces voies métaboliques impliquées, les abondances relatives de glutamine, glutamate, α-kétoglutarate (voie du glutamate) et d'acide taurodéoxycholique et acide glycoursodéoxycholique (voie des acides biliaires) étaient statistiquement modifiées.

Conclusion : Notre étude n'a pas permis de montrer de différence métabolique concernant la physiopathologie de l'EH dans l'ALF et l'ACLF. Cependant, à notre connaissance, nous avons, pour la première fois, caractérisé la résolution temporelle après la TH, et ce jusqu'au 30ème jour, des anomalies métaboliques en lien avec l'EH, impliquant les voies du glutamate et des acides biliaires.

O173

Comparaison des scores et variables pronostiques à court et long terme après transplantation hépatique en contexte d'acute-on-chronic liver failure de grade 3 : une étude multicentrique internationale

S. L'hermite [1], S.C. Sacleux [2], J. Ursic Bedoya [3], S. Dharancy [4], E. Boleslawski [4], G. Lebuffe [4], P. Ichai [5], A. Coilly [2], E. Vibert [2], A. Herrero [3], S. Jaber [3], P. Houssel-Debry [1], B. Giguet [1], F. Robin [1], V. Coirier [1], C. Camus [1], D. Samuel [2], G.P. Pageaux [3], P. Mathurin [4], E. Bardou-Jacquet [1], F. Saliba [2], A. Louvet [4], C.J. Karvellas [6], F. Artru [1]

(1) Rennes ; (2) Villejuif ; (3) Montpellier ; (4) Lille ; (5) Paris ; (6) Edmonton, CANADA.

Introduction : Les résultats de la transplantation hépatique (TH) chez les patients avec acute-on-chronic liver failure de grade 3 (ACLF-3) sont favorables chez des patients très sélectionnés. Plusieurs variables spécifiques du patient et du séjour en réanimation ainsi que des scores les combinant (UCLA-FRS, score TAM score, et score SALT-M) ont été associés au pronostic après TH dans des séries de taille ou de granularité limitées et n'ont pas été évalués dans une cohorte indépendante. Les buts de notre travail étaient d'étudier dans une large cohorte multicentrique internationale les performances de ces variables et scores pour prédire le risque de décès à court et long terme après TH en contexte d'ACLF-3.

Patients et Méthodes : Tous les patients transplantés en contexte d'ACLF-3 au jour de la TH issus de 3 centres français sur la période 2008-2014, de 1 centre français sur la période 2010-2020 et de 1 centre canadien sur la période 2008-2010 ont été inclus dans cette étude. Les critères de jugement étaient les survies à 1 et 5 ans après la TH. Une régression logistique des facteurs associés à la mortalité après TH incluant les variables et scores (ainsi que leurs composants) publiés comme associés au pronostic après TH en contexte d'ACLF-3 était réalisée. Les variables et scores étaient analysés en continu et selon des seuils spécifiques déjà publiés et identifiés comme associé au pronostic après TH. Les paramètres musculaires ont été recueillis sur les scanners réalisés à ±7 jours de la TH et évalués selon trois seuils publiés. Les scores étaient définis cliniquement utile par l'aire sous la courbe ROC (AUROC) ≥ 0,70.

Table 1 : analyse uni et multivariée en régression logistiques des facteurs associés à la mortalité à 1 an après transplantation hépatique en contexte d'ACLF-3. (*non sélectionnée dans l'analyse multivariée car inclue dans le score TAM, #donnée non disponible pour la cohorte canadienne).

Variable au jours de la transplantation hépatique	OR (IC95%)	p	OR (IC95%)	p
Age, années	1,31 (0,14-12,3)	0,81		
Age selon le seuil du SALT-M (50 ans)	1,42 (0,55-3,68)	0,45		
Age selon le seuil du TAM (53 ans)	0,88 (0,37-2,07)	0,78		
Indice de masse corporelle	0,98 (0,89-1,07)	0,77		
Diabète	1,04 (0,37-2,85)	0,94		
Délai inscription TH, jours	0,99 (0,89-1,11)	0,89		
Délai admission TH, jours	1,00 (0,97-1,04)	0,62		
Cause hépatopathie alcool	1,07 (0,72-1,59)	0,73		
Bilirubinémie,	1,00 (0,99-1,01)	0,89		
Albumine, g/l	0,96 (0,90-1,06)	0,29		
Creatinine, µmol/l	0,99 (0,99-1,01)	0,98		
INR	1,16 (0,94-1,43)	0,14		
Leucocytes, G/l	0,98 (0,91-1,04)	0,55		
Leucocytes selon seuil du TAM (10 G/l)	1,02 (0,43-2,38)	0,95		
Lactatémie	0,98 (0,80-1,20)	0,86		
Lactatémie selon seuil du TAM (4 mmol/l)	1,06 (0,31-3,55)	0,92		
Score MELD	0,99 (0,92-1,06)	0,84		
Score de Child-Pugh	1,31 (0,82-2,10)	0,25		
Score BAR	0,91 (0,78-1,06)	0,25		
Score p-SOFT	0,95 (0,87-1,05)	0,35		
Score de Charlson ajusté à l'âge	1,05 (0,54-2,02)	0,43		
Score de Charlson ajusté à l'âge selon seuil de 6	0,61 (0,07-5,17)	0,62		
Risque cardiaque	1,11 (0,36-3,45)	0,84		
Score UCLA-FRS	1,00 (0,87-1,15)	0,92		
Score UCLA-FRS selon le seuil de 22,5	1,69 (0,62-4,55)	0,29		
Score TAM	1,31 (0,78-2,18)	0,31		
Score TAM > 2	2,79 (0,88-10,56)	0,07	3,26 (1,01-10,99)	0,04
Score SALT-M	1,04 (0,93-1,16)	0,42		
Score SALT-M selon la médiane	1,54 (0,57-4,14)	0,39		
Score CLIF-C ACLF	0,99 (0,94-1 ,04)	0,91		
Défaillance de la coagulation selon le CLIF-C OF	2,03 (0,64-6,37)	0,22		
Défaillance circulatoire selon le CLIF-C OF	0,70 (0,31-1,63)	0,41		
Dose amines à la TH > 1 gamma/kg/min	3,97 (0,79-19,94)	0,08	3,23 (0,53-19,49)	0,19
Défaillance respiratoire selon le CLIF-C OF*	2,42 (1,01-6,20)	0,04		
Rapport PiO2/FiO2 ≤ 150 mmHg	1,40 (0,33-5,79)	0,65		
Défaillance hépatique selon le CLIF-C OF	1,86 (0,51-6,78)	0,34		
Défaillance rénale selon le CLIF-C OF	1,10 (0,42-2,87)	0,83		
Défaillance neurologique selon le CLIF-C OF	1,11 (0,40-3,05)	0,83		
Nombre de défaillance d'organe selon le CLIF-C OF	1,31 (0,86-2,00)	0,19		
Aggravation ≥ 2 défaillances entre admission et TH	2,79 (1,01-7,95)	0,04	2,30 (0,77-6,81)	0,13
Diamètre transverse du psoas droit (DTPD)	1,00 (0,87-1,16)	0,92		
DTPD selon Durand et al.	0,90 (0,33-2,44)	0,83		
Surface totale du psoas (STP) indexée à la taille	0,82 (0,57-1,16)	0,26		
STP en cm^2	0,91 (0,81-1,02)	0,11		
STP selon le seuil de Golse et al.	3,20 (1,11-9,31)	0,03	3,12 (0,99-9,15)#	0,06
STP indexé selon le seuil de Ebadi et al.	1,86 (0,66-5,22)	0,24		

Table 2 : analyse uni et multivariée en régression logistiques des facteurs associés à la mortalité à 5 ans après transplantation hépatique en contexte d'ACLF-3 (*multivariée non réalisée du fait d'une colinéarité – Charlson ajusté à l'âge inclus dans le UCLA-FRS)

Variable	OR (IC95%)	p		OR (IC95%)	p
Age, années	1,01 (0,97-1,04)	0,59			
Age selon le seuil du SALT-M (50 ans)	2,00 (0,83-4,85)	0,11			
Age selon le seuil du TAM (53 ans)	1,08 (0,51-2,33)	0,83			
Indice de masse corporelle	0,96 (0,89-1,03)	0,29			
Diabète	0,99 (0,37-2,47)	0,98			
Délai inscription TH, jours	0,99 (0,99-1,01)	0,90			
Délai admission TH, jours	1,00 (0,96-1,03)	0,95			
Cause hépatopathie alcool	0,89 (0,60-1,31)	0,35			
Bilirubinémie, µmol/l	1,00 (0,99-1,01)	0,72			
Albumine, g/l	0,95 (0,89-1,01)	0,14			
Créatinine, µmol/l	0,99 (0,99-1,01)	0,39			
INR	1,12 (0,92-1,37)	0,23			
Leucocytes, G/l	0,97 (0,91-1,03)	0,33			
Leucocytes selon seuil du TAM (10 G/l)	1,27 (0,59-2,74)	0,52			
Lactatémie	1,04 (0,88-1,23)	0,61			
Lactatémie selon seuil du TAM (4 mmol/l)	0,99 (0,33-3,03)	0,99			
Score MELD	1,01 (0,95-1,08)	0,65			
Score de Child-Pugh	1,20 (0,81-1,79)	0,34			
Score BAR	0,97 (0,84-1,11)	0,70			
Score p-SOFT	0,98 (0,90-1,06)	0,67			
Score de Charlson ajusté à l'âge	1,22 (0,96-1,56)	0,10			
Score de Charlson ajusté à l'âge selon seuil de 6	5,33 (1,20-23,63)	0,02		5,33 (1,20-23,63)*	0,02
Risque cardiaque	1,09 (0,40-2,97)	0,86			
Score UCLA-FRS	1,10 (0,98-1,24)	0,09		1,10 (0,98-1,24)*	0,09
Score UCLA-FRS selon le seuil de 22,5	2,19 (0,91-5,26)	0,07		2,19 (0,91-5,26)*	0,07
Score TAM	1,30 (0,81-2,07)	0,26			
Score TAM > 2	2,36 (0,80-6,92)	0,13			
Score SALT-M	1,01 (0,97-1,07)	0,44			
Score SALT-M selon la médiane	1,22 (0,55-2,74)	0,62			
Score CLIF-C ACLF	1,00 (0,96-1 ,05)	0,97			
Défaillance de la coagulation selon le CLIF-C OF	2,45 (0,86-6,93)	0,11			
Défaillance circulatoire selon le CLIF-C OF	0,89 (0,41-1,92)	0,77			
Dose amines à la TH selon seuil de 1 gamma/kg/min	2,01 (0,42-9,49)	0,38			
Défaillance respiratoire selon le CLIF-C OF	1,70 (0,70-4,14)	0,23			
Rapport PiO2/FiO2 ≤ 150 mmHg	0,97 (0,24-3,97)	0,97			
Défaillance hépatique selon le CLIF-C OF	1,48 (0,51-4,30)	0,46			
Défaillance rénale selon le CLIF-C OF	1,25 (0,52-2,97)	0,61			
Défaillance neurologique selon le CLIF-C OF	0,62 (0,26-1,46)	0,28			
Nombre de défaillance d'organe selon le CLIF-C OF	1,18 (0,80-1,72)	0,39			
Nombre de défaillance d'organe selon le CLIF-C OF	1,13 (0,74-1,72)	0,57			
Aggravation ≥ 2 défaillances entre admission et TH	1,32 (0,56-3,12)	0,51			
Diamètre transverse du psoas droit (DTPD)	1,00 (0,88-1,14)	0,93			
DTPD selon Durand et al.	1,02 (0,42-2,50)	0,96			
Surface totale du psoas (STP) indexée à la taille	0,93 (0,70-1,24)	0,64			
STP en cm²	0,97 (0,89-1,06)	0,60			
STP selon le seuil de Goise et al.	1,93 (0,78-4,78)	0,15			
STP indexé selon le seuil de Ebadi et al.	1,27 (0,49-3,29)	0,24			

Résultats : 138 patients ont été inclus. L'âge était de 56,5 ans (48,3-62,6). Une consommation excessive d'alcool était la principale cause de cirrhose (n=89, 64,0%) et le choc septique était la cause principale d'admission en réanimation (n=70, 50,7%). Le délai admission en réanimation -TH était de 9 jours (4,8-14,0). Au jours de la TH, le MELD était 40 (34-40) avec un nombre de défaillance d'organe (DO) de 4 (3-5) avec peu de défaillance respiratoire (n=28, 20,3%). Les survies à 1 et 5 ans étaient respectivement de 81.0% (IC95% :74,5-87,6 ; 26 décès) et 72,3% (IC95% : 64,6-81,0 ; 36 décès). Les facteurs associés à la mortalité à 1 an après TH en analyse univariée étaient un score TAM > 2, une défaillance respiratoire, une dose d'amines > 1 gamma/kg/min, une aggravation ≥ à deux défaillances entre l'admission et la TH et une sarcopénie définie par le seuil de la STP. En analyse multivariée seul un score TAM > 2 était indépendamment associé à la mortalité à 1 an (table 1). Aucun des trois scores spécifiques n'étaient considérés cliniquement utile dans la cohorte entière pour la prédiction du décès 1 an et seul le score TAM obtenait une AUROC ≥ 0,70 (à 0,75 dans la cohorte canadienne) en analyse par centre. L'analyse univariée des facteurs prédictifs de mortalité à 5 ans ne retrouvait que le score de Charlson ajusté à l'âge ≥ 6 comme associé à la mortalité (table 2). Aucun des trois scores spécifiques (UCLA-FRS, TAM et SALT-M) n'était considéré cliniquement utile en analyse globale ou par centre.

Conclusion : Dans cette large étude multicentrique internationale, le seul facteur indépendamment associé à la survie à 1 an après TH était un score TAM > 2. A 5 ans, seuls un score de Charlson ajusté à l'âge ≥ 6 était associé au risque de décès. Les trois scores spécifiques développés dans la population de patients les plus sévères en attente de TH (UCLA-FRS, TAM et SALT-M) ont des performances insuffisantes et variables d'une cohorte à l'autre et devraient être optimisés. Le score TAM, basé essentiellement sur des variables de réanimation, semble être le score qui pourrait être plus utile cliniquement pour la prédiction du risque de décès à 1 an alors que le UCLA-FRS incluant le score de comorbidité de Charlson semble être celui qui permettrait d'identifier les patients à risque de décès à plus long terme.

O24

OLT-iCCA : transplantation hépatique pour cholangiocarcinome intra-hépatique localement avancé, non résécable après traitement néoadjuvant par chimiothérapie et radioembolisation

B. Giguet [1], T. Uguen [1], H. Jeddou [1], P. Houssel-Debry [1], C. Jézéquel [1], F. Robin [1], A. Chebaro [1], K. Boudjema [1], E. Garin [1], L. Beuzit [1], B. Turlin [1], J. Edeline [1], E. Bardou-Jacquet [1], F. Artru [1]

(1) Rennes.

Introduction : Le cholangiocarcinome (CCA) représente la seconde cause de tumeur primitive hépatique (15%). Anatomiquement on décrit les CCA intra hépatiques (iCCA), péri-hilaires et distaux. Les patients atteints de CCA ont un pronostic sombre avec une survie globale à 5 ans inférieure à 10%. Les CCA ne constituent pas une indication classique de transplantation hépatique (TH) du fait d'une survie globale historiquement de 25% à 5 ans. La plus grande série de TH pour iCCA localement avancé non résécable (N=18) avec traitement néoadjuvant rapportait une survie globale de 57% à 5 ans [1]. Seuls 3 patients bénéficiaient d'un traitement néoadjuvant combinant chimiothérapie (CT) et radioembolisation (RE) et étaient toujours en vie et sans récidive tumorale à la fin du suivi. Par ailleurs l'ajout de la RE à la CT semble améliorer le taux de réponse des iCCA localement avancés par rapport à la chimiothérapie seule [2].

Le but de notre étude était de rapporter les résultats de la TH chez les patients avec iCCA non résécables traités par RE et CT avant TH.

Patients et Méthodes : Etude rétrospective unicentrique incluant tous patients transplantés hépatiques pour iCCA localement avancé, non résécable, et dont le traitement néoadjuvant comprenait la RE en plus de la CT, sur la période 2011 à aujourd'hui.

Le critère de jugement principal était la survie à 5 ans après TH et le critère de jugement secondaire la survie à 5 ans sans récidive.

Résultats : - Caractéristiques des patients :
5 patients ont été inclus (3 hommes et 2 femmes), d'âge médian de 56,1 ans [41.3-61.8] et peu comorbide (Index de Charlson ajusté à l'âge à 3 [3-3.5]). La taille tumorale cumulative au diagnostic était de 100 mm [64.5-115] et de 80 mm [51.5-80] au moment de l'inscription sur liste d'attente de TH. Il existait une hépatopathie chronique avancée chez 60% des patients. Les 5 patients ont été traités par CT néoaduvante (GEMCIS chez 4 patients : 80%) et RE (100%). Un picking ganglionnaire était réalisé avant listing chez 4 patients (80%) : 3 picking étaient négatifs et 1 picking non contributif. Le délai entre le diagnostic du iCCA et la TH était de 516 jours [394-866] et le délai d'attente sur liste était de 130 jours [37-252]. 80% des patients ont été transplantés avec un greffon hors tours. L'âge du donneur était de 63 ans [52.5-89.5] et la durée d'ischémie froide était de 502 minutes [492-505].
- Données de survie et évolution post TH :
Le suivi médian des patients après TH était de 191.3 mois [51.4-257.6] avec une survie globale et sans récidive à 5 ans de 100% et 58,3% respectivement. La durée d'hospitalisation post TH était de 12 jours [12-16.5]. L'immunosuppression au long cours comprenait l'évérolimus chez 4 patients (80%). Les complications à distance de la TH étaient biliaires dans 80% des cas (2 sténoses anastomotiques, 1 cholangite ischémique et 1 fistule biliaire) et artérielles (sténose puis thrombose de l'artère chez un patient). Une récidive tumorale oligométastatique était observée chez 2 patients (40%) et survenait à 573 jours et 577 jours. Elle concernait à chaque fois le site pulmonaire et une chirurgie curative a pu être réalisée chez tous les patients sans nouvelle récidive depuis.

Conclusion : La survie globale à 5 ans des patients transplantés hépatiques dans notre centre pour iCCA localement avancé non résécable traité par RE suggère un potentiel bénéfice thérapeutique individuel tout en conservant une utilité sur le plan collectif (> 50-70% de survie globale à 5 ans), avec néanmoins un taux de complication biliaire plus important qu'attendu. L'impact de la stratégie néoadjuvante incluant la RE pourrait participer à ces bons résultats et mérite d'être étudié dans une plus large cohorte.

C.025

Atteinte osseuse déminéralisante et maladie inflammatoire chronique de l'intestin sous anti-TNF chez l'enfant

S. Morin [1], L. Bridoux-Henno [1], S. Gastineau [1], E. Carré [1], P. Guggenbuhl [1], A. Dabadie [1], S. Leroux [1]
(1) Rennes.

Introduction : Les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI) peuvent se compliquer de déminéralisation osseuse chez l'enfant. Les anti-TNF alpha (Infliximab ou Adalimumab) sont largement utilisés dans le traitement des MICI chez l'enfant. Grâce à leur effet anti-inflammatoire, ces traitements pourraient limiter le risque d'atteinte osseuse.

Objectif : Identifier les facteurs de risque de persistance ou d'apparition d'une atteinte osseuse déminéralisante sous traitement par anti-TNF pour une MICI avant 18 ans.

Patients et Méthodes : Etude rétrospective de 2013 à 2023. Les données cliniques, biologiques, endoscopiques et ostéodensitométriques (Appareil HOLOGIC HORIZON WI, mesure du Z-score de DMO au niveau du rachis lombaire, corrigé selon l'âge osseux (DMORL)) ont été collectées au diagnostic (T0) et lors de la deuxième ostéodensitométrie après au moins un an de traitement par anti-TNF (T1). Tous les patients recevaient une supplémentation en vitamine D. Grâce à une régression logistique uni puis multivariée, nous avons analysé la relation entre les caractéristiques des patients à T0 (notamment cliniques, biologiques et endoscopiques) et le risque d'atteinte osseuse déminéralisante à T1 (i.e. Z-score de DMO RL ≤ -1 DS). La rémission était définie par les critères habituels (scores cliniques d'activité, calprotectine fécale, cicatrisation muqueuse en endoscopie).

Résultats : Cinquante-huit patients ont été inclus. Au diagnostic, l'âge moyen était de 12,7 ans (+/- 3 ans), la calprotectine moyenne était de 1109 µg/g de selles (+/- 526) et la CRP moyenne de 49,5 mg/L (+/- 35). Dix-huit patients (31%) présentaient une atteinte périnéale et/ou une fistule et/ou une sténose digestive et 40 patients (69%) présentaient une atteinte endoscopique macroscopique sévère. Le délai médian entre le diagnostic et la première évaluation de DMO était de 46 jours (extrêmes : 6 j - 345 j). Le traitement par anti-TNF (Infliximab ou Adalimumab) a été utilisé en première intention dès le diagnostic chez 35 patients (60%) et après échec d'un traitement nutritionnel et/ou des corticoïdes et/ou de l'azathioprine chez 23 patients (40 %) dans un délai médian de 153 jours (45 j-321 j).
Le Z-score de la DMO RL ajusté sur l'âge osseux à T0 variait de -3,5 à +1,3 DS (-0,8 +/- 0,9 DS). A T1 IL variait de -2,5 à + 2,1DS (-0,6 +/- 0,9 DS). Au total, 26/58 (45%) des patients traités pour une MICI présentaient à T1 un Z-score de DMO RL ≤ -1 DS. Cette atteinte osseuse déminéralisante était présente chez 14/32 (43%) des enfants en rémission de la MICI à T1. Parmi les patients en rémission à T1, 10/32 (31%) ne présentaient pas d'amélioration de la DMO RL entre T0 et T1 (pour ces 10 patients, le Z-score baissait de 0 à -1,2 DS entre T0 et T1). Aucun patient n'a présenté de fracture osseuse.
Après ajustement, notamment sur la rémission de la maladie à T1, la pré-existence d'une atteinte osseuse déminéralisante à T0 (aOR 9,20, IC 95% 2,31 - 43.65) et la présence d'une inflammation endoscopique macroscopique à T0 (aOR 6,59, IC95% 1,13 - 53,87) étaient des facteurs indépendamment associés à l'existence d'une atteinte osseuse déminéralisante à T1.

Conclusion : Cette étude a permis d'identifier un groupe de patients à risque de présenter une atteinte osseuse déminéralisante persistant malgré le traitement par anti-TNF. Une étude longitudinale jusqu'à la fin de la croissance pourrait évaluer l'effet à plus long terme des anti-TNF.

C.026

Effet de l'électrostimulation transcutanée du nerf vague sur les douleurs abdominales fonctionnelles de l'enfant

E.C. Noubissi Nouno [1], R. Maudinas [1], F. Huet [1], A.S. Blain [1], G. Sadeu Wafeu [2]
(1) Dijon ; (2) Yaoundé, CAMEROUN.

Introduction : Les douleurs abdominales fonctionnelles affectent la qualité de vie des enfants et de leurs familles. Elles sont liées à un déséquilibre de la balance sympatho-vagale. La neurostimulation vagale pourrait être une approche thérapeutique non médicamenteuse pour leur traitement. L'objectif de cette étude est d'évaluer l'efficacité de l'électrostimulation transcutanée du nerf vague dans la prise en charge des douleurs abdominales fonctionnelles.

Matériels et Méthodes : Nous avons réalisé une étude observationnelle descriptive, entre Janvier et Septembre 2023. Nous avons inclus les enfants et adolescents âgés de moins de 18 ans suivis pour douleurs abdominales fonctionnelles, classés selon les critères de ROME IV. Ils avaient été mis antérieurement sous électro stimulateur du nerf vague via une électrode auriculaire stimulant la zone de la « cymba concha » (100% d'afférences vagales) et permettant l'activation cérébrale du noyau du tractus solitaire et de ses projections.
Les caractéristiques de la douleur avant et après l'intervention étaient évaluées grâce au Pain Frequency-Severity-Duration Scale as a Measure of Pain (PFSD). La qualité de vie des patients était évaluée grâce au Pediatric Quality of Life Inventory_Version 4.0 Generic Core Scales (PedsQL4.0). Le critère de jugement principal était la réduction des douleurs abdominales fonctionnelles après électrostimulation. Les tests de Mann-Whitney et de Chi Carré ont été utilisés respectivement pour la comparaison des médianes et des proportions.

Résultats : Au total, 24 participants ont été inclus dans l'étude, avec un âge médian de 14 ans [11,0 - 17,3]. La majorité des patients (16/24) présentait des douleurs abdominales non spécifiques. Le nombre mensuel de jours de douleur a significativement diminué après l'intervention, passant de 30 [19,0 - 30,0] à 14,5 jours [2,0 - 30,0] (p 0,007), de même que l'intensité moyenne de la douleur passant d'une médiane de 8,0 [7,0 - 9,3] à 5,0 [3,0 - 7,0] (p<0,001). L'intensité maximale de la douleur est passée de 10,0 [9,8 - 10,0] à 8,0 [5,8 - 10,0] (p 0,006).
La santé physique a été significativement améliorée après l'intervention. En effet, 20/24 (83,3%) des participants avaient de réelles difficultés à courir avant l'intervention contre 7/24 (29,1%) après (p = 0,004). De même, 20/24 patients (83,3%) avaient l'impression de réellement « manquer d'énergie » avant l'intervention contre 7/24 (29,2%) après l'intervention, avec une valeur p significative de 0,02.
A l'exception du sentiment de colère, toutes les variables du fonctionnement émotionnel se sont améliorées significativement après l'intervention. Le sentiment de dépression était retrouvé « souvent ou presque toujours » chez 17/24 patients (70,8%) avant l'intervention contre 4/24 (16,7%) après (p < 0,001). La difficulté à dormir était présente « souvent ou presque toujours » chez 16/24 patients (66,7%) avant l'intervention contre 2/24 (8,3%) après (p < 0,001).
Sur le plan social, la grande majorité des patients ont réussi « à réaliser ce qu'ils n'arrivaient pas à faire par rapport aux jeunes de leur âge » grâce à l'utilisation de l'électro stimulateur (p = 0,006). De même, « la difficulté à suivre les autres » était ressentie par 11/24 patients (45,8%) avant l'intervention contre 3/24 (12,5%) après (p = 0,004).
Sur le plan scolaire, la « difficulté à être attentif en cours » était retrouvée chez 14/24 patients (58,3%) avant l'intervention contre 3/24 (12,5%) après. La « difficulté à faire tout son travail » en classe était retrouvée chez 15/24 patients (62,5%) contre 3/24 (12,5%) après l'intervention. L'électrostimulation a également permis de moins manquer les cours et de moins aller chez le médecin, p < 0,001.
Le seul effet indésirable rapporté après l'intervention était une douleur d'inconfort à l'oreille, retrouvée chez 3/24 (12,5%) des patients, p=0,178.

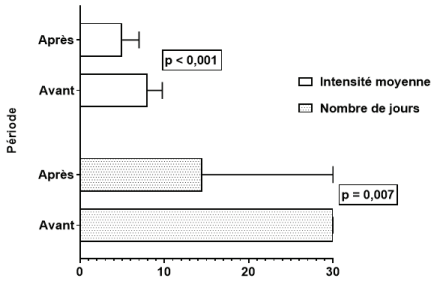


Figure 1. Description de l'intensité moyenne et de la durée de la douleur (nombre de jours par mois) avant et après l'intervention dans la population étudiée.

Discussion : Nos résultats sont en adéquation avec ceux de Kovacic et al. dans leur essai randomisé double aveugle concernant 115 enfants et adolescents âgées entre 11 et 18 ans, répartis en deux groupes : ceux sous électrostimulation du nerf vague et ceux porteurs d'un appareil fictif.

Conclusion : Notre étude a permis de montrer que l'électrostimulation du nerf vague est une alternative thérapeutique sûre et efficace dans la prise en charge des douleurs abdominales fonctionnelles de l'enfant

Remerciements, financements, autres :
Au CHU de Dijon
A l'équipe de Schwa-medico

O27

Apport de la manométrie anorectale chez l'enfant : à propos de 185 cas

C. Khyat [1], I. Serraj [1], M. Salihoun [1], F. Bouhamou [1], N. Kabbaj [1]
(1) Rabat, MAROC.

Introduction : Les troubles anorectaux sont fréquents chez l'enfant, ils sont liés à des anomalies structurelles et/ou fonctionnelles de l'anorectum ou du plancher pelvien et s'accompagnent de divers symptômes. La manométrie anorectale (MAR) est couramment utilisée comme outil de diagnostic pour les enfants ayant des problèmes de défécation afin de guider leur prise en charge
Le but du travail est de déterminer les indications de la MAR chez l'enfant et d'évaluer son rendement diagnostique.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective et descriptive incluant tous les enfants ayant bénéficié d'une MAR avec système AIR dans notre formation entre avril 2018 et août 2023. Les données cliniques et les paramètres manométriques ont été analysés.

Résultats : Sur 185 enfants ayant bénéficié d'une MAR, il s'agissait de 129 garçons (69,7 %) et 56 filles (30,2%) avec sexe ratio H/F de 2,3 . L'âge moyen était de 10,7 ans (5 ans - 16 ans).
43 patients (23,2 %) avaient une constipation, 121 patients (65,4 %) avaient une encoprésie et 21 patients (11,4 %) avaient une association des deux.
La MAR a retrouvé des anomalies dans 91,4 % des cas.
En cas d'encoprésie, la MAR a objectivé : un asynchronisme abdomino pelvien isolé dans 36,5 %, une mauvaise contraction anale volontaire isolée dans 6,7 % et les deux associés dans 43,4 %. Une hypotonie sphinctérienne au repos isolée dans 2,5 %, associée à un asynchronisme abdomino pelvien et/ou une mauvaise contraction anale volontaire dans 18,9 %.le reflexe recto-anal ihibiteur (RRAI) était absent chez 2 patients (1,6%) en faveur d'une maladie d'Hirshprung.
En cas de constipation distale, la MAR a retrouvé : un asynchronisme abdomino-pelvien isolé dans 73,1%, un mégarectum dans 14,8 % et une hypertonie sphinctérienne au repos dans 8,5 %, le RRAI était présent chez tous les malades éliminant une aganglionnie.

Conclusion : La MAR reste le « gold standard » dans l'exploration de la constipation terminale et de l'encoprésie chez les enfants.
Elle a permis dans notre série de poser le diagnostic étiologique chez 91.4% des enfants permettant de guider l'attitude thérapeutique chez ces patients et d'améliorer leur qualité de vie. Les anomalies fonctionnelles les plus fréquemment retrouvées étaient l'asynchronisme abdomino-pelvien et la mauvaise contraction volontaire

C.028

La diète élémentaire dans la prise en charge de l'œsophagite à éosinophiles de l'enfant : expérience d'un centre pédiatrique

F. Campeotto [1], C. Serio [2], L. Geroux [1], M. Baldassarre [2], G. Lezmi [1]
(1) Paris ; (2) Bari, ITALIE.

Introduction : L'œsophagite à éosinophiles (EoE) est une maladie immuno-inflammatoire chronique dont le diagnostic repose sur l'association de signes cliniques digestifs hauts dont le plus caractéristique est la dysphagie et histologiquement par la présence d'un infiltrat à éosinophiles de la muqueuse de l'œsophage (> 15 Eo/champ). Les traitements disponibles pour l'EoE comprennent les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP), les corticostéroïdes topiques avalés, les régimes d'exclusion et la biothérapie. La diète élémentaire avec consommation exclusive d'une formule d'acides aminés pendant 8 semaines a un taux de réussite immédiat autour de 90% à la fois sur le plan clinique et histologique. Cependant son efficacité au long cours et son impact sur l'histoire naturelle/trajectoire de l'EOE sont peu décrites chez l'enfant.
Objectif : Evaluer si la diète élémentaire exclusive est un traitement efficace à moyen terme après réintroduction des aliments.

Patients et Méthodes : Etude rétrospective portant sur des enfants suivis dans le service de Gastroentérologie et Allergologique Pédiatrique de l'hôpital Necker entre 2020 et 2022 avec EoE resistante aux traitements médicamenteux et/ou régime d'exclusion des protéines de lait de vache et du blé, chez qui une diète élémentaire exclusive avec une formule d'acides aminés de 2 mois a été proposée. Les données cliniques sous forme de score, les résultats endoscopiques et histologiques ont été relevés avant puis après 2 mois de diète élémentaire exclusive et après 6 mois lors de la réintroduction alimentaire séquentielle.

Résultats : Les données de 10 enfants (6G/4F) âgés de 12 ans (4-18 ans) d'âge médian ont été analysées. Trois (30 %) enfants ont abandonné le régime quelques jours plus tard, pour dégoût et refus. Sept enfant ont suivi le régime pendant deux mois. Chez ces enfants, le score symptomatique moyen diminuait de 4,57 avant régime à 1,47 après 2 mois de diète (p = 0,018) et augmentait lors la réintroduction alimentaire à 2,57 (p=0,026). Après 2 mois de diète, une réponse histologique complète (≤15 Eo/champ) était enregistrée chez n= 6 (86%) enfants. Le nombre d'éosinophiles par champ diminuait de 34 à 5 (p = 0,018) après 2 mois de régime, mais après la réintroduction alimentaire, il augmentait à 19 (p = 0,176). Après la réintroduction alimentaire complète un patient (14%) maintient une réponse complète 6 mois après la réintroduction alimentaire.

Conclusion : La diète élémentaire est efficace à court terme mais ne change pas le profil évolutif de l'EoE qui récidive dans 86% des cas lors de la réintroduction alimentaire. Cette stratégie thérapeutique est donc peu efficace à moyen et long terme en cas d'EoE résistante aux traitements médicamenteux.

C.029

Le devenir à 1 an des enfants nés vivants avec une atrésie de l'œsophage est-il influencé par le sexe ?

J. Guidet [1], A. Lapillonne [2], A. Bonnard [2], N. Caron [3], T. Merrot [4], C. Jacquier [5], S. Irtan [2], T. Lamireau [6], A. Guinot [7], V. Fouquet [8], I. Talon [9], A. Le Mandat [10], L. Bridoux-Henno [11], D. Forgues [12], F. Elbaz [13], N. Berte [14], M.L. Poli-Merol [15], J.L. Michel [16], A. Haffreingue [17], P. Buisson [18], J.F. Lecompte [19], M. Francois [20], H. Lardy [21], D. Potop [22], C. Borderon [23], F. Schmitt [24], A. Scalabre [25], H. Behal [1], F. Gottrand [1], M. Aumar [1]
(1) Lille ; (2) Paris ; (3) Lyon ; (4) Marseille ; (5) Grenoble ; (6) Bordeaux ; (7) Nantes ; (8) Le Kremlin-Bicêtre ; (9) Strasbourg ; (10) Toulouse ; (11) Rennes ; (12) Montpellier ; (13) Rouen ; (14) Nancy ; (15) Reims ; (16) Saint-Denis, Réunion ; (17) Caen ; (18) Amiens ; (19) Nice ; (20) Dijon ; (21) Tours ; (22) Poitiers ; (23) Clermont-Ferrand ; (24) Angers ; (25) Saint-Étienne.

Introduction : La prévalence de l'atrésie de l'œsophage (AO) est plus élevée chez les garçons que chez les filles. Deux travaux précédents, issus du registre national de l'atrésie de l'œsophage (RENATO) ont montré que le sexe masculin était un facteur de risque indépendant de complications respiratoires à l'âge d'1 an et de reflux gastro-œsophagien à l'âge de 6 ans. Ces résultats suggèrent que le sexe masculin influence le devenir à court et moyen terme dans l'AO. L'objectif de cette étude était de déterminer si le sexe influençait la morbidité digestive, nutritionnelle, respiratoire, la nécessité d'hospitalisation et la mortalité à 1 an.

Patients et Méthodes : Il s'agissait d'une étude prospective, de cohorte, multicentrique, en population. Tous les patients nés vivants avec une AO dans l'un des centres du registre national de l'AO (RENATO) entre le 1er janvier 2008 et le 31 décembre 2019 étaient inclus. Les patients dont l'information sur le sexe manquait et ceux dont le statut (vivant/décédé) à un an était inconnu étaient exclus. La morbidité digestive était définie par la survenue de sténoses anastomotiques récurrentes et/ou la nécessité d'une chirurgie anti-reflux. La morbidité nutritionnelle était définie par un Z-score d'IMC < -2 et/ou une autonomie alimentaire non atteinte (<100% des apports pris per os). La morbidité respiratoire était définie par la nécessité d'un traitement de fond respiratoire. La survenue d'une réhospitalisation après la première sortie à domicile suivant la remise en continuité et le nombre total de jours d'hospitalisation au cours de la première année de vie étaient colligés. La comparaison des critères de jugement entre les filles et les garçons a été ajustée par la présence d'une fistule et la forme syndromique. Les données manquantes étaient gérées par la méthode des imputations multiples.

Résultats : On incluait 1939 des 2063 patients éligibles (94%), issus de 38 centres dont 1139 garçons (58,7%). Il n'y avait pas de différence significative en fonction du sexe sur les critères de gravité néonataux tels que la prématurité, le petit poids pour l'âge gestationnel, les formes syndromiques et le type d'AO. La morbidité digestive à un an n'était pas plus importante chez les garçons que chez les filles, ni pour la nécessité d'une chirurgie anti-reflux (11,5% vs 11,2 %, p=0,76), ni pour la survenue de sténoses anastomotiques récidivantes et récalcitrantes (7,1% et 5,1% vs 5,7% et 4,6%, p=0,28). La dénutrition était plus fréquente chez les garçons que chez les filles (respectivement 8,9% et 5,9%, p=0,047), les garçons avaient plus fréquemment besoin d'un traitement de fond à visée respiratoire que les filles (respectivement 37,2% et 29,0%, p=0,001) et étaient plus souvent réhospitalisés dans leur première année de vie que les filles (respectivement 80,6% et 73,4% p=0,004).

Conclusion : Cette étude met pour la première fois en évidence le sexe masculin comme facteur de risque de complications à 1 an dans l'AO. Des mécanismes embryologiques, chromosomiques et hormonaux semblent impliqués pour expliquer l'influence du sexe sur cette pathologie chronique. Des études supplémentaires sont nécessaires pour mieux comprendre ces mécanismes mais

il semble que les garçons opérés d'une AO à la naissance nécessitent une attention médicale particulière durant leur première année de vie.

Remerciements, financements, autres :
F. Auber (Besançon), P. De Vries (Brest), C. Pelatan (Le Mans), C. Tolg (Fort de France), O. Jaby (Créteil), M. Pouzac (Orléans), C. Grosos (Limoges), C. Laplace (Pointe-à-Pitre), K. Groff (Attachée de Recherche Clinique pour le registre, Lille), M. Leroy (Attachée de Recherche Clinique, Lille)

O30

État nutritionnel à l'âge de 6 ans des enfants opérés à la naissance d'une atrésie de l'œsophage

E. Bitoumbou [1], A. Bonnard [2], A. Lapillonne [2], M. Antoine [1], T. Merrot [3], N. Caron [4], A. Guinot [5], T. Lamireau [6], S. Irtan [7], L. Bridoux-Henno [8], C. Dumant [9], A. Breton [10], J. Lirussi Borgnon [11], I. Talon [12], C. Jacquier [13], A. Ranke [14], M.L. Poli-Merol [15], V. Fouquet [16], N. Kalfa [17], D. Djeddi [18], S. Willot [19], C. Dupont-Lucas [20], A. Turquet [21], C. Crémilleux [22], F. Schmitt [23], C. Borderon [24], O. Jaby [25], H. Behal [1], F. Gottrand [1], M. Aumar [1]

(1) Lille ; (2) Paris ; (3) Marseille ; (4) Lyon ; (5) Nantes ; (6) Bordeaux ; (7) Paris Trousseau ; (8) Rennes ; (9) Rouen ; (10) Toulouse ; (11) Dijon ; (12) Strasbourg ; (13) Grenoble ; (14) Nancy ; (15) Reims ; (16) Le Kremlin-Bicêtre ; (17) Montpellier ; (18) Amiens ; (19) Tours ; (20) Caen ; (21) Saint-Denis, Réunion ; (22) Saint-Étienne ; (23) Angers ; (24) Clermont-Ferrand ; (25) Créteil.

Introduction : La morbidité digestive de l'atrésie de l'œsophage (AO) est présente chez près de 80% des patients au cours de l'enfance. Associés aux difficultés à manger qu'elle induit, la majoration de la dépense énergétique, les hospitalisations répétées et prolongées et le désintérêt pour l'alimentation ont un impact non négligeable sur la croissance staturo-pondérale de ces patients. Une première étude menée à l'âge d'1 an grâce aux données du registre national de l'atrésie de l'œsophage (RENATO) a permis d'évaluer à un peu moins de 15% la prévalence de la dénutrition à cet âge. L'évolution nutritionnelle de ces patients dans l'enfance et à l'âge adulte est peu étudiée dans la littérature.
L'objectif principal était d'évaluer la prévalence de la dénutrition et du retard statural à l'âge de 6 ans des enfants opérés à la naissance d'une AO. Les objectifs secondaires étaient d'en identifier les facteurs prédictifs et associés et d'en décrire l'histoire naturelle.

Patients et Méthodes : Nous avons mené une étude prospective, nationale, multicentrique, de cohorte, incluant les données d'une population d'enfants nés entre 2010 et 2012, nichée au sein du registre national de l'AO, qui répertorie les données à la naissance et à 1 an de tous les enfants naissant en France avec une AO. Une analyse statistique uni et multivariée avec imputation des données manquantes était conduite.

Résultats : On incluait 449 des 468 patients éligibles (92%), issus de 36 centres. Les prévalences de la dénutrition et du retard statural à 6 ans étaient respectivement de 10% et 11%. Une dénutrition à 1 an était le seul facteur prédictif indépendant de dénutrition à 6 ans (OR = 4,73 (1,77-10,77) p=0,002) tandis qu'un petit poids pour l'âge gestationnel, une malformation cardiaque et un retard statural à 6 ans étaient les facteurs prédictifs indépendants de retard statural à 6 ans (respectivement OR = 2,32 (1,01-5,33) p = 0,048, OR = 1,99 (1,00-3,93) p = 0.049 et OR = 5,51 (2,29-13,28), p=0,0002). Aucun facteur évalué à l'âge de 6 ans n'était associé de façon significative à une dénutrition ou à un retard statural au même âge. A l'âge de 6 ans, la dénutrition et le retard statural pouvaient persister pour la majeure partie de la population, mais aussi disparaître ou apparaître de novo.

Conclusion : Cette étude montre que la dénutrition et le retard statural sont encore moins fréquents à l'âge de six ans qu'à un an dans l'AO. Elle individualise le même groupe à risque qu'à l'âge d'un an et suggère que l'influence des facteurs de risque précoces de dénutrition et de retard statural persistent à l'âge de six ans.

Remerciements, financements, autres :
Dr Myriam Pouzac (Orléans), Dr Cécile Pelatan (Le Mans), Dr Aurélie Comte (Besançon), Dr Philine De Vries (Brest), Dr Audrey Nicolas (Limoges), Dr Valérie Triolo (Nice) Dr Cécilia Tolg (Fort-de-France), Dr Stephan Geiss (Colmar), Mme Katialine Groff (Assistante de Recherche Clinique au CHU de Lille), Mme Mélanie Leroy (Assistante de Recherche Clinique au CHU de Lille).

C.031

Les inhibiteurs de la pompe à protons dans l'atrésie de l'œsophage : une revue systématique

G. Dimitrov [1], M. Aumar [2], F. Gottrand [2]
(1) Orléans ; (2) Lille.

Introduction : Le reflux gastro-œsophagien (RGO) est fréquent et prolongé chez les patients pédiatriques atteints d'atrésie œsophagienne (AE) nécessitant l'utilisation systématique d'inhibiteurs de la pompe à protons (IPP). Cependant, il existe encore des controverses sur l'utilisation prophylactique des IPP et leur efficacité sur les complications du RGO et de l'AE. Le but de l'étude est d'évaluer l'utilisation prophylactique des IPP chez les patients pédiatriques atteints d'AE et ses complications.

Matériels et Méthodes : Nous avons donc réalisé une revue systématique de la littérature incluant tous les rapports sur le sujet de 1980 à 2022.

Résultats : 38 rapports sur le sujet répondaient aux critères de sélection, représentant un total de 6 044 patients atteints d'AE. La prescription prophylactique d'IPP au cours de la première année de vie ne semble pas empêcher la persistance du RGO au suivi mais est associée à un taux réduit d'interventions chirurgicales anti-reflux. Les IPP préviennent et guérissent l'œsophagite peptique et induisent une rémission de l'œsophagite à éosinophiles à un taux de 50 %. Les données suggèrent que les IPP ne préviennent pas la sténose anastomotique, l'œsophage de Barrett ni les complications respiratoires.

Conclusion : L'utilisation d'IPP dans l'EA peut améliorer les symptômes du RGO, de l'œsophagite peptique et à éosinophiles, mais est inefficace sur les autres complications de l'AE. Les effets secondaires des IPP dans l'AE sont presque inconnus.

C.032 Plénière

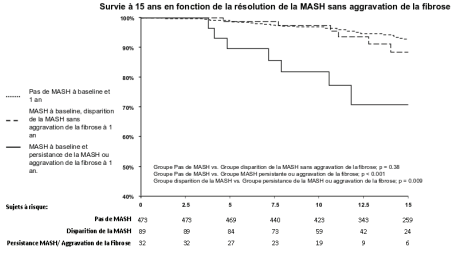
La résolution de la MASH sans aggravation de la fibrose après une chirurgie bariatrique améliore la survie à 15 ans : une étude de cohorte prospective

G. Lassailly [1], R. Caiazzo [1], A. Goemans [1], M. Chetboun [1], G. Baud [1], H. Verkindt [1], C. Marciniak [1], N. Oukouya-Daoud [1], L.C. Ntandja-Wandji [1], M. Ningarhari [1], E. Leteurtre [1], V. Raverdy [1], S. Dharancy [1], A. Louvet [1], F. Pattou [1], P. Mathurin [1], V. Gnemmi [1]
(1) Lille.

Introduction : Les essais cliniques portant sur la stéatohépatite associée à une dysfonction métabolique (MASH) se fondent sur le critère de jugement histologique, "disparition de la MASH sans aggravation de la fibrose", en tant que substitut à l'analyse de la mortalité. Cependant, ce critère n'a pas encore été associé à une réduction de la mortalité secondaire à la MASH. De fait, les autorités sanitaires attendent des données solides reliant ce critère à la mortalité à long terme pour valider la stratégie de développement thérapeutique de la MASH. Cette étude a évalué l'effet de l'évolution histologique de la MASH et de la fibrose après chirurgie bariatrique sur la survie à long terme.

Patients et Méthodes : De 1994 à octobre 2021, un total de 3 028 candidats à la chirurgie bariatrique au CHU de Lille ont été prospectivement inclus dans l'étude. Une biopsie hépatique de référence a été systématiquement réalisée lors de la chirurgie, et une biopsie de réévaluation a été proposée un an après l'intervention, principalement aux patients atteints de MASH. La survie à quinze ans a été évaluée à la fois en analyse univariée et multivariée, en tenant compte de la MASH et de la fibrose à l'inclusion, ainsi qu'un an après la chirurgie en fonction de la résolution de la MASH sans aggravation de la fibrose, et de l'amélioration de la fibrose.

Résultats : Une biopsie hépatique adéquate était disponible à baseline chez 2 682 patients (89 %), dont 232 (8,7 %) présentaient une MASH. Des biopsies appariées permettant l'analyse de la fibrose et de la MASH avant et un an après la chirurgie étaient disponibles chez 594 patients. La médiane du suivi des patients ayant subi des biopsies était de 14,7 ans. A l'inclusion, les patients atteints de MASH différaient de ceux sans MASH pour : l'âge (47 vs 42 ans), ASAT (37 vs 22 UI/L), GGT (56 vs 29 UI/L), la glycémie (133 vs 98 mg/dL), la stéatose (60 % vs 20 %) et la fibrose (0 vs 2) ($p < 0,001$ pour tous), mais pas pour l'IMC, 45,8 vs 46,2 kg/m². La survie à 15 ans était plus faible que ce soit pour les patients atteints de MASH à l'inclusion ou pour ceux avec une fibrose significative (≥ F2), 83,9 % vs 92,7 % ($p < 0,001$) ; 79,8 % vs 94,0 % ($p < 0,001$).
Après chirurgie, la disparition de la MASH était associée à une amélioration biologique et histologique plus importante de la stéatose (5 % (1-20) vs 20 % (10-40)), de la fibrose (1 (0-2) vs 3 (2-3)), des ASAT (21 (18-27) vs 29 (17-38) UI/L), de la GGT (22 (14-33) vs 32 (17-80) UI/L) et de la glycémie (93 (86-108) vs 104 (86-117) mg/dL) ($p < 0,001$ pour tous) comparativement à ceux avec persistance de MASH. La résolution de la MASH était associée à une amélioration de la survie à 15 ans en analyse univariée (88,4 % vs 70,8 %, $p = 0,009$) et en analyse multivariée (HR 0,37, $p = 0,02$) après ajustement pour l'âge, le sexe, l'IMC, le diabète, l'hypertension artérielle, la dyslipidémie et la fibrose à baseline. La survie à 15 ans des patients ayant une disparition de la MASH était similaire à celle des patients sans MASH à baseline : 88,4 % vs 92,4 % (Figure). La résolution de la MASH a été observée chez 95 % des patients ayant une régression de la fibrose.
Concernant la fibrose, la survie à 15 ans était meilleure chez les patients ayant une régression des stades de fibrose F2-F4 au stade F0-F1 après la chirurgie comparativement aux patients ayant une fibrose F2-F4 persistante : 90,2 % (IC à 95 % : 81,5-98,9) vs 68,5 % (IC à 95 % : 54,8-82,2), $p = 0,018$. Il n'y avait pas de différence significative sur la survie à 15 ans entre les patients dont la fibrose avait régressé de F2-F4 à F0-F1 de ceux sans fibrose significative (baseline et un an) : 90,2 % (IC à 95 % : 81,5-98,9) vs 95,1 % (IC à 95 % : 93,0-97,2), $p = 0,12$.



Conclusion : La résolution de la MASH sans aggravation de la fibrose est un facteur prédictif d'une meilleure survie à long terme. Des études confirmatoires sont nécessaires en particulier en dehors du contexte de la chirurgie bariatrique.

JFHOD Plénière

Risankizumab *versus* ustékinumab chez les patients atteints de maladie de Crohn modérée à sévère : résultats de l'étude de phase 3b SEQUENCE

L. Peyrin-Biroulet [1], C. Chapman [2], J.F. Colombel [3], F. Caprioli [4], G. D'Haens [5], M. Ferrante [6], S. Schreiber [7], R. Atreya [8], S. Danese [4], J. Lindsay [9], P. Bossuyt [10], S. Britta [11], P. Irving [9], R. Panaccione [12], E. Neimark [13], K. Wallace [13], T. Anschutz [13], K. Kligys [13], R. Duan [13], V. Pivarunas [13], X. Huang [13], S. Berg [13], L. Shu [13], M. Dubinsky [3]

(1) Nancy ; (2) Louisiana, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (3) New York, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (4) Milan, ITALIE ; (5) Amsterdam, PAYS-BAS ; (6) Louvain, BELGIQUE ; (7) Kiel, ALLEMAGNE ; (8) Erlangen, ALLEMAGNE ; (9) Londres, ANGLETERRE ; (10) Bonheiden, BELGIQUE ; (11) Berlin, ALLEMAGNE ; (12) Calgary, CANADA ; (13) Chicago, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE.

Introduction : L'inhibition de l'interleukine (IL) -23 est un mécanisme d'action sûr et efficace pour le traitement de diverses maladies inflammatoires chroniques, dont la maladie de Crohn (MC). L'étude de phase 3b SEQUENCE a comparé directement l'efficacité et la tolérance du risankizumab (RZB), un inhibiteur sélectif de la sous-unité p19 de l'IL-23, et de l'ustekinumab (UST), un inhibiteur de la sous-unité p40 de l'IL-12/IL-23, chez des patients (pts) atteints d'une maladie de Crohn modérée à sévère.

Patients et Méthodes : SEQUENCE, une étude ouverte, multicentrique, randomisée et avec évaluation de l'efficacité en aveugle, a inclus des patients en échec à au moins un traitement par anti-TNF et présentant un score d'activité de la MC de 220 à 450, un score endoscopique simple pour MC (SES-CD) ≥ 6 pour une maladie iléocolique ou colique (≥4 pour une atteinte iléale isolée) excluant la présence d'un rétrécissant, ainsi qu'une fréquence quotidienne moyenne (moyenne) des selles ≥ 4 et/ou un score quotidien moyen de douleur abdominale ≥ 2. Dans la partie 1 de l'essai, décrite ici, les patients ont été randomisés 1:1 pour recevoir du RZB (dose d'induction de 600 mg par voie intraveineuse à l'inclusion [INC], semaines [S] 4 et 8, suivie de 360 mg par voie sous-cutanée en dose d'entretien toutes les 8 semaines [Q8S] à partir de 12 semaines) ou UST (une seule dose d'induction intraveineuse basée sur le poids, suivie de 90mg par voie sous-cutanée endose d'entretien SC Q8S à partir de S88) sur une période de 48 semaines.1 La randomisation a été stratifiée en fonction du nombre de traitements d'échec par anti-TNF (1, >1) et de l'utilisation de corticoïdes à l'INC (O, N). Une réduction obligatoire des corticoïdes a commencé à S2. Les deux principaux critères d'évaluation étaient la rémission clinique au S24 (non-infériorité du RZB par rapport à l'UST chez 50 % des sujets prévus) et la rémission endoscopique au S48 (supériorité du RZB par rapport à l'UST). Les critères d'évaluation secondaires hiérarchisés comprenaient la rémission clinique à S48, la réponse endoscopique aux semaines 48 et 24, la rémission endoscopique sans corticoïdes à S48 et la rémission clinique sans corticoïdes à S48 (tous testés pour la supériorité du RZB par rapport à l'UST). La tolérance a été évaluée tout au long de l'étude.

Résultats : Au total, 520 patients ont été randomisés et évalués pour l'efficacité : RZB (N = 255) et UST (N = 265). La proportion de patients ayant terminé l'étude était numériquement plus élevée avec le RZB (89,4 %) qu'avec l'UST (74,0 %). Les deux principaux critères d'évaluation de l'étude ont été atteints. À S24, chez la moitié des patients inclus, les taux de rémission clinique étaient de 58,6 % (75/128) pour le RZB et de 39,5 % (54/137) pour l'UST (18,4 [6,6-30,3], non-infériorité atteinte avec la marge prédéfinie de 10 %) (Tableau). À S48, les taux de rémission endoscopique étaient de 31,8 % (81/255) pour le RZB et de 16,2 % (43/265) pour l'UST (15,6 % [8,4-22,9],P<0,0001 pour la supériorité). Le RZB était supérieur à l'UST pour tous les critères secondaires (tous P<0,0001). Les taux d'évènements indésirables (EI) ajustés en fonction de l'exposition (Evènements [E/100patient année]) étaient comparables entre le RZB (879 [341,2])

et l'UST (763 [282,7]). Les taux d'EI et d'EI graves ayant entraîné l'arrêt du traitement à l'étude étaient numériquement plus élevés avec l'UST qu'avec le RZB (Tableau). Les taux d'infections graves et d'événements hépatiques étaient similaires entre les groupes de traitement, aucun événement hépatique grave n'ayant été observé dans le groupe RZB. Deux cas de tumeur malignes ont été signalés (un dans chaque groupe de traitement). Il y a eu un événement indésirable cardiovasculaires majeurs (EICM) adjudiqué avec UST. Il n'y a pas eu de décès.

Tableau. SEQUENCE (Partie 1*) Efficacité et Tolérance

	RZB N=255 n/N (%)	UST N=265 n/N (%)	Différence entre lestraitements RZB – UST % [95% IC]
Principal[a]			
1. Rémission Clinique à S24 (ITT-1H[b])	75/128 (58.6%)	54/137 (39.5%)	Test de non-infériorité [c] est atteint 18.4 [6.6, 30.3]
2. Rémission Endoscopique à S48 (ITT-1[d])	81/255 (31.8%)	43/265 (16.2%)	15.6 [8.4, 22.9], P<0.0001
Secondaires Hiérarchisés [e,f]			
1. Rémission clinique à S48	155/255 (60.8%)	108/265 (40.8%)	19.7 [11.3, 28.1], P<0.0001
2. Réponse endoscopique à S48	115/255 (45.1%)	58/265 (21.9%)	23.3 [15.4, 31.2], P<0.0001
3. Réponse endoscopique à S24	115/255 (45.2%)	70/265 (26.4%)	18.9 [10.9, 26.9], P<0.0001
4. Rémission endoscopique sans corticoïdes à S48	80/255 (31.4%)	41/265 (15.5%)	15.9 [8.8, 23.1], P<0.0001
5. Rémission clinique sans corticoïdes à S48	155/255 (60.8%)	107/265 (40.4%)	20.1 [11.7, 28.4], P<0.0001
Evènements Indésirables apparus sous traitement (EIAT)[g]	**RZB N=262 PAs = 257.6 Evènement (E/100PAs)[i]**	**UST N=265 PYs = 269.9 Evènement (E/100PYs)[i]**	**Différence entre les traitements RZB – UST % [95% IC]**
Tous EIAT	879 (341.2)	763 (282.7)	58.5 (28.3, 88.7)
EIAT liés au médicament à l'étude, selon l'investigateur[g,h]	167 (64.8)	111 (41.1)	23.7 (11.2, 36.2)
EIAT sévère	60 (23.3)	82 (30.4)	-7.1 (-15.9, 1.7)
EIAT graves	36 (14.0)	64 (23.7)	-9.7 (-17.1, -2.4)
EIAT ayant entraîné l'arrêt du médicament de l'étude	10 (3.9)	14 (5.2)	-1.3 (-4.9, 2.3)
Décès	0	0	0
Evènements indésirables présentant un intérêt particulier			
MACE Adjudiqué / MACE Etendu[i]	0	1 (0.4)	-0.4 (-1.1, 0.4)
Infections graves	10 (3.9)	14 (5.2)	-1.3 (-4.9, 2.3)
Tuberculose Active	0	0	0
Infections opportunistes sauftuberculose et zona[j]	1 (0.4)	0	0.4 (-0.4, 1.1)
Zona	1 (0.4)	1 (0.4)	0.0 (-1.0, 1.1)
Tumeurs Maligne[k]	1 (0.4)	1 (0.4)	0.0 (-1.0, 1.1)
Cancers de la peau non-mélanomes (NMSC)	1 (0.4)	0	0.4 (-0.4, 1.1)
Malignités sauf NMSC	0	1 (0.4)	-0.4 (-1.1, 0.4)
Hypersensitivité	37 (14.4)	32 (11.9)	2.5 (-3.7, 8.7)
Hypersensitivité sévère	0	0	0
Réaction anaphylactique confirmée par le comité d'adjudication	0	0	0
Evènements hépatiques	26 (10.1)	23 (8.5)	1.6 (-3.6, 6.8)
Réactions au site d'injection	5 (1.9)	8 (3.0)	-1.0 (-3.7, 1.6)

EI – événement indésirable; INC - inclusion; MC – Maladie de Crohn; CDAI – score d'activité de la MC; ITT – intention de traiter; RZB - risankizumab; PA, patient année; SES-CD, simple score endoscopique pour MC; EIAT – Evénements Indésirables apparus sous traitement; UST – ustekinumab; S, semaine

Rémission clinique– CDAI < 150
Rémission endoscopique - SES-CD ≤ 4 et réduction d'au moins 2 points par rapport à l'INC et aucun sous-score supérieur à 1 dans aucune variable individuelle, tel que noté par un évaluateur central à veugle à l'attribution du traitement
Réponse endoscopique - diminution du SES-CD ≥ 50 % par rapport à l'INC (ou pour les patients présentant une maladie isolée iscliée et à l'INC un SES-CD de 4, une réduction d'au moins 2 points par rapport à l'INC), telle que notée par la relecture centralisée
Rémission endoscopique sans corticoïdes - rémission endoscopique et absence de corticoïdes lors de la visite correspondante
Rémission clinique sans corticoïdes – rémission clinique et absence de corticoïdes lors de la visite correspondante

[a]La partie 1 de SEQUENCE a comparé l'efficacité et la tolérance du RZB par rapport à l'UST sur 48 semaines, tandis que la partie 2 est une extension ouverte au long terme en cours pour évaluer la tolérance à long terme du RZB chez les patients ayant reçu du RZB au cours de la partie 1 et ayant terminé la visite de la semaine 48.

[b]Les variables catégorielles ont été analysées à l'aide du test Cochran-Mantel-Haenszel (CMH). Pour les critères d'évaluation principal et secondaire, l'imputation des non-répondants tout en incorporant l'imputation multiple pour gérer les données manquantes (en raison de la COVID-19 ou d'un conflit géopolitique) a été utilisée. Les critères d'évaluation primaires et secondaires ont été testés séquentiellement dans l'ordre spécifié à l'aide du test d'estimation de la différence de risque CMH stratifié par le nombre d'échecs de thérapies anti-TNF (1, > 1) et l'utilisation de corticoïdes au départ (oui, non).
[c]ITT1H population est un sous-ensemble de la population ITT-1 et comprendre environ 50% des sujets. ITT1 qui ont la possibilité d'atteindre la semaine 24 au moment de l'analyse principale la rémission clinique CDAI à la semaine 24 , non-infériorité du RZB par rapport à l'UST.
[d]Test de non-infériorité : si la limite inférieure de l'intervalle de confiance à 95 % basée sur l'estimation du CMH pour la différence de risque entre les groupes RZB et UST (RZB – UST) était supérieure à la limite négative de 10 % de marge de non-infériorité, alors la non-infériorité a été démontrée pour rémission clinique à la semaine 24. Si la non-infériorité était démontrée pour la rémission clinique (CDAI) à la semaine 24, la supériorité pour la rémission endoscopique à la semaine 48 était ensuite testée au niveau de signification bilatérale de 5,05 à l'aide du test CMH.
[e] La population en intention de traiter (ITT-1) comprenait tous les sujets qui ont été randomisés pour recevoir du RZB avec la dose de RZB sélectionnée (RZB 600 mg IV suivi de RZB 360 mg SC) ou UST et qui ont reçu au moins 1 dose de médicament de l'étude pendant la première partie de l'étude, supérieure du RZB par rapport à l'UST.
[f]EIAT sont des événements qui commencent soit pendant ou après la première dose d'UST ou de RZB dans la partie 1 et jusqu'à la première dose du médicament de l'étude (RZB) dans la partie 2 si le patient est inscrit dans la partie 2 ou dans les 140 jours suivant la dernière dose d'administration des médicaments de l'étude (UST ou RZB) dans la partie 1 si le patient ne participe pas à la partie 2. Seules les données de tolérance obtenues avant le 12 juillet 2023 ou la date d'administration de la semaine 52 (la date de la première dose de la partie 2), selon la première éventualité, sont rapportées ici.
[g]A1 comprend tous les patients ayant reçu au moins une dose du médicament de l'étude au cours de la première partie de l'étude.
[h]Comme évalué par l'investigateur.
[i]Les PA sont le nombre cumulatif des événements indésirables graves liés au RZB (fistule anale, abcès anal, campylobacter, cystite, infection localisée, fistule gastrique). E patients présentant des événements indésirables graves liés à l'UST (douleurs abdominales, fistule anale, XC, réinjure lésée, vomissements)
MACE: événements cardiovasculaires indésirables majeurs, défini comme un décès cardiovasculaire ou un décès dû à un accident vasculaire cérébral, un infarctus du myocarde non mortel et un accident vasculaire cérébral non mortel. MACE étendu défini comme MACE avec hospitalisation pour angine instable et procédures de revascularisation coronarienne Infection opportuniste : RZB, candidose oesophagienne
[k]Tumeur maligne : RZB, carcinome épidermoïde de la peau ; UST, carcinome épidermoïde anal
[l]In cas de loi de Hy potentielle dans le groupe de traitement UST.

Conclusion : Chez les patients atteints de maladie de Crohn modérée à sévère en échec de traitements par anti-TNF, le RZB a démontré une non-infériorité par rapport à l'UST dans l'obtention d'une rémission clinique à S24 et une supériorité dans l'obtention d'une rémission endoscopique à la S48 et une supériorité dans l'obtention de tous les critères d'évaluation secondaires. Les profils de tolérance du RZB et de l'UST étaient cohérents avec les résultats publiés précédemment.

C-034 Plénière

GlutN : essai clinique randomisé, en double insu et plan croisé, pour confirmer le rôle du gluten dans la sensibilité au gluten (blé) non cœliaque

C. Bouteloup [1], B. Chanteranne [1], L. Fayet [1], B. Pereira [1], J. Pasteur [1], M.C. Farges [1], B. Bonnet [1], B. Evrard [1]
(1) Clermont-Ferrand.

Introduction : Depuis 25 ans, la sensibilité au gluten/blé non cœliaque» (SGNC) fait l'objet d'une littérature scientifique très prolifique et confuse. Cette entité clinique est définie par l'apparition de symptômes digestifs et extradigestifs dans les heures/jours suivant la consommation d'aliments contenant du gluten, en l'absence de maladie cœliaque (MC) et d'allergie au blé (AB). Les mécanismes physiopathologiques, ni allergiques ni auto-immuns, restent encore mal précisés et aucun marqueur diagnostique utilisable en clinique n'a à ce jour été identifié. L'objectif principal de l'étude était de démontrer le rôle du gluten dans le déclenchement des symptômes digestifs et extradigestifs de la SGNC. Les objectifs secondaires étaient d'identifier les mécanismes physiopathologiques et un (des) marqueur(s) diagnostique(s).

Matériels et Méthodes : Vingt patients ayant une SGNC possible sur l'interrogatoire clinique et après élimination d'une MC et d'une AB ont été inclus dans une étude monocentrique,randomisée, en double insu et plan croisé, comparant un régime avec gluten (RAG) à un régime sans gluten (RSG). La visite d'inclusion comportait un interrogatoire précis sur les symptômes digestifs et extradigestifs déclenchés par la consommation d'aliments avec gluten, les antécédents personnels et familiaux de maladie auto-immune, allergie, terrain atopique. Une consultation diététique permettait de préciser le RSG strict et contrôlé en FODMAPs (régime basal – RB) à maintenir tout au long des 6 semaines d'étude. Après une période initiale (PI) de 2 semaines avec ce RB, les patients ajoutaient pendant 1 semaine soit des aliments avec gluten (8 g de gluten/j - RAG) soit des aliments sans gluten (RSG) (périodes tests - PT), les 2 PT étant séparées d'une période de wash-out (PWO) de 2 à 3 semaines. Les symptômes digestifs et extradigestifs étaient évalués par le Gastrointestinal Symptom Rating Scale (GSRS) modifié utilisant une échelle de Likert à 7 points (1 : absent - 7 : très sévère), à la fin de chaque semaine de la PI et de la PWO (J7 et J14) et tous les jours de chaque PT. Si les symptômes étaient trop importants au cours d'une PT (i.e. côtés à 7), le patient était autorisé à arrêter après 72h minimum de consommation. Pour l'étude de marqueurs de l'inflammation, de l'immunité, de la perméabilité intestinale et des analyses métabolomiques, des prélèvements sanguins et urinaires ont été réalisés à l'inclusion et à la fin de chaque PT (ou à l'arrêt prématuré). Le critère d'évaluation principal était la différence de score au GSRS à la fin des 2 PT. Les analyses statistiques ont été réalisées par modèles mixtes pour plan croisé prenant en compte les effets sujet, régime, période, ordre et séquence et leurs interactions.

Résultats : L'âge moyen des patients était de 45 + 15 ans et 95% (19/20) étaient des femmes. La visite d'inclusion montrait qu'avec un régime normal (avec gluten) les symptômes digestifs les plus fréquents étaient les douleurs abdominales (100%) etles ballonnements (75%) ; les symptômes extradigestifs les plus fréquents étaient la fatigue (11/20 patients - 55%) et les manifestions musculo-squelettiques (7/20patients -35%). Des allergies cutanées, respiratoires ou alimentaires étaient retrouvées chez 14/20 patients (70%), la majorité étant apparue à l'âge adulte (10/20). Sur toute la durée de l'étude, 3 patients ont arrêté prématurément, au J4 ou J5 de la PT, la prise des aliments, soit pour effets indésirables (2/20), soit pour problème de santé sans rapport avec l'étude (1/20). En ce qui concerne les scores du GSRS, aucune différence significative n'a été retrouvée entre RAG et RSG pour les scores à la fin de chaque semaine de la PI/WO (J7 p=0,135 ; J14 p=0,166), à la fin de chaque PT (p=0,650), ou pour les variations de score entre J7/fin PT et J14/fin PT (p=0,180 et p=0,276, respectivement). Les résultats des analyses biologiques ne sont pas disponibles à ce jour.

Conclusion : Ces résultats négatifs peuvent avoir plusieurs explications : le manque de puissance de l'étude, la non responsabilité du gluten ou l'incapacité d'une évaluation clinique seule basée sur le GSRS modifié d'identifier des patients SGNC (fort effet nocebo et symptômes très subjectifs). Ces résultats sont concordant avec la très grande variabilité de résultats observée dans la littérature. Dans ces conditions, la mise en évidence de marqueurs diagnostiques biologiques faciles à utiliser en pratique clinique devient essentielle.

Remerciements, financements, autres :
Les auteurs remercient l'ANR pour avoir soutenu le projet ANR17- CE21-0009 GlutN, la SNFGE pour la bourse FARE 2019 et Dr SCHÄR pour la fourniture d'une partie des aliments.

[O35] Plénière

Chimiothérapie intra- artérielle hépatique post-opératoire après résection de métastases hépatiques d'origine colorectale à risque élevé de récidive hépatique : résultats de l'essai randomisé multicentrique français PACHA-01 PRODIGE 43

M. Gelli [1], J. Ewald [2], M.L. Tanguy [1], G. Passot [3], F. Quenet [4], Y. Touchefeu [5], H. Senellart [6], F. Muscari [7], A. Lièvre [8], T. Aparicio [9], J. Taïeb [9], C. Mastier [3], A. Asnacios-Lecerf [9], J.M. Regimbeau [10], D. Tougeron [11], V. Boige [1], T. de Baère [1], D. Malka [9], D. Goéré [9]

(1) Villejuif ; (2) Marseille ; (3) Lyon ; (4) Montpellier ;
(5) Nantes ; (6) Saint-Herblain ; (7) Toulouse ;
(8) Rennes ; (9) Paris ; (10) Amiens ; (11) Poitiers.

Introduction : Le bénéfice en termes de survie d'une chimiothérapie intra-artérielle hépatique (CIAH) après résection de métastases hépatiques colorectales (MHCCR) reste controversé notamment en raison des critères de sélection des patients, de la drogue administrée en intra-artériel et du traitement systémique concomitant. Le but de cette étude randomisée de phase 2 était d'évaluer le bénéfice en termes de survie, de l'administration de CIAH à base d'oxaliplatine en postopératoire, chez des patients à risque élevé de récidive hépatique, risque défini sur un nombre d'au moins 4 MHCCR traitées.

Patients et Méthodes : Les patients ayant été opérés d'une chirurgie à visée curative d'au moins 4 MHCCR après chimiothérapie IV préopératoire ont été randomisés (1:1) afin de recevoir un traitement postopératoire IV par fluorouracil/leucovorine (LV5FU2) associé à de l'oxaliplatine (85mg/m²) par voie HAI (bras CIAH-IV) ou par voie IV (bras IV). La durée du traitement était d'au moins 3 mois pour une durée péri-opératoire minimale de 6 mois.
Le critère de jugement principal était la survie sans récidive hépatique (SSR-h), les critères secondaires étaient : la possibilité d'effectuer au moins 4 cycles d'oxaliplatine, la toxicité (NCI-CTCAE 4.0), la SSR, la survie globale (SG) et le type de récidive. Le critère d'évaluation principal a été analysé par un modèle de régression de Cox, avec ajustement sur les facteurs de stratification (réponse tumorale et nombre de MHCCR réséquées). Afin de démontrer un bénéfice de 20% en terme de SSR-h à 18 mois (risque α unilatéral 10 % et puissance 95%), 108 patients étaient nécessaires. L'étude a été interrompue prématurément en raison de problèmes de recrutement et du retrait du marché des cathéters IA.

Résultats : Entre juin 2015 et décembre 2020, 99 patients ont été randomisés: 50 patients dans le bras CIAH-IV et 49 patients dans le bras IV. Le nombre médian de MHCCR au diagnostic était de 6 avec un score de Fong ≥ 3 chez 84,3% des patients.
Après un suivi médian de 59 mois, la SSR-h était significativement augmentée dans le bras CIAH-IV (médiane 25 [16-37] vs 12 mois [8-21] ; HR 0,63 [95%CI 0,40-0,99], p=0,05) avec une SSR-h à 5 ans de 32% [19-45] et 17% [8-30], respectivement. La SG médiane et à 5 ans était respectivement de 74 mois [51-74] et 61% [45-75] dans le bras CIAH-IV vs 57 mois [37-69] et 47% [32-63] dans le bras IV (HR 0,62 [0,33-1,12], p=0,12). Le nombre médian de cycles de chimiothérapie postopératoire (n=6) ainsi que le taux de patients ayant reçu au moins 4 cycles étaient similaires (CIAH,81% vs IV,73% ; p = 0,36). Le taux de toxicité sévère était significativement plus élevé dans le bras CIAH-IV avec un taux de toxicité de grade ≥ III de 59.1% dans le bras CIAH-IV contre 38.3% dans le bras IV (p=0,047). Aucun décès lié au traitement n'a été rapporté.
Des complications techniques liées au cathéter IA sont survenues chez 9 patients (18%) nécessitant 13 procédures interventionnelles supplémentaires avec un taux de réussite de 84.6 % et le retrait définitif du cathéter chez 3 patients (6,8 %).

Conclusion : Chez les patients opérés de MHCCR et à risque élevé de récidive hépatique, l'administration d'oxaliplatine par voie IAH permet d'augmenter la SSR-h, avec une toxicité acceptable, comparativement à l'administration IV. Ces résultats et notamment le potentiel bénéfice en termes de survie globale sont à évaluer dans une étude de phase 3.

Informations sur l'essai clinique : NCT02494973.

C036 Plénière

Comparaison des impacts environnementaux de la gastroscopie avec endoscope jetable ou réutilisable : analyse des cycles de vie

M. Pioche [1], A. Laporte [2], R. Grau [1], M. Boube [3], P.J. Cottinet [1], J. Rivory [1], J.C. Saurin [1], A. Berger [4], M. Schaefer [5]

(1) Lyon ; (2) Montardon ; (3) Clermont-Ferrand ; (4) Bordeaux ; (5) Nancy.

Introduction : L'endoscopie est une discipline en pleine expansion dont l'impact environnemental est important puisqu'elle est considérée comme le 3ème pollueur du système de santé, lui-même responsable de 5 à 8% de l'impact global d'un pays. Ces dernières années, nous avons assisté à l'arrivée des endoscopes à usage unique en réponse à plusieurs problématiques : disponibilité immédiate du matériel, réduction des risques de contamination et mobilité pour rapprocher l'activité du patient.Notre étude vise à réaliser une évaluation sur les gastroscopes à usage unique en tentant d'analyser le cycle de vie des endoscopes jetables et réutilisables ainsi que l'ensemble des pollutions associées au retraitement et à la gestion des déchets de ces deux stratégies.

Matériels et Méthodes : Dans cette étude prospective, un laboratoire indépendant (APESA) a réalisé une évaluation complète du cycle de vie (ISO 14040) de tous les dispositifs utilisés dans la réalisation d'une endoscopie diagnostique complète du tractus gastro-intestinal supérieur, en comparant l'utilisation d'un endoscope réutilisable (gastroscope Olympus) à celle d'un endoscope à usage unique (ascope gastro, Ambu). Les différents dispositifs engagés ont été analysés pour mesurer ou estimer les impacts de leur production de composants, assemblage, distibution, utilisation et fin de vie. Les impacts environnementaux étudiés sont : l'impact du carbone sur le changement climatique selon le rapport 2013 du GIEC[12], la consommation d'eau selon la méthodologie Aware[13], la consommation de ressources fossiles (Guinée 2002, Van oers 2008), l'eutrophisation de l'environnement (Struijs 2009), l'acidification de l'eau (huijbregts 2013), l'écotoxicité de l'eau douce (Rosenbaum 2008).

Résultats : Ascope gastro à usage unique: Les résultats indiquent que le principal impact de l'aScope Gastro provient de la production des composants (56% à 91%). La phase d'assemblage et de stérilisation génère de 2 % (écotoxicité en eau douce) à 15 % (consommation de ressources fossiles) des impacts du cycle de vie. Les impacts du traitement en fin de vie peuvent être considérés comme négligeables, à l'exception du changement climatique (18%). Le changement climatique représente 11,8 kgCO2 eq par utilisation d'endoscope, 140 MJ d'épuisement des ressources fossiles et 6,4 m3 d'eau.
Endoscope réutilisable: Les résultatsindiquent que le principal impact du gastroscope réutilisable provient de la décontamination (45 % à 94 %). Le traitement des équipements de protection en fin de vie génère de 2 % (consommation d'eau) à 45 % (changement climatique) des impacts du cycle de vie. Les impacts liés à l'envoi des équipements en réparation et à l'échantillonnage bactériologique peuvent être considérés comme négligeables. Les impacts de l'emballage primaire des équipements de protection sont mineurs Le changement climatique représente 4,7 kgCO2 eq par utilisation d'endoscope, 61 MJ d'épuisement d'éq fossile et 9,5 m3 d'eau.

Discussion : L'impact environnemental de la gastroscopie est important que la procédure soit réalisée avec un endoscope à usage unique ou réutilisable et tout examen non justifié doit donc être évité pour réduire notre impact global. La stratégie réutilisable a moins d'impact que la stratégie jetable, notamment sur la consommation de ressources fossiles (ratio de 8) et l'impact sur le changement climatique (ratio de 2), à l'exception de la consommation d'eau (1,5 plus d'eau utilisée avec les endoscopes réutilisables). Cependant, le retraitement est un poste d'impact très important qui ne doit pas être minimisé dans le choix stratégique puisqu'il représente la moitié de l'impact sur le changement climatique de la stratégie réutilisable et plus de 2/3 de la consommation de ressources fossiles. Lorsque l'on sait que chaque kilomètre parcouru en voiture représente 0,2 kg d'équivalent CO2 (source ADEME), la différence d'impact entre les deux stratégies est, par exemple, compensée lorsque le patient parcourt 35 km en voiture pour se rendre à l'hôpital. Cela signifie que le déplacement d'un patient au-delà de 17.5 km aller-retour pour atteindre en voiture individuelle un service d'endoscopie équipé d'un laveur-désinfecteur a un impact plus important que la réalisation de l'endoscopie sur place avec un endoscope jetable.

Single use

Impact category	Unit	Production of Gastroscope	Assembling and sterilising the Gastroscope	Approvals	Packaging	End-of-life treatment
Resource depletion (fossil eq.)	MJ	140	89	16	4	21
Climate change	kg CO2 eq	11,8	6,6	1,4	0,3	1,5
Freshwater ecotoxicity	kg 1,4-DB eq	21,6	19,6	0,5	0,0	0,8
Acidification	kg SO2 eq	0,130	0,112	0,005	0,006	0,004
Eutrophication	kg PO4--- eq	0,0225	0,0159	0,0021	0,0007	0,0016
Water consumption	m3	6,38	5,41	0,18	0,01	0,54

Reusable

Impact category	Unit	Total	Power generation	Aerosolisation	Sterile water	Alcohol 96%	Endoscope	Cidtex plus	Tablecloth	N° PP	Pot of 125 ml	10 ml syringe	Set of single use	White apron 65 x 80cm	Mask	Cycle 1	Cycle 2	Cycle 3	Cycle 4	Cycle 5	Cycle 6	Dismissio n	Conservatio n EST
Consumption of resources fossils	MJ	89,57	0,55	1,26	5,35	0,73	32,7	2,90	2,81	0,25	0,35	0,19	1,74	0,32	0,14	0,21	5,27	0,21	5,91	7,94	3,66	0,08	
Climate change	kg CO2 eq	6,6	0,05	0,01	0,35	0,08	1,82	0,19	0,17	0,01	0,13	0,01	0,09	0,02	0,01	0,02	0,27	0,02	0,36	0,35	0,21	0,00	
Freshwater ecotoxicity	kg 1,4-DB eq	1,11	0,00	0,02	0,06	0,01	0,06	0,01	0,06	0,00	0,01	0,00	0,01	0,00	0,00	0,01	0,00	0,01	0,02	0,11	0,11	0,00	
Acidification	kg SO2 eq	0,0112	0,0002	0,0002	0,0001	0,0000	0,0006	0,0001	0,0001	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0001	0,0000	0,0001	0,0001	0,0001	0,0000	
Eutrophication	kg PO4--- eq	0,0125	0,0001	0,0001	0,0001	0,0000	0,0001	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0001	0,0001	0,0001	0,0000	
Water consumption	m3	0,51	0,01	0,01	0,08	0,00	0,03	0,00	0,01	0,00	0,00	0,00	0,04	0,00	0,00	0,01	0,00	0,00	0,08	1,76	0,19	0,00	

Conclusion : L'impact environnemental de la gastroscopie est important que la procédure soit réalisée avec un endoscope à usage unique ou réutilisable. La stratégie réutilisable a moins d'impact que la stratégie jetable, notamment sur la consommation de ressources fossiles (ratio de 8) mais le transport des patients pour avoir l'examen doit être mis en balance avec cet impact pour adapter les stratégies aux différents modes d'exercice.

Remerciements, financements, autres : La société Ambu a pris en charge l'analyse envirronnemental par l'APESA.

CO37

Etat des lieux national de la transition au sein du réseau FILFOIE (filière maladies rares du foie)

T. Antonini [1], E. Le Beux [2], E. Gonzales [3], A. Plessier [4], C. Corpechot [2], O. Chazouillères [2]
(1) Lyon ; (2) Paris ; (3) Le Kremlin-Bicêtre ; (4) Clichy-la-Garenne.

Introduction : La transition est définie en hépatologie comme le temps spécifiquement dédié à préparer le transfert de responsabilité du suivi médical vers le suivi autonome du patient adulte responsable, porteur depuis l'âge pédiatrique d'une maladie chronique du foie ou transplanté hépatique. L'objectif de cette étude était de connaitre les pratiques au niveau des centres du réseau FILFOIE dans la perspective d'harmoniser la transition sur le territoire.

Patients et Méthodes : Un questionnaire en ligne (Google form) a été adressé, entre avril et juin 2023, à chaque responsable des trois réseaux de FILFOIE : MIVB-H (maladies inflammatoires de voies biliaires et hépatites auto-immunes), MVF (maladies vasculaires du foie), AVB-CG (atrésie de voies biliaires et cholestases génétiques) et aux référents transition identifiés dans les centres (17 pédiatres et 47 hépatologues adultes). Le questionnaire était composé de deux parties comportant 19 questions pour les pédiatries et 25 questions pour les hépatologues adultes.

Résultats : Le questionnaire en ligne a été complété par 72% des médecins contactés (76% pédiatres n=13, et 70% hépatologues adultes n=33). La majorité des services (78%) réalisent des consultations dédiées à la transition. Sur les 11 centres ne réalisant pas de consultation, 3 centres prévoient d'en mettre en place sous 2 à 5 ans. La modalité de réalisation de cette consultation varie: 40% réalise des consultations alternés, 32% communes et 28% mixtes (sauf en Ile de France où 100% des consultations sont réalisées en alternance). La durée de la période des consultations alternées/communes varie selon les centres mais aussi selon le jeune et sa pathologie (entre 6 et 12 mois). En pédiatrie plus de la moitié des pédiatres répondants (67%) a du personnel paramédical intervenant dans la transition vs 28% chez les adultes. Tous les pédiatres (100%) ont déclaré préparer les jeunes à la transition, ce sujet est abordé entre 12 et 14 ans, entre 15 et 16 ans et au-delà de 17 ans chez 40%, 45% et 15% des adolescents respectivement. La consultation de transition chez les adultes dure entre 15 et 30 minutes, 30 et 45 minutes et plus de 45 minutes chez 5%, 56% et 39% des répondants respectivement. La plupart des hépatologues adultes (64%), pendant les consultations, reçoit le jeune avec ses parents puis reste seul avec le jeune. 24% des répondants indiquent faire intervenir un professionnel aux spécialités transversales sensibilisés aux maladies rares à un moment donné de leur parcours. La grande majorité des hépatologues adultes (96%) font un retour au pédiatre et qui dure sur du long terme (>5ans) (67%), la moitié des répondants (50%) indique faire un retour à l'hépatologue pédiatre tout au long du suivi du patient. Les programmes d'éducation thérapeutique sont peu développés à la fois chez les pédiatres et chez les adultes (2 pédiatres (33%) et 5 (20%) hépatologues adultes respectivement).

Conclusion : Cette enquête a obtenu le double des réponses par rapport à l'état des lieux de 2020 et montre une progression de la pratique de la transition en France grâce à des bons échanges entre pédiatres et adultes. Malgré ces progrès, 25% des centres de compétence n'a pas de programme de transition par manque de temps et absence de personnel paramédical et par la rareté d'outils pour le faciliter. Grace à cette enquête le réseau de la transition RéFit (Réseau FILFOIE Transition) a été créé ainsi qu'un annuaire des médecins impliqués dans la prise en charge des patients avec une maladie rare hépatique développée à l'âge pédiatrique.

Remerciements, financements, autres : Membres du RéFiT (Réseau FILFOIE Transition) en particulier Eleonora De Martin, Moana Gelu Siméon, Odile Goria, Anne Minello, les médecins de centres de référence de la filière FILFOIE, les associations patients.

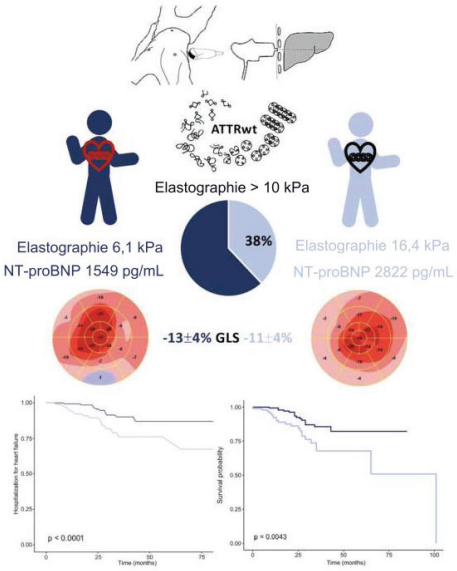
CO38

Prévalence, signification clinique et valeur pronostique des anomalies de l'élasticité hépatique dans l'amylose cardiaque à transthyrétine

E. Lointier [1], E. Cariou [1], M. Beneyto [1], P. Fournier [1], Y. Lavie-Badie [1], D. Eyharts [1], C. Bureau [1], O. Lairez [1]
(1) Toulouse.

Introduction : L'amylose est une maladie systémique résultant du dépôt de fibrilles amyloïdes dans les tissus et les organes, entraînant leur dysfonctionnement. L'amylose à transthyrétine affecte principalement le cœur et le système nerveux périphériques. En cas d'atteinte cardiaque, des anomalies du bilan hépatique sont fréquentes, dont la signification est jusqu'à présent inconnue. L'objectif de cette étude était d'investiguer la prévalence, la signification clinique en lien avec l'atteinte cardiaque et la valeur pronostique des anomalies d'élasticité hépatique (LSM) dans l'amylose cardiaque à transthyrétine (ATTR-CA).

Patients et Méthodes : Les patients atteints d'ATTR-CA et ayant bénéficié d'une mesure d'élasticité hépatique par élastographie au CHU Rangueil, à Toulouse en France, ont été inclus rétrospectivement. Les données démographiques, cliniques, biologiques, échocardiographiques et d'élastographies ont été collectées. La LSM a été obtenue soit par élastographie transitoire, soit par élastographie supersonique. La cohorte de patients a été divisée en deux groupes en fonction d'une LSM de 10 kPa. L'histologie des biopsies hépatiques transjugulaires a été décrite. Les données de suivi comprenaient l'hospitalisation pour insuffisance cardiaque et le décès toutes causes



Résultats : Deux cent quatre-vingt-quatre patients atteints d'ATTR-CA, dont 26 (9 %) atteints d'une variante héréditaire ATTR et 258 (91 %) atteints d'une ATTR de type sauvage, ont été inclus dans l'étude. La LSM médiane était de 6,3 kPa [5,1 - 7,2] et de 8,0 kPa [5,7 - 13,9] chez les patients atteints d'ATTRv et d'ATTRwt, respectivement (p = 0,009). Une LSM supérieure à 10 kPa a été trouvée chez 4 (15 %) et 98 (38 %) patients atteints d'ATTRv et d'ATTRwt, respectivement (p = 0,02). Les biopsies hépatiques ont montré des stades de fibrose moins avancés que prévu par l'élastographie. Chez les patients atteints d'ATTRwt, une LSM élevée était plus fréquente aux stades avancés de l'ATTR-CA et était associée

à un risque accru d'hospitalisation pour insuffisance cardiaque après analyse multivariée, avec un hasard ratio de 2,41 [1,05 - 5,55] (p = 0,04). Chez les patients atteints de stade NYHA 1, 28 % présentaient une LSM élevée, associée à des taux élevés de NT-proBNP. L'association d'une élastographie élevée au NT-proBNP et au débit de filtration glomérulaire, aux seuils respectifs de 3000 pg/ml et 45 ml/min, fournissait une meilleure estimation de la survie des patients.

Conclusion : Une mesure d'élastographie hépatique supérieure à 10 kPa est retrouvée chez 36% des patients atteints d'ATTR-CA et est associée à des stades avancés de la pathologie et à un risque accru d'hospitalisation pour insuffisance cardiaque chez les patients ATTRwt. Une élastographie augmentée pourrait être un marqueur de congestion infraclinique, y compris chez les patients asymptomatiques.

(CO39)

Maladie hépatique auto-immune d'apparition pédiatrique et cytopénie auto-immune : une cohorte nationale française de 23 enfants

M. Gaschignard [1], H. Fernandes [1], R. Enaud [1], C. Picard [2], F. Rieux-Laucat [2], T. Lamireau [1], C. Besnard [1], N. Aladjidi [1]

(1) Bordeaux ; (2) Paris.

Introduction : Les cytopénies auto-immunes (CAI) d'origine pédiatrique, définies par le purpura thrombopénique auto-immun (PTI), l'anémie hémolytique auto-immune (AHA) et le syndrome d'Evans (SE), sont des troubles rares et hétérogènes dont l'issue à long terme est imprévisible et dont les stratégies thérapeutiques ne font pas l'objet d'un consensus. Les maladies auto-immunes du foie (AILD), définies par l'hépatite auto-immune (AIH-1, AIH-2), l'hépatite à cellules géantes (GCH) ou l'hépatite granulomateuse (GH), sont également des maladies rares, souvent associées à des troubles auto-immuns extra-hépatiques et traitées par des médicaments immunosuppresseurs à long terme. Les maladies auto-immunes combinées suscitent l'intérêt des scientifiques, en raison d'éventuels défauts génétiques immunologiques sous-jacents, de l'importance et de la durée des poussées et des traitements. Au cours de la dernière décennie, moins de 10 rapports de cas ont décrit des patients présentant une association d'AIC et d'AILD. Les objectifs de la présente étude étaient de décrire les dysrégulations immunitaires sous-jacentes et d'évaluer le pronostic de cette association chez les enfants et les adolescents.

Patients et Méthodes : La cohorte prospective nationale française OBS'CEREVANCE inclut depuis 2004 tous les cas consécutifs d'AIC pédiatrique et fournit des données cliniques et thérapeutiques complètes recueillies en temps réel et à long terme (Clin Trials n°NCT05937828). Les patients ayant présenté l'association simultanée ou séquentielle d'une AIC et d'une AILD ont été inclus. Les patients présentant une hyperplasie nodulaire, une maladie du canal biliaire, une hépatite séronégative et des données manquantes ont été exclus. La base de données a été analysée le 1er mai 2023. Des patients témoins ont été sélectionnés dans la cohorte OBS'CEREVANCE, avec un AIC diagnostiqué au cours de la même période, mais sans aucune maladie hépatique au cours du suivi. Le critère d'évaluation principal était l'incidence cumulée des patients en rémission hématologique complète.

Résultats : Parmi les 1851 patients enregistrés dans la cohorte, 23 patients ont été inclus dans la présente étude, 12 avaient une AIH (7 AIH-1 et 5 AIH-2), 10 avaient une GCH, et un patient avait une hépatite granulomateuse ; 16 étaient des femmes (70%). L'âge médian au moment du diagnostic de l'AIC était de 4 ans [1 ; 9], 15 patients (65%) avaient une AIHA, 4 patients (17%) avaient un PTI et 4 patients avaient une ES (17%). L'âge médian au moment du diagnostic de l'AIH était de 9 ans [2;12], et de 1 an au moment du diagnostic de la GCH [1-2]. Les parents au premier degré présentaient des manifestations immunopathologiques (MI) dans 10 cas (43 %) et 18 patients (78 %) présentaient d'autres MI concomitantes ou séquentielles. À ce jour, une maladie génétique causale a été diagnostiquée chez 3 patients. Les 23 patients ont reçu un traitement de seconde ligne, en plus des corticostéroïdes, pour l'une ou l'autre maladie ; pour l'AILD, l'azathioprine a été utilisée chez 20 patients (87%), la cyclosporine et le rituximab chez 8 patients chacun (35%) Avec un suivi médian de 10 ans (0.1-25) depuis le diagnostic de l'AIC, un patient est décédé (AIHA réfractaire et CGH chez une fille de 3 ans en 1999), trois patients ont développé une cirrhose. Lors de la dernière visite, 18 patients (78%) étaient encore sous traitement, l'AIC et l'AILD étaient en rémission complète chez respectivement 17 (74%) et 18/23 (78%). L'incidence cumulée des patients en rémission complète n'était pas significativement différente chez les enfants atteints d'AIHA/AILD et chez les enfants atteints d'AIC sans AILD.

Conclusion : Dans cette cohorte, l'association AIC et AILD n'est pas de mauvais pronostic, avec un traitement immunosuppresseur prolongé. Chez les enfants atteints d'AIC, nous recommandons une surveillance clinique et biologique attentive et répétée d'une éventuelle AILD : un diagnostic précoce permettra la mise en place d'un traitement

adapté et devrait diminuer la survenue à long terme d'une cirrhose. Le traitement précoce et prolongé de l'AILD à base d'azathioprine et/ou de ciclosporine est clairement bénéfique dans ce contexte pour obtenir une rémission à long terme de l'AIC. Les études génétiques en cours devraient permettre de classer ces maladies hétérogènes et d'utiliser des traitements ciblés adaptés à la physiopathologie.

C.040

Evaluation des critères de qualité des biopsies hépatiques nécessaires au diagnostic de maladie vasculaire porto-sinusoïdale

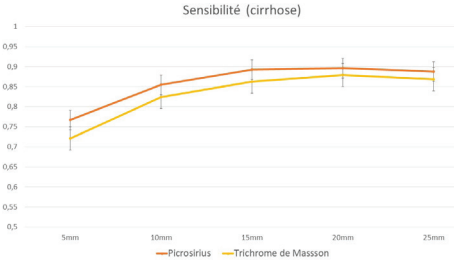
C. de Broucker [(1)], V. Paradis [(1)], M. Albuquerque [(1)], A. Payancé [(1)], A. Plessier [(1)], F. Durand [(1)], P.E. Zafar [(1)], P.E. Rautou [(1)]

(1) Clichy-la-Garenne.

Introduction : La conférence de consensus de Baveno VII a retenu comme définition de la maladie vasculaire porto-sinusoïdale (MVPS) l'association d'une biopsie hépatique excluant une cirrhose avec des lésions histologiques de MVPS et/ou des signes d'hypertension portale (1). La taille minimale des biopsies hépatiques pour ce diagnostic a été arbitrairement fixée à 20 mm. Le but de cette étude était de déterminer les critères qualité des biopsies hépatiques permettant d'éliminer une cirrhose.

Patients et Méthodes : Nous avons généré informatiquement 24 000 biopsies virtuelles issues de 24 explants hépatiques de patients ayant une cirrhose (n=12) ou une MVPS (n=12). Les lames analysées ont été colorées par le picrosirius et le trichrome de Masson. Les biopsies virtuelles mesuraient 1 mm de largeur (équivalent d'une biopsie transcapsulaire) et étaient de longueurs différentes : 5 mm, 10 mm, 15 mm, 20 mm, et 25 mm. Les biopsies virtuelles ont toutes été lues par un pathologiste expert (V.P.) qui n'avait aucune information sur les données cliniques et qui a pour chacune statué sur l'existence ou non d'une cirrhose.

Résultats : Les patients ayant une cirrhose (n=12) étaient homogènement répartis en Laennec 4A (larges nodules, fines bandes fibreuses), 4B (intermédiares) et 4C (petits nodules, larges bandes fibreuses) (n=4 dans chaque groupe). Les causes de cirrhose étaient une consommation excessive d'alcool (n=6), dysmétabolique (n=6) et virales [VHB (n=2) et VHC (n=2)]. Chez 4 patients deux causes étaient présentes.



L'analyse histologique des explants hépatiques avec MVPS montrait des lésions de veinopathie portale oblitérante (n= 11), d'hyperplasie nodulaire régénérative (n=5) et de cirrhose septale incomplète (n=5) (plusieurs lésions possibles chez un même explant). Les états associés à la MVPS étaient une mucoviscidose (n=2), une mutation du gène de la prothrombine (n=1), une association entre un syndrome des anti-phospholipides et un déficit en protéine C (n=1), une infection à VIH (n=2), un lupus (n=1), un syndrome de Goujerot Sjögren (n=1), un déficit immunitaire commun variable (n=1), une mutation TERT (n=1) et pas de facteur associé (n=2).

La sensibilité globale (i.e. sur l'ensemble des malades) pour le diagnostic de cirrhose était de 85% (intervalle de confiance à 95% : 84-85%). Elle était significativement plus élevée avec la coloration picrosirius 86% (85-87%) que le trichrome de Masson 83% (82-84%) (p<0,001).

La sensibilité progressait avec la taille de la biopsie virtuelle jusqu'à un plateau à 15 mm, auquel la sensibilité était de 89% (88-91%) pour le picrosirius et 86% (84-88%) pour le trichrome de Masson (Figure). En étudiant les données individuelles, la sensibilité pour la cirrhose dépassait 90% pour l'ensemble des patients de stades Laennec 4B ou 4C.

Le pourcentage de biopsies bien classées était de 88% (87-89%) lorsque la biopsie était ≥ 15 mm.

La spécificité (nombre de MVPS bien classées) était de 89% (88-89%). Parmi les 4 explants pour lesquels la spécificité était inférieure à 90%, quelle que soit la taille de la biopsie, 3 avaient une cirrhose septale incomplète.

Discussion : Les biopsies virtuelles étant issues d'explants de transplantation hépatique, les MVPS étaient ici évoluées ; les résultats de sensibilité et de spécificité sont donc probablement sous-estimés. Ces résultats doivent être vérifiés par une second anatomopathologiste.

Conclusion : Pour le diagnostic de MVPS, une longueur minimale de 15mm semble suffisante pour exclure une cirrhose, lorsque la voie transcapsulaire est utilisée. Cette longueur peut faire partie des critères de qualité pour le diagnostic de MVPS. La coloration picrosirius devrait être utilisée préférentiellement pour exclure le diagnostic de cirrhose. Le pourcentage de biopsies bien classées étant de 90%, si un résultat de biopsie est en forte discordance avec la présentation clinique, une seconde biopsie hépatique devrait être envisagée.

CO41

Valeur pronostique de l'élasticité hépatique au cours des maladies vasculaires porto-sinusoïdales

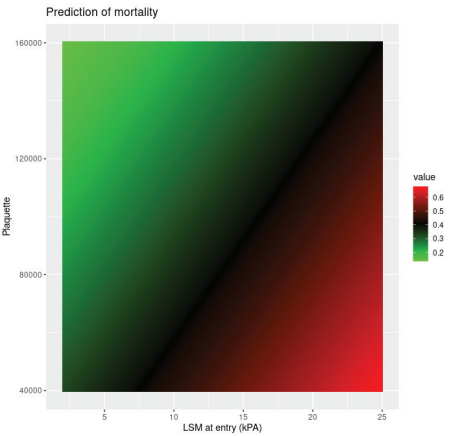
A. Gombault [(1)], M. Irles Depe [(1)], D. Cohen [(1)], C. Castain [(1)], F. Chermak [(1)], J.B. Hiriart [(2)], J. Foucher [(1)], P. Hermabessière [(2)], S. Korbi [(1)], B. Le Bail [(1)], V. de Lédinghen [(1)]

(1) Bordeaux ; (2) Pessac.

Introduction : La valeur diagnostique et pronostique de l'élasticité hépatique a été montrée au cours des hépatopathies chroniques (virale, éthylique, métabolique). Au cours des maladies vasculaires porto-sinusoïdales (MVPS), seul son intérêt diagnostique a été évalué. Ainsi, en présence de signes d'hypertension portale, une élasticité hépatique mesurée par Fibroscan <10kPa est fortement évocatrice de MVPS. En revanche, sa valeur pronostique n'a jamais été évaluée au cours des MVPS.

Matériels et Méthodes : L'objectif de cette étude était d'évaluer la valeur pronostique de l'élasticité hépatique mesurée par Fibroscan (EHF) et d'identifier un seuil d'EHF prédictif de la survenue de complications hépatiques au cours des MVPS.
Cette étude de cohorte historique menée au CHU de Bordeaux entre 2003 et 2021 a inclus tous les adultes suivis pour une MVPS selon les critères VALDIG (Vascular Liver Disease Interest Group) ayant eu au moins deux mesures d'EHF : celle de référence au diagnostic (B-EHF) puis une au cours du suivi. Le critère de jugement principal était la survenue d'un évènement hépatique (hémorragie digestive par rupture de varices œsogastriques, thrombose portale, ascite, encéphalopathie hépatique, carcinome hépatocellulaire, décès de cause hépatique ou transplantation hépatique). Les facteurs indépendamment associés à l'apparition d'un évènement hépatique ont été étudiés à l'aide d'un modèle de régression logistique.

Résultats : 140 patients suivis pour MVPS ont été inclus avec un âge médian de 52,5 ans. 52.9% des patients étaient de sexe masculin, l'IMC médian était de 24kg/m^2.



La durée médiane de suivi était de 7 ans (4,5-11,2). La valeur médiane de B-EHF était de 8,2 kPa (5,2-11,2). Au cours du suivi, 35 (25%) patients ont développé au moins une complication hépatique, 29 (20.7%) patients sont décédés, dont 9 d'une cause hépatique. La B-EHF était plus élevée chez les patients ayant développé un évènement hépatique (OR 1.07 [1.02 – 1.11] ; p<0.01). Un seuil de B-EHF > 15 kPa était significativement associé au risque de complications (p<0.04). Par ailleurs, l'augmentation des valeurs d'EHF au cours du temps était significativement associée à l'apparition d'un évènement hépatique (OR 3.0 [1.3 – 11.7] ; p=0.02). Enfin, un score combinant B-EHF et taux de plaquettes avait

une bonne performance dans la prédiction de survenue d'évènements hépatiques (AUC=0,83, Se 76%, Spe 71%, VPP 81%, VPN 89%) (Figure).

Conclusion : Au cours des MVPS, la mesure de l'élasticité hépatique au moment du diagnostic permet de prédire la survenue d'évènements hépatiques. La valeur seuil de 15 kPa pourrait être utilisé en pratique clinique pour adapter le suivi des patients. Un score pronostique combinant le taux de plaquettes et l'EHF au diagnostic pourrait prédire le risque de survenue d'une complication hépatique.

C-042

Syndrome hépato-pulmonaire dans un contexte de maladie vasculaire porto-sinusoïdale : prévalence, facteurs associés, et évolution

Y. Spaes [1], S. Sidali [2], K. El Husseini [3], O. Goria [1], V. Mallet [3], A. Poujol-Robert [3], A. Lannes [4], D. Thabut [3], J.B. Nousbaum [5], I. Ollivier-Hourmand [6], C. Costentin [7], A. Heurgué [8], P. Houssel-Debry [9], N. Ganne-Carrié [10], N. Drilhon [2], S. Valainathan [2], A. Plessier [2], F. Durand [2], S. Raevens [11], L. Elkrief [12], P.E. Rautou [2]

(1) Rouen ; (2) Clichy-la-Garenne ; (3) Paris ; (4) Angers ; (5) Brest ; (6) Caen ; (7) Grenoble ; (8) Reims ; (9) Rennes ; (10) Bondy ; (11) Ghent, BELGIQUE ; (12) Tours.

Introduction : La maladie vasculaire porto-sinusoïdale (MVPS) est une cause rare d'hypertension portale. Les données disponibles concernant le syndrome hépato-pulmonaire (SHP) chez les malades atteints de MVPS sont limitées à quelques cas isolés. Les objectifs de cette étude étaient de déterminer la prévalence, les facteurs associés et l'évolution du SHP chez ces malades.

Patients et Méthodes : Etude observationnelle rétrospective multicentrique. Les malades atteints de MVPS avec hypertension portale, ayant bénéficié d'une échographie cardiaque transthoracique de contraste avec épreuve de bulles entre 2014 et 2023 ont été inclus.

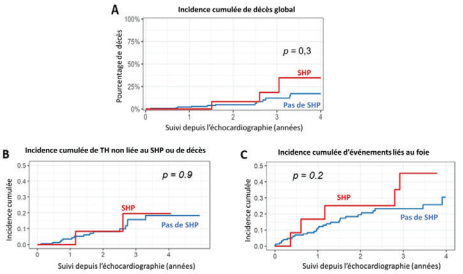
Résultats : Cent quatre-vingt-seize malades atteints de MVPS avec signes d'hypertension portale, issus de 17 centres du réseau français des maladies vasculaires et ayant eu une échographie cardiaque transthoracique avec épreuve des microbulles ont été inclus. Cet examen a été effectué dans le bilan systématique d'inclusion dans l'essai clinique « APIS » (NCT04007289) chez 80 malades, dans le bilan systématique de MVPS chez 95 malades et dans le cadre de l'exploration d'une dyspnée chez 21 malades.

Quatorze malades (7 %) avaient un diagnostic confirmé de SHP : 9 malades avaient une hypoxémie (PaO_2 < 80 mmHg), et 5 malades avaient une augmentation du gradient alvéolo-artériel en oxygène sans hypoxémie. Les malades atteints de SHP avaient plus fréquemment une maladie génétique associée à la MVPS (36 % contre 6 %, p = 0,002), en particulier une mutation d'un gène de la maintenance des télomères était mise en évidence chez 5 (36 %) malades avec SHP *versus* 6 (3 %) malades sans SHP (p < 0.001). La fonction hépatique était plus altérée chez les malades atteints de SHP, avec un taux de prothrombine plus bas (63 % contre 86 %, p = 0,04), une bilirubinémie totale plus élevée (37 µmol/L contre 14 µmol/L, p < 0,001) et une albuminémie plus basse (32 g/L contre 38 g/L, p < 0,001). Aucune différence significative n'a été mise en évidence entre les malades avec SHP et sans SHP en ce qui concerne les signes d'hypertension portale, l'élasticité hépatique et splénique, ou les complications de la MVPS.

Au terme de 23 (6-36) mois de suivi depuis la réalisation de l'échographie transthoracique de contraste avec épreuves de microbulles chez les 196 malades inclus, les complications hépatiques suivantes ont été observées : apparition ou aggravation d'ascite (6 %), infection spontanée de liquide d'ascite (2 %), apparition ou aggravation d'une encéphalopathie hépatique (6 %), hémorragie digestive due à l'hypertension portale (6 %), apparition ou extension d'une thrombose porte (9 %). Neuf (6 %) malades ont eu une transplantation hépatique, et 16 (9 %) sont décédés, dont 4 décès liés l'hépatopathie.

La durée de suivi après l'échographie transthoracique de contraste avec épreuves de bulles était plus longue chez les malades avec SHP *versus* sans SHP [34 (24-46) mois vs 22 (6-32) mois, p = 0.02)]. Parmi les 14 malades atteints d'un SHP, 4 ont eu une transplantation hépatique après un suivi médian de 34 mois, en raison d'un SHP nécessitant une oxygénothérapie permanente pour 3 malades et en raison d'une insuffisance hépatique pour un malade. Le SHP étant une indication de transplantation hépatique, une analyse en risque compétitif prenant en compte la transplantation hépatique pour SHP comme risque compétitif a été effectuée.

L'analyse en risque compétitif a montré que l'incidence cumulée de décès, de transplantation hépatique pour indication autre que le SHP ou d'événements liés au foie était similaire chez les malades avec et sans SHP (Figure 1).



Conclusion : La prévalence du SHP chez les malades atteints de MVPS était de 7 %. Le SHP chez les malades atteints de MVPS était associé à des maladies génétiques, et en particulier à des mutations des gènes de la maintenance des télomères. Après application de l'exception au score MELD pour la transplantation hépatique, la survie globale des malades atteints de MVPS compliquée d'un SHP était similaire à celle des malades atteints de MVPS sans SHP.

Remerciements, financements, autres : Nous remercions l'ensemble des centres Français de compétences, les Centres de Références des Maladies Rares et le Centre de Référence des Maladies Vasculaires du Foie. Nous tenons à remercier particulièrement Kamal Zekrini et Djalila Rezigue.

CO43

La classification CTCAE est insuffisante pour prédire la sévérité des hépatites aiguës aux inhibiteurs de checkpoint immunitaires (étude CHILI-S)

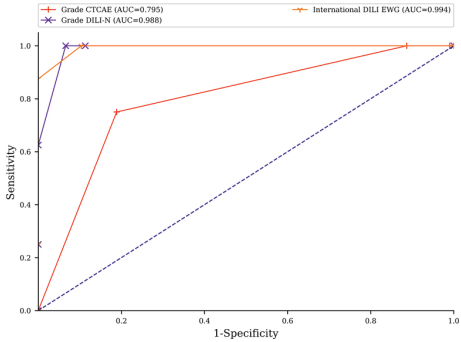
L. Hountondji [(1)], S. Faure [(1)], P. Witkowski [(1)], P. Palassin [(1)], M. Dupuy [(1)], G.P. Pageaux [(1)], A. Lamoureux [(1)], C. Coustal [(1)], D. Pureur [(1)], C. Lesage [(1)], E. Assenat [(1)], X. Quantin [(1)], A. Maria [(1)], L. Meunier [(1)]

(1) Montpellier.

Introduction : Les hépatites aiguës secondaires aux inhibiteurs de checkpoint immunitaires (ICI) sont un des principaux effets indésirables des ICI. La sévérité des hépatites aiguës aux ICI (CHILI) est estimée avec la classification CTCAE, recommandée par les sociétés savantes d'oncologie, qui grade toutes les toxicités multi systémiques et prend en compte l'élévation des enzymes hépatiques dans les CHILI. L'incidence des CHILI sévères (grade CTCAE>=3) est estimée jusqu'à 25% sous thérapie combinée [anti PD(L)-1 et anti CTLA-4]. Cependant, la classification CTCAE ne prend pas en compte la fonction hépatique, alors que les recommandations des sociétés savantes d'hépatologie préconisent une évaluation de la fonction hépatique pour estimer la gravité des hépatites aiguës médicamenteuses. L'objectif de cette étude est de comparer les classifications CTCAE, DILI-N severity index et DILI-IEWG pour prédire la survenue d'une dysfonction hépatique.

Matériels et Méthodes : CHILI-S est une étude observationnelle, multicentrique, conduite chez des patients adultes avec CHILI de grade CTCAE >=2 présentés en RCP « ToxImmun » à Montpellier. Les données clinico-biologiques (bilirubinémie, TP, facteur V, INR, hospitalisation, encéphalopathie hépatique, traitement, reprise ICI après CHILI) ont été recueillies au diagnostic, à S2, puis 1 fois par mois pendant 6 mois. Les CHILI ont été classées selon les classifications CTCAE, DILI-N et DILI-EWG : CHILI non sévère (grade 1-2) et sévère (grade 3-4). Le critère de jugement principal était la survenue d'une dysfonction hépatique sévère (ALI) définie par une hyperbilirubinémie et un INR ≥ 1.5. Les critères de jugement secondaires étaient la survenue d'une dysfonction hépatique grave (ALF), la survie à 3 mois, la survie globale, l'hospitalisation, l'optimisation de la corticothérapie, et le recours à un immunosuppresseur de 2ème ligne. Le logiciel Easymedstat a été utilisé pour les tests statistiques. Les courbes de survie ont été réalisées avec la méthode de Kaplan Meyer et comparées avec le test du log-rank. Les performances pronostiques des 3 classifications ont été comparées avec des courbes ROC.

Résultats : 114 patients ont été inclus dans l'étude CHILI-S entre décembre 2018 et septembre 2023, majoritairement des hommes (n= 67, 58.8%), d'un âge médian de 65.5 ans (23-88). Les cancers les plus fréquents étaient l'adénocarcinome pulmonaire (n= 38, 33.3%) et le mélanome (n= 37, 32.5%). Les anti-PD1 étaient la classe d'immunothérapie la plus fréquemment prescrite (n=103, 90.3%), seuls (n= 72, 63.2 %) ou en association avec un anti-CTLA4 (n= 31, 27.2%). La gravité des hépatites aiguës d'après les classifications de sévérité était majoritairement grade 3-4 selon CTCAE (n= 102, 89.5%), et grade 1-2 selon DILI-N (n= 99, 86.8%) et DILI-IEWG (107, 93.9%). Une hyperbilirubinémie était présente chez 27 patients (23.7%), et un taux d'INR ≥ 1.5 chez 10 patients (8.77%). 16 patients ont été hospitalisés (14.04%). Une biopsie hépatique étaient significativement plus fréquemment réalisée pour les CHILI sévères selon CTCAE, DILI-N et IEWG, respectivement 37.25%, 66.67% et 71.43%. Les classifications DILI-N et DILI IEWG avaient une meilleure performance pour prédire la dysfonction hépatique (AUC 0.988 et AUC 0.994), en comparaison à CTCAE (AUC 0.795). La survie à 3 mois était significativement associée à la sévérité selon DILI-N et DILI-IEWG (0% vs. 20%, p= 0.002 ; 0.93% vs. 28.57%, p= 0.009), ainsi que le recours à un immunosuppresseur de 2ème ligne (4.04% vs. 26.67%, p= 0.01 ; 3.74% vs. 57.14%, p < 0.001). La reprise de l'ICI était significativement plus fréquente après CHILI non sévère selon DILI-N et DILI-IEWG (52.53% vs. 6.67%, p<0.001 ; 49.53% vs. 0%, p= 0.014).



Conclusion : La classification CTCAE, utilisée pour la sévérité des CHILI, ne permet pas de prédire la survenue d'une dysfonction hépatique, contrairement aux classifications DILI-N et DILI-IEWG. Ces résultats sont en faveur d'une modification des recommandations actuelles de prise en charge des CHILI, qui se basent uniquement sur la classification CTCAE.

Remerciements, financements, autres :
MOnRIO

C.044

Nouvelles données sur le paysage génétique du syndrome LPAC : une étude d'association par séquençage de l'exome clinique et sa réplication confirment ABCB4 et identifient de nouveaux gènes candidats

A. Oussalah [1], G. Pax [1], L. Mousel [1], C. Chery [1], M. Bensenane-Oussalah [1], V. Haghnejad [1], R.M. Guéant-Rodriguez [1], F. Namour [1], J.P. Bronowicki [1], P. Couvert [2], J.L. Guéant [1]
(1) Vandœuvre-lès-Nancy ; (2) Paris.

Introduction : La lithiase biliaire à faible niveau de phospholipides (low phospholipid-associated cholelithiasis, LPAC) se caractérise par la formation de calculs biliaires de cholestérol en l'absence de facteurs de risque conventionnels. Des mutations du gène ABCB4 ne sont identifiées que dans une proportion des patients présentant un syndrome LPAC, ce qui suggère l'implication potentielle d'autres gènes dans les voies associées au gène ABCB4 ou bien dans d'autres processus physiopathologiques liés à l'étiopathogénie de la lithiase.

Patients et Méthodes : Dans l'étude initiale, nous avons effectué une étude d'association génétique basée sur les données de l'exome clinique (capture Trusight one expanded 6699 gènes et TruSight one 4813 gènes) pour rechercher des facteurs génétiques potentiellement associés au syndrome LPAC. Dans l'étude de réplication, nous avons mené une analyse de risque relatif sur une population indépendante de patients suspectés de syndrome LPAC en ciblant 31 gènes identifiés dans de l'étude initiale. Nous avons exploré les implications fonctionnelles des gènes identifiés via plusieurs approches incluant l'analyse d'enrichissement des ontologies des gènes, l'analyse de l'interactome et l'annotation fonctionnelle à partir de la base de données 'GWAS catalog'.

Résultats : Dans l'étude initiale, 641 patients ont été analysés. Parmi ceux-ci, 11 (1,7 %) avaient un diagnostic LPAC confirmé. L'analyse par test de charge génique après ajustement aux tests multiples a permis d'identifier 48 loci significativement associés au syndrome LPAC et a confirmé l'association la plus significative avec le gène ABCB4. De ces 48 loci, l'analyse à l'échelle du variant génétique a identifié 37 variants génétiques (31 gènes) significativement associés au syndrome LPAC après ajustement aux tests multiples. L'analyse de l'interactome a révélé des interactions physiques ou fonctionnelles entre huit gènes (ABCB4, AIFM1, CORO1A, HSPB8, LYST, TGM2, SERPINB5 et SERPINF2). L'annotation fonctionnelle à partir de la base de données 'GWAS catalog', a montré que 45 % des gènes identifiés (14/31) étaient associés à au moins l'un des phénotypes suivants : « cholestase/cholélithiase », « les taux de cholestérol » et les « traits hématologiques ». L'étude de réplication menée sur 17 patients présentant une suspicion de syndrome LPAC a confirmé un enrichissement significatif pour 31 variants génétiques localisés dans 12 gènes sur les 31 issus de l'étude initiale avec un risque ratio médian de 253 (IQR, 57-422) lorsque les fréquences alléliques étaient comparées à celles de la population européenne (non finlandaise) de la base de données gnomAD. Cinq des 12 gènes avaient le plus grand nombre de variants détectés chez les patients avec un phénotype LPAC suspecté (ABCB4, ADAMTS13, LYST, SYNE1, et ELOA2).

Conclusion : La présente étude révèle des aspects inexplorés du paysage génétique lié au syndrome LPAC, tant sur les associations génétiques que les interactions intergéniques et les corrélations phénotypiques des gènes identifiés. Ces résultats soulèvent de nouvelles pistes étiopathogéniques potentielles du syndrome LPAC.

C.045

Évolution de l'atteinte hépato-biliaire chez l'enfant atteint de mucoviscidose sous traitement modulateur de la protéine CFTR

M. Auvray [1], N. Laborde [1], E. Mas [1]
(1) Toulouse.

Introduction : Les traitements modulateurs de la protéine CFTR ont révolutionné la prise en charge de la mucoviscidose. Devant les résultats prometteurs de ces thérapies protéiques sur la fonction respiratoire, se pose la question de leur effet sur les autres organes atteints par la mucoviscidose. L'atteinte hépatobiliaire de la mucoviscidose demeure imprécise [1, 2] et les données de vie réelles sont rares dans la littérature. Nous nous sommes intéressés à l'évolution de l'atteinte hépatobiliaire sous lumacafor-ivacaftor (LI) et sous elexacaftor-tezacaftor-ivacaftor (ETI).

Matériels et Méthodes : Nous avons conduit une étude observationnelle rétrospective monocentrique.
Nous avons inclus 62 patients âgés de 2 à 18 ans, traités par modulateurs CFTR : association LI ou ETI. Les données ont été recueillies à l'initiation puis après un an de traitement. Pour ceux ayant reçu une association puis l'autre, les données ont été recueillies après un an de chaque. Les patients avec perturbation hépatique avant traitement (biologique, échographique, élastométrie) ont été analysés dans un sous groupe "Atteinte hépatique antérieure".L'objectif principal était de décrire l'évolution de l'atteinte hépatobiliaire sous traitement modulateur CFTR en analysant la biologie (ALAT, ASAT, GGT), l'échographie et l'élastometrie. Les objectifs secondaires étaient de décrire l'évolution du VEMS, du chlore sudoral, de l'élastase fécale, de la calprotectine fécale, du poids et de l'IMC.

Résultats : L'âge moyen de la cohorte est de 10,4 ans. Tous les patients étaient porteurs d'une mutation F508del, 59,7% à l'état homozygote. Le VEMS médian était de 92%. On retrouve un diabète chez 22,6% et 95,2% était insuffisants pancréatiques. Le poids et l'IMC étaient proches de la population générale.
Nous avons retenu une atteinte hépatobiliaire antérieure au traitement pour 37 patients (59,7%). Quinze présentaient une élévation persistante des enzymes hépatiques (majoritairement sur les ALAT), 17 avaient une échographie anormale, 3 présentaient un foie nodulaire, 3 avaient une élastométrie pathologique (ARFI > 6,85 kPa [3]), 5 présentaient une splénomégalie isolée et une atteinte biliaire était retrouvée chez 19 patients.L'évolution des paramètres hépatiques de la population globale n'était pas significative (p>0,05). Néanmoins, nous avons retrouvé une tendance à l'amélioration du bilan biologique sous traitement. Les ALAT étaient <1,5N pour 70,5% des patients avant traitement, 81,1% après LI, 82,2% après ETI. Les ASAT étaient <1,5N pour 88,5% des patients avant traitement, 91,9% après LI, 95,6% après ETI. Les GGT étaient <1,5N pour 90,2% des patients avant traitement, 100% après LI, 95,6% après ETI. On note un seul diagnostic inaugural de foie nodulaire sous LI et aucun sous ETI.Par ailleurs on note une amélioration du VEMS avec chaque traitement, significative seulement sous ETI (+10,5%, p<0,001). Le chlore sudoral diminuait de façon significative avec les 2 traitements. L'élastase fécale diminuait significativement sous LI (p=0,006), la calprotectine fécale sous ETI (p=0,004). Il y avait une amélioration du poids non significative, mais significative pour l'IMC sous LI (p=0,023).
Dans le sous-groupe "Atteinte hépatique antérieure", l'évolution hépatique était comparable à celle de la population globale. Le poids et l'IMC augmentaient de façon significative avec les deux traitements. Tous les patients avaient une fonction hépatique préservée (TP>50%). Les résultats retrouvés dans le groupe ayant reçu ETI après avoir été traités par le LI étaient comparables à ceux n'ayant reçu que ETI.

Conclusion : L'atteinte hépatobiliaire liée à la mucoviscidose est fréquente et revêt des présentations phénotypiques variées. Nous ne retrouvons pas d'amélioration ni d'aggravation significative de cette atteinte sous modulateurs CFTR. Nous faisons l'hypothèse qu'elle pourrait se stabiliser avec ces traitements, mais cela nécessite d'être confirmé par de nouvelles études, avec un plus long suivi et une plus grande cohorte. Cette étude est en faveur de la sécurité d'emploi des modulateurs CFTR, notamment chez les patients ayant une atteinte hépatobiliaire antérieure.

C.046

Le traitement de 48 enfants atteints d'hépatite C chronique par les antiviraux à action directe

H. Benalioua [1], R. Belbouab [1], R. Boukari [1], N. Debzi [1], F. Fernini [1], I. Ouled Cheikh [1], S. Gourari [1], A. Bensalem [1], F.Z. Sadar [1], Z.C. Amir [1], N. Smail [1]
(1) Alger, ALGÉRIE.

Introduction : L'hépatite C chronique (HCC) est un problème de santé publique mondiale, c'est la première cause de cirrhose hépatique et de carcinome hépato-cellulaire chez l'adulte. On estime que 5 à 6 millions enfants sont atteints d'HCC dans le monde.Le nouveau traitement à base d'antiviraux à action directe (AAD) a révolutionné le pronostic de l'HCC, il est très efficace et il permet l'éradication définitive du VHC.
Les AAD ont été d'abord validé dans le traitement de l'HCC chez l'adulte et récemment chez l'enfant.

Matériels et Méthodes : C'est une étude prospective menée de 2019 au 2023, ayant intéressé les enfants âgés de 17 ans et moins et ayant une sérologie au VHC positive, n'ont pas été inclus les enfants présentant une insuffisance rénale ou une coïnfection au VHB ou une coïnfection au VIH.
Les enfants atteints d'HCC et âgés de 6 ans et plus ont été traité avec les associations "sofosbuvir-ledipasvir" de 2019 à 2021 et "sofosbuvir-daclatasvir" en 2022 selon les recommandations nationales, l'efficacité est évaluée par le contrôle de la PCR 12 semaines après la fin du traitement "Réponse Virale Soutenue",le suivi post-traitements des patients s'est étalé sur au minimum 12 mois.
Nous avons analysé le profil épidémiologique, virologique ainsi que la gravité de l'HCC chez ces enfants, évalué par le fibroscan chez certains et par la biopsie hépatique chez d'autres. Nous avons également étudié la tolérance des AAD et leurs efficacités .

Résultats : 58 enfants infectés par le VHC ont été inclus, l'âge moyen est de 8.7ans, il s'agit dans la majorité des cas de betathalassémiques et de cancéreux guéris, la transfusion est la première voie de transmission du VHC dans 75 % des cas, les soins hospitaliers dans 15 % des cas, et la voie mère-enfant dans 10 % des cas.
L'hépatite C a évolué vers la chronicité chez 48 enfants (HCC), la durée d'évolution est en moyenne de 06 ans, la majorité à une fibrose légère à modérée(F1-F3).
06 patients sont au stade de cirrhose (F4) au moment du diagnostic, dont deux sont déjà en insuffisance hépatique.
La moyenne de la charge virale est de 3.7millions, le génotype G1 est prédominant.
Une SVR S12 est obtenue chez 98% des enfants traités, à notre que 7% des enfants ont présenté des effets secondaires bénins.On n'a pas eu de cas de rechute à distance.
Ces enfants traités sont guéris définitivement de leurs infections.

Discussion : C'est la première étude sur l'HCC où des enfants sont traités par les AAD dans notre pays.
Notre étude confirme l'efficacité des AAD chez l'enfant et leurs tolérances.

Conclusion : Les AAD sont efficaces chez l'enfant et leurs tolérance est bonne.
Le traitement de l'enfant atteint d'HCC par les antiviraux à action directe à côté du traitement de l'adulte, nous laisse espérer l'éradication du VHC d'ici 20230 dans notre pays et dans tous les pays du monde, objectif fixé depuis 2016 par l'OMS.

Remerciements, financements, autres :
Remerciements pour leurs aides scientifiques dans la réalisation de ce travail aux :
- Dr Ibtissem Ouled Cheikh, Pr Smail Nourredine, Pr Samir Gourari
- Pr Bensalem Aicha, Pr N.Guessab Pr Amir, Pr Frigaa

V.001

Techniques endoscopiques de sauvetage en cas de mauvais déploiement de la prothèse métallique d'apposition au cours d'une gastrogastrostomie échoendoguidée : "Remove and Replace" or "LAMS in LAMS" ?

L. Monino [(1)], L. Marique [(1)], Y. Deswyssen [(1)], T. Moreels [(1)]

(1) Bruxelles, BELGIQUE.

Introduction : Le taux de complication des gastrogastrostomies échoendoguidée (EDGI) peut atteindre 15 % dans la littérature. La complication la plus courante au cours de cette procédure est le mauvais déploiement de la prothèse métallique d'apposition (LAMS). Les mauvais déploiements de type I et II sont les plus courant. La technique de "stent in stent", en utilisant une prothèse métallique partiellement couverte (FC-SEMS), est une des options possible. Nous rapportons le cas de 3 patients ayant eu une procédure EDGI compliquée d'un misdeployment de type II traités endoscopiquement avec succés en utilisant une LAMS au lieu d'une FC-SEMS.

Patients et Méthodes : La procédure EDGI était proposée pour des patients avec antécédents de bypass gastrique nécessitant une intervention bilio-pancréatique. L'accès vers l'estomac exclu était effectué selon la technique directe sur fil guide (DTOG). Après la constation du mauvais déploiement de la prothèse, deux techniques de sauvetage pouvait être appliquées : la technique « Remove and Replace » ou « LAMS in LAMS ». Concernant la technique « Remove and Replace », la LAMS mal déployée est enlevée à l'aide d'une pince dent de rat tout en sécurisant le fil guide dans l'estomac exclu. Puis une nouvelle LAMS est déployée sur fil guide au travers de la fistule gastro-gastrique initiale sécurisant l'anastomose gastro-gastrique. Concernant la technique « LAMS in LAMS », la LAMS mal déployée est laissée en place. Une second LAMS est insérée sur fil guide au travers de la prothèse mal déployée. La prothèse co-axial est alors déployée sécurisant l'anastomose gastro-gastrique.

Résultats : 26 gastrogastrostomies echoendoguidée (EDGI) ont été effectuées chez 23 patients avec bypass gastrique entre 2018 et 2023. Parmi eux, 3 procédures (11,5% ; deux femmes et un homme) ont été compliquées d'un mauvais déploiement de la LAMS. Lors des trois mauvais déploiement de prothèse, la collerette distale a été larguée dans la paroi de l'estomac exclu provoquant sont expulsion dans la cavité péritonéale. Chez un patient, la technique de sauvetage « Remove and Replace » a été utilisée. Chez les deux autres patientes, la technique « LAMS in LAMS » a été réalisée. La procédure complémentaire à travers la LAMS a été réalisé deux semaines après la réalisation de l'accès vers l'estomac exclu chez deux patients. Deux des trois prothèses ont été enlevées. Les prothèses ont été enlevé à 6 mois chez une patiente (après LAMS in LAMS) et à un an chez un patient (« Remove and Replace »). En ce qui concerne la technique « LAMS in LAMS », les deux prothèses étaient impactées l'une dans l'autre après quatre mois. De plus, lors de l'ablation, la fistule gastro-gastrique était de courte taille et d'allure inflammatoire sans fuite de produit de contraste (similaire à une fistule gastro-gastrique après gastrogastrostomie non compliquée).

Conclusion : La technique de sauvetage "LAMS in LAMS" semble être plus simple que la technique "Remove and Replace" en réduisant le nombre d'échange de matériel sur fil guide tout en réduisant le risque de perdre l'accès vers l'estomac exclu guidé par le fil guide. Néanmoins des études complémentaires sont nécessaires pour confirmer que la résistance de l'anastomose gastro-gastrique aprés "LAMS in LAMS" est au moins identique à la résistance de l'anastomose gastrogastrique non compliquée.



V.002

Un traitement atypique du Buried Bumper Syndrome

M.A. Cozma [(1)], A. Berger [(2)], M. Saunier [(2)], F. Zerbib [(2)]

(1) Bucarest, ROUMANIE ; (2) Bordeaux.

Introduction : La gastrostomie endoscopique (GPE) (avec ballon ou collerette interne) est une méthode d'administration d'alimentation artificielle largement utilisée pour les patients nécessitant une nutrition entérale prolongée. Bien que considérée comme une méthode sûre, les taux de complications varient de 0,4 % à 22,5 % des cas [1]. L'enfouissement de la collerette interne (Buried Bumper Syndrome - BBS) représente une complication rare (incidence entre 0,3% et 2,4%) mais majeure de la gastrostomie per oral endoscopique. Elle consiste en une migration de la collerette interne dans la paroi digestive ou abdominale [2]. La prise en charge peut être difficile, historiquement représentée par la technique chirurgicale. Elle comprend désormais une variété de dispositifs endoscopiques, notamment des couteaux-aiguilles, des papillotâmes filoguidés ou le sphinctérotome de type Flamingo [3].

Patients et Méthodes : Nous rapportons le cas d'un patient de 62 ans ayant bénéficié d'une pose de gastrostomie avec collerette interne par la méthode per oral « PULL », secondaire à un arrêt cardiorespiratoire sur infarctus du myocarde antérieur récupéré, avec hospitalisation prolongée en réanimation. Devant une mauvaise compliance avec auto-tentative d'extraction mécanique, la gastrostomie a été retirée médicalement par la méthode « cut and push » avec section de la partie externe. Le patient a présenté à posteriori un écoulement cutané de liquide gastrique, une induration douloureuse et une ulcération superficielle péri orificielle. L'enfouissement de la collerette interne a été diagnostiqué grâce à un scanner montrant la persistance d'un corps étranger au contact de la paroi antérieure de l'antre gastrique associé à une bulle d'air. La gastroscopie a confirmé ce diagnostic, montrant la présence d'une lésion sous muqueuse de 2 cm, centrée par un orifice millimétrique avec écoulement purulent.

Résultats : La technique a consisté en une dissection sous muqueuse avec technique de pocket au couteau Dual-Knife 2.0, aidée d'un système de traction par élastique. La dissection a permis d'exposer la collerette enfouie retirée à l'aide d'une pince, puis la cicatrice a été refermée par clips. Nous ne rapportons aucune complication per ou post procédure lors du contrôle endoscopique effectué à 3 mois.

Discussion : Il existe plusieurs cas rapportés dans la littérature de dissection sous muqueuse comme traitement de l'enfouissement de la collerette interne de gastrostomie [4,5,6]. Cette technique est moins invasive et moins morbide que la méthode chirurgicale.

Conclusion : Dans les centres expérimentés, la dissection sous muqueuse endoscopique parait une option sûre, efficace et moins couteuse pour le traitement de l'enfouissement de collerette interne de gastrostomie.

V.003

Prise en charge endoscopique d'un abcès mural œsophagien récidivant après cervicotomie et découverte concomitante d'une œsophagite à éosinophiles

P. Onana [(1)], M. Thobois [(1)], C. Gomercic [(1)], T. Piche [(1)], G. Vanbiervliet [(1)]
(1) Nice.

Introduction : L'abcès mural œsophagien est une situation clinique rare, généralement en rapport avec des antécédents d'impaction alimentaire ou d'ingestion de corps étrangers. Dans de rares cas, il peut constituer une complication ou un mode de découverte d'une œsophagite à éosinophiles. Dans ce cadre, l'endoscopie interventionnelle représente une excellente alternative mini-invasive à la prise en charge standard, bien souvent chirurgicale.

Patients et Méthodes : Il s'agissait d'un patient de 25 ans à l'antécédent d'asthme, pris en charge dans le cas d'un sepsis sévère sur abcès de la paroi œsophagienne mesuré à 11 cm de hauteur, traité 18 mois plus tôt par cervicotomie et mise à plat chirurgicale. Dans ce contexte de récidive, une prise en charge endoscopique a été proposée.
Le premier temps thérapeutique aura consisté en la réalisation d'une incision de la muqueuse œsophagienne postérieure à 22 cm des arcades dentaires et sur 3 cm de hauteur, afin d'accéder à la zone abcédée. Son contenu purulent fut aspiré avec lavage au sérum physiologique et détersion des fausses membranes pariétales. En fin de procédure, il était procédé à la fermeture de l'orifice d'accès par 3 clips, avec insertion d'une prothèse plastique pigtail (7 french – 4 cm) sur fil guide au sein de la cavité traitée.
Après évolution clinique, scanographique et endoscopique favorable, le patient est repris 3 semaines plus tard, pour réalisation d'une résection par TT Knife du septum mural séparant la cavité œsophagienne naturelle de la cavité traitée précédemment. Ce dernier est sectionné sur 10 cm de hauteur, sans incident.

Résultats : Une évolution favorable sur le plan clinique et endoscopique fut constatée avec cicatrisation satisfaisante de la zone traitée. L'endoscopie de contrôle permettait de confirmer l'évolution anatomique favorable avec réépithélialisation de la cavité mise à plat avec cicatrisation dirigée intra luminale. La présence de multiples signes évocateurs d'une œsophagite à éosinophiles (œdème, annaux, exsudats, fissures, pull sign) était constatée avec confirmation histologique par la suite.

Conclusion : La survenue d'un abcès mural œsophagien doit faire rechercher une œsophagite à éosinophiles. Une prise efficace de ce type d'abcès est possible par voie mini-invasive endoscopique.

V.004

Traitement endoscopique d'une synéchie rectale symptomatique post-radiothérapie externe

M. Thobois [(1)], P. Onana [(1)], C. Gomercic [(1)], T. Piche [(1)], G. Vanbiervliet [(1)]
(1) Nice.

Introduction : La radiothérapie externe est pourvoyeuse de lésions atypiques et peut se rendre responsable d'altérations tissulaires à l'origine de symptômes variés. Malgré leur fréquence relativement faible, les synéchies rectales peuvent volontiers compliquer une irradiation colorectale externe, avec la possibilité de favoriser le développement de symptômes (trouble du transit, dyschésie,…) parfois invalidants. Elles correspondent à un accolement de deux tissus séparés en situation anatomique normale. Leur prise en charge est habituellement chirurgicale, cependant le développement de nouvelles techniques d'endoscopie interventionnelle et principalement de dissection sous muqueuse pourrait offrir des perspectives thérapeutiques efficaces et sures pour ce type de lésion.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'un patient de 73 ans ayant bénéficié d'une prostatectomie en 2018 pour un adénocarcinome de prostate de 2,4 cm (lésion classée pT3aR1NxMx). Au décours, il bénéficiait de 33 séances de radiothérapie externe pelvienne complémentaires. A distance de cette prise en charge urologique, le patient rapportait une symptomatologie à type de dyschésie invalidante. Une recto-sigmoïdoscopie mettait en évidence la présence d'une synéchie rectale supra centimétrique du moyen rectum pouvant être responsable de la symptomatologie digestive. Une IRM dynamique ano-périnéale permettait de confirmer la position sous péritonéale de l'anomalie. Devant le caractère symptomatique et la faisabilité technique, une prise en charge par dissection endoscopique fut proposée.

Résultats : La synéchie rectale fut traitée par résection endoscopique complète après surélévation sous muqueuse à l'aide d'un couteau Dual Knife de 2 mm (Olympus, Tokyo, Japon). En prévention du risque hémorragique, une pose de clips et d'Endoloop* de sécurité fut réalisée au cours de la procédure autour des deux moignons obtenus de part et d'autre de la synéchie sectionnée. Le patient connaitra au décours une nette amélioration clinique évaluée à 70% (amélioration de l'exonération et disparition des urgences défécatoires). Le contrôle endoscopique à 3 mois montre une disparition complète de la synéchie et une cicatrisation satisfaisante.

Conclusion : Les synéchies rectales peuvent volontiers se développer après des séances itératives de radiothérapie externe pelvienne et engendrer une symptomatologie invalidante ainsi qu'une altération de la qualité de vie de nos malades. La prise en charge endoscopique de ces lésions apparaît être une alternative sure et efficace.

V.005

Une nouvelle technique de poulie + traction multipolaire combinée à la dissection sous-muqueuse en immersion pour la résection des LST colorectales : illustration en vidéo

T. Wallenhorst [1], F. Pinard [2], M. Pagenault [1], T. Grainville [1], M. Bordet [1], J. Jacques [3], M. Pioche [4], L.J. Masgnaux [4], G. Bouguen [1], L. Siproudhis [1]

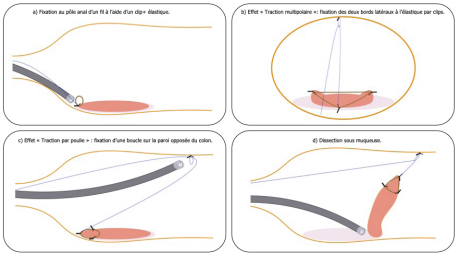
(1) Rennes ; (2) Quimper ; (3) Limoges ; (4) Lyon.

Introduction : La dissection sous-muqueuse endoscopique reste un défi, même si la traction [1] facilite la procédure [2]. Pour pallier à la diminution de la force de traction au fur et à mesure que la dissection progresse, un dispositif de traction adaptable, pouvant être resserré pour augmenter la traction pendant la procédure, a donné des résultats intéressants [3].
La méthode de la poulie a été décrite pour la résection de néoplasies gastriques superficielles [4]. Depuis cette première évaluation, aucune autre étude n'a été réalisée dans les localisations colorectales.

Patients et Méthodes : Nous rapportons le cas d'une résection endoscopique chez une femme de 73 ans présentant une LST granulaire mixte géante du rectum. Nous avons dû faire face à deux difficultés.
Tout d'abord, conserver une bonne exposition sous-muqueuse sans aune possibilité de mobilisation du patient en raison de son obésité morbide (IMC = 51). Deuxièmement, maintenir une traction efficace tout au long de la résection de cette longue lésion, mesurant 10 cm entre le pôle oral et le pôle anal. Nous avons décidé de combiner la dissection en immersion et la traction multipolaire avec la méthode de la poulie.

Résultats : Comme le montre la vidéo 1, après une incision circonférentielle complète et un bon triming, nous avons fixé un clip attaché à une ligne (fil de suture) et un élastique sur le pôle anal de la lésion (figure 1). Les deux côtés latéraux ont ensuite été fixés à l'élastique à l'aide de clip, ce qui a permis d'obtenir un effet de traction multipolaire. Ensuite, nous avons fait une boucle de fil dans laquelle nous avons passé la ligne avec un clip, et nous l'avons fixé à la paroi colique en amont, suffisamment loin pour maintenir une bonne traction pendant toute la durée de l'intervention. Enfin, nous avons fixé une pince chirurgicale sur le pôle anal de la ligne pour appliquer un poids constant. La dissection sous muqueuse a été réalisée en immersion dans du sérum physiologique en raison d'une gravité défavorable. L'analyse pathologique a révélé une résection complète et curatrice R0 d'un adénome de 95 x 85 mm avec un foyer adénocarcinome intra-muqueux.

Conclusion : Cette nouvelle technique de poulie + traction multipolaire combinée à la dissection sous muqueuse en immersion pourrait fournir un outil de traction supplémentaire pour faciliter les procédures de dissection sous muqueuse. Une étude multicentrique prospective est en cours.



V.006

La mucosectomie avec traction : 2 stratégies possibles pour améliorer son R0

M. Pioche [1], J. Rivory [1], J. Jacques [2], T. Ponchon [1], P. Lafeuille [1], A. Lupu [1]

(1) Lyon ; (2) Limoges.

Introduction : La mucosectomie peut elle aussi être optimisée par des techniques de tractio et nous en présentons ici deux stratégies différentes: clip and line pur les lésions basses, et traction magnétique dans le colon ascendant.

Patients et Méthodes : 2 cas sont présentés.

Résultats : Dans les deux cas les résections étaient complètes et R0 sans perforation.

Discussion : L'exposition de la marge de résection est parfois difficile en mucosectomie, et pourtant elle est importante pour obtenir une résection R0. La traction pourrait aider à mieux controler cette marge mais des systèmes passant dans l'anse sont nécessaires, comme le montre ces deux exemples

Conclusion : la mucosectomie peut aussi être optimisée par la traction afin d'améliorer son R0.

V.007

Injection haute pression associée à la traction adaptative : la dissection sous-muqueuse du futur ?

L.J. Masgnaux [(1)], M. Pioche [(1)], R. Legros [(2)], J. Grimaldi [(1)], T. Wallenhorst [(3)], Q. Denost [(4)], J. Jacques [(2)]
(1) Lyon ; (2) Limoges ; (3) Rennes ; (4) Bordeaux.

Introduction : Les endoscopistes, qui n'ont par définition qu'une « main droite » pour opérer, ont toujours rêvé de posséder une main gauche qui puisse être utilisée pour la triangulation, tout comme les chirurgiens. Le développement de stratégies de traction par clips et élastiques a permis d'avancer dans cette direction(1). Néanmoins malgré une simplification considérable de la procédure, la dissection sous muqueuse (DSM) colique par traction reste une procédure complexe.

Matériels et Méthodes : Deux des principaux challenges qui persistent sont l'association des fuites du liquide d'injection sous muqueuse qui se répendent dans le champ opératoire, obstruant la vision, lesquelles augmentent parallèlement à la perte progressive de l'efficacité de traction de l'élastique, qui se détend au fur et à mesure que la procédure avance.

Résultats : Nous présentons ici une vidéo combinant deux dispositifs qui seront bientôt commercialisés. Le premier est un nouveau couteau à haute pression qui vient d'obtenir le marquage CE et sera disponible dans quelques mois(2). Il permet une injection à haute pression pendant toutes les étapes de la procédure sans avoir à utiliser une aiguille, ce qui permet une injection plus puissante et donc un élargissement plus important de l'espace sous-muqueux comparé à une injection avec un couteau classique, tout en limitant les points d'injections, qui sont autant de points de fuites potentielles de liquide.
Le second est la première version industrialisée du dispositif de traction adaptative A-TRACT, déjà présenté sous sa forme artisanale(3). Cette version améliorée permet un système de traction multipoint en forme de croix avec la possibilité de resserrer le dispositif plusieurs fois pendant les procédures à chaque fois que la traction diminue. Ce dispositif est en cours d'évaluation pour le marquage FDA et CE et devrait être disponible prochainement.

Conclusion : La combinaison de ces deux innovations, comme le montre cette vidéo d'une DSM colique difficile réalisée sur un modèle animal, pourrait représenter l'avenir de la technique. Disposer d'un plan sous-muqueux constant, bien exposé et bien défini est la clé d'une DSM réussie, sûre, rapide et techniquement accessible, disponible au plus grand nombre d'endoscopistes au service de l'ensemble de la population et non plus seulement uniquement dans quelques centres spécialisés pour un nombre réduit de malades.

V.008

Suture endoscopique d'ulcère gastrique compliqué d'une fistule gastro-péricardique

M. Thobois [(1)], P. Onana [(1)], C. Gomercic [(1)], T. Piche [(1)], G. Vanbiervliet [(1)]
(1) Nice.

Introduction : Les ulcères gastroduodénaux sont une pathologie fréquente en hépato-gastro-entérologie. La prise en charge est multiple dans la plupart des cas, pouvant traitement médical, endoscopique, radiologique voire chirurgical. Une fistulisation est possible dans 3 à 10% des cas. Elle peut amener à une intervention chirurgicale d'emblée, pouvant être très mutilante. Avec le développement des dispositifs de suture endoscopique, le traitement de cette complication pourrait être uniquement endoluminal.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'un patient de 65 ans ayant présenté un choc hémorragique en mars 2023 surulcère de l'antre ayant été traité par endoscopie hémostatique et par voie radiologique avec la réalisation d'une embolisation de l'artère gastro-épiploïque droite. Un contrôle endoscopique à 1 mois retrouvait un aspect de séquelle ischémique de l'antre gastrique et le traitement médical par inhibiteurs de pompe à protons fut poursuivi. L'évolution était défavorable avec apparition 2 mois plus tard d'un tableau aigu de tamponnade cardiaque faisant découvrir au scanner une fistulisation gastro-péricardique de l'ulcère antral. Le contrôle endoscopique retrouve l'ulcère creusant antral de 4 cm avec un trajet borgne fistuleux sous diaphragmatique. En alternative à une prise en charge chirurgicale, qui aurait imposé un abord digestif et médiastinal complexe, et devant l'altération de l'état général du patient, une prise en charge endoscopique par suture de l'ulcère fut proposée.

Résultats : Une suture endoscopique de l'ulcère a été réalisée avec le système OverStitch* précédée de l'application de plasma Argon sur les berges de manière circonférentielle (1 L/min, 40 W). Un résultat endoscopique immédiat jugé satisfaisant fut observé avec une fermeture complète de l'ulcère. La réalisation d'un scanner avec ingestion de produit de contraste à J7 ne retrouvait pas de communication gastrique avec la fistule précédemment décrite.

Conclusion : Les ulcères fistulisés, complication peu fréquente des ulcères gastroduodénaux, sont des lésions complexes à traiter. La prise en charge chirurgicale est souvent délicate et mutilante. La suture endoscopique apparaît comme étant une procédure épargnant les organes, sure et efficace dans des cas sélectionnés. (1)

JOURNEES FRANCOPHONES D'HEPATO-GASTROENTEROLOGIE ET D'ONCOLOGIE DIGESTIVE

JFHOD

JFHOD.COM



Vendredi

C.047

Efficacité comparée des traitements de deuxième ligne de la rectocolite hémorragique après un échec du védolizumab en première ligne : étude multicentrique rétrospective

L. Calméjane [1], C. Reenaers [2], A. Amiot [3], A. Nuzzo [4], L. Vuitton [5], R. Altwegg [6], L. Guillo [7], P. Wils [8], X. Roblin [9], G. Le Cosquer [10], M. Simon [1], A. Benezech [7], D. Laharie [11], A.L. Charlois [12], M. Fumery [13], A. Buisson [14], M. Charkaoui [15], S. Nancey [12], S. Guellouz [16], S. Geyl [17], B. Coffin [18], C. Le Berre [19], F. Goutorbe [20], G. Bouguen [21], M. Vidon [22], P.Y. Christmann [5], J. Kirchgesner [1], M. Uzzan [4]

(1) Paris ; (2) Liège, BELGIQUE ; (3) Le Kremlin-Bicêtre ; (4) Clichy-la-Garenne ; (5) Besançon ; (6) Montpellier ; (7) Marseille ; (8) Lille ; (9) Saint-Etienne ; (10) Toulouse ; (11) Bordeaux ; (12) Lyon ; (13) Amiens ; (14) Clermont-Ferrand ; (15) Dijon ; (16) Saint-Malo ; (17) Limoges ; (18) Colombes ; (19) Nantes ; (20) Bayonne ; (21) Rennes ; (22) Créteil.

Introduction : Le vedolizumab est une des options possibles en 1ère ligne de biothérapie des malades souffrant de rectocolite hémorragique (RCH) modérée à sévère. En cas d'échec ou d'intolérance au védolizumab, il n'existe aucune donnée quant au choix thérapeutique à faire en deuxième ligne en termes d'efficacité et de tolérance. L'objectif de notre étude était ainsi de comparer l'efficacité des anti-TNF, de l'ustekinumab et du tofacitinib en traitement de 2e ligne de la RCH après échec du vedolizumab.

Patients et Méthodes : Nous avons mené une étude multicentrique rétrospective au sein de 27 centres français et belges . Tous les patients atteints de RCH traités par vedolizumab en première ligne et ayant reçu une 2e ligne de traitement par anti-TNF, ustekinumab ou tofacitinib ont été rétrospectivement inclus. Le critère de jugement principal était la rémission clinique à l'induction (semaine 14) définie par un score de Mayo partiel clinique ≤ 2 sans sous-score > 1 et le maintien du traitement de 2e ligne. La réponse clinique était définie par une diminution du score de Mayo partiel d'au moins 30%. Nous avons également évalué le taux de persistance des traitements de 2ème ligne à l'aide de la méthode de Kaplan-Meier.

Résultats : Parmi les 163 patients inclus, 94 (57,7%) ont été traités par anti-TNF [(infliximab=71 (75,5%), adalimumab=21 (22,3%) et golimumab=2(2,1%)], 56 (34,4%) par ustekinumab et 13 (7,9%) par tofacitinib en 2e ligne. Les patients étaient en majorité des hommes (53,4%) dont l'âge médian était de 47 ans (IQR [30,0-63,0]) atteints de colite gauche E2 (49,4%) et de pancolite E3 (44,4%). La durée médiane d'évolution de la maladie était de 27,5 mois avant l'introduction du vedolizumab (IQR [8,0-132,25]) et de 39,5 mois à l'introduction de la 2e ligne (IQR 16,0-146,0). La durée médiane de traitement par vedolizumab était de 6 mois (IQR 3,0-12,0). Le vedolizumab en première ligne a été arrêté chez 78 patients pour un échec primaire (48,1%), chez 74 patients pour un échec secondaire (45,7%) et chez 12 patients pour un effet indésirable (7,4%).

A la semaine 14 de la 2e ligne de traitement, 25/66 (37,9%) patients sous infliximab, 7/23 (30,5%) sous anti-TNF SC (adalimumab et golimumab), 25/57 (43,9%) sous ustekinumab et 7/13 (53,8%) traités par tofacitinib étaient en rémission (p=0,49, test du Chi2). Les taux de réponse étaient respectivement de 52,8%, 34,8%, 50,9% et 53,8% pour les groupes infliximab, antiTNF SC, ustekinumab et tofacitinib.

Le taux de survie sans arrêt du traitement à 6 mois était de 61,5% (IC95[50,5%-75%]) pour l'infliximab, 56,5% (IC95[39,5%-80,9%]) pour les anti-TNF SC, 64,2% (IC95[51,2%-80,7%]) pour l'ustekinumab et 72,9% % (IC95[50,7%-100%]) pour le tofacitinib.

A 12 mois, ils étaient respectivement de 51.6 (IC95[39,6%-67,2%]) pour l'infliximab, 45,7% (IC95[28,5%-73,1%]) pour les anti-TNF SC, 40,6% (IC95[27,2%-60,6%]) pour l'ustekinumab et 31,2% % (IC95[12,3%-79,2%]) pour le tofacitinib (p=0.95, log-rank test) (Figure 1).

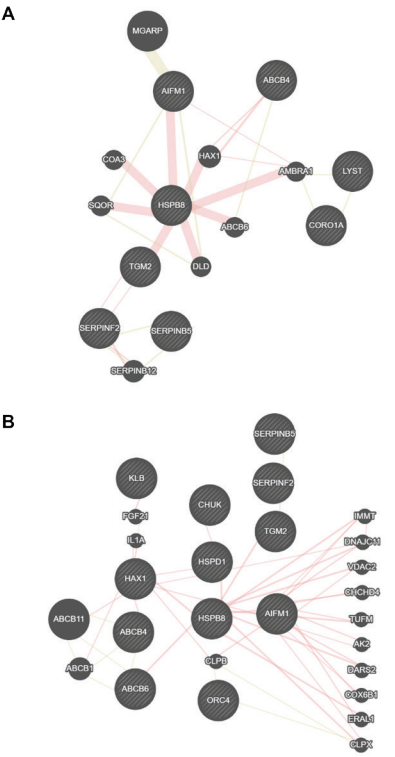


Figure 1

Le traitement de 2ème ligne était interrompu chez 41 patients (25.3%) pour échec primaire, 25 (15.4%) pour échec secondaire. Une colectomie a été nécessaire chez 4 patients (2.5%) au cours du suivi.

L'infliximab a été interrompu chez 12 patients (18,2%) pour effets indésirables, dont 6 réactions allergiques. Parmi les 23 patients sous anti-TNF SC (adalimumab et golimumab), 5 (21,7%) ont eu un effet indésirable dont 2 ayant nécessité l'arrêt du traitement (8,7%). Sous tofacitinib, 2 effets indésirables sont survenus avec un effet secondaire cutané ayant conduit à son arrêt (7,7%). Enfin, chez les 57 patients traités par ustekinumab, un seul effet secondaire à type d'arthralgies et qui a conduit à son arrêt a été rapporté (1,8%).

Conclusion : Après échec du vedolizumab en traitement biologique de première ligne de la RCH, l'efficacité en induction, la persistance et la tolérance des différents traitements de deuxième ligne étaient proches.

C_048

Le CDST (Clinical Decision Support Tool) permet de prédire la rémission clinique sans corticoïde chez les patients atteints de maladie de Crohn après traitement d'induction par védolizumab de manière spécifique avec un rôle majeur du niveau d'albuminémie

A. Buisson [1], S. Nancey [2], M. Dodel [1], C. Gay [3], D. Coban [1], M. Bazoge [1], B. Pereira [1], G. Boschetti [2]

(1) Clermont-Ferrand ; (2) Lyon ; (3) Besançon.

Introduction : Le vedolizumab est un traitement qui a démontré son efficacité pour induire et maintenir une rémission chez les patients atteints de maladie de Crohn (MC). Le CDST (Clinical Decision Support Tool) a été développé pour prédire la réponse au vedolizumab (VDZ) et permettrait d'identifier un sous-groupe de patients à forte probabilité de réponse ou super répondeurs (SR) au VDZ . Cependant, les performances du CDST reste débattues et le poids des différents items au sein du CDST et leur impact sur la potentielle spécificité du CDST pour le VDZ reste à déterminer. L'objectif de cette étude était de 1) confirmer le caractère prédictif du CDST chez des patients traités par vedolizumab et ce de manière spécifique contrairement aux patients recevant de l'ustekinumab, 2) de déterminer le poids de chacun des items composant le CDST pour prédire la réponse au vedolizumab afin d'en expliquer la spécificité.

Patients et Méthodes : A partir de la cohorte VENUS où tous les patients atteints de MC traités par ustekinumab (UST) ou VDZ après exposition à au moins un anti-TNF avaient été inclus consécutivement dans deux centres de référence. Le critère de jugement principal était une rémission clinique sans corticoïde (CFREM) définie par un CDAI < 150 à la semaine 54. La CFREM était également évaluée à la semaine 14. L'ensemble des analyses ont été ajustées grâce à des scores de propension basés sur les caractéristiques des patients et de la MC, les traitements concomitants et la sévérité de la maladie. Afin de comprendre le poids des items le CDST été calculé uniquement avec les items cliniques (CDST 3 items = +3 si absence d'exposition préalable aux anti-TNF, +2 si phénotype non fistulisant et +2 si absence d'antécédent de résection intestinale), en ajoutant la CRP (CDST 4 items = CDST 3 items – 0,5 si CRP entre 3 et 10 ou – 3 si > 10 g/dL) et le CDST dans sa forme complète (CDST 5 items = CDST 4 items + 0,4 x albuminémie). Les patients considérés à forte probabilité de réponse ou super répondeurs (SR) étaient définis comme un CDST 3 items > 3, un CDST 4 items > 3 ou un CDST complet > 19.

Résultats : Au total, 312 patients (UST = 224 and VDZ = 88) ont été inclus. Les populations ont été rendues comparables grâce aux scores de propension. Après ajustement sur ces scores, l'UST était plus efficace que le VDZ pour atteindre une CFREM à la semaine 54 (50,6% vs 40,6%, p=0,047) sans différence à la semaine 14 (56,1% vs 56,7%, p=0,99). Les proportions de SR selon le CDST 3 items étaient de 56,7 % et 61,4 % dans le groupe des patients traités par UST et VDZ, respectivement. Le CDST 3 items n'était pas prédictif de la CFREM sous VDZ à S14 (52 % vs 56 %, p = ns) ou S54 (41 % vs 41 %, p = ns) chez les patients non-SR ou SR, respectivement. En revanche, il prédisait la réponse à l'UST à S54 (44 % vs 60 %, p < 0,01) mais pas à S14 (51 % vs 61 %, p = ns). L'UST était plus efficace que le VDZ à S54 chez les SR selon le CDST 3 items (60 % vs 40 %, p = 0,011) mais pas chez les non-SR (41 % vs 41 %, p = 0 ,95). En revanche, la CFREM à S14 sous UST et VDZ n'était pas différente chez les non-SR (51 % vs 44 %, p = 0,52) ou les SR (61 % vs 56 %, p = 0,47), respectivement. Les proportions de SR selon le CDST 4 items étaient de 30,4 % et 32,6 % dans le groupe des patients traités par UST et VDZ, respectivement. Le CDST 4 items était associé à la CFREM sous VDZ à S14 (46 % vs 67 %) et S54 (38 % vs 54 %) et à l'UST à S14 (51 % vs 73 %) et S54 (44 % vs 70 %) (p < 0,05 pour toutes les comparaisons). Le taux de CFREM sous UST n'était pas différent à S14 chez les non-SR (51 % vs 46 %, p = 0,56) ou les SR (70 % vs 67 %, p = 0,84), respectivement. De la même façon, l'efficacité n'était pas différente à S54 chez les non-SR (44 % vs 38 %, p = 0,95) ou les SR (70 % vs 54 %, p = 0,08). Les sous-groupes de patients SR selon le CDST complet (5 items) représentaient 17,2 % et 25,8 % des patients traités par UST et VDZ, respectivement. Le CDST était associé à l'obtention d'une CFREM à S14 sous VDZ (50 % vs 71 %, p < 0,05) mais pas à S54 (41 % vs 50 %, p = ns). Le CDST n'était pas associé à la CFREM sous UST à S14 (55 % vs 66 %, p = ns) et S54 (47 % vs 33 %, p = ns). Chez les patients SR selon le CDST complet, le VDZ semblait plus efficace pour obtenir une CFREM à S54 que l'UST (50 % vs 33 %) contrairement au non-SR (46 % vs 36 % en faveur de l'UST). La même tendance était observée pour la CFREM à S14 : 66 % vs 71 % chez les SR et 55 % vs 50 % chez les non-SR sous UST et VDZ, respectivement. Dans le groupe VDZ, le taux d'albumine à l'initiation du traitement était associé à la probabilité d'être en CFREM à S14 (33,7 ± 6,0 vs 39,4 ± 5,3 ; p = 0,033) contrairement au groupe UST (37,7 ± 5,5 vs 37,4 ± 9,3 ; p = 0,54).

Conclusion : Le CDST permet de prédire l'obtention d'une CFREM après traitement d'induction sous VDZ mais pas sous UST. La spécificité du CDST vis-à-vis du VDZ semble guidée par l'albuminémie. L'impact du taux d'albumine sur l'efficacité du VDZ ne semble pas pouvoir être expliquée uniquement par des questions de clairance du médicament et suggère un besoin accru d'albumine pour pouvoir transporter le VDZ jusqu'à sa cible. Ces hypothèses devront être confirmées par des études mécanistiques dédiées.

C-049

Efficacité et tolérance d'un traitement de troisième ligne par biothérapie et inhibiteur de la voie JAK/STAT dans la rectocolite hémorragique après échec de deux premières lignes : étude de cohorte multicentrique rétrospective

A. Bertrand [1], J. Kirchgesner [1], M. Uzzan [2], V. Abitbol [1], A. Assaf [1], C. Gagnière [3], A. Meyer [4], P. Seksik [1], A. Amiot [4]

(1) Paris ; (2) Clichy-la-Garenne ; (3) Créteil ; (4) Le Kremlin-Bicêtre.

Introduction : Avec la multiplication des biothérapies et petites molécules dans la rectocolite hémorragique (RCH), il existe une proportion croissante de patient exposés de façon séquentielle à plusieurs lignes de traitement afin d'éviter le recours à la chirurgie. Les données d'efficacité et de tolérance des traitements de troisième ligne restent à ce jour limitées. L'objectif de notre étude était d'évaluer l'efficacité des différents options thérapeutiques par biothérapie ou inhibiteur de la voie JAK/STAT (JAKi) en troisième ligne de traitement.

Patients et Méthodes : Entre octobre 2014 et novembre 2022, tous les patients consécutifs issus de 4 centres de l'AP-HP et ayant reçu au reçu au moins trois classes de traitement avancé (anti-TNF, vedolizumab, ustekinumab ou tofacitinib) ont été inclus. Les critères d'exclusion étaient un antécédent de résection colique, l'inclusion dans un essai thérapeutique, une grossesse ou une association de plusieurs biothérapies. Les données ont été recueillies rétrospectivement pour chaque groupe de traitement (anti-TNF sous-cutanés (SC): adalimumab et golimumab, infliximab, tofacitinib, ustekinumab et vedolizumab) lors de l'inclusion puis à 14, 30 et 54 semaines ainsi qu'à la date des dernières nouvelles. Si le traitement était arrêté et une nouvelle séquence thérapeutique initiée, la nouvelle séquence était incluse. Le critère de jugement principal était la rémission clinique sans corticoïdes à la semaine 54 (score partiel de la Mayo Clinic ≤2 sans sous-score >1 et sans prise de corticoïdes systémique). Les critères de jugement secondaires étaient la rémission clinique sans corticoïdes à la semaine 14, 30, la cicatrisation muqueuse (sous-score endoscopique de la Mayo Clinic <2), la survie sans arrêt de traitement, la survie sans colectomie et la survenue d'effets indésirables.

Résultats : 177 patients ont été inclus pour un total de 279 séquences thérapeutiques correspondant à un traitement de 3ème (n=177), 4ème (n=84), 5ème (n=16) et 6ème (n=2)ligne de traitement. Les séquences thérapeutiques de 3ème ligne étaient un anti-TNF SC chez 22 patients, de l'infliximab chez 39, du tofacitinib chez 91, de l'ustekinumab chez 116 et du vedolizumab chez 11 (141 hommes ; âge médian au diagnostic 29,9 [20,3 ; 43,6] ans) ; 59,9 % de pancolite ; 46,6 % d'antécédant de colite aiguë grave, 40,9 % de corticothérapie à l'inclusion). Il n'y avait pas de différence significative sur ces critères entre les groupes de traitement. En population globale, 150 (84,7%) patients avaient reçu un anti-TNF puis du vedolizumab lors des premières lignes de traitement. Le suivi médian était de 1,3 [4,1-20,1] ans. A la semaine 54, le taux de rémission clinique sans corticoïdes était de 42,2%. Les taux de rémission clinique à la semaine 54 dans les différents groupes de traitement étaient de 27,3% dans le groupe anti-TNF SC, de 30,8% dans le groupe infliximab, de 27,3% dans le groupe vedolizumab, de 42,5% dans le groupe tofacitinib et de 50,5% dans le groupe ustekinumab. La probabilité de survie sans échec thérapeutique était respectivement de 70,0%, 53,1%, 46,6% et 41,4% à 6, 12, 18 et 24 mois. En analyse multivariée, la survie sans échec thérapeutique était allongée en cas de traitement par ustekinumab (OR=0,67 [0,47-0,95], p=0,02), de CDST > 27 (OR=0,61 [0,39-0,97], p=0,04) et de durée médiane de la RCH >2 ans (OR=0,70 [0,49-0,99], p=0,05) et diminuée en cas de troisième ligne de traitement par rapport aux lignes ultérieures (OR=1,53 [1,05-2,23], p=0,03). La probabilité de survie sans colectomie était de respectivement 92,3%, 88,8%, 86,3%, 83,2% et 83,2% à 6, 12, 18, 24 et 36 mois. Le taux de cicatrisation muqueuse (Mayo 0-1) entre les semaines 30 et 54 était de 30,3%. Il était supérieur dans les groupes tofacitinib (37,8%) et ustekinumab (36,1%) par rapport aux trois autres groupes (p=0,02). Au total, 155 évènements indésirables (EI) et 67 EI sévères étaient observés chez respectivement 117 et 63 patients. Les effets indésirables les plus fréquemment observés étaient une exacerbation de la RCH, une dyslipidémie, une manifestations extra-intestinale, une infection ORL, une éruption cutanée. Il est survenu 4 cas de néoplasie (n=4, une dysplasie colorectale, une lymphoprolifération EBV-induite, un cancer de prostate et un cancer de l'endomètre) et 2 de thrombose veineuse profonde et aucun décès. Le taux d'EI était significativement moins élevé chez les patients traités par ustekinumab et vedolizumab par rapport aux groupes traités par anti-TNF SC, infliximab et tofacitinib.

Conclusion : Dans cette étude de cohorte multicentrique en vie réelle ayant inclus des patients atteints de RCH en échec d'au moins deux lignes de biothérapie ou petite molécule, un traitement par 3ème ligne de biothérapie ou par tofacitinib permettait d'obtenir une rémission clinique sans corticoïdes à la semaine 54 de 42,2% et d'éviter une colectomie dans environ 80% des cas. Il existait une tendance en faveur de l'ustekinumab en terme d'efficacité et en faveur de l'ustekinumab et du vedolizumab en terme de tolérance.

C-050

Risque de rechute après arrêt des anti-TNF dans les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin à début pédiatrique : étude en population générale

D. Ley [1], A. Leroyer [1], K. Bouhout [1], C. Dupont-Lucas [2], D. Turck [1], V. Bertrand [3], N. Guillon [1], P. Wils [1], C. Gower-Rousseau [1], G. Savoye [4], H. Sarter [1], M. Fumery [5]

(1) Lille ; (2) Caen ; (3) Le Havre ; (4) Rouen ; (5) Amiens.

Introduction : Les anti-TNF sont les biothérapies les plus utilisées au cours des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI). Alors que la tolérance à long terme soulève la question de leur arrêt, il n'y a aucun consensus sur la durée de ce traitement, en particulier dans les MICI à début pédiatrique. L'objectif principal de cette étude était d'évaluer le risque de rechute après arrêt des anti-TNF dans les MICI à début pédiatrique à partir d'une cohorte en population générale.

Patients et Méthodes : Tous les enfants (< 17 ans) avec un diagnostic de maladie de Crohn (MC) ou de recto-colite hémorragique (RCH) entre 1988 et 2011 ont été inclus dans un registre en population générale et suivis rétrospectivement jusqu'en 2013. Parmi les patients traités par anti-TNF, la probabilité de rechute après arrêt de l'anti-TNF a été évaluée selon un critère composite (résection intestinale, et/ou hospitalisation pour poussée, et/ou introduction d'un nouveau traitement, et/ou augmentation de l'activité de la maladie). Les facteurs associés à la rechute après arrêt de l'anti-TNF étaient recherchés par un modèle de Cox.

Résultats : Parmi un total de 1344 patients (MC : n = 1007 ; RCH : n= 337), 562 avaient reçu un traitement par anti-TNF. L'anti-TNF était arrêté chez 73 d'entre d'eux (MC : n = 66 ; RCH : n = 7) après obtention de la rémission définie par un score de Harvey-Bradshaw < 4 pour la MC ou un score de Mayo ≤ 2 pour la RCH (suivi médian 8,7 ans, IQR : 5,8 - 13,8). Chez ces 73 patients, le délai médian d'initiation de l'anti-TNF par rapport au diagnostic était de 1,6 ans (0,7 - 4,0) et la durée médiane de traitement de 1,0 an (0,3 - 1,7). L'anti-TNF de 1ère ligne était l'infliximab chez 68 (93 %) patients. A l'arrêt de l'anti-TNF, 47 (64 %) patients recevaient un immunosuppresseur et 3 (4 %) patients une corticothérapie orale ou intraveineuse. L'incidence cumulée de rechute à 1, 3 et 5 ans était respectivement de 62 %, 85 % et 93 %. Le délai médian de survenue de la rechute était de 9,5 mois (7,5 - 12,0). L'incidence cumulée d'hospitalisation pour poussée après l'arrêt de l'anti-TNF à 1, 3 et 5 ans était respectivement de 7 %, 7 % et 8 %. Aucun patient ne nécessitait une résection intestinale. En analyse multivariée, le délai d'initiation de l'anti-TNF supérieur à 1 an par rapport au diagnostic était le seul facteur associé au risque de rechute (HR 0,58, IC 95 % [0,35 - 0,97], p = 0,036). Parmi les patients ayant rechuté, 46 (63 %) avaient repris un traitement par anti-TNF. Le taux de rémission après reprise d'un anti-TNF était de 98 % (n = 45). Seuls 2 patients présentaient une réaction d'hypersensibilité immédiate à la reprise de l'anti-TNF.

Conclusion : Dans cette cohorte en population générale de MICI à début pédiatrique, le risque de rechute à l'arrêt des anti-TNF était élevé, mais non associé à la survenue d'évènements graves. Le retraitement avec un anti-TNF était efficace et bien toléré.

C-051

Des concentrations d'IFX SC élevés au delà de 20 µg/mL sont très fortement associées à la présence d'une rémission profonde dans les MICI

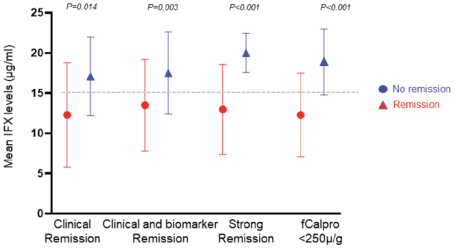
X. Roblin [1], M. Barrau [1], S. Paul [1], M. Flamant [2], S. Kwiatek [3], G. Duru [4], S. Nancey [4]

(1) Saint-Etienne ; (2) Nantes ; (3) Saint-Pierre, Réunion ; (4) Lyon.

Introduction : Alors que les taux résiduels de CTP-13 SC sont considérablement plus élevés chez les patients MICI en comparaison de ceux traités par IFX IV, une association entre ces taux et l'évolution clinique des patients MICI, tant dans la MC que la RCH, n'a jamais été rapportée.

Patients et Méthodes : Il s'agissait d'une étude prospective, ayant inclus de manière consécutive tout patient adulte, dans 4 centres experts français entre Janvier 2022 et Juin 2023 et traités par une dose d'entretien (CTP-13 SC : 120mg/14j) depuis au moins 8 semaines. Tous les patients avaient switché au moins 22 semaines apres l'induction et étaient en rémission clinique lors du switch. Lors de la consultation à l'inclusion, était calculé l'activité de la MICI (score d'activité, CRP, calprotectine fécale). La rémission clinique était définie par un score CDAI < 150 pour la MC et un score mayo partiel (PMS< 3). La rémission clinique et biologique était composite : clinique avec une CRP normale (< 5mg/L). La rémission biochimique était définie par une calprotectine fécale < 250 µg /g selles. La rémission profonde était définie par une rémission clinique, biologique et biochimique.

Résultats : Sur les 91 patients éligibles, 71 patients ont été inclus (70% MC, 27% en combo-thérapie). 77% des patients étaient en rémission clinique (N=55), 62% en rémission clinique et biologique (N=44), 56% en rémission biochimique (N=40), et enfin 43% en rémission profonde (N=31). Les taux sériques moyens d'IFX SC étaient significativement plus élevés en cas de rémission clinique [17.3±4.9 µg/mL vs. 12.3 ±4.5 µg/mL, p=0.014], rémission clinique et biologique [17.5 ± 5.6 µg/mL vs. 13.5 ± 5.3µg/mL; p=0.003], biochimique [18.9 ±4.1 µg/mL vs 12.2 ±5.2 µg/mL p<0.001] et en cas de rémission profonde [19.9 ±2.4 µg/mL vs. 12.9 ±5.6 µg/mL, p<0.001] qu'en l'absence de ces rémissions respectives. En analyse multivariée, la concentration de l'IFX SC était le seul facteur indépendant associé à une évolution favorable : rémission clinique [OR: 4.7, IC95 : 3.1-12.2, p=0.005)]; rémission clinique et biologique (OR: 9.21, IC95 : 6.09-18.7, p=0.006); rémission biochimique (OR: 37, IC95: 14-39.3), p<0.001); et rémission profonde (OR: 29, IC95 :15.7-37.4, p<0.001). Le seuil optimal d'IFX SC sérique associé à une rémission profonde par analyse de la courbe ROC était de 20 µg /mL (sensibilité: 0.91, spécificité: 0.80, accuracy: 0.85) (Tableau 1). Un traitement combiné avec un immunossuppresseur n'améliorait ni la réponse clinique ni la pharmacocinétique de l'IFX.



Discussion : Tableau 1 : seuil d'IFX SC associé à la présence d'une rémission clinique, clinique et biologique, biochimique et profonde

Cibles	Cut-off IFX (µg/ml)	AUC (95%CI)	p	SN	SP	VPP	VPN	Accuracy
Rémission clinique	12	0.83 (0.69-0.85)	0.02	0.85	0.75	0.87	0.72	0.80
Rémission Clinique et biologique	16	0.79 (0.65-0.84)	0.045	0.77	0.72	0.77	0.73	0.73
Rémission profonde	20	0.84 (0.70_0.89)	0.01	0.91	0.80	0.79	0.90	0.85
Rémission biochimique	20	0.85 (0.72-0.92)	0.01	0.82	0.90	0.91	0.80	0.86

Conclusion : Des concentrations sériques plus élevés d'IFX SC sont associés à des taux plus élevés de réponse thérapeutique favorable en cas de MICI et ce quelque soit la définition de cette réponse. Un taux sérique d'IFX SC supérieur à 20µg/mL était signficativement associé à une rémission profonde.

CO52

Traitement d'induction par risankizumab chez des patients atteints d'une rectocolite hémorragique active modérée à sévère : efficacité et tolérance lors de l'étude de phase III randomisée INSPIRE

L. Peyrin-Biroulet [1], E. Louis [2], R. Panaccione [3], G. Parkes [4], M. Ferrante [5], K. Takeuchi [6], S. Britta [7], J. Kalabic [8], E. Neimark [9], K. Wallace [9], S. Chen [9], R. Duan [9], A. Armuzzi [10], L. Biedermann [11], E.J. Loftus [12], G. Melmed [13], S. Schreiber [14]

(1) Nancy ; (2) Liège, BELGIQUE ; (3) Calgary, CANADA ; (4) Londres, ANGLETERRE ; (5) Louvain, BELGIQUE ; (6) Chiba, JAPON ; (7) Berlin, ALLEMAGNE ; (8) Ludwigshafen, ALLEMAGNE ; (9) Chicago, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (10) Rome, ITALIE ; (11) Zurich, SUISSE ; (12) Rochester, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (13) Los Angeles, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (14) Kiel, ALLEMAGNE.

Introduction : L'efficacité et la tolérance d'un traitement d'induction par risankizumab (RZB), anticorps monoclonal neutralisant anti-interleukine (IL)-23p19, ont été évaluées chez des patients présentant une rectocolite hémorragique (RCH) active modérée à sévère dans un vaste essai de phase 3 INSPIRE (NCT03398148).

Matériels et Méthodes : Les patients éligibles (18-80 ans) présentant une RCH active modérée à sévère (score Mayo adapté de 5 à 9 points) et un sous-score endoscopique de 2 ou 3 (relecture centralisée) ont été inclus. Les patients devaient présenter un diagnostic de RCH datant d'au moins 3 mois avant l'inclusion, et présenter une intolérance ou une réponse inadéquate aux traitements conventionnels et/ou avancés (biothérapies, inhibiteurs de JAK et modulateurs des récepteurs de la S1P). Les patients (N = 975) ont été randomisés (2/1) pour recevoir le RZB 1200 mg par voie intraveineuse (IV) ou un placebo (PBO) aux semaines (sem) 0, 4 et 8, stratifiés selon la présence d'une corticothérapie à l'inclusion (oui ou non), le score Mayo adapté à l'inclusion (≤ 7 ou > 7) et le nombre d'échecs des traitements avancés antérieurs (0, 1, > 1). Le critère d'évaluation principal était la rémission clinique (selon le score Mayo adapté) à la semaine 12 (voir le Tableau 1 pour les définitions). Les critères secondaires hiérarchisés principaux étaient les suivants : réponse clinique, amélioration endoscopique, rémission endoscopique, amélioration histo-endoscopique de la muqueuse (HEMI) et rémission histo-endoscopique des lésions muqueuses (HEMR). Ces critères étaient mesurés à la semaine 12, sauf mention contraire.

Résultats : Les caractéristiques initiales étaient similaires entre les groupes de traitement. Un nombre significativement plus élevé de patients recevant le RZB a obtenu une rémission clinique par rapport au PBO (20,3 % *versus* 6,2 %, différence entre traitements ajustée 14,0 % [IC à 95 %, 10,0 %-18,0 %], P < 0,00001). Tous les critères secondaires hiérarchisés ont été atteints. Le RZB a obtenu des taux plus élevés de réponse clinique (selon le score Mayo adapté à la semaine 12 et le score Mayo adapté partiel à la semaine 4), amélioration endoscopique, rémission endoscopique, HEMI et HEMR par rapport au PBO (P < 0,00001 pour tous les critères). Le taux d'événements indésirables (EI) était de 42,1 % sous RZB *versus* 49,7 % sous PBO ; les EI graves (2,3 % *versus* 10,2 %), EI sévères (2,5 % *versus* 10,2 %), EI ayant entraîné l'arrêt du traitement à l'étude (0,6 % *versus* 3,7 %) et les infections graves (0,6 % *versus* 1,2 %) étaient numériquement plus faibles dans le bras RZB. Aucun événement cardiovasculaire majeur confirmé par le comité d'adjudication, aucune anaphylaxie, ni aucun événement hépatique grave n'ont été signalés. Un décès par pneumonie à COVID-19 est survenu dans le groupe RZB.

Conclusion : Chez les patients présentant une RCH active modérée à sévère, le traitement d'induction par RZB s'est montré supérieur au PBO pour la rémission clinique et tous les critères d'évaluation secondaires cliniques, endoscopiques et histo-endoscopiques. Le RZB a été bien toléré et aucun nouveau signal de tolérance n'a été observé.

Tableau 1. Critère principal et critères secondaires clés

Critères d'évaluation	PBO IV N = 325 % [h]	RZB 1200 mg IV N = 650 % [h]	Différence de traitement *vs* PBO % [IC à 95 %]
Critère principal : rémission clinique selon le score Mayo adapté[a]			
Ensemble	6,2	20,3	14,0 [10,0 ; 18,0]***
Naïfs de traitements avancés	N=155; 8,4	N=317; 29,7	21,3 [14,6 ; 27,9]
RI-Traitements avancés	N=170; 4,3	N=333; 11,4	7,2 [2,6 ; 11,8]
Critères secondaires			
Réponse clinique selon le score Mayo adapté[b]	35,7	64,3	28,6 [22,3 ; 34,8]***
Réponse clinique selon le score Mayo adapté partiel, semaine 4[c]	30,5	52,2	21,8 [15,6, 28,1]***
Amélioration endoscopique[d]	12,1	36,5	24,3 [19,3 ;29,4]***
Rémission endoscopique[e]	3,4	10,6	7,2 [4,2 ; 10,2]***
Amélioration histo-endoscopique de la muqueuse (HEMI)[f]	7,7	24,5	16,6 [12,3 ; 21,0]***
Rémission histo-endoscopique des lésions muqueuses (HEMR)[g]	0,6	6,3	5,6 [3,5 ; 7,7]***

Tous les patients de cet ensemble de données ont été inclus dans la population ITT. Les critères étaient évalués à la semaine 12 sauf mention contraire.

a. Rémission clinique selon le score Mayo adapté : sous-score de fréquence des selles ≤ 1 sans dépasser la fréquence initiale, sous-score de saignement rectal de 0, et sous-score endoscopique ≤ 1 sans friabilité

b. Réponse clinique selon le score Mayo adapté : diminution ≥ 2 points et ≥ 30 % par rapport à l'inclusion, en plus d'une diminution du RBS ≥ 1 ou valeur absolue du score de saignement rectal (RBS) ≤ 1

c. Réponse clinique selon le score Mayo adapté partiel : diminution ≥ 1 point et ≥ 30 % par rapport à l'inclusion, diminution du RBS ≥ 1 ou valeur absolue du RBS ≤ 1.

d. Amélioration endoscopique : sous-score endoscopique de 0 ou 1 sans friabilité

e. Rémission endoscopique : sous-score endoscopique de 0

f. Amélioration histo-endoscopique de la muqueuse (HEMI) : sous-score endoscopique de 0 ou 1 sans friabilité et score de Geboes ≤ 3,1

g. Rémission histo-endoscopique des lésions muqueuses (HEMR) : sous-score endoscopique de 0 et score de Geboes < 2,0

h. Les résultats sont basés sur une imputation des non répondeurs prenant en compte l'imputation multiple (NRI-MI) pour gérer les données manquantes en raison de la COVID-19 ou du conflit géopolitique en Ukraine ou dans les régions voisines.

***Valeur *P* < 0,00001 vs PBO. Valeur *P* pour la différence entre un traitement par RZB 1200 mg IV et un PBO, d'après le test de Cochran-Mantel-Haenszel (CMH) pour les critères catégoriels, en tenant compte des facteurs de stratification. RI, réponse inadéquate

Remerciements, financements, autres :
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.

053

Efficacité et acceptabilité à long terme du passage de la forme intra-veineuse d'infliximab intensifiée ou non à la forme sous-cutanée chez les patients atteints de maladies inflammatoires chroniques de l'intestin : résultats de l'étude REMSWITCH-LT

A. Buisson [(1)], M. Nachury [(2)], M. Bazoge [(1)], C. Yzet [(3)], P. Wils [(2)], M. Dodel [(1)], D. Coban [(1)], B. Pereira [(1)], M. Fumery [(3)]
(1) Clermont-Ferrand ; (2) Lille ; (3) Amiens.

Introduction : Dans l'étude REMSWITCH, nous avons récemment démontré que le passage de l'infliximab intraveineux (IV) à sa formulation sous-cutané (SC) était sûr, bien accepté et n'exposait pas à un sur-risque de rechute à court terme chez les patients atteints de maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI), y compris chez ceux avec des schémas très intensifiés d'infliximab IV (jusqu'à 10 mg/kg toutes les 4 semaines). Cependant, le risque de rechute à long terme chez ces patients demeure inconnu.
L'objectif de l'étude d'extension REMSWITCH-LT était d'évaluer l'efficacité et l'acceptabilité à long terme du passage de l'administration IV à la forme SC chez les patients atteints de MICI traitement initialement par schémas IV intensifiés ou non.

Patients et Méthodes : Il s'agissait d'une étude multicentrique prospective conduite dans 3 centres. Les patients atteints de MICI en rémission clinique (score Mayo partiel ≤ 2 ou indice d'Harvey-Bradshaw ≤ 4) sous infliximab IV ont été inclus consécutivement. Le suivi des patients avait été standardisé avec recueil de données le jour du switch vers l'infliximab (correspondant à la date théorique de la perfusion IV suivante) (= V0) puis lors de la visite 1 (4 à 8 semaines après le changement), visite 2 (8 à 16 semaines après le changement) et visite 3 (16 à 24 semaines après le changement). Le suivi à long-terme correspondait à des visites à 6, 12 et 18 mois ainsi qu'à la date des dernières nouvelles. La rechute était définie comme un score Mayo partiel > 2 ou un indice d'Harvey-Bradshaw > 4) ou une augmentation de la calprotectine fécale ≥ 150 mg/g par rapport à la valeur initiale (V0). L'acceptabilité était évaluée selon une échelle numérique gradée de 0 à 10.

Résultats : Parmi les 131 patients inclus initialement dans l'étude REMSWITCH, 128 avaient un suivi au-delà de 6 mois et ont été inclus. Parmi eux, 73,4 % avaient une maladie de Crohn, 55,5 % étaient de genre féminin et 24,2 % recevaient un immunosuppresseur concomitant au moment du switch. Le niveau médian de calprotectine fécale au moment du switch était de 38 µg/g [15-111]. L'infliximab en IV était administré selon un schéma intensifié (10 mg/kg toutes les 8, 6 ou 4 semaines) dans 54,7 % des cas. Le suivi médian était 18 [15-20] mois.
A 6 mois, le taux de rechute était de 10,2 % (n = 6/59), 7,3 % (n = 3/41), 16,7 % (n = 3/18) et 66,7 % (n = 10/15) (p < 0,001) chez les patients recevant 5 mg/kg toutes les 8 semaines,10 mg/kg toutes les 8 semaines, 10 mg/kg toutes les 6 semaines et 10 mg/kg toutes les 4 semaines, respectivement. À 18 mois, le taux de rechute était de 13,6 % (n=8/59), 17,7 % (n=7/41), 33,3 % (n=6/18) et 92,9 % (n=13/14) (p < 0,001) des patients recevant 5 mg/kg toutes les 8 semaines, 10 mg/kg toutes les 8 semaines, 10 mg/kg toutes les 6 semaines et 10 mg/kg toutes les 4 semaines, respectivement. Une augmentation de la dose à 240 mg toutes les deux semaines ou 120 mg par semaine ont permis de retrouver une rémission clinique dans 82,1 % (n 23/28). Aucune différence significative n'existait entre ces deux façons d'intensifier l'infliximab SC : 83,3 % (15/18) vs 80,0% (8/10) (p = ns). Les taux sériques d'infliximab ont augmenté après le changement (p < 0,0001) sauf pour les patients recevant 10 mg/kg toutes les 4 semaines. Aux dernières nouvelles, seuls 4 patients (3,1%) avaient développé des anticorps anti-infliximab dont seulement 2 avec une concentration > 10 ng/mL. En analyse multivariée, les patients traités selon les schémas à 10 mg/kg toutes les 4 semaines (OR= 61,0 ; [6,0-600,1], p <0,001) et 10 mg/kg toutes les 6 semaines (OR= 4,7 ; [1,1-20,2], p = 0,039) ainsi que des taux sériques d'infliximab réduits (58,3 %) ou stables (52,6 %) entre l'inclusion (avant switch) et

la visite 1 par rapport à une augmentation des taux sériques (19,7 %) (p = 0,006 et p = 0,008, respectivement) présentaient un risque plus élevé de rechute à 18 mois après le switch vers l'infliximab SC à 120 mg/ 2 semaines. Seulement 7 patients (7/128, 5,4%) avaient arrêté l'infliximab aux dernières nouvelles (suivi médian = 18 [15-20] mois) sans aucun lien avec le schéma IV initial. L'acceptabilité de l'infliximab par les patients a été améliorée par le passage à la forme SC (6,9 ± 1,6 pour IV vs 8,6 ± 1,4 à 6 mois après le switch ; p < 0,0001) et n'a pas diminué au cours du temps (8,8 ± 1,3 à 18 mois). Aucun événement indésirable grave n'a été signalé.

Conclusion : Le passage de l'infliximab IV à l'infliximab SC à 120 mg toutes les deux semaines est sûr et bien accepté à long terme, conduisant à un faible risque de rechute chez les patients atteints de MICI, à l'exception de ceux recevant 10 mg/kg toutes les 4 semaines nécessitant une dose SC augmentée. Par ailleurs, les patients recevant un traitement IV à 10 mg/kg toutes les 6 semaines devraient faire l'objet d'un suivi rapproché compte-tenu d'un risque de rechute intermédiaire et retardé lors du passage à la SC à dose classique.

Remerciements, financements, autres : Etude indépendante réalisée avec le soutien financier de Celltrion Healthcare.

CO54

Méta-analyse en réseau comparant l'efficacité des différentes modalités de transplantation de microbiote fécal pour induire une rémission clinique dans la rectocolite hémorragique

J. Chapon [1], J. Scanzi [1], H. Sokol [2], B. Pereira [1], A. Buisson [1]

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

Introduction : Le microbiote semble jouer un rôle important dans la rectocolite hémorragique (RCH). Plusieurs essais contrôlés randomisés suggèrent la supériorité de la transplantation de microbiote fécal (TMF) sur le placebo même si les effectifs étaient faibles et les modalités d'administration très hétérogènes.
Cette méta-analyse en réseau vise à évaluer et comparer l'efficacité des différentes modalités de la TMF pour induire une rémission dans la RCH.

Patients et Méthodes : Nous avons réalisé une revue systématique et une méta-analyse en réseau des essais contrôlés randomisés ayant inclus au moins un bras de traitement par TMF (groupes comparateurs TMF ou non) pour induire une rémission chez les patients adultes (≥ 18 ans) atteints de RCH active à l'inclusion. La sélection des études a été réalisée selon les recommandations PRISMA dans les bases de données Medline, Embase et Cochrane selon une équation de recherche par mots clés. Les différentes modalités de la TMF étudiées étaient la voie basse, la voie haute, les gélules, la voie basse associée aux gélules, la TMF autologue et le placebo. Une analyse de sensibilité a été réalisée en distinguant la TMF poolée (TMF provenant de plusieurs donneurs) ou non pour la voie basse et les gélules.
Le critère de jugement était la rémission clinique définie par un score Mayo total ≤2 avec Mayo endoscopie ≤1. Le risque de biais des études a été évalué selon la grille RoB 2 (Cochrane risk-of-bias tool for randomized trials). La méta-analyse en réseau a été réalisé selon un modèle d'effets aléatoires. Les résultats sont exprimés en risque relatif (RR) avec intervalle de confiance à 95 % ajustés sur deux potentiels facteurs confondants (la présence ou non d'une préparation colique et/ou d'une antibiothérapie avant la TMF). La méthode du SUCRA ranking (surface under the cumulative ranking) a été utilisée pour hiérarchiser les modalités de la TMF en fonction de leur efficacité. Le SUCRA représente le pourcentage d'efficacité d'un traitement par rapport à un traitement imaginaire qui serait toujours le plus efficace sans incertitude. L'hétérogénéité statistique globale entre les études était évaluée selon τ^2.

Résultats : Au total, 12 études ont été retenues (463 patients). Les patients étaient tous naïfs de biothérapie dans 4 études (4/12) et 9 à 32% d'entre eux avaient déjà été exposés aux biothérapies dans les autres études. Le risque de biais était considéré comme faible pour la majorité des études (7/12). Une seule étude était considérée à risque élevé de biais. L'hétérogénéité globale était négligeable ($\tau^2 = 0$). Après ajustement sur la réalisation ou non d'une préparation colique et d'une antibiothérapie, la TMF réalisée par voie basse (RR = 4,5 [1,7-12,5]), gélule (RR = 7,1 [1,8-33,3]) ou la combinaison des deux (RR = 12,5 [2,1-100]) était plus efficace que le placebo pour induire une rémission clinique, contrairement à la TMF voie haute (RR = 1,1 [0,2-7,7]) ou la TMF autologue (RR = 0.8 [0,2 - 3,8]) (Tableau 1). D'après le SUCRA ranking, la TMF réalisée par voie basse suivie de l'administration de gélules était la plus efficace (SUCRA = 0,93), suivie de la TMF en gélule (SUCRA = 0.82) et par voie basse (SUCRA = 0.72). Alors que la TMF réalisée par voie haute (SUCRA = 0.25) et le placebo (SUCRA = 0.22) étaient proches, la TMF autologue (SUCRA = 0.12) semblait moins efficace que le placebo et donc potentiellement délétère. L'analyse de sensibilité en distinguant les transplants issus de selles poolées ou non confirmait que la TMF réalisée par voie basse suivie de l'administration de gélules était la plus efficace (SUCRA = 0,89), suivie de la TMF voie basse non poolée (SUCRA = 0,70), la TMF voie basse poolée (SUCRA = 0.65), puis la TMF en gélule poolée (SUCRA = 0,61) ou non (SUCRA = 0,60).

Table 1 : Tableau résumant les résultats des comparaisons directes (partie haute du tableau) et indirectes (partie basse du tableau) entre les différentes modalités de TMF et leurs comparateurs obtenus par méta-analyses en réseau. Les résultats sont donnés en risques relatifs avec intervalle de confiance à 95 %. Le tableau se lit dans le sens colonne versus ligne de gauche à droite. Les cadres en verts soulignent les comparaisons avec différences statistiquement significatives.

5-ASA	.	.	.	0.47 [0.18 ; 1.23]	.	.
2.12 [0.55 ; 8.79]	placebo	.	0.14 [0.03 ; 0.56]	0.20 [0.07 ; 0.58]	0.14 [0.005; 3.63]	.
2.85 [0.58 ; 13.97]	1.30 [0.26 ; 6.53]	TMF autologue	.	0.20 [0.05 ; 0.80]	.	0.57 [0.15 ; 2.14]
0.30 [0.04 ; 2.15]	0.14 [0.03 ; 0.56]	0.10 [0.01 ; 0.89]	TMF gélule	.	.	.
0.47 [0.18 ; 1.23]	0.22 [0.08 ; 0.59]	0.17 [0.05 ; 0.59]	1.59 [0.28 ; 8.97]	TMF voie basse	0.33 [0.05 ; 2.02]	12.00 [0.5 ;280.09]
0.18 [0.03 ; 1.18]	0.08 [0.01 ; 0.48]	0.06 [0.01 ; 0.50]	0.62 [0.06 ; 5.87]	0.39 [0.079 ; 1.91]	TMF voie basse + gélule	.
1.96 [0.30 ; 12.99]	0.89 [0.13 ; 6.05]	0.69 [0.20; 2.37]	6.59 [0.61 ; 70.92]	4.14 [0.81 ; 21.11]	10.67 [1.09 ; 104.20]	TMF voie haute

Conclusion : Dans cette méta-analyse en réseau, nous avons confirmé l'efficacité de la TMF pour induire une rémission dans la RCH. L'association entre une TMF voie basse initiale suivie d'un traitement par gélules de TMF semble la modalité la plus efficace alors que la TMF réalisée par voie haute ne semble pas appropriée dans la RCH. Enfin, la TMF autologue semble avoir des effets délétères dans la RCH et ne devrait pas être utilisée comme groupe contrôle dans les essais thérapeutiques. Malgré ces données encourageantes la place de la TMF dans la stratégie thérapeutique reste à définir dans le RCH.

O055

Utilisation de l'écho-endoscopie (EUS) dans l'évaluation de l'hypertension portale (HTP) : une approche endo-hépatologique de vraie vie. Étude monocentrique sur 204 patients

F. Sellier [(1)], O. Piétri [(1)], X. Adhoute [(1)], M. Bourlière [(1)], P. Castellani [(1)]

(1) Marseille.

Introduction : L'utilisation de l'EUS dans l'évaluation de l'HTP est un concept émergent permettant à la fois le diagnostic et la thérapeutique interventionnelle de l'HTP et de ses complications. L'EUS est utilisable d'emblée des conditions d'examen comparables à celle de la gastroscopie pour la phase diagnostique de l'HTP grâce à un examen systématisé (vision endoscopique et écho-endoscopique pour la veine porte, mesure doppler, collatérales, perforantes au cardia, varices gastriques, débit veineux azygos).
BUT: Évaluer l'apport de l'EUS dans le diagnostic et la thérapeutique de l'HTP dans la vraie vie.

Patients et Méthodes : De janvier à octobre 2023, 204 EUS ont eu lieu dans notre centre dans le cadre d'HTP dont 6 pour des gestes thérapeutiques prévus. Les 198 EUS restantes étaient indiquées pour carcinome hépatocellulaire (CHC), cancers extra-hépatiques, de cirrhoses décompensées, de maladies veineuses hépatiques et des thromboses portes hors hépatopathie chronique. Les patients (pts) avaient un âge median de 66 ans, Femme 35.3%, Homme 64.7%, MELD med 9, élasticité med 22 KPa, plaquettes med 119 G/L. Aucun examen n'était réalisé dans un contexte d'urgence hémorragique. Tous les examens étaient effectués par le même binôme junior-sénior avec un EUS linéaire sous anesthésie générale dans les conditions habituelles de notre centre.

Résultats : Les 204 EUS se sont déroulées sans complication. 6 ont eu lieu pour des gestes thérapeutiques précis connus préalablement: 2 pour mise en place de coils, 1 alcoolisation de CHC et 2 encollage d'IVG1.
Les indications des 198 EUS étaient les suivantes :
- 5 ont été réalisées pour un bilan de thrombose porte idiopathique hors hépatopathie, dont 3 ont montré une HTP écho-endoscopique significative et 1 injection de colle a eu lieu
- 5 pour HTP lié à une néoplasie extra-hépatique (colon, rein, pancréas, hématologique). L'EUS a montré 3 HTP, 1 patient a eu un TIPS avec reperméabilisation de la VP et 1 a eu des LVO.
- 4 pour maladie vasculaire du foie dont 2 avaient des perforantes au cardia.
- 51 dans le contexte de CHC dont 8 avaient des perforantes, pouvant guider un geste thérapeutique. Ces procédures ont permis en plus de réaliser 14 ponctions (1 adp, 6 thromboses portes et 7 CHC)
- 37 pour cirrhose décompensée avec ascite. L'indication de TIPS a été renforcée pour 5 pts suite à la présence de varices à risque, de perforantes au cardia, de vitesse porte lente, de thrombose partielle ou des collatérales.
- 11 selon les critères de Baveno VII. 5 présentaient des varices nécessitant un traitement. 3 pts présentaient uniquement une HTP écho-endoscopique avec des collatérales au cardia pour lesquels un traitement par bêtabloquants a été retenu
- 25 avaient un BMI ≥ 30 mettant en défaut les critères de Baveno. 9 avaient eu une HTP endoscopique ou EUS significative
- Concernant les 60 procédures restantes, 24 n'avaient pas de fibroscan (fs) récent ou n'étaient pas retrouvés dans les dossiers et 14 avaient une thrombopénie < 150 G/L. Parmi les 24, 3 présentaient des collatérales péri-œsogastriques, 11 avaient une HTP endoscopique et EUS. 15 avaient un fs < 20kPa dont 4 avaient une HTP. L'HTP était diagnostiquée par EUS uniquement pour 1 pts. 21 avaient un fs > 25kPa dont 11 avaient une HTP. L'HTP était diagnostiquée par EUS uniquement pour 2 pts. 1 des pts a bénéficié d'un encollage sous EUS dans le même temps.

Conclusion : En se basant sur les recommandations validées et les zones grises qui en découlent, l'EUS nous a apporté des informations supplémentaires modifiant la prise en charge immédiate ou différée des pts dans plus de la moitié des cas dans des situations cliniques quotidiennes

variées. L'EUS a également permis dans le même temps des gestes interventionnels thérapeutiques ou diagnostiques, optimisant la prise en charge du patient en limitant les examens successifs.
Cette approche permet à l'endo-hépatologiste de gérer plus directement ses pts, facilitant également le parcours de soin en limitant le nombre d'intervenants, même si une discussion collégiale et souvent multidisciplinaire reste nécessaire.

CO56

La prévalence des troubles de la sexualité chez les patients suivis pour hépatopathie

A.A.T. Alraeeini [1], M. Cherkaoui [1], S. Mechhor [1], N. Benzzoubeir [1], I. Errabih [1], H. El Bacha [1]
(1) Rabat, MAROC.

Introduction : Les hépatopathies chroniques notamment les cirrhoses entrainent des changements endocriniens morphologiques et psychiques important qui peuvent impacter la santé sexuelle des patients. Bien que la santé sexuelle soit un paramètre important de la qualité de vie elle reste peu étudiée en hépatologie.
Le but de notre travail est d'étudier la prévalence et le degré de la dysfonction sexuelle chez des patients suivis pour hépatopathies chroniques de sexe masculin et les facteurs de risques associés.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude monocentrique, comparative descriptive et analytique menée durant l'année 2023.Nous avons inclus les patients de sexe masculin suivis pour hépatopathies chroniques (groupe 1 (G1)) ainsi qu'un groupe contrôle de sujets suivi en consultation de gastro-entérologie ne présentant pas de pathologie hépatique (groupe 2(G2)). Les critères d'exclusion étaient l'existence d'une encéphalopathie hépatique patente, de troubles cognitifs ou d'un abus d'alcool actif, limitant la fiabilité de de l'enquête.
L'évaluation de la santé sexuelle a été faite grâce au questionnaire IIEF (International Index of Erectile Function) qui recouvre cinq domaines : l'érection, l'orgasme, le désir, la satisfaction vis-à-vis du rapport sexuel et la satisfaction globale.
Deux logiciels ont été utilisés pour l'analyse statistique : Jamovi version 2.3.21 et Microsoft Excel.

Résultats : Notre étude inclus 120 malades, 60 suivis pour hépatopathies chroniques, et 60 ne présentent pas de pathologie hépatique (groupe témoin).
L'âge moyen était de 44,6 ans (21-73 ans)
Dans le groupe des sujets ayant une hépatopathies on retrouve:
34(65%) cirrhotiques dont 24 (40%) avaient des antécédents de décompensation.
18 (30%) VHB, 11(18 %) VHC, 5 (8 %) NAFLD, 5 (8 %) de cause indéterminée, 5 (8 %) hypertension portale, 4 (6.6%) thrombose portale, 12 (19.8 %) autres.
Les patients dans le groupe hépatopathie avaient plus de dysfonction érectile, de dysfonction orgasmique, de troubles du désir, de troubles de la satisfaction sexuelle et de troubles de la satisfaction globale par rapport au groupe témoin avec respectivement 40/60 (66.6 %) vs 16/60 (26.6 %) p 0.003 ; 35/60 (58.3 %) vs 14/60 (23.3 %) p 0.012 ; 41/60 (68.3 %) vs 10/60 (16.6) p <.001 ; 38/60 (63.3 %) vs 18/60 (30 %) p <.001 ; et 45/60 (75 %), vs 17/60 (28.3 %) p <.001.
Après analyse statistique la cirrhose était le seul facteur de risque de dysfonction sexuelle statistiquement significatif OR 7.9 ; p 0.001.
Par ailleurs 100% des patients déclaraient n'avoir jamais été questionnés sur leur santé sexuelle en consultation.

Conclusion : Le dysfonctionnement sexuel est fréquent chez les patients suivis pour hépatopathie avec pour principal facteur de risque la cirrhose. Le dysfonctionnement sexuel devrait être systémiquement dépisté avec une approche multidisciplinaire pour la prise en charge de ces patients.

C057

Prise en charge actuelle de l'hépatite alcoolique aiguë en France : résultats d'une cohorte prospective « de vraie vie » multicentrique de 328 patients

J.F.D. Cadranel [1], T. Thévenot [2], S. Mouri [3], A. Klingberg [4], J.B. Nousbaum [5], J. Ursic Bedoya [6], M. Gelu-Simeon [7], M. Veno [8], C. Lemaitre [9], F. Wartel [10], J.P. Richardet [11], X. Causse [12], V. Haghnejad [13], J. Cattelan [14], X. Amiot [3], A. Abergel [15], S. Merle [16], G. Macaigne [17], C. Barrault [11], A. Baron [18], D.J. Ouizeman [19], M. Carlon [20], F. Skinazi [21], J. Verlynde [22], H. Zougmoré [1], M. Medmoun [1], R. Smadhi [1], G. Fantognon [1], T. Le Magoarou [1], P. Pulwermacher [23]

(1) Creil ; (2) Besançon ; (3) Paris ; (4) Angers ; (5) Brest ; (6) Montpellier ; (7) Pointe-à-Pitre, Guadeloupe ; (8) Clichy-la-Garenne ; (9) Le Havre ; (10) Valenciennes ; (11) Créteil ; (12) Orléans ; (13) Nancy ; (14) Haguenau ; (15) Clermont-Ferrand ; (16) Annecy ; (17) Montfermeil ; (18) Corbeil-Essonnes ; (19) Nice ; (20) Grasse ; (21) Saint-Denis ; (22) Dunkerque ; (23) Amiens.

Introduction : En dehors de données monocentriques issues de centres universitaires « hyper-expert », on dispose de peu de données récentes sur la prise en charge de l'hépatite alcoolique aiguë (HAA) en France. Le but de cette étude nationale multicentrique réalisée en « vie réelle » était d'évaluer sur un grand nombre de patients (pts) la prise en charge de l'HAA en France.

Patients et Méthodes : De 10/2022 à 10/2023, un questionnaire Google pour chaque pt ayant une HAA a été envoyé à l'ensemble des services d'Hépatogastroentérologie des hôpitaux généraux (CHG) et des services d'Hépatologie de CHU. Les analyses ont été pour les HAA non sévères : sexe et âge pour tous les pts ; pour tous les autres pts : âge, sexe, inclusion ou non dans une étude épidémiologique ou thérapeutique, TP, créatininémie, bilirubine totale, albuminémie, ASAT, ALAT, comorbidités : diabète, hépatite vitale B, C, E. Existence d'un traitement préemptif chez les pts antigène HBS positif, évaluation de la gravité de l'HAA : score de Maldrey, score de Pugh, score de Meld, existence d'une ascite, d'une encéphalopathie hépatique ; réalisation d'une ponction biopsie hépatique (PBH) transjugulaire ; confirmation ou non de l'HAA et d'une cirrhose. La recherche d'une infection et son siège ont été analysés et en cas d'infection, le délai à la mise en route du traitement de l'HAA par corticoïdes (C) et/ou par C-NAC après le début des antibiotiques ; étaient également analysés : évaluation à 7 jours du score de Lille, arrêt des C en cas de score de Lille intermédiaire à J7 ; enfin, l'existence ou pas d'un transfert en centre de transplantation hépatique était notée. Les résultats sont exprimés en moyennes ± SD.

Résultats : Trois cent vingt-quatre pts (CHU : 187 (57 %), CHG : 141 (43 %) ; HAA sévère : 251 pts (77,5 %), HAA non sévère 22,5 %. Dix % des pts étaient inclus dans une étude épidémiologique ou thérapeutique : CHU 15 % ; CHG 4 %, p = 0,001. Le TP était à 37 % (± 13), créatinine 97 µmol/l (± 87), bilirubine totale 233 µmol/l (± 147), ASAT 145 UI/l (± 131), ALAT 58 UI/l (± 70) ; sans différence significative entre les pts des CHG et des CHU ; 9,1 % pts étaient diabétiques, 2.9 % pts HCV positif, 2,6 % pts HBs positif, 2,2 % pts VHE positif. Le nombre de pts HBs positif était de 3,3% dans les CHU vs 1,3 CHG, sans différence significative. 75 % des pts avaient de l'ascite, 43 % une encéphalopathie hépatique (CHU vs CHG, ns). Le nombre d'HAA sévère était plus important dans les CHU que dans les CHG : 160 (86 %) vs CHG 91 (66 %), p < 0,001. Le score de Madrey était plus élevé chez les pts en CHU 77 (± 61) vs 60 (± 26), p = 0,004. La PBH était réalisée chez 72,5 % des pts ayant une suspicion d'HAA sévère et ne l'était pas chez 26 %. La PBH était réalisée chez 128 pts CHU (81 %) vs 51 (57,3 %) chez les pts CHG, p < 0,001. Parmi les pts ayant eu une PBH, 18 % n'avaient pas d'HAA, la cirrhose était confirmée chez 94 % des pts. 46 % des patients avaient une infection : pulmonaire 27 %, urinaire 27 %, ILA 10 %. En cas d'infection, le traitement antibiotique était différé de : 6 jours (±4). Les C étaient utilisés chez 76 % des pts ayant une HAA sévère et l'association C-NAC chez 20 % des pts ayant une HAA sévère (d'emblée chez 65 %). Le score de Lille était évalué à J7 chez 84 % pts traités ; en cas de score de Lille intermédiaire, 40 % avaient une prolongation du traitement par C. Les pts issus d'un CHU étaient plus souvent référés à un centre de transplantation hépatique : 55 (35 %) pts CHU vs 10 (11,5 %), p < 0,001. Chez les patients transférés, le TP était plus bas (p = 0,001), la bilirubine totale plus élevée (p =0,01), et le score de Maddrey plus élevé (p = 0,02). Ces pts étaient le plus souvent Child C de Pugh (p = 0,02) avec un score de Meld plus élevé (p=0.07). Les patients stade C de Pugh vs B avaient un risque relatif plus élevé d'être transféré en centre de transplantation, R : 4,37 ; 1,12-17 : p = 0,02.

Discussion : Les résultats de cette étude multicentrique réalisée en « vraie vie » montrent qu'en cas de suspicion d'HAA, la biopsie n'est réalisée que dans 72,5 % des cas ; plus souvent en CHU qu'en CHG ; 10 % des pts biopsiés n'ont pas d'HAA. Les corticoïdes restent le traitement de référence en cas d'HAA sévère, mais 20 % des patients ont une bithérapie corticoïdes NAC. Les HAA sont plus sévères en CHU qu'en CHG, et le transfert en centre de transplantation plus fréquent pour les pts hospitalisés en CHU.

Conclusion : Cette enquête montre une certaine disparité de la prise en charge des HAA en France ; l'HAA demeure une maladie sévère nécessitant souvent un transfert en centre de transplantation hépatique.

Remerciements, financements, autres :
ANGH, AFEF, CREGG, SNFMI

C058

L'évaluation rénale multiparamétrique chez les patients atteints de cirrhose révèle une forte prévalence d'anomalies actionnables couvrant divers modules de la fonction rénale

A. Oussalah [(1)], R. Belmonte [(1)], M. Silva-Rodriguez [(1)], F. Barbé [(1)], M. Bensenane-Oussalah [(1)], V. Haghnejad [(1)], I. Vrillon [(1)], A. Alla [(1)], A. Flahault [(1)], R. Kormann [(1)], A. Corbel [(1)], Z. Aitdjafer [(1)], F. Namour [(1)], J.L. Guéant [(1)], J.P. Bronowicki [(1)]
(1) Vandœuvre-lès-Nancy.

Introduction : La dysfonction rénale est une complication fréquente de la cirrhose. À ce jour, aucune étude n'a évalué de façon systématique les différents modules de la fonction rénale chez les patients atteints de cirrhose par le biais d'un bilan biochimique multiparamétrique. La présente étude a eu pour objectif d'évaluer le spectre des altérations de la fonction rénale chez les patients atteints de cirrhose en réalisant une évaluation multiparamétrique du bilan fonctionnel rénal (BFR) englobant 42 paramètres (BFR-42).

Patients et Méthodes : Nous avons mené une étude rétrospective observationnelle incluant tous les patients consécutifs atteints de cirrhose ayant bénéficié d'une évaluation de la fonction rénale multiparamétrique entre le 1er janvier 2021 et le 30 juin 2023. L'évaluation multiparamétrique rénale par l'outil BFR-42 a ciblé 7 modules (marqueurs rénaux conventionnels ; marqueurs hydroélectrolytiques ; marqueurs protéiques ; marqueurs glomérulaires ; marqueurs tubulaires proximaux ; marqueurs d'osmolalité plasmatique et urinaire ; marqueurs phosphocalciques). Nous avons évalué la précision des équations CKD-EPI et EKFC par : 1) l'indicateur P30, qui mesure la proportion de valeurs du DFG estimé (DFGe) se situant dans les 30 % du DFG mesuré (DFGm) par la méthode de la clairance de la créatinine sur les urines des 24 heures ; 2) la concordance de la classification des stades KDIGO entre les mesures de DFGe et DFGm.

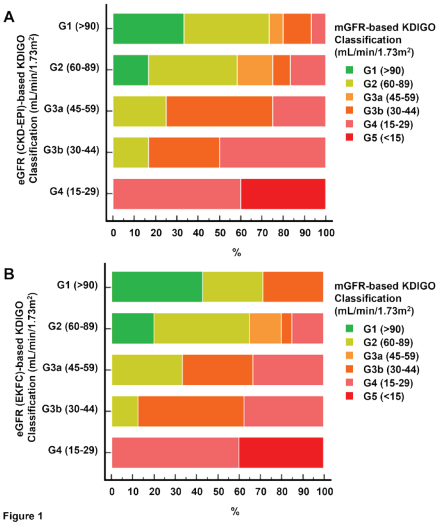


Figure 1

Résultats : Sur la période de l'étude 67 patients atteints de cirrhose ont bénéficié de 79 évaluations par l'outil BFR-42. Tous les patients présentaient au moins une des anomalies rénales suivantes : une atteinte glomérulaire avec un stade KDIGO G2 ou plus, une fraction d'excrétion du sodium et/ou du chlorure < 1 %, une réabsorption tubulaire du phosphate < 85 %, ou une clairance de l'eau sans électrolytes < 0,4 ml/min. Les formules CKD-EPI et EKFC ont surestimé de plus de 30 % le DFG mesuré chez 54 % et 39 % des patients, respectivement. Des divergences substantielles dans l'attribution du stade KDIGO ont été observées entre les évaluations basées sur le DFGe et le DFGm lors de l'utilisation des équations CKD-EPI (valeur kappa pondérée = 0,42 ; 95% CI, 0,26–0,57 ; P = 0,003) ou EKFC (valeur kappa pondérée = 0,45 ; 95% CI, 0,29–0,62 ; P = 0,001) (Figure 1). En analyse multivariée, deux prédicteurs étaient indépendamment associés à une suspicion de syndrome hépatorénal : réabsorption tubulaire du phosphate < 80 % (odds ratio = 11,78 ; IC à 95 %, 1,30-107,03 ; P = 0,03) et le rapport calcium/créatinine urinaire ≤ 0,04 mg/mg (odds ratio = 10,33 ; IC à 95 %, 1,12-94,88 ; P = 0,04).

Conclusion : La présente étude souligne l'intérêt clinique de l'évaluation multiparamétrique de la fonction rénale en tant qu'outil de pratique courante chez les patients atteints de cirrhose. Elle révèle une prévalence élevée d'anomalies rénales actionnables couvrant divers modules de la fonction rénale et met en évidence les limites associées aux formules traditionnelles du DFGe (CKD-EPI et EKFC).

Remerciements, financements, autres : Département de Médecine Moléculaire, Laboratoire de Biochimie – Biologie Moléculaire – NutritionINSERM UMR_S1256, Nutrition Génétique et Exposition aux Risques Environnementaux (NGERE)

C059

La dysfonction immunitaire associée à la cirrhose évaluée par le mHLADR et son évolution post-greffe sont associées au pronostic précoce de la transplantation hépatique

F. Lebossé [1], M.C. Delignette [1], A. Riff [1], T. Soustre [1], S. Pantel [1], C. Guichon [1], K. Mohkam [1], A. Blet [1], F. Venet [1], F. Villeret [1], J. Dumortier [1], F. Zoulim [1], J.Y. Mabrut [1], T. Antonini [1], G. Monneret [1]

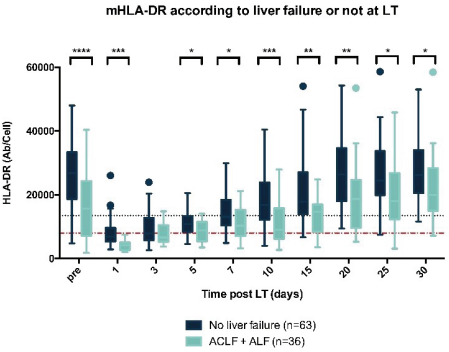
(1) Lyon.

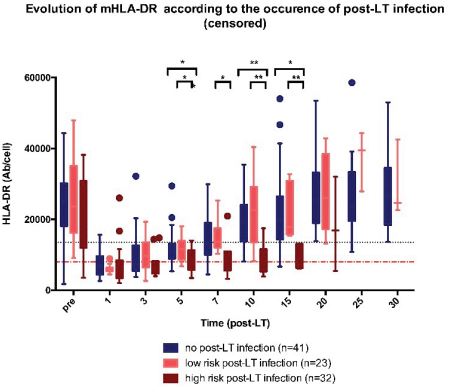
Introduction : Les maladies sévères du foie (cirrhose et hépatite fulminante) sont associées à une dysfonction immunitaire dont l'importance évolue avec la sévérité de l'insuffisance hépatique. Nous disposons de peu d'information sur l'évolution de cette dysfonction immunitaire après transplantation hépatique (TH) et sur l'impact de celle–ci sur l'évolution post-TH. Notre objectif était d'étudier l'association entre des marqueurs de dysfonction immunitaire avant TH et le pronostic des patients dans les suites de la greffe.

Patients et Méthodes : Nous avons réalisé une étude monocentrique prospective, incluant des patients en attente de TH pour cirrhose ou hépatite fulminante (HF). A l'inclusion, puis tous les 3 mois avant TH pendant 1 an le cas échéant, les marqueurs de dysfonction immunitaire suivants étaient mesurés : expression monocytaire de HLA-DR (mHLADR), ratio neutrophiles sur lymphocytes (NTLR), taux de lymphocytes T (LT), production d'IFN-Y après stimulation lymphocytaire (sINFY). Les analyses étaient répétées tous les 2 à 3 jours dans les suites immédiates de la TH, jusqu'à 1 mois de la TH ou la survenue d'un évènement associée à une dysimmunité (rejet, infection). Le suivi clinique était de 1 an post-TH.

Résultats : 130 patients étaient inclus entre Mars 2020 et Juillet 2023, dont 99 patients transplantés, 15 décès sur liste d'attente, 11 non greffés et 5 exclus de l'étude pour une autre cause. Parmi les 99 patients transplantés, le MELD médian était 20 [15-29] et on comptait n=31 patients en ACLF (30%), n= 43 patients en cirrhose décompensée sans défaillance d'organe, n=20 patients avec une cirrhose compensée et 5 patients avec une HF. Le NTLR, le taux de LT et le taux de sIFNY étaient significativement diminués avant TH chez les patients avec défaillance (ACLF et HF). Le mHLADR était de respectivement 16740 anticorps par cellule (AB/C) [8250-25050] pour les patients ACLF et HF vs 26740 [18740-33220] pour les patients sans ACLF ou HF (p< 0.001) et diminuait avec le nombre de défaillances d'organe (1-2 vs 3-4). Après TH, le mHLADR diminuait à J1 de la TH puis augmentait progressivement jusqu'à atteindre la valeur normale (N) établie pour les volontaires sains (Venet et al. Crit Care Med 2022) à J10. Les patients qui présentaient un mHLA-DR < N à J10 post TH avaient une survie significativement diminuée à 1 an post LT (p<0.001). En analyse multivariée, les facteurs de risque associés à un mHLADR < N à J10 étaient le mHLADR et le score MELD préTH ainsi que des facteurs liés au stress chirurgical (transfusion, reprise précoce), Les patients ACLF et HF présentaient une cinétique de recouvrement du mHLADR significativement plus lente que les patients sans défaillance d'organe pré-TH (figure 1). De même les patients qui allaient développer une infection bactérienne « à haut risque » dans le mois suivant la TH (péritonite, pneumopathie, bactériémie) avaient une cinétique de mHLADR post TH plus lente (figure 2). Les autres marqueurs de dysfonction immunitaire pré-TH ne permettaient pas de prédire l'évolution post TH.

Conclusion : Notre étude suggère l'intérêt du monitorage du mHLADR pré et post-TH pour identifier des patients à risque de mortalité et d'infection précoce post-TH. L'association de ce marqueur à d'autres marqueurs inflammatoires et cliniques pourrait permettre d'affiner l'identification de patients à risque afin d'établir des stratégies de prise en charge individualisées.





C.060

« Juin sans sucres ajoutés » : évaluer son rapport au sucre pendant un mois, c'est le défi proposé par SOS hépatites et maladies du foie

J. Pont [1], P. Mélin [2], T. Laurenceau [3], S. Sickout [4], M. Leconte [5]

(1) Dijon ; (2) Saint-Dizier ; (3) Saint-Nazaire ; (4) Paris ; (5) Limoges.

Introduction : Les recommandation de l'OMS concernant le sucre sont de 25g/ jour, soit 6 cuillères à café et les Français en consomment environ 90g … c'est beaucoup trop!
La moitié de cette consommation vient des sucres ajoutés,qui sont probablement les plus dangereux!
On sait que l'excès de sucre est responsable de multiples pathologies : obésité, diabète de type 2, maladies cardio-vasculaire et NASH.
Partant de ce constat sos hépatites a eu l'idée d'initier ce défi d'un mois SSA.

Patients et Méthodes : Un mois avant le début du défi, l'association a lancé les inscriptions afin de demander aux participants d'accepter de répondre à des questionnaires en ligne en début, en cours, à la fin du défi et 6 mois après.
L'objectif étant de connaitre leurs motivations, d'évaluer les difficultés rencontrées au cours du défi, d'obtenir des données à la fois qualitatives et quantitatives.
Un groupe Facebook a été créé en parallèle pour favoriser les échanges, répondre aux questions des abonnés, organiser des live avec des professionnels de la nutrition notamment pour bien comprendre ce que sont les sucres ajoutés.
L'action s'est déroulée du 1er juin au 30 juin 2023.

Résultats : Le groupe Facebook a fédéré 585 membres dont 377 ont retourné le questionnaire J0 et 203 ont répondu au questionnaire de fin de challenge.
On retrouve 89% de femme et 11% d'hommes. L'âge moyen est de 48 ans (18 à 80). 77% se considèrent en surpoids, et c'est un problème pour 93% d'entre eux. 29% déclarent un IMC >30.
33% déclarent avoir une stéatose ou une NASH.
76% ont tenu le défi, 88% ont réduit leur consommation de sucres, 62% ont ressenti des sensations de manque
Réduire sa consommation de sucre a été difficile pour 1 personne sur 3.
9 personnes sur 10 sont satisfaites de l'expérience et souhaitent la renouveler.
Des résultats à 6 mois après vont permettre de les suivre et de présenter les résultats définitifs qui seront ajouté a cette communication.

Conclusion : Cette enquête pilote, chalenge collectif pour un bénéfice individuel, est la première du genre. Il s'agit d'une enquête de type état des lieux des connaissances et des compétences et suivi des modifications de comportement. Les résultats permettront de sensibiliser et d'informer les participants au défi, mais aussi de suggérer au corps médical des pistes pour une meilleure compréhension et une meilleure prise en charge, comme prendre en compte une dépendance au sucre.

C.061

Influence de l'accès aux soins et de l'environnement socio-économique sur la survie des patients atteints de carcinome hépatocellulaire et de cholangiocarcinome intra-hépatique

T. Chaigneau [1], O. Dejardin [1], T.T.N. Nguyen [1], A.M. Bouvier [2], J. Gardy [1], F. Molinié [3], J.B. Nousbaum [4], L. Tron [1], A. Alves [1], G. Launoy [1], V. Bouvier [1], I. Ollivier-Hourmand [1]

(1) Caen ; (2) Dijon ; (3) Nantes ; (4) Brest.

Introduction : Le carcinome hépato-cellulaire (CHC) et le cholangiocarcinome intra-hépatique (CCIH) sont les deux principaux types histologiques de cancers primitifs du foie. Leur pronostic reste sombre avec des survies globales allant de 9 à 13 mois en fonction du type histologique. La détection précoce, l'existence d'une cirrhose sous-jacente, la présence de métastases, le nombre et la taille des nodules et le taux d'alphafoetoprotéine sont des éléments majeurs conditionnant leur pronostic. A l'instar d'autres cancers digestifs, l'accès aux soins et l'environnement socio-économique pourraient influencer la survie des patients atteints de CHC et de CCIH. L'objectif de cette étude était d'étudier l'influence des disparités socioéconomiques et d'accès aux soins sur la survie nette des patients atteints de CHC et de CCIH.

Matériels et Méthodes : Tous les cas incidents de CHC et de CCIH diagnostiqués au sein du réseau des registres des tumeurs FRANCIM entre janvier 2013 et décembre 2015 ont été inclus, avec un suivi jusqu'à juin 2018. L'accès aux soins était mesuré par le Spatial accessibility multiscalar (SCALe) index, qui est un index récemment développé à l'échelle des zones résidentielles en France, basé sur la distance par la route à réaliser pour accéder à un service de soins. Il mesure l'accès et la disponibilité à un ensemble de ressources de soins primaires (médecins généralistes, dentistes, infirmiers). L'environnement socio-économique était évalué par l'European Deprivation Index (EDI) qui est un indice écologique mesurant la pauvreté relative dans des petites zones géographiques, construit à l'aide des données du recensement et des statistiques de l'Union Européenne sur le revenu et les conditions de vie (EU-SILC). Cet index est reproductible dans le temps et validé dans plusieurs pays européens. En France, il a été construit à l'échelle des Îlots Regroupés pour l'Information Statistique (IRIS), qui est la plus petite échelle géographique pour laquelle les données de recensement sont disponibles, comprenant environ 2000 habitants. Afin d'étudier les effets non linéaires et proportionnels de ces variables sur la survie nette, nous avons estimé la survie nette à l'aide de modèles flexibles paramétriques et avons utilisé des splines multidimensionnelles pénalisées pour modéliser le taux de mortalité en excès.

Résultats : Dans cette étude, 6137 patients ont été inclus comprenant 4931 et 1206 patients atteints respectivement de CHC et de CCIH. La plupart des patients atteints de CHC étaient des hommes (85,3%) d'âge moyen 69,6 ans alors que 59,6% des patients atteints de CCIH étaient des hommes d'âge moyen 72,6 ans. Pour les patients atteints de CHC, les taux de survie nette à 5 ans étaient de 19,7% (IC95% [18,1;21,3]) et de 20,0% (IC95% [16,2;24,1]) pour les hommes et les femmes respectivement. Pour les patients atteints de CCIH, les taux de survie nette à 5 ans étaient de 10,4% (IC95% [7,5;14,0]) et de 10,3% (IC95% [7,4;13,8]) pour les hommes et les femmes respectivement. Chez les patients atteints de CHC, les difficultés d'accès aux soins étaient significativement associées à une moins bonne survie nette chez les femmes vivant dans le 3e quintile de distribution par rapport aux femmes vivant dans les zones les moins isolées (Excess Hazard Ratio (EHR) 1,36 (IC95% [1,10;1,68]), mais pas chez les hommes. L'environnement socio-économique était significativement associé à une moins bonne survie chez les hommes vivants dans les zones les plus défavorisées (EHR 1,16 (IC95% [1,04;1,29]), mais pas chez les femmes. Chez les patientes atteintes de CCIH, les difficultés d'accès aux soins étaient associées à une moins bonne survie nette chez les femmes vivant dans les zones les plus isolées par rapport à celles vivant dans les zones les moins isolées (EHR 1,37 (IC95% [1,07;1,76]), mais pas chez les hommes.

L'environnement socio-économique n'avait pas d'impact sur la survie des hommes ni des femmes atteintes de CCIH.

Conclusion : Cette étude montre des taux de survie nette actualisés chez les patients atteints de CHC et de CCIH, suggérant une moins bonne survie nette chez les patients atteints de CCIH. Elle souligne l'impact de l'accès aux soins chez les femmes atteintes de CHC ou de CCIH, et celui des inégalités socio-économiques uniquement chez les hommes atteints de CHC.

C.0062

Résultats oncologiques à long terme du traitement par radiofréquence percutanée du cholangiocarcinome intra-hépatique

C. Alitti [1], H. Trillaud [2], A. Rode [3], P. Merle [3], L. Blaise [1], G. Nkontchou [1], P. Nahon [1], N. Ganne-Carrié [1], A. Petit [1], O. Seror [1], J.C. Nault [1]

(1) Bobigny ; (2) Bordeaux ; (3) Lyon.

Introduction : La radiofréquence percutanée est validée en tant que traitement curatif pour les carcinomes hépatocellulaires (CHC). Il existe en revanche peu de données quant à son efficacité dans le traitement des cholangiocarcinomes intra-hépatiques (iCCA). Cette étude vise à décrire les résultats oncologiques à long terme dans cette indication.

Matériels et Méthodes : Nous avons mené une étude rétrospective sur 3 ans (Décembre 2000 à 2022) dans 3 centres experts universitaires français chez les patients ayant un iCCA prouvé histologiquement, traités par radiofréquence (RF) percutanée et répondant aux critères de Milan. Le critère de jugement principal était la survie globale chez les patients naïfs de traitements antérieurs. Les critères secondaires étaient le caractère complet de l'ablation, les effets secondaires de la procédure et la récidive locale dans l'ensemble de la population ainsi que la survie sans récidive et la récidive à distance dans le sous-groupe des patients naïfs de traitement. Une cohorte de comparaison de 494 patients cirrhotiques avec CHC traités par 1ère RF a été utilisée. La survenue des évènement oncologiques a été analysée selon la méthode de Kaplan Meier et le test du log-rank et corrélée avec les variables à l'inclusion selon un modèle de Cox en uni puis multivarié.

Résultats : La population globale comportait 71 patients majoritairement de sexe masculin (63%) et cirrhotiques (80%), d'un âge médian de 66 ans. Les tumeurs, de taille médiane de 24 mm, étaient le plus souvent unique (66%). La quasi-totalité des patients cirrhotiques traités présentaient une cirrhose Child-Pugh A (96%), de cause éthylique (46%) et/ou dysmétabolique (39%). Deux tiers des patients ont été traités par RF multibipolaire (RFMBP) et un tiers par RF monopolaire. Dans la population globale (n=71), une ablation complète a été obtenue chez 96% des patients après un maximum de 3 sessions et avec un taux de complications sévère de 12% incluant un décès (1,4%). Une récidive tumorale locale était observée chez 45% des patients avec un taux de récidive à 5 ans significativement plus bas chez les patients traités par RFMBP par rapport à ceux traités par RF monopolaire (55% vs 22%, P=0.007). Cette différence était confirmée chez les patients avec nodule unique de moins de 3 cm ; une récidive locale était observée chez 10% des patients traités par RFMBP *versus* 50% chez ceux traités par RF monopolaire (P=0.001).
Chez les patients naïfs de tout traitement (n=45), les survies médianes globale et sans récidive étaient de 26 et 11 mois. En analyse multivariée, la taille de la tumeur (HR=1.05, IC95% 1.009-1.094, P=0.01) et le Child-Pugh B (HR=14.9, IC95% 2.8-79, P=0.001) étaient associées indépendamment au risque de décès. La médiane de récidive à distance était de 17 mois avec 59% de récidive à 5 ans. La taille de la tumeur (HR=1.06, IC95% 1.01-1.11 P=0.001) était le seul facteur associé à la récidive à distance en multivariée avec significativement moins de récidive pour une tumeur unique de moins de 3 cm. Enfin nous avons comparé les iCCA développés sur cirrhose et naïf de traitement antérieur(n=40) avec une série de 494 CHC développés sur cirrhose traités par RF. La survie globale était moins bonne dans le groupe iCCA que dans le groupe CHC (26 vs 68 mois, P<0.0001) et il existait plus de récidives locales en cas de iCCA qu'en cas de CHC (P<0.0001). Les caractéristiques des récidives à distance variaient significativement avec 50% de métastases extra-hépatiques dans le groupe iCCA contre 12% seulement dans le groupe CHC (P<0.001).

Conclusion : Cette étude met en évidence la supériorité de la RFMBP en termes de récidive locale et à distance comparativement à la RF monopolaire dans le traitement du cholangiocarcinome intrahépatique avec une efficacité d'autant plus importante que les patients présentent une tumeur de petite taille (moins de 2-3 cm). Elle

montre également un mode de récidive plus fréquemment métastatique pour les iCCA que pour les CHC, probablement lié à leur tropisme ganglionnaire, à l'origine d'un pronostic plus sombre et qui pourraient ainsi justifier d'un traitement par chimiothérapie adjuvante comme cela est recommandé après résection.

CO63

Panitumumab (P) + FOLFIRINOX ou mFOLFOX6 chez des patients atteints de cancer colorectal métastatique (CCRm) non résécable et ne présentant pas de mutation RAS/BRAF dans leur ADN circulant (ADNcir). Premiers résultats de l'étude de phase II PANIRINOX

T. Mazard [1], F. Ghiringhelli [2], A. Winter [1], C. de la Fouchardière [3], D. Botsen [4], T. André [5], J. Vanbockstael [6], M. Dos Santos [7], J. Martin-Babau [8], Y. Rinaldi [3], L. Evesque [9], S. Ellis [1], C. Gavoille [10], D. Smith [11], M. Fonck [11], D. Sefrioui [12], V. Pezzella [5], S. Nougaret [1], A. Thierry [1], O. Bouché [4]

(1) Montpellier ; (2) Dijon ; (3) Marseille ; (4) Reims ; (5) Paris ; (6) Angers ; (7) Caen ; (8) Plérin ; (9) Nice ; (10) Nancy ; (11) Bordeaux ; (12) Rouen.

Introduction : Quand la réponse tumorale est l'objectif premier du traitement de 1e ligne (L1), les anticorps anti-EGFR sont recommandés en association avec une bi-chimiothérapie (CT) (FOLFOX/FOLFIRI) chez les patients avec un CCRm ne présentant pas de mutation RAS ou BRAF V600E. Plusieurs essais de phase I-II ont aussi montré que l'association d'une tri-CT (FOLFOXIRI ou FOLFIRINOX) avec un anti-EGFR permettait d'obtenir des taux de réponse très élevés.
En outre, la validité et l'utilité cliniques de la détermination du statut tumoral RAS et BRAF V600E par l'analyse de l'ADNcir chez des patients présentant des maladies avancées sont maintenant établies. Cette approche pourrait même optimiser la sélection des super-répondeurs aux traitements à base d'anti-EGFR en s'affranchissant des limites de l'analyse tissulaire.
L'objectif de l'étude PANIRINOX est donc d'étudier le taux de réponse complète (RC) obtenu avec le P en association avec une CT intensifiée de type FOLFIRINOX ou avec une CT standard de type mFOLFOX6 en 1e ligne, chez des patients présentant un CCRm, sélectionnés pour la première fois à partir de l'analyse de l'ADNcir.

Matériels et Méthodes : Il s'agit d'une étude nationale multicentrique de phase 2 incluant des patients atteints de CCRm non résécables au diagnostic et les randomisant avec un ratio 2:1 entre un bras expérimental (A) : P+FOLFIRINOX et un bras standard (B) : P+mFOLFOX6. Les principaux autres critères d'inclusion sont : âge entre 18 et 75 ans, ECOG 0-1, statut RAS/BRAF V600E non mutés en ADNcir selon la technologie Intplex®. Les patients sont répartis entre une strate 1=maladie limitée au foie (analyse en cours) et une strate 2= maladie non limitée au foie.
Le critère d'évaluation principal est le taux de réponse complète (=disparition complète des lésions métastatiques selon les critères RECIST 1.1 et normalisation du taux d'ACE (si applicable)) après un maximum de 12 cycles de CT. Les critères d'évaluation secondaires sont la survie sans progression (SSP), la survie globale (SG), le taux de réponse objective (TRO), le pourcentage de réduction tumorale précoce, la profondeur de réponse, le taux de résection secondaire des métastases et le profil de tolérance.
Le calcul du nombre de sujets a été défini par un plan de Fleming en 1 étape (p0=3%, p1=12% ; α=5% β=10 %) ce qui devait permettre de conclure à l'efficacité du bras expérimental si au moins 4 réponses complètes étaient obtenues parmi 60 patients évaluables.

Résultats : D'octobre 2017 à juillet 2022, 111 patients ont été randomisés dans la strate 2 : 78/33 dans le bras A/B.
Leurs principales caractéristiques étaient (bras A/B) : âge médian : 64/62 ans, hommes : 67/45%, ECOG PS 0 : 63/42%, tumeur primitive colique gauche : 78/79%.
Très majoritairement, la maladie métastatique était synchrone (85/87%) et touchait plus d'un site métastatique (82/72%).
5 RC confirmées en relecture centralisée sont obtenues dans le bras A, équivalent à un taux de RC de 7,7% (IC95% [2.5; 17.0]). Dans le bras B, 2 RC sont notées, soit un taux de 7,4% (IC95% [0.9; 24.3]).
Le TRO, le pourcentage de réponse tumorale précoce et la profondeur de réponse sont élevés dans les 2 bras (bras A/B) : 75.4/77.8%, 80/66.7% et -58.2/-60.5%, respectivement.

Moins de 10% des patients ont bénéficié d'une résection secondaire des métastases R0.
Après un suivi médian supérieur à 30 mois, les SSP et SG médianes sont de (bras A/B) : 9.1mois (IC95%[8.1;11.7])/9.0mois (IC95%[7.5;13.2]) et non atteinte/20.4mois (IC95%[15.1;NA]), respectivement.
Les principales toxicités de grade≥3 sont (bras A/B): les diarrhées (39/9%), la neuropathie périphérique (22/24%) et les toxicités cutanées (18/24%).

Conclusion : Le bras expérimental est suffisamment efficace dans la strate 2 selon les hypothèses statistiques initialement formulées. Néanmoins, à l'exception des données de SG, les principaux résultats ne diffèrent pas numériquement entre les deux bras et n'encouragent donc pas l'usage d'une tri-CT avec un anti-EGFR en L1 chez des patients atteints d'un CCRm avec maladie métastatique diffuse, en particulier lorsqu'ils sont bien sélectionnés sur le plan moléculaire comme le permet ici l'analyse de l'ADNcir.

C-064

Performances du scanner pré-opératoire pour prédire le stade pTN des cancers coliques localisés MSI/dMMR

M. Duval [(1)], Q. Vanderbecq [(1)], V. Phou [(1)], B. Cervantes [(1)], L. Mas [(1)], J.B. Bachet [(1)], C. Goumard [(1)], Y. Parc [(1)], T. André [(1)], J. Lefèvre [(1)], O. Lucidarme [(1)], L. Arrivé [(1)], R. Cohen [(1)], M. Wagner [(1)]

(1) Paris.

Introduction : L'immunothérapie est en train de bouleverser la prise en charge des patients atteints de cancer colique (CC) localisé de phénotype MSI/dMMR (microsatellites instables/mismatch repair-déficient), avec en particulier le développement de stratégies en situation néoadjuvante. L'évaluation de la balance bénéfice-risque de ces stratégies requiert une évaluation du pronostic dès le diagnostic de la maladie localisée. Cette évaluation repose actuellement sur l'analyse anatomopathologique de la pièce opératoire.
Peu de données existent sur la concordance entre le stade cTN du scanner pré-opératoire et le stade pTN, dans la population des CC MSI/dMMR.
L'objectif de cette étude est d'évaluer les capacités de prédiction du stade pTN par le scanner pré-opératoire pour les patients opérés d'emblée pour un CC localisé MSI/dMMR.

Matériels et Méthodes : Nous avons identifié rétrospectivement tous les patients opérés pour un CC localisé MSI/dMMR entre le 01/01/2013 et le 31/12/2022 au sein de 2 centres hospitaliers français et ayant eu un bilan d'extension par scanner thoraco-abdomino-pelvien avec injection de produit de contraste, dans les 60 jours précédant la chirurgie.
Chaque scanner a été relu par deux radiologues expérimentés, en aveugle des résultats pathologiques, avec relecture par un troisième radiologue pour les cas discordants. Les capacités diagnostiques pour le stade pT3, pT4 et le stade pN+ (sensibilité, spécificité, valeur prédictive positive, valeur prédictive négative) étaient ensuite calculés.

Résultats : Un total de 291 patients opérés pour un CC localisé MSI/dMMR a été identifié.
178 patients ont été exclus : 137 pour scanner indisponible/non injecté/colo-scanner ou > 60 jours, 16 pour une tumeur localisée dans la partie médiane ou distale du rectum, 15 pour des tumeurs coliques multiples synchrones, 7 pour des néoplasies actives autres < 5 ans et/ou traitement systémique avant chirurgie, 3 pour perforation initiale.
Au final, 113 patients ont été inclus (âge médian : 72 ans, femmes : 58%, côlon droit : 79%). L'analyse anatomopathologique retrouvait respectivement 2%, 14%, 58% et 27% de CC pT1, pT2, pT3 et pT4, et 67%, 23% et 10% de CC pN0, pN1 et pN2. Le stade pN était surestimé (cN+ mais pN-) dans 54% des cas, et sous-estimé (cN- mais pN+) dans 20% des cas. Le stade pT4 était surestimé (cT4 mais pT1-3) dans 52% des cas et sous-estimé (cT1-3 mais pT4) dans 16% des cas. Les performances diagnostiques pour le pT4 et le pN+ sont décrites dans le tableau ci-joint

	pT4	pN+
Sensibilité	0,54	0,70
Spécificité	0,81	0,59
Valeur prédictive positive	0,48	0,46
Valeur prédictive négative	0,84	0,80

Conclusion : Dans cette large cohorte bicentrique, les capacités du scanner pour prédire le stade pT4 et le stade pN+ sont faibles pour les CC localisés MSI/dMMR.
Ces résultats sont à intégrer dans l'évaluation de la balance bénéfice-risque des stratégies d'immunothérapie néoadjuvante chez les patients atteints de CC localisé MSI/dMMR.
Il est nécessaire de développer d'autres marqueurs pronostiques dans cette indication.

C.065

La chimiothérapie intra-artérielle hépatique dans les cancers colorectaux : possibilité de resensibilisation à l'oxaliplatine ?

E. El Rawadi [1], A. Boileve [2], I. Deneche [2], A. Tarabay [2], M. Gelli [2], L. Tselikas [2], C. Smolenschi [2], L. Antoun [2], T. de Baère [2], D. Malka [3], M. Valéry [2], A. Hollebecque [2], V. Boige [2], M. Ducreux [2]

(1) Arcueil ; (2) Villejuif ; (3) Paris.

Introduction : La chimiothérapie intra-artérielle hépatiques (CIAH) à base d'oxaliplatine combinée à une chimiothérapie systémique avec ou sans thérapie ciblée est très prometteuse pour la prise en charge du cancer colorectal métastastique principalement hépatique. Les trois indications principales sont en situation néoadjuvante, en situation adjuvante, ou en situation palliative, soit initialement ou après l'échec de la chimiothérapie systémique. Cette étude a pour objectif primaire de comparer le taux de réponse et les profils de toxicité entre les patients qui sont oxaliplatine-naïfs et recevaient la molécule pour la première fois en intra-artériel, et ceux qui l'avaient déjà reçue en systémique pendant des lignes précédentes.

Patients et Méthodes : Entre 2008 et 2022, nous avons inclus consécutivement les patients traités dans notre centre et qui présentaient (i) des métastases hépatiques secondaires au cancer colorectal et (ii) ayant reçu au moins un cycle d'oxaliplatine en IAH combiné à une chimiothérapie systémique et/ou une thérapie ciblée.

Résultats : Le bras témoin (oxaliplatine-naïfs) comprenait un total de 74 patients (âge médian de 57 ans) ; et le second groupe (prétraités) comprenait un total de 343 patients (âge médian de 54 ans). Les caractéristiques des patients étaient bien équilibrées entre les deux groupes. Tous les patients du groupe témoin ont reçu de l'oxaliplatine en intra-arteriel tandis que 10% des patients prétraités ont reçu le schéma OPTILIV à la place (oxaliplatine, 5-FU et irinotecan en intra-artériel). Après un suivi médian de 72 mois, la survie sans progression médiane était de 11,5 mois dans le groupe oxaliplatine-naïfs (IC95% : 10,1 à 14,6 mois) et de 8,01 mois dans le groupe prétraités (IC95% : 7,2 à 8,7 mois) avec une valeur p significative de 0,0002. De plus, un taux de réponse objective de 77% et un taux de contrôle de la maladie de 89% (p <0,001) ont été observés dans groupe oxaliplatine-naïfs, et un taux de réponse objective de 52% et un taux de contrôle de la maladie de 84% (p <0,001) ont été observés dans le groupe prétraités. Les toxicités de grade 3/4 étaient comparables entre les deux groupes, en particulier en ce qui concerne la neuropathie périphérique sensorielle (17% contre 13%).

Conclusion : Un rechallenge avec de l'oxaliplatine via la CIAH est faisable. La molécule reste efficace après une exposition préalable à l'oxaliplatine en intra-veineux, et garde des taux de réponse significatifs sans augmentation des toxicités observées. Malgré une activité moindre chez les patients prétraités, la reprise de l'oxaliplatine par la voie intra-arterielle peut offrir des alternatives therapeutiques et épargner des médicaments de dernière intention tels que le Regorafenib et la Tipiracil-trifludirine pour un traitement à visée plus palliative.

C.066

Analyses de sous-groupes de la tolérance et de l'efficacité en fonction du nombre et des types de lignes de traitement antérieures dans FRESCO-2, une étude de phase 3 du fruquintinib chez des patients atteints d'un cancer colorectal métastatique réfractaire

F. Ghiringhelli [1], A. Dasari [2], S. Lonardi [3], R. Garcia-Carbonero [4], E. Elez [5], T. Yoshino [6], A. Sobrero [7], J. Yao [2], P. Garcia-Alfonso [4], J. Kocsis [8], A.C. Gracian [4], A. Sartore-Bianchi [9], T. Satoh [10], V. Randrian [11], J. Tomasek [12], G. Chong [13], Z. Yang [14], R. Pallai [14], I. Carton [14], J. Tabernero [5], C. Eng [15]

(1) Dijon ; (2) Houston, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ;
(3) Padoue, ITALIE ; (4) Madrid, ESPAGNE ;
(5) Barcelone, ESPAGNE ; (6) Kashiwa, JAPON ;
(7) Gênes, ITALIE ; (8) Kecskemét, HONGRIE ; (9) Milan, ITALIE ; (10) Suita, JAPON ; (11) Poitiers ; (12) Brno, RÉPUBLIQUE TCHÈQUE ; (13) Victoria, AUSTRALIE ;
(14) Florham Park, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ;
(15) Nashville, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE.

Introduction : Les options thérapeutiques efficaces sont limitées pour les patients atteints d'un cancer colorectal métastatique réfractaire (mCRC). Le fruquintinib, un inhibiteur oral hautement sélectif de la tyrosine kinase VEGFR-1, -2 et -3, a été évalué dans l'étude internationale de phase 3 FRESCO-2 (NCT04322539) et a démontré une amélioration cliniquement et statistiquement significative de la survie globale (SG) et de la survie sans progression (SSP) avec un profil de tolérance favorable. Nous présentons ici des analyses de sous-groupes de l'efficacité et de la tolérance en fonction des lignes antérieures et des types de traitement anticancéreux pour la maladie métastatique.

Patients et Méthodes : L'étude FRESCO-2 a été menée aux États-Unis, en Europe, au Japon et en Australie, afin de comparer le fruquintinib + les meilleurs soins de supports (SS) au placebo + SS. Les patients ont reçu 5 mg de fruquintinib par voie orale, une fois par jour, 3 semaines d'affilée puis 1 semaine d'interruption, selon un cycle de 28 jours. Les patients éligibles avaient déjà reçu une chimiothérapie, un traitement anti-VEGF et, s'ils étaient de type RAS sauvage, un traitement anti-EGFR; s'ils étaient mutants BRAFV600E ou MSI-H, un traitement ciblé approprié; et avaient progressé sous trifluridine/tipiracil (TAS-102) et/ou régorafénib ou n'y étaient pas éligibles. Les analyses d'efficacité et de tolérance ont été réalisées en sous-groupes en fonction du nombre de lignes de traitement antérieures (LT) et des types de traitement.

Survie globale rapportée par sous-groupes et traitements antérieurs de la maladie métastatique

Sous-groupes (n = fruquintinib + SS, placebo + SS)	Fruquintinib + SS (mois)	Placebo + SS (mois)	Hazard Ratio; IC 95%
Population en ITT, (461, 230)	7,4	4,8	0,662; 0,549-0,880
≤4 LT antérieures, (247, 123)	7,6	5,1	0,702; 0,541-0,912
>4 LT antérieures, (214, 107)	7,1	4,6	0,595; 0,453-0,781
Anti-VEGF, (445, 221)	7,4	4,9	0,683; 0,565-0,827
Anti-EGFR, (180, 88)	7,4	4,4	0,689; 0,507-0,936
TAS-102, (240, 121)	7,7	5,1	0,723; 0,557-0,938
Régorafénib, (40, 18)	10,2	8,2	0,772; 0,379-1,573
TAS-102 & régorafénib, (181, 91)	6,8	4,4	0,600; 0,447-0,805

Résultats : Au total, 691 patients ont été randomisés: 461 ont reçu le fruquintinib + SS contre 230 le placebo + SS. Le nombre médian de lignes antérieures de traitement anticancéreux pour la maladie métastatique était de 4 (intervalle 2, 16) pour le fruquintinib + SS vs 4 (intervalle 2, 12) pour le placebo + SS. Le fruquintinib + SS a amélioré la SG et la SSP par rapport au placebo + SS pour tous les

sous-groupes et tous les traitements antérieurs de la maladie métastatique, conformément aux résultats observés dans la population en intention de traiter (ITT). La fréquence des événements indésirables (EI) et des EI graves était généralement équilibrée entre fruquintinib + SS et placebo + SS et cohérente dans tous les sous-groupes. Les EI de grade ≥3 les plus fréquents chez ≥5 % des patients du bras fruquintinib + SS dans la majorité des sous-groupes étaient l'hypertension, l'asthénie et l'érythrodysesthésie palmo-plantaire et étaient cohérents avec l'ensemble de la population chez laquelle la tolérance a été évaluée. Des analyses supplémentaires basées sur la durée du traitement anti-VEGF antérieur et sur le dernier traitement avant fruquintinib + SS seront présentées lors du congrès.

Conclusion : Le fruquintinib + SS a démontré une amélioration cliniquement significative de la SG et de la SSP avec un profil de tolérance acceptable dans tous les sous-groupes. Ces résultats sont cohérents avec l'effet observé dans la population globale, indépendamment des traitements antérieurs par anti-VEGF, anti-EGFR, TAS-102 et régorafénib, ce qui conforte le fruquintinib + SS en tant que nouvelle option thérapeutique potentielle pour les patients atteints de mCRC réfractaire.

C.067

Valeur pronostique et évaluation des altérations d'ERBB2 dans le cancer du côlon de stade III : place de la biologie moléculaire

A. Soulabaille [1], C. Gallois [1], H. Blons [1], A. Cayre [2], M. Sroussi [1], A. de Reyniès [1], D. Le Corre [1], C. Borg [3], J.B. Bachet [1], F. Di Fiore [4], R. Guimbaud [5], J. Bennouna [6], T. André [1], J. Taïeb [1], F. Penault-Llorca [2], P. Laurent-Puig [1], C. Pilati [1]

(1) Paris ; (2) Clermont-Ferrand ; (3) Besançon ; (4) Rouen ; (5) Toulouse ; (6) Suresnes.

Introduction : L'amplification d'ERBB2 est une altération potentiellement ciblable dans le cancer du côlon (CC) métastatique. Au-delà de l'amplification, d'autres altérations peuvent être présentes (mutations activatrices, altérations du niveau d'expression). Ces altérations sont maintenant accessibles grâce aux progrès technologiques permettant la caractérisation moléculaire des tumeurs. Les objectifs de ce travail étaient d'une part de valider des méthodes alternatives (NGS, ARNseq) à l'IHC et la FISH, méthodes gold-standard pour l'évaluation du statut d'ERBB2 dans le CC et d'autre part d'évaluer la valeur pronostique de l'amplification, des mutations et de l'expression d'ERBB2 à partir de 2 grandes cohortes de près de 3000 patients avec CC de stade III.

Patients et Méthodes : Les données issues de deux essais randomisés de phase 3 dans le CC de stade III en situation adjuvante ont été analysées. Dans la cohorte PETACC8, les analyses IHC et FISH étaient disponibles pour 1813 échantillons tumoraux, l'analyse de l'ADN par NGS et l'ARNseq étaient disponibles pour 1719 et 1733 échantillons tumoraux, respectivement. Dans la cohorte IDEA France, l'analyse de l'ADN par NGS et l'ARNseq étaient disponibles pour 1129 et 1263 échantillons tumoraux, respectivement. Nous avons déterminé d'une part un score d'amplification d'ERBB2 par NGS et un seuil d'expression d'ERBB2 par ARNseq à partir duquel une amplification est suspectée. D'autre part nous avons effectué une analyse d'expression différentielle nous permettant de sélectionner un cluster de gènes situés à proximité du gène ERBB2 sur le chromosome 17. Un clustering non supervisé a été réalisé à partir de cette sélection et une nouvelle définition de l'amplification d'ERBB2 a été proposée en le combinant avec le score NGS. Les différentes définitions de l'amplification et de l'expression ainsi que le statut mutationnel d'ERBB2 ont été corrélées avec les principales variables cliniques et la survie sans récidive (SSR) des patients.

Résultats : La prévalence du statut ERBB2-amplifié en IHC/FISH était de 1.9% dans PETACC8. Le statut ERBB2 amplifié basé sur le clustering ± sur le score NGS ERBB2 concernait 1.6% et 1.2% des échantillons tumoraux de PETACC8 et IDEA France respectivement. Le coefficient de concordance avec la méthode IHC/FISH était de 0.81. Les mutations activatrices concernaient 0.9% et 1.5% des échantillons dans PETACC8 et IDEA France. Dans les 2 cohortes étudiées séparément, une association entre SSR et expression d'ERBB2 en ARNseq a été mise en évidence (HR=0.88 IC95% 0.79-0.98, p=0.021 et HR=0.92 IC95% 0.83-1.02 dans PETACC8 et IDEA respectivement) suggérant un effet protecteur d'un niveau d'expression d'ERBB2 élevé. Une analyse spline cubique a montré une relation non linéaire entre la SSR et l'expression d'ERBB2, les groupes d'expression extrêmes étant de moins bon pronostic (p<0.0001). Le groupe « ERBB2 amplifié et/ou ERBB2 muté » avait le moins bon pronostic (SSR à 3 ans de 67.0%) suivi du groupe de faible expression (SSR à 3 ans de 71.2%) puis du groupe d'expression intermédiaire (SSR à 3 ans de 77.9%). Dans l'analyse multivariée, le groupe de faible expression d'ERBB2 en ARNseq conservait une SSR significativement diminuée (HR 1.26 ; IC95% 1.06-1.5, p<0.01).

Conclusion : Dans une large cohorte de patients avec CC de stade III, la définition moléculaire du statut ERBB2 basée sur l'ARNseq et le NGS est concordante avec la méthode IHC/FISH et pourrait représenter une alternative coût-efficace dans le criblage du statut ERBB2. La SSR est significativement diminuée en analyse univariée pour les patients avec altération ERBB2. La SSR est également

significativement diminuée en analyses univariée et multivariée pour les patients avec faible expression d'ERBB2 en ARNseq, ce qui souligne une physiopathologie complexe du rôle d'ERBB2 dans le CC.

Remerciements, financements, autres :
Bourse MAHGE

C-068

Valeur prédictive de l'analyse répétée de l'instabilité des microsatellites sur ADN circulant tumoral par PCR digitale pour le suivi de patients atteints d'un cancer colorectal avec instabilité des microsatellites

C. Evrard [(1)], T. Rochelle [(1)], M. Martel [(1)], O. Alexandre [(1)], M. Grosdenier [(1)], A. Ferru [(1)], V. Randrian [(1)], A. Pillet [(1)], C. Boyer [(1)], M. Mercier [(1)], L. Karayan [(1)], D. Tougeron [(1)]
(1) Poitiers.

Introduction : L'instabilité des microsatellites (MSI)/déficience du système de réparation des mésappariements de l'ADN (dMMR) est présente dans environ 12% des cancers colorectaux (CCR). L'immunothérapie a révolutionné la prise en charge des CCR métastatiques (CCRm) dMMR/MSI mais il existe environ 20% de résistances primaires et 30% de résistances secondaires sans actuellement de critères prédictifs clairement identifiés. L'analyse du statut microsatellitaire sur ADN circulant tumoral (ADNct-MSI) est une piste intéressante afin de détecter précocement une résistance à l'immunothérapie en cours de traitement chez les patients atteints de CCRm dMMR/MSI.

Patients et Méthodes : Dans cette étude prospective d'aout 2018 à juin 2022 nous avons collecté de manière itérative le plasma des patients en cours de traitement (chimiothérapie ou immunothérapie) pour un CCR dMMR/MSI prouvé sur tissu tumoral par les techniques validées (immunohistochimie MMR et PCR). Nous avons analysé l'ADNct-MSI en Polymerase Chain Reaction digitale en gouttelettes (ddPCR) avec les cinq marqueurs du panel Pentaplex (BAT-25, BAT-26, NR-21, NR-24, MONO-27). L'évaluation quantitative de l'ADNct-MSI, était faite par la fréquence allélique du microsatellite MONO-27 détecté comme instable dans l'ADNct. L'objectif principal était d'évaluer la corrélation entre la cinétique du taux d'ADNct-MSI et la survie sans progression (SSP) chez les patients avec un CCRm dMMR/MSI non résécable.

Résultats : Nous avons collecté 330 plasmas de 51 patients. Les résultats préliminaires présentés ici portent sur 24 patients, avec 63 prélèvements sanguins réalisés en cours de traitement par chimiothérapie +/- thérapies ciblées (n=17) ou immunothérapie (n=35) ou pause thérapeutique (n=11) pour un CCR dMMR/MSI non résécable.
Tous ces patients avaient une tumeur en place et de l'ADNct-MSI était détectable dans 49,2% des cas (n=31/63). Ces prélèvements « positifs » étaient réalisés pour 29,0% (9) sous chimiothérapie +/-thérapie ciblée, pour 48,4% (15) sous immunothérapie et pour 22,6% (7) en cours de pause thérapeutique.
Pour les patients atteints d'un CCR dMMR/MSI en cours de traitement palliatif, la fréquence de détection d'ADNct-MSI était corrélée à la réponse au traitement, 72,7% en cas de progression tumorale à l'imagerie, 30,0% en cas de stabilité et 20,0% en cas de réponse tumorale (p<0,001). Le taux moyen d'ADNct-MSI (exprimé en fréquence allélique) était de 8,8% mais 14,1% en cas de progression tumorale *versus* 7,5% en cas de stabilité tumorale et 3,4% en cas de réponse objective (partielle ou complète) (p=0,01).
Nous avons analysé la cinétique de l'ADNct-MSI lors de 31 séquences thérapeutiques dont 20 séquences thérapeutiques en réponse ou stabilité tumorale. Nous avons observé pour 9 séquences une décroissance de l'ADNct-MSI avec une médiane de décroissance de -96,6% [-45.7 ; -100%], pour 5 une stabilité du taux et pour 6 une augmentation (médiane de +128,6% ; [+11,5 ; +325,0%]).
Pour 11 séquences thérapeutiques les prélèvements ont été fait lors d'une progression tumorale, on observait une augmentation de l'ADNct-MSI pour 8 séquences (médiane de +176,2% [+40,3 ; +1036,4%]), un prélèvement avec stabilité de la FA d'ADNct-MSI et pour 2 séquences une diminution de ce taux (médiane de -42,3%[-41,7 ; -42,9%]).

Conclusion : Cette étude prospective démontre l'excellente performance de la recherche du statut MSI sur ADNct. La cinétique de l'ADNct-MSI pourrait guider les traitements par immunothérapie par exemple pour confirmer une réponse complète. L'analyse de la série complète avec un suivi plus long sera présentée lors du congrès pour confirmer la robustesse de ces résultats préliminaires.

CO69

Impact pronostique de la détection pré-opératoire combinée des CTC et de l'ADNtc chez les patients opérés d'un cancer colorectal stade II-III

A. Khiari [1], A. Grancher [1], L. Beaussire [1], D. Sefrioui [1], M. Dutherage [1], V. Vernon [1], F. Blanchard [1], E. Boivin [1], V. Roger [1], A. Di Fiore [1], B. Lefebure, [2], E. Lermite [3], T. Lecomte [4], L. Schwarz [1], A. Pellegrin [5], C. Sabbagh [5], J.C. Sabourin [1], E. Toure [1], N. Sarafan-Vasseur [1], J.M. Regimbeau [5], P. Michel [1], J.J. Tuech [1], F. Di Fiore [1]

(1) Rouen ; (2) Elbeuf ; (3) Angers ; (4) Tours ; (5) Amiens.

Introduction : L'intérêt pronostique de la détection combinée en préopératoire des cellules tumorales circulantes (CTC) et de l'ADN tumoral circulant (ADNtc) n'a jamais été réalisée chez les patients opérés d'un cancer colorectal (CCR) localisé. Dans ce contexte, nous avons mené une étude prospective dont l'objectif était d'évaluer l'impact de la détection des CTC et de l'ADNtc sur le risque de récidive des patients opérés pour un CCR de stade II ou III.

Matériels et Méthodes : Il s'agit d'une étude prospective multicentrique (PHRC 2009/066/HP) réalisée sur 8 centres d'octobre 2012 à mai 2017. Pour chaque patient, 6 tubes EDTA ont été prélevés en préopératoire et l'ensemble des analyses a été centralisé. La détection des CTC a été réalisée par la méthode ScreenCell® basée sur une microfiltration et analyses morphologiques. La détection de l'ADNtc a été réalisée par PCR Digitale spécifique d'une altération tumorale identifiée préalablement par NGS sur tissu tumoral ou par NGS sur l'ADN extrait du plasma pour les cas sans altération somatique identifiée ou sans échantillon tissulaire disponible. Les résultats ont été considérés de manière qualitative (CTC+ *versus* CTC- et ADNtc+ *versus* ADNtc-) et en aveugle des données cliniques. Les valeurs de sensibilité (Se), spécificité (Sp), valeur prédictive positive (VPP) et négative (VPN) ont été calculées. L'influence des marqueurs sur le risque de récidive a été évaluée par modèle de régression logistique multivariée intégrant l'âge, le sexe et le stade. Le critère de jugement principal était l'analyse du taux de récidive à 2 ans chez les patients CTC+/ADNtc+ *versus* les autres combinaisons avec un HR attendu à 3 (risque alpha de 5 %, puissance de 80 %).

Résultats : Un total 142 patients a été inclus, soit 83 (58,5 %) au stade II et 59 (41,5%) au stade III. La tumeur était T3 dans 114 (81%) cas et une chimiothérapie adjuvante a été réalisée chez 64 (44%) des patients. Le suivi médian était de 24,4 mois avec une récidive observée chez 25/142 (17.6%) patients. Au total, 133/142 (93,6%) échantillons étaient analysables pour les CTC, 128/142 (90,1%) pour l'ADNtc et 127/142 (89,4%) pour les 2 marqueurs combinés.
Le taux de CTC+ était de 98/133 (74%), d'ADNtc + de 66/128 (51,6%) et de CTC+/ADNtc+ de 52/127 (41%). Les cas de CTC+ étaient plus fréquents dans les stades II (81 *versus* 64%, p=0,04) et les cas ADNtc+ et CTC+/ADNtc+ étaient numériquement plus fréquents dans les stades III (respectivement 61 *versus* 45%, p=0,06 et 49 *versus* 35%, p=0,11). Concernant les performances de détection de l'ADNtc entre la PCR digitale et le NGS, il n'y avait pas de différence sur le taux de positivité (50 *versus* 55%, p=0,73), la concentration moyenne (0,47 *versus* 0,35 ng/ml, p = 0,68) et la fraction allélique moyenne (2,11 *versus* 1,57%, p=0,63).
Concernant l'impact pronostique sur la population globale, il existait une augmentation du risque de récidive à 24 mois pour les patients CTC+/ADNtc+ (27 *versus* 12%, HR=2,37, p=0,05) correspondant à une Se de 61%, une Sp de 63%, une VPP de 27% et une VPN de 88%. Une tendance similaire non significative était observée pour chaque marqueur pris isolément, respectivement 24 *versus* 11% pour les patients ADNtc+ *versus* ADNtc- (HR=2,35, p=0,08) et 22 *versus* 10% pour les patients CTC+ *versus* CTC- (HR=2,44, p=0,15). La détection de l'ADNtc et des CTC permettait de prédire le risque de récidive à 2 ans avec une Se de 71 et 86 %, une Sp à 51% et 30%, une VPP de 24 et 22% et une VPN à 89 et 91%, respectivement. En analyse multivariée, le statut ADNtc+ était associé au risque de récidive (HR=3,24, p=0,02) sans impact significatif pour les CTC+ (HR=1,89, p= 0,3) et le statut CTC+/ADNtc+ (HR=2,10, p=0,13).

Conclusion : Les résultats de cette étude suggèrent que la détection combinée en préopératoire des CTC et de l'ADNtc est associée à une augmentation du risque de récidive à 2 ans chez les patients opérés d'un CCR stade II et III. Des stratégies adaptatives pourraient être ainsi envisagées sur la base de la détection combinée de ces marqueurs et en particulier de l'ADNtc.

C-070

Premiers résultats de la cohorte prospective française de cancers colorectaux avec instabilité des microsatellites (COLOMIN2)

D. Tougeron [1], V. Hautefeuille [2], A. Zaanan [3], K. Le Malicot [4], V. Moulin [5], R. Cohen [3], T. Lecomte [6], A. Aleba [7], J. Viaud [8], Y.H. Lam [9], P.L. Etienne [10], L. Mosser [11], M. Ramdani [12], S. Le Sourd [13], C. Poisson Ligeza [14], G. Goujon [3], A. Bai [15], C. Lepage [4], O. Bouché [16]

(1) Poitiers ; (2) Amiens ; (3) Paris ; (4) Dijon ; (5) La Rochelle ; (6) Tours ; (7) Niort ; (8) Saint-Malo ; (9) Cholet ; (10) Plérin ; (11) Rodez ; (12) Béziers ; (13) Rennes ; (14) Saint-Nazaire ; (15) Nancy ; (16) Reims.

Introduction : Les cancers colorectaux avec instabilité des microsatellites/déficience du système de réparation des mésappariements (dMMR/MSI CCR) sont associés à un meilleur pronostic en situation adjuvante mais à une résistance au 5FU dans les stades II. En revanche en situation métastatique, le statut dMMR/MSI est associé à un mauvais pronostic mais à une efficacité majeure des inhibiteurs de point de contrôle immunitaire (ICI). Il n'existe pas de large cohorte prospective en vie réelle évaluant le pronostic des CCR dMMR/MSI.

Patients et Méthodes : COLOMIN2 est une cohorte nationale, prospective et multicentrique pour évaluer la prise en charge thérapeutique et le pronostic des CCR dMMR/MSI. Les principaux critères d'éligibilité étaient un CCR histologiquement prouvé, et un statut MSI en biologie moléculaire et/ou un statut dMMR en immunohistochimie (IHC). Le critère d'évaluation principal était le temps jusqu'à la récidive (TTR) pour les tumeurs non métastatiques et la survie sans progression (SSP) pour les tumeurs métastatiques.

Résultats : Entre janvier 2016 et décembre 2021, 619 patients ont été inclus dans 37 centres avec un CCR dMMR/MSI de stade I (11,1%), II (40,9%), III (29,3%) ou IV (18,7%). L'âge moyen était de 69,7 ans, 60,1% étaient des femmes et 87,6% avaient un ECOG PS 0 ou 1. La plupart des tumeurs avaient une IHC MMR réalisée avec ou sans test MSI (76,1%) et 23,9% avaient un test MSI seul. Les deux tiers des tumeurs avaient une perte MLH1 et PMS2 (61,4%). Des mutations BRAF et RAS ont été identifiées dans 28,4% et 15,5% des tumeurs, respectivement, sans différence selon le stade tumoral. Plus de 40% des patients présentaient un syndrome de Lynch avec une mutation prouvée d'un gène MMR (41,1%). La plupart des tumeurs étaient situées dans le côlon ascendant (71,2%) et étaient bien/modérément différenciées (75,0%). Parmi les patients atteints de CCR de stade II et de stade III, 18,6% et 71,8% avaient eu, respectivement, une chimiothérapie adjuvante (CT), principalement à base d'oxalipatine (82,6%). Après un suivi médian de 39,4 mois, les TTR à 3 ans étaient de 92,7% pour les stades I, 91,5% pour les stades II et 66,2% pour les stades III. Dans les stades II les survies sans récidive (SSR) à 3 ans étaient similaires de 79,6% et 84,4% en fonction de la réalisation ou non d'une chimiothérapie adjuvante. En revanche dans les stades III, la SSR à 3 ans était de 100% en cas de chimiothérapie adjuvante *versus* 62,2% en l'absence de chimiothérapie adjuvante. La majorité des patients de stade IV avaient un seul site métastatique (76,6%), principalement hépatique (45,1%), péritonéal (37,2%) et ganglionnaire (19,5%). La plupart des patients avaient été traités par CT +/- thérapie ciblée en première ligne (79,8%) et peu par ICI (12,9%). La SSP médiane était de 11,1 [IC 95 % : 7,8-22,1] mois et de 29,2 [IC 95 % : 8,1-47,3] mois pour les patients traités par CT +/- thérapie ciblée et IO, respectivement.

Conclusion : Cette cohorte de vie réelle confirme le bon pronostic des CCR dMMR/MSI non métastatiques avec néanmoins un risque de récidive élevé des stades III sans chimiothérapie adjuvante. Les patients avec un CCR dMMR/MSI métastatiques traités par chimiothérapie +/- thérapie ciblée ont une survie sans progression moindre de ceux traités par immunothérapie, qui est maintenant le traitement de référence. Les facteurs pronostiques cliniques et biologiques dans chaque stade sont actuellement explorés et seront présentés lors du congrès des JFHODs.

C-071

Impact des variants pathogènes de 20 gènes de la voie leptine-mélanocortine dans le développement de l'obésité sévère

N. Faccioli [1], C. Poitou [1], A. Azar-Kolakez [1], C. Carette [1], J. Gonneau-Lejeune [2], B. Gatta-Chérifi [3], A. Linglart [1], K. Clément [1], P. Tounian [1], J. Le Beyec-Le Bihan [1], B. Dubern [1]

(1) Paris ; (2) Saint-Denis, Réunion ; (3) Pessac.

Introduction : La contribution de variants génétiques est reconnue dans les formes précoces et/ou sévères d'obésité. La plupart de ces variations génétiques sont sitées dans les 5 gènes clés de la voie leptine-mélanocortine : LEP, LEPR, MC4R, PCSK1 et POMC. Des interventions thérapeutiques ciblées sont disponibles pour les variants LEPR, PCSK1 et POMC. Nous avons étudié la contribution des variants pathogènes d'autres gènes régulant cette voie dans l'obésité sévère.

Patients et Méthodes : Une cohorte multicentrique française comprenant 395 patients dont 213 enfants a été étudiée rétrospectivement. Ils présentaient une obésité sévère et/ou précoce (IMC moyen de 56,3 ± 11,7 kg/m² chez les adultes et z-score de l'IMC moyen de 4,6 ± 1,8 chez les enfants, IMC > IOTF 30 avant l'âge de 6 ans chez 275 (69,6 %) patients), motivant l'exploration génétique par un séquençage haut débit d'un panel de 20 gènes jouant un rôle dans la voie leptine-mélanocortine (les 5 gènes cités ci-dessus, ADCY3, ALMS1, ARNT2, BDNF, CEP19, KSR2, MAGEL2, MC3R, MRAP2, MYT1L, NCOA1, NTRK2, SH2B1, SIM1 et TUB). Chaque variant génétique identifié répertorié avec une fréquence allélique < 1% a été analysé en utilisant la littérature et les bases de données génétiques disponibles afin d'évaluer sa pathogénicité. Le phénotype recueilli a inclus entre autres la sévérité et l'âge d'apparition de l'obésité, les antécédents familiaux d'obésité, les troubles du comportement alimentaire, les atteintes neurodéveloppementales et endocriniennes et les complications de l'obésité.

Résultats : Des variant génétiques pathogènes ont été identifiés chez 54 patients (13,7 %) et 18 d'entre eux étaient porteurs de variants pathogènes hétérozygotes dans l'un des 15 gènes autres que les 5 gènes majeurs de la voie leptine-mélanocortine. Trois individus étaient porteurs de 2 variants pathogènes dans 2 gènes différents. L'apparition précoce de l'obésité (<6 ans) était significativement plus fréquente chez les adultes porteurs de variants pathogènes que chez les adultes non porteurs (79,3 % des adultes porteurs contre 50,8 % des adultes non porteurs, p = 0,006). La sévérité de l'obésité chez les porteurs de variants pathogènes n'était pas différente chez les adultes (IMC maximal au cours de la vie : 55,8 ± 11,5 kg/m² pour les porteurs contre 56,4 ± 11,8 kg/m² pour les non-porteurs) et les enfants (z-score de l'IMC de 4,9 ± 2,5 contre 4,6 ± 1,7).
Il n'y avait pas de différence significative de fréquence entre porteurs et non porteurs de variants pathogènes pour l'existence d'antécédents familiaux d'obésité (70,0% des porteurs vs 73,3% des non porteurs, p = 0,75), de troubles du comportement alimentaire (65,5% vs 73,7%, p = 0,28), de déficits endocriniens centraux (8,9% vs 10,6%, p = 0,82) ou de troubles neurodéveloppementaux associés (23,2% vs 25,1%, p=0,87).

Conclusion : Cette étude décrit pour la première fois la fréquence, le phénotype et le génotype de patients porteurs de variant sur 20 gènes de la voie leptine-mélanocortine dans une large cohorte de près de 400 patients français criblés pour leur obésité sévère et/ou précoce. Les variants hétérozygotes pathogènes étaient présents chez près de 14% des patients. Un tiers des variants étaient identifiés dans des gènes non étudiés en pratique clinique jusqu'à présent. Ces résultats appuient l'intérêt clinique d'analyses génétiques chez les patients souffrant d'obésité précoce et sévère qui doivent encore être étendues pour identifier les patients susceptibles de bénéficier d'une prise en charge multidisciplinaire personnalisée et de thérapeutiques ciblées. Un phénotypage plus approfondi est aussi nécessaire pour étudier la signification clinique de ces variants pathogènes hétérozygotes et évaluer la pertinence des traitements ciblés pour les patients porteurs.

C.072

Impact de la malnutrition protéique chez les enfants atteints de maladie cœliaque et d'anémie ferriprive dans une communauté à ressources limitées

B.M. Benakriche [1], P. Pochart [2]
(1) Mostaganem, ALGÉRIE ; (2) Paris.

Introduction : La malnutrition protéique est une complication très fréquente et sous-estimée chez les enfants atteints de la maladie cœliaque et d'anémie ferriprive, qui représente une population à haut risque de malnutrition. 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 et le dépistage de la maladie cœliaque selon la classification de MARSH dans une communauté à ressources limitées.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude transversale réalisée au service de nutrition infantile sur une période de deux ans et demi. Cette étude a inclus 150 enfants âgés de 05 à 13 ans suivis pour une malnutrition protéique sur des critères cliniques, endoscopiques et/ou histologiques au moins 6 mois avant la date de début de l'étude.
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 $p<0,05$. Les critères de la malnutrition et les facteurs de risques sont évalués par l'outil de dépistage universel de la malnutrition (Z-score). Cet outil inclut l'indice de masse corporelle (IMC), la perte de poids récente et le fait que le patient est exposé à une carence nutritionnel sévère pendant plus d'une semaine.

Résultats : Notre étude a inclus 150 enfants âgés de 05 à 13 ans. L'âge moyen au moment de la collecte des données était de 10,21 ± 01,51. Notre population se répartissait en 57 garçons (38%) et 93 filles (62%) dont 55 enfants atteints d'anémie ferriprive (36%) et 60 avec maladie cœliaque (40 %) avec 04 % non déterminé. Au cours de l'évaluation de l'état nutritionnel selon les paramètres anthropométriques, nous avons observé que l'IMC, le pli cutané tricipital, la circonférence musculaire brachial, le pourtour crânien manifestent une malnutrition protéique morbide avec une perte de croissance pondérale conséquente chez l'ensemble des enfants. Les résultats des différents paramètres sérologiques de la maladie cœliaque et des paramètres biochimiques de l'anémie ferriprive étaient significativement associés à un risque accru de malnutrition protéique.

Conclusion : Le diagnostic reste difficile et souvent tardif devant la grande variabilité clinique, allant d'une présentation clinique digestive classique à des symptômes atypiques souvent extra-intestinaux qui sont parfois en rapport avec une pathologie associée ou une complication.les paramètres biochimiques, hématologiques et sérologie de la maladie cœliaque constitue un outil de dépistage et de diagnostic de grande valeur chez les enfants malnutris.

C.073

Trouble alimentaire pédiatrique dans une cohorte d'enfants originaires d'Asie du Sud

S. Bamberger [1]
(1) Saint-Denis.

Introduction : Le trouble alimentaire pédiatrique (TAP) est défini comme une prise alimentaire orale insuffisante et inadéquate pour l'âge, depuis au moins 2 semaines, associée à une condition médicale et/ou nutritionnelle et/ou psychosociale (1).
La migration en France des populations originaires d'Asie du sud (Inde, Pakistan, Bengladesh et Sri Lanka) est récente . Les familles sont principalement regroupées en Ile de France, surtout dans le Val d'Oise et Seine Saint Denis (3). A l'hôpital de Saint Denis, parmi les enfants présentant un TAP, il existe une prédominance d'enfants originaires d'Asie du Sud.
L'objectif de cette étude est de rapporter la présentation clinique des enfants originaires d'Asie du Sud présentant un TAP, ainsi que la prise en soins proposée et l'adhésion des familles.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une analyse rétrospective et monocentrique, menée à l'hôpital de Saint Denis. Les données ont été extraites à partir des dossiers médicaux de patients vus entre septembre 2019 et décembre 2022. Les critères d'inclusion étaient : enfant âgés de 0 à 6 ans, présentant des difficultés alimentaires rapportées par les parents, originaires d'Asie du Sud. Le critère de non inclusion était la présence d'une maladie chronique sous-jacente. Les variables numériques sont décrites en valeur absolue, en pourcentage et en moyenne.

Résultats : Vingt-quatre enfants ont consulté pour des difficultés alimentaires durant cette période, dont 13 enfants étaient originaires d'Asie du Sud (8 garçons, 5 filles), soit 54% de la population. La durée moyenne de suivi a été de 8 mois (1-20 mois).
Les difficultés alimentaires étaient décrites comme le motif initial de consultation pour 3 patients. Les autres motifs de consultation étaient : infléchissement pondéral pour 8 patients et vomissements pour 4 patients.
L'âge moyen à la 1ère consultation était de 15 mois (2 mois- 32mois). L'âge moyen à l'apparition des difficultés alimentaires était de 8 mois (10 jours- 24 mois). Pour 2 enfants, les difficultés étaient apparues avant 3 mois et étaient décrites par un refus du biberon et des vomissements. Pour 9 enfants, les difficultés étaient apparues entre 4 et 12 mois et étaient décrites par un refus de la cuillère, des vomissements, une sélectivité alimentaire. Pour 2 enfants les difficultés alimentaires étaient apparues après 12 mois et étaient décrites par une difficultés à avaler les morceaux.
A la première consultation et à la fin du suivi 7 patients avaient une BMI inférieur au 3 ° percentile (courbe OMS). 1 patient a bénéficié d'une nutrition entérale pendant 8 mois
12 enfants étaient nés en France et 1 enfants était né au Sri Lanka. Toutes les parents étaient nés en Asie du Sud. Concernant les habitudes alimentaires un forcing alimentaire était rapporté pour 11 patients (84%). Une exposition aux écrans pendant les repas étaient rapportées pour 9 enfants (70%).5 familles (38%) rapportaient une contention physique pendant le repas. Ces familles expliquaient prendre les enfants sur les genoux en leur tenant les mains et les pieds, et en les inclinaient en arrière.
8 familles ont accepté le suivi médical, 3 familles ont accepté le suivi orthophonique, aucune famille n a accepté le suivi psychologique.

Conclusion : Nous rapportons une série de 13 enfants ayant des difficultés alimentaires, originaire d'Asie du Sud. Ces patients présentent un phénotype semblable : première génération d'enfants nés en France, difficultés alimentaires apparaissant à la diversification alimentaire, inquiétude familiale autour de l'hypotrophie, peu d'adhérence aux soins proposés. Ces observations pourraient être interprétées à l'aide des caractéristiques migratoires de cette population : population non francophone, prise en charge communautaire, mosaïque d'appartenance ethnique, religieuse et culturelle. Cette étude est limitée par son caractère rétrospectif, monocentrique et purement descriptif. Il serait intéressant de poursuivre par une observation prospective et multicentrique des trouble de l'alimentation pédiatrique chez les enfants migrants. Une amélioration de nos connaissances sur les habitudes culturelles autour du repas semble nécessaire pour améliorer l'adhérence aux soins proposés

C.074

Intérêt d'une échelle visuelle d'évaluation des portions alimentaires comme outil de dépistage du risque nutritionnel en pédiatrie (EFIMOME)

C. Barde [1], E. Mas [1]
(1) Toulouse.

Introduction : La Haute Autorité de Santé (HAS) a intégré dans ses dernières recommandations du diagnostic de la dénutrition chez l'enfant et l'adolescent, la réduction des prises alimentaires comme nouveau critère étiologique. Un critère étiologique, associé à un critère phénotypique, permet de diagnostiquer la dénutrition.
L'objectif principal de l'étude est d'évaluer pour la première fois en pédiatrie l'échelle visuelle des portions alimentaires SEFI® en tant qu'outil de dépistage du risque nutritionnel de l'enfant. Le risque nutritionnel sera défini par le score STRONGkids mais aussi par l'état nutritionnel (IMC et indice de Waterlow).

Matériels et Méthodes : Etude pilote, non interventionnelle, prospective, réalisée en hospitalisation de jour, entre Juillet 2020 et Octobre 2022.
Ont été inclus des enfants âgés de 8 à 15 ans, ayant rempli un relevé alimentaire de 3 jours (analysé avec le logiciel Nutrilog®) et capables de réaliser l'échelle visuelle SEFI®. Les enfants ayant un suivi nutritionnel en cours ont été exclus. Lors de la venue, l'échelle visuelle SEFI® a été utilisée par l'enfant puis par le parent pour évaluer la portion consommée au dernier repas de la veille.

Résultats : 51 patients inclus : âge moyen 11,8 ± 2,3 ans dont 56,9 % de filles ; 45,1 % ont un risque nutritionnel modéré selon le STRONGkids. Parmi ces patients on retrouve 2 pathologies principales : 19,6% de Maladies Inflammatoires Chroniques de l'Intestin (MICI) et 11,8% d'allergies médicamenteuses.
Un ratio calorique est calculé à partir du relevé alimentaire puis comparé aux besoins théoriques selon l'âge, le sexe et la réponse à l'échelle visuelle SEFI® par le parent.
Le ratio calorique moyen obtenu pour les filles est de 0,83 ± 0,25 et de 0,91 ± 0,25 pour les garçons.
Pour une portion de l'échelle visuelle SEFI® ≤ ½ assiette, le ratio calorique moyen est de 0,93 ± 0,53.
Le coefficient de Kappa est de 60,2% (Intervalle de Confiance de 95%) concernant la concordance entre la réponse du parent et de l'enfant.
Il apparait donc une meilleure concordance de la réponse de l'enfant par rapport à celle du parent pour les enfants plus âgés : 87,5% pour les enfants âgés de plus de 14 ans, 83,3% pour les enfants âgés de 11-14 ans, 63,16% pour les enfants âgés de 8-10 ans.
66,66% des répondants à l'échelle visuelle SEFI® ≤ ½ assiette ont un risque nutritionnel modéré, 33,33% ont un indice de Waterlow < 80% et 12,5% ont IMC < 18,5.
On observe 100% de concordance entre l'échelle visuelle SEFI® des garçons avec celle de leur parent, quelle que soit la portion. Pour les filles, on retrouve 95% de concordance avec l'échelle visuelle SEFI® du parent si la portion indiquée est l'assiette pleine et 33% de concordance si la portion indiquée est ¼ assiette.

Conclusion : L'échelle visuelle SEFI® est un outil facile, ludique, permettant une bonne évaluation des portions consommées, qui peut être utilisé de façon fiable par l'enfant dès 12 ans. Le faible échantillon ne permet pas d'établir un risque nutritionnel par rapport à une portion consommée. Il est donc nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle étude, en hospitalisation traditionnelle, comportant un plus grand échantillon de patients.

C.075

Etude prospective de la charge virale plasmatique du Torque teno virus dans une cohorte de patients atteints de maladies inflammatoires chroniques de l'intestin pédiatriques traités par anti-TNF

J. Bardet [1], V. Cheynet [1], S. Trouillet-Assant [1], A. Portefaix [1], K. Brengel-Pesce [1], A. Bal [1], L. Restier [1], R. Duclaux-Loras [1]
(1) Lyon.

Introduction : Les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI) pédiatriques sont des maladies multifactorielles évoluant par poussées imprévisibles et périodes de rémission. Un des enjeux actuels est d'identifier de nouveaux marqueurs sanguins capables de prédire l'activité de ces maladies et leur réponse au traitement. Le Torque teno virus (TTV), un virus ubiquitaire, est décrit comme un marqueur d'immunosuppression chez des patients infectés par le virus d'immunodéficience humaine, greffés de moelle osseuse ou transplantés solides. Son évaluation chez les patients atteints de MICI n'a jamais été réalisée, même si de nombreux patients atteints de MICI sont soumis à des traitements immunosuppresseurs.

Matériels et Méthodes : Nous avons étudié prospectivement l'évolution de la charge virale plasmatique du TTV chez des patients pédiatriques atteints de MICI et traités par anti-Tumor Necrosis Factor α (TNF-α) entre juillet 2019 et mai 2020, suivis à l'Hôpital Femme-Mère-Enfant de Lyon. Leurs données cliniques et biologiques dont la charge virale plasmatique en TTV et les taux résiduels d'anti-TNF-α ont été recueillis à l'inclusion (V0), puis à 6 (V1) et à 12 mois (V2) de suivi après induction par anti-TNF-α.

Résultats : Dix-neuf patients consécutifs ont été inclus, 15 patients atteints de la maladie de Crohn et 4 patients atteints de rectocolite hémorragique. L'âge médian était de 13,95 ans. La prévalence du TTV était de 68,42 % à l'inclusion. La charge virale moyenne (± DS) sanguine du TTV était de 1,95 (± 1,5) log10 copies/mL. Nous avons observé une rémission clinique (scores PCDAI <10 ou PUCAI <10) chez 78% des patients après un an de traitement par anti-TNF-α. Aucune relation significative entre les scores cliniques ou la calprotectine fécale, d'une part, et la charge virale du TTV, d'autre part, n'a pu être démontrée. Cependant, les patients répondeurs au traitement avaient une charge virale TTV en moyenne plus basse que les non-répondeurs (2.08 ± 1.9 vs 3.25 ± 0.77 log10 copies/mL). Enfin, la charge virale TTV était en moyenne plus basse chez les patients présentant des taux résiduels thérapeutiques d'anti-TNF-α que chez ceux présentant des taux résiduels infra- thérapeutiques (1.93 ± 1.35 vs 2.97 ± 1.33 log10 copies/mL à V1 ; 1.64 ± 1.36 vs 2.86 ± 1.80 log10 copies/mL à V2).

Conclusion : Notre étude décrit pour la première fois la cinétique de la charge virale TTV chez les enfants atteints de MICI en poussée et traités par anti-TNF-α, ainsi que la relation entre charge virale TTV et réponse thérapeutique. D'autres études seront nécessaires pour déterminer l'intérêt clinique du monitoring de la charge virale TTV dans les MICI pédiatriques.

C.076

Evaluation de l'efficacité de la mise en place d'organoïdes coliques dans les maladies inflammatoires chroniques intestinales et la polypose adénomateuse familiale

E. Mas [(1)], M. Quaranta [(1)], A. Arrouy [(1)], D. Michel [(1)], D. Bonnet [(1)], K. Barange [(1)], A. Breton [(1)], L. Alric [(1)], A. Ferrand [(1)], A. Bourchany [(1)], C. Girard [(1)], F. Barreau [(1)]

(1) Toulouse.

Introduction : La culture d'organoïdes coliques est un outil pertinent pour la recherche fondamentale et translationnelle. En effet, les différents types de cellules épithéliales intestinales sont présentes et non transformées, à la différence des lignées cellulaires en culture 2D. Par ailleurs, elle est adaptée à la médecine personnalisée.

Patients et Méthodes : Un protocole de recherche a été mis en place en 2017 pour caractériser le fonctionnement des cellules souches intestinales (CSI) dans les maladies inflammatoires chroniques intestinales (MICI) (maladie de Crohn (MC) et rectocolite hémorragique (RCH)), la polypose adénomateuse familiale (PAF) et des témoins. Le protocole de mise en culture est adapté de Sato et al.1,2

Résultats : Ont été inclus 132 personnes dont 29 MC, 16 RCH, 26 PAF et 48 témoins. Les 9 colites indéterminées ont été exclues et il y a eu 4 échecs de screening. Il s'agit de 67 enfants et 65 adultes, de moyenne d'âge 28,8 ans.
Nous avons retrouvé des différences significatives en terme de succès de la culture d'organoïdes. De manière attendue, les organoïdes PAF poussent bien mieux que les autres (88%), vs témoins (54%), RCH (43%) et MC (31%), (p<0,0001). A l'inverse, les organoïdes MC poussent moins bien que les témoins (p=0,017). Concernant les échecs de culture, la contamination est plus fréquente chez les témoins (5/19 échecs (26%)) et MC (5/19 (26%)), que chez les RCH (1/9 (11%)) et les PAF (2/3 (66%)) ; la différence est significative entre témoins et PAF uniquement (p=0,02).

Discussion : La voie Wnt/APC/b-caténine est impliquée dans le fonctionnement des CSI. Comme les patients PAF ont une mutation d'APC qui active cette voie, l'efficacité de la culture d'organoïdes PAF était attendue. A l'inverse, l'inflammation et les ulcérations caractéristiques des MICI induisent une diminution des CSI dans les biopsies et une efficacité moindre de la culture d'organoïdes.
La culture d'organoïdes est un outil utilisable pour la médecine personnalisée. Pour les MICI, des modèles plus complexes seront indispensables, avec notamment présence de cellules inflammatoires. Mais l'optimisation et l'uniformisation des protocoles de culture est nécessaire.

Conclusion : L'efficacité de la culture d'organoïdes coliques est excellente dans la PAF mais diminuée dans les MICI. Cette information est indispensable à prendre en considération pour l'améliorer afin que les organoïdes puissent ultérieurement être utilisés comme outils prédictifs de réponse thérapeutique dans la médecine personnalisée.

Remerciements, financements, autres :
DGOS, Inserm, Rotary

C.077

Expérience multicentrique de l'utilisation de l'infliximab sous-cutané dans les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin de l'enfant

A.S. Duquerois [(1)], T. Loppinet [(2)], C. Martinez-Vinson [(3)], S. Heissat [(2)], P. Poinsot [(2)], N. Caron [(2)], R. Duclaux-Loras [(2)]

(1) Clermont-Ferrand ; (2) Lyon ; (3) Paris.

Introduction : La maladie de Crohn (MC) et la rectocolite hémorragique (RCH) sont des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI) qui se caractérisent par une inflammation de la paroi du tube digestif, évoluant par poussées entrecoupées de périodes de rémission. L'infliximab intraveineux (IIV) est désormais un traitement de référence dans les MICI de l'enfant, dont l'efficacité a été démontrée. Récemment, une forme sous-cutanée (SC) de l'infliximab a montré son efficacité dans le traitement des MICI de l'adulte. Actuellement, il n'existe que très peu de données en pédiatrie concernant la forme sous-cutanée, ainsi nous avons souhaité rapporter notre expérience sur l'utilisation de l'infliximab SC (ISC).

Patients et Méthodes : Cette étude de cohorte rétrospective multicentrique à l'hôpital Femme Mère Enfant de Lyon et de Robert Debré à Paris a inclus des patients âgés de moins de 18 ans, porteurs de MICI en rémission (MC et RCH), dont le poids était supérieur à 50 kg traités par IIV. Les différents paramètres cliniques, biologiques et pharmacologiques ont été évalués avant le passage à la forme sous-cutanée, à l'inclusion (M0), à 3 mois (M3) et à 6 mois (M6) du passage à la forme SC. L'activité de la maladie a été évaluée à l'aide du score PCDAI pour la MC et du score PUCAI pour la RCH. La calprotectine fécale, les biomarqueurs inflammatoires, le taux résiduel d'infliximab et l'immunogénicité ont également été évalués.

Résultats : Nous avons inclus 21 patients entre novembre 2022 et avril 2023. Un traitement immunomodulateur était associé à l'IIV dans 71% des cas. La posologie d'IIV en traitement d'entretien avant le passage à l'ISC était de 10 mg/kg/8 semaines chez la plupart des patients (62%). Huit patients étaient optimisés à 10 mg/kg/4 semaines avant le passage à l'ISC (38%). Les scores de rémission clinique (PUCAI et PCDAI) étaient inférieurs à 10 après le passage à l'ISC. Concernant la calprotectine fécale, la valeur médiane était de 227 µg/g de selles [21 – 1613] avant le passage à l'ISC et de 141 µg/g de selles [12 – 831] à 6 mois après l'introduction de la forme SC. Nous n'avons pas retrouvé de différence significative concernant les taux de calprotectine fécale après le changement de traitement (p=0.15). Les taux résiduels d'infliximab étaient de 12.1 µg/mL [1.6 – 20] sous IIV et de 11.5 µg/mL [1 – 20] à 6 mois du passage à l'ISC. Nous n'avons pas retrouvé de différence significative pour les taux résiduels avant et après le changement de traitement (p=0.67). Aucun patient n'a développé d'anticorps contre l'infliximab après le passage à l'ISC. Un patient a présenté un effet indésirable au traitement SC de type douleur au point d'injection.

Conclusion : Nous avons observé, chez les enfants atteints d'une MICI, l'absence de rechute 6 mois après le passage à l'ISC. L'ensemble des indices cliniques d'activité de la maladie, les biomarqueurs inflammatoires et les taux résiduels d'infliximab étaient stables. Nous n'avons constaté aucun cas d'immunogénicité à l'ISC. Ainsi, le traitement par voie sous-cutanée semble être une option thérapeutique sérieuse dans le maintien de la rémission de l'enfant atteint d'une MICI.

C078

Etude descriptive de la fréquence de la maladie cœliaque chez l'enfant diabétique de type 1

Y. Belkebir [1]
(1) Alger, ALGÉRIE.

Introduction : La prévalence de la MC chez le diabétique de type 1, est nettement plus élevée que dans la population générale. Ceci est expliquée par le fait que les deux maladies Dysimmunitaire partagent un matériel génétique commun (HLA et non HLA) localisés sur le chromosome 6 au niveau de la région DQB1 0302 /0201 du complexe HLA. Leur association chez l'enfant varie entre 1,6 à 16,4% plus elevee que chez l'adulte .l'objectif de notre étude et d'evaluer la fréquence de maladie cœliaque chez les enfants diabétiques de type 1, déterminer l'âge au diagnostic par rapport au diabète et le délai de la séroconversion de la MC chez le DT1

Patients et Méthodes : C'est une étude rétrospective descriptive à partir de dossiers d'enfants diabétiques de type1 âgés de 0-16 ans suivis au service de pédiatrie, qui ont bénéficié d'un dépistage sérologique de la MC au moment du diagnostic de diabète et puis annuellement. Un questionnaire a été établi a cet effet comportant l'âge du diagnostic de la MC et du DT1, délai diagnostique par rapport au diabète, sa fréquence, ses symptômes cliniques, les résultats des sérologies, de l'endoscopies et de l'anatomopathologies. Toutes ces données sont reportées sur Excel 2017, analysées et comparées aux résultats de la littérature

Résultats : 350 enfants présentant un diabétique de type1 sont suivis dans notre structure au moment du recueil des données. Ils sont repartis en 210 filles et 140 garçons âgés entre de 1-16 ans.
La MC a été diagnostiquée chez des enfants âgés entre 3 et 14 ans avec une moyenne d'âge de 7,5 ans. 5 enfants âgés de moins de 5 ans, 10 âgés de 6 à 9 ans et 7 étaient âgés de plus de 10 ans. La notion de MAI a été recherchés chez les parents et la fratrie, ainsi que chez les apparentés du 2ème degré. 6 enfants avaient des antécédents familiaux de maladie auto-immune.
12 enfants ont présenté une MC au cours de la première année de diabète,9 ont été diagnostiqués au cours des 5 années qui ont suivie alors qu'un seul enfant a été diagnostiqué après 5 ans d'évolutions du DT1.Le diagnostic de maladie cœliaque est posé lors du dépistage systématique chez 18 patients. Ils étaient tous asymptomatique.
Les 22 enfants avaient un des taux positif parfois EMA ou TGt ou parfois les deux positives
Le dosage des IgA totaux recommandé systématiquement par ESPGHAN chez les sujets cœliaque n'a pas été rapporté dans les dossiers. 4 cas ont bénéficié d'un typage HLA DQ2 DQ8 devant la discordance entre la sérologie positive et une histologie normale et les deux autres étaient à la demande des parents. Les résultats sont revenus à chaque fois positive et une histologie en faveur de la maladie cœliaque chez 20 cas mis sous régime sans gluten et 2 cas de forme potentielle exemptes de régime .L'assiduité au RSG était mauvaise puisque 8 /20 ne suivaient pas correctement

Discussion : La fréquence de la MC dans notre cohorte est 6,28%. Elle est proche des dernières données publiées en 2015 par Ana-pharm. et al de 5% avec des valeurs extrêmes allant de 1,6 à 9,4%. Les antécédents familiaux de maladie auto-immune était de 27% plus bas que la littérature de 74% puisque notre recherche était limite aux du diabète et la MC. On a relevé 2 patient présentant une thyroïdite auto-immune associée, ce taux faible peut être explique par l'absence du dépistage systématique chez le diabétique dans notre contexte. Alors que la présence d'autres maladies auto-immunes chez les patients cœliaques et diabétiques est plus importante que chez les diabétiques seul 35,7 % vs 6,3% et la thyroïdite auto-immune constitue la première endocrinopathie associée au DT1 et soumise systématiquement aux dépistages. : Le délai diagnostique par rapport au DT1 était de 95 % après un delai de 5ans Le risque d'apparition de la MC est plus important au cours des 5 premières années après le diagnostic du DT. Nous avons trouvé 81% de forme asymptomatique on retrouve surtout les formes silencieuses mais à posteriori avec un interrogatoire minutieux on peut retrouver des symptômes. Dans la même revue systématique la maladie cœliaque chez le diabétique est silencieuse dans 85%

Conclusion : : La fréquence de la maladie cœliaque ainsi que d'autre maladie auto-immune est très élevée chez les DT1. Le dépistage précoce et systématique permet à ces enfants diabétiques, fragiles et en pleine croissance d'avoir une vie normale sans complications dégénérative.

C.079

Evaluation de l'acceptabilité de la thérapie nutritionnelle par exclusion dans les MICI pédiatriques

C.A. Marjollet [1], R. Duclaux-Loras [2], N. Caron [2], C. de l'Hermuzière [2]

(1) Saint-Étienne ; (2) Lyon.

Introduction : De nombreuses études ont montré l'intérêt de la nutrition entérale exclusive (NEE) dans la prise en charge des Maladies Inflammatoires Chroniques de l'Intestin (MICI) de l'enfant. Cependant, la NEE est parfois mal tolérée sur le plan digestif. L'association d'une nutrition entérale partielle (NEP) à un régime restrictif (REMC) a elle montré une meilleure acceptabilité des patients pour une efficacité identique à la NEE. L'objectif de cette étude a été de rapporter notre expérience dans l'utilisation de cette nouvelle thérapie nutritionnelle (TN) ainsi que d'évaluer la tolérance et le ressentie des patients.

Matériels et Méthodes : Cette étude observationnelle rétrospective multicentrique (CHU de Lyon et Saint-Etienne) a inclus des patients ayant débuté un REMC associé à une NEP entre janvier 2019 et mars 2023. Des données démographiques ainsi que des données d'activité de la maladie ont été recueilli, la tolérance et l'acceptabilité de cette TN ont été évalué à l'aide de questionnaires patients et parents.

Résultats : Vingt-quatre patients ont été inclus et 18 questionnaires patients-parents nous ont été retournés. L'âge médian de notre population était de 13 ans. Le sexe ratio H/F était de 0.71. Il y avait 19 patients atteints de Maladie de Crohn (MC), 2 de Rectocolite Hémorragique et 3 de VEOIBD (Very Early Onset Inflammatory Bowel Disease). Le score médian d'activité PCDAI des MC était de 49. Vingt patients ont débuté la thérapie nutritionnelle (TN) en l'associant à une thérapie médicamenteuse. A S6, 76% des patients sous TN avait une évolution favorable, sans nécessité d'escalade thérapeutique et 64% à S12. Vingt patients sur 24 ont arrêté la TN, parmi eux, 30% pour raisons médicales et 70% pour convenance personnelle. Onze patients (55%) ont poursuivi la TN de manière non conventionnelle. A 22 semaines, 50% des patients avaient arrêté la thérapie nutritionnelle. Le taux de bonne observance était de 83%. Le score de qualité de vie globale était de 7,1/10, celui de la qualité de vie sociale de 6,4/10 et celui de la tolérance psychologique de 4,7/10. Soixante-quinze pourcent des enfants avaient une mauvaise tolérance psychologique et 79% recommandaient la TN.

Conclusion : En somme, seulement 10 patients ont poursuivi la thérapie nutritionnelle REMC-NEP jusqu'à 24 semaines. La cause principale d'arrêt du régime était l'intolérance psychologique. La qualité de vie était impactée par ce régime et tout particulièrement par les frustrations alimentaires qu'il entraîne.

C.080 Plénière

Dissection sous-muqueuse des adénocarcinomes superficiels de l'œsophage : résultats de l'étude prospective multicentrique française ESTÉBAN

G. Bergez [1], V. Lepilliez [2], M. Pioche [2], T. Wallenhorst [3], N. Chapelle [4], J. Jacques [5], P. Deprez [6], A. Berger [7], G. Vanbiervliet [8], S. Leblanc [2], R. Coriat [1], F. Prat [9], M. Barret [1]

(1) Paris ; (2) Lyon ; (3) Rennes ; (4) Nantes ; (5) Limoges ; (6) Bruxelles, BELGIQUE ; (7) Bordeaux ; (8) Nice ; (9) Clichy-la-Garenne.

Introduction : La dissection sous-muqueuse (endoscopic submucosal dissection ou ESD) est le standard du traitement endoscopique des carcinomes épidermoïdes superficiels de l'œsophage et des adénocarcinomes gastriques superficiels. Sa place dans le traitement des lésions visibles sur œsophage de Barrett est débattue. Nous avons évalué la sécurité et l'efficacité de l'ESD dans le traitement des adénocarcinomes superficiels de l'œsophage.

Matériels et Méthodes : Nous avons réalisé une étude multicentrique prospective, incluant 141 patients de décembre 2016 à janvier 2019, suivis pendant 3 ans au moins, et ayant bénéficié d'une résection par ESD d'une lésion suspecte sur œsophage de Barrett. Le critère de jugement principal était le taux de résection histologiquement complète (R0) pour l'adénocarcinome et la dysplasie de haut grade.

Résultats : La population de l'étude comportait 126 (89%) hommes, âgés en moyenne de 68 ans. Les lésions réséquées mesuraient en moyenne 2,5 cm, et contenaient un adénocarcinome sous-muqueux, intramuqueux, de la dysplasie de haut grade, ou de bas grade dans 19%, 57%, 16% et 7% des cas, respectivement. Le taux de résection R0 pour l'adénocarcinome et la dysplasie de haut grade était de 81% (87/108), et de 85% (91/108) pour l'adénocarcinome seul. Le taux de résection curative était de 70% (76/108). Six complications précoces (< 48h) ont été enregistrées, dont 5 hémorragies et 1 pneumopathie d'inhalation. Il n'y a pas eu de perforation. 17 sténoses œsophagiennes ont été enregistrées, toutes traitées endoscopiquement par une moyenne de 2 séances de dilatations. L'éradication complète de la métaplasie intestinale était obtenue au terme du suivi chez 74% des patients. Au total, 18 (16%) patients ont présenté une récidive dans les 3 ans : 10 à M3 (dont 5 sur le site de résection), 5 à M6 et 3 à M36. Parmi ces 18 patients, 3 patients (3%) ont présenté une récidive métastatique. Neuf patients sont décédés au cours du suivi, dont 2 (2%) des suites de leur adénocarcinome œsophagien, l'un à la suite d'une évolutivité de sa maladie et l'autre suite à une endoscopie pour la pose d'une prothèse œsophagienne.

Conclusion : La dissection sous-muqueuse permet une résection en bloc des adénocarcinomes superficiels de l'œsophage, évitant l'esophagectomie, chez plus de 80 % des patients, avec un profil de sécurité acceptable. Ces résultats justifient l'utilisation de cette technique pour réséquer les lésions visibles de plus de 15 mm, fibreuses, ou suspectes de cancer. La diffusion de l'ablation systématique de l'œsophage de Barrett après résection endoscopique, et le développement de traitements adjuvants à l'endoscopie pourraient permettre de diminuer le taux de récidive locales et à distance.

C108 Plénière

TFOX *versus* FOLFOX en première ligne de traitement de l'adénocarcinome de l'estomac et de la jonction œso-gastrique métastatique HER2 négatif (GASTFOX-PRODIGE 51) : un essai randomisé de phase III

A. Zaanan [1], O. Bouché [2], C. de la Fouchardière [3], E. Samalin [4], K. Le Malicot [5], S. Pernot [6], P. Artru [7], V. Le Brun Ly [8], K. Aldabbagh [9], F. Khemissa Akouz [10], H. Castanié [11], M. Laly [12], D. Botsen [2], M. Muller [13], G. Roth [14], T. Lecomte [15], J.M. Phelip [16], C. Lepage [5], C. Louvet [1]

(1) Paris ; (2) Reims ; (3) Marseille ; (4) Montpellier ; (5) Dijon ; (6) Bordeaux ; (7) Lyon ; (8) Limoges ; (9) Compiègne ; (10) Perpignan ; (11) Nantes ; (12) Angers ; (13) Nancy ; (14) Grenoble ; (15) Tours ; (16) Saint-Etienne.

Introduction : La chimiothérapie de référence en première ligne de traitement pour l'adénocarcinome gastrique (G) et de la jonction œsogastrique (JOG) métastatique HER2 négatif est une combinaison de fluoropyrimidine (5-fluorouracile [5-FU] ou capécitabine) et de sels de platine (oxaliplatine ou cisplatine), tel que le protocole FOLFOX (5-FU + oxaliplatine). La tri-chimiothérapie par FLOT (5-FU + oxaliplatine + docetaxel), qui est le protocole de chimiothérapie de référence en péri-opératoire des formes localisées résécables, a montré des résultats prometteurs en situation métastatique dans des études de phase II.

Patients et Méthodes : GASTFOX est un essai PRODIGE de phase III ayant comparé un traitement par FOLFOX (acide folinique (AF) 400 mg/m^2, oxaliplatine 85 mg/m^2, 5-FU bolus 400 mg/m^2 suivi par du 5-FU continu (c) à 2.400 mg/m^2 /46h ; 1 cycle / 2 semaines) *versus* FLOT modifié (=TFOX) (docetaxel 50 mg/m^2, AF 400 mg/m^2, oxaliplatine 85 mg/m^2 suivi par du 5-FUc à 2.400 mg/m^2 /46h ; 1 cycle / 2 semaines) en première ligne de traitement de l'adénocarcinome G/JOG métastatique HER2 négatif. Les principaux critères d'éligibilité étaient un état général conservé (ECOG PS 0-1), une maladie mesurable selon les critères RECIST 1.1, une fonction hépatique, rénale et hématologique satisfaisante, et l'absence de traitement antérieur par docetaxel. L'objectif principal était la survie sans progression (SSP) en intention de traiter. Les objectifs secondaires étaient la survie globale (SG), le taux de réponse objective (RO), la toxicité et la qualité de vie (QDV). Pour les analyses de survie, le Hazard Ratio (HR) et l'intervalle de confiance (IC) à 95 % ont été estimés par un modèle à risque proportionnel de Cox. En cas de non-proportionnalité du risque, la durée de survie moyenne restreinte (RMST, « restricted mean survival time ») a été utilisée pour évaluer l'effet du traitement (1-3).

Résultats : Entre décembre 2016 et décembre 2022, 506 patients ont été randomisés (1 :1) pour recevoir un traitement par FOLFOX (n=252) ou TFOX (n=254). Les caractéristiques à inclusion étaient similaires entre les 2 bras de traitement : homme, 78% ; âge médian, 64 ans ; ECOG PS 1, 57% ; localisation JOG, 56% ; traitement (néo)adjuvant antérieur, 6%. Le suivi médian était de 42.8 mois. Le traitement par TFOX comparativement au FOLFOX était associé à une amélioration significative de la SSP (médiane : 7,59 vs 5,98 mois, non proportionnalité du risque / RMST à 12 mois de suivi : 7,52 vs 6,62 mois ; p=0,007). Les patients traités par TFOX avaient également une amélioration significative de la SG (médiane : 15,08 vs 12,65 mois, proportionnalité du risque confirmé : HR=0,82 [0,68-0,99] ; p=0,048), et du taux de RO (66,2 vs 57,5% ; p=0,04). Les principales toxicités de grade 3-4 étaient la neuropathie (31,7 vs 19,7%), diarrhée (14,5 vs 6,4%) et neutropénie (26,1 vs 17,7%) dans les bras de traitement par TFOX et FOLFOX, respectivement. Le temps médian jusqu'à détérioration de la QDV (> 5 points de perte sur l'échelle EORTC QLQC30) était significativement plus long pour les patients traités par TFOX (17,0 vs 13,7 mois ; HR 0,75 [0,59-0,94] ; p=0,015).

Discussion : Le TFOX peut être considéré comme une nouvelle option de traitement en première ligne pour les patients éligibles à une tri-chimiothérapie, notamment pour ceux présentant une tumeur PD-L1 et CLDN18.2 négatives pour lesquels le FOLFOX restait le standard thérapeutique. Compte tenu des résultats récents de l'immunothérapie et du zolbétuximab, la prochaine étape sera d'évaluer l'utilisation de ces molécules avec le TFOX (GASTFOX-2).

Conclusion : Le protocole TFOX a démontré une amélioration statistiquement significative de la SSP, la SG, du taux de RO, et de la QDV par rapport au FOLFOX dans le traitement de première ligne de l'adénocarcinome G/JOG métastatique HER2 négatif. Le profil de tolérance du TFOX était gérable et cohérent avec les études antérieures. Le TFOX peut être considéré comme une nouvelle option de traitement en première ligne pour les patients éligibles à une tri-chimiothérapie.

Remerciements, financements, autres :
PRODIGE (FFCD, Unicancer-GI, GERCOR)
Étude promue et financée par la FFCD

C.082 Plénière

Traitement de l'incontinence fécale par injections intra-rectales de toxine botulique : résultats d'une étude de phase 3, contrôlée, randomisée en double aveugle, multicentrique

A.M. Leroi [1], M. Queralto [2], F. Zerbib [3], L. Siproudhis [4], V. Vitton [5], G. Amarenco [6], I. Etienney [6], F. Mion [7], V. Bridoux [1], J. Philip [2], C. Brochard [4], H. Damon [7], E. Lacroix [1], A. Gillibert [1], G. Gourcerol [1]

(1) Rouen ; (2) Cornebarrieu ; (3) Bordeaux ; (4) Rennes ; (5) Marseille ; (6) Paris ; (7) Lyon.

Introduction : Les injections intra-détrusoriennes de toxine botulique (BTX-A) sont utilisées depuis plus de 20 ans pour le traitement du syndrome d'hyperactivité vésicale responsable d'incontinence urinaire avec urgenturie. Plus récemment, deux séries de cas ont rapporté l'intérêt des injections intra-rectales de toxine botulique pour le traitement de l'incontinence fécale(1-2). L'objectif de cette étude était d'évaluer l'efficacité des injections de BTX-A intra-rectales pour le traitement de l'incontinence fécale (IF) active (précédée de besoins exonérateurs impérieux) au cours d'une étude multi-centrique, contrôlée, randomisée, en double aveugle.

Patients et Méthodes : Les patients avec une IF active ont été inclus dans 8 centres français et randomisés de façon à recevoir soit 10 injections intra-rectales pour une dose totale de 200 U de BTX-A (groupe BTX-A) soit l'équivalent de sérum physiologique (groupe placebo). Les patients ont été suivis un (M1), trois (M3) et 6 mois (M6) après la dispensation du traitement. Après M6 et la levée d'aveugle, les patients du groupe placebo pouvaient avoir les injections de BTX-A en ouvert s'ils le souhaitaient. Le critère d'évaluation principal était le nombre d'épisodes d'IF et de besoins exonérateurs impérieux par jour évalué à l'aide d'un calendrier des selles rempli par les patients les 21 jours précédant M3. Les critères d'évaluation secondaires étaient le nombre d'épisodes d'IF/besoins impérieux quotidiens à M1 et M6, les scores de sévérité et le score Fecal Incontinence Quality of Life (FIQL), le délai de retenue des selles évalués à M1, M3 et M6 et la satisfaction du patient à M6. Une manométrie anorectale était réalisée avant et après injections. L'analyse du critère de jugement principal était réalisée en intention de traiter modifiée (mITT), ajustée à la situation basale.

Résultats : Entre Novembre 2015 et Novembre 2020, 200 patients souffrant d'IF active ont été randomisés parmi lesquels 96 patients ont reçu la BTX-A et 95 le placebo. La moyenne (écart-type) du nombre d'épisodes d'IF/besoins impérieux a diminué de 1.9 (2.2) en basal à 0.8 (1.8) à M3 dans le groupe BTX-A et de 1.4 (1.1) à 1.0 (1.0) dans le groupe placebo, avec une différence des moyennes ajustées sur la valeur basale de −0.51 (95% CI −0.80 à −0.21, p=0.0008). A M3, 69 (72%) des patients du groupe BTX-A avaient une amélioration du nombre quotidien d'épisodes d'IF/besoins impérieux de 50% ou plus comparé à 44 (46%) dans le groupe placebo (p=0.0001). Le nombre ajusté d'épisodes quotidiens d'IF/besoins impérieux à M1 (−0.37, p=0.02) et M6 (−0.38, p=0.03), le délai de retenue des selles (p=0.02), les scores qualité de vie « mode de vie » (+0.28, p=0.04) et « comportement » (+0.39, p=0.002) à M3, ainsi que la satisfaction globale des patients (86% vs 37%, p<0.0001) étaient significativement meilleurs dans le groupe BTX-A comparé au groupe placebo. Aucune différence significative n'a été observée concernant le score de sévérité de l'IF et les paramètres de la manométrie anorectale entre les deux groupes. Aucun effet indésirable grave imputable à la BTX-A n'a été observé. L'événement indésirable le plus fréquent était la constipation mais qui était aussi fréquent dans le groupe BTX-A (68/169, 40%) que dans le groupe placebo (38/95, 40%) (p=0.96).

Conclusion : Les injections intra-rectales de BTX-A sont un traitement efficace de l'IF active. D'autres études seront nécessaires pour évaluer les meilleurs candidats, optimiser la procédure d'injections et le schéma de ré-injections ainsi qu'évaluer les résultats à long-terme.

C.083 Plénière

Infliximab + azathioprine avec sevrage rapide en corticoïdes *versus* corticothérapie classique et azathioprine dans le traitement d'une colite aiguë sévère répondant à la corticothérapie intraveineuse : ACTIVE, un essai contrôlé, randomisé en ouvert

A. Amiot [1], P. Seksik [2], A. Meyer [1], C. Stefanescu [3], P. Wils [4], R. Altwegg [5], L. Vuitton [6], L. Plastaras [7], A. Nicolau [8], A. Buisson [9], N. Duveau [4], D. Laharie [10], M. Boualit [4], M. Allez [2], B. Coffin [11], E. Chanteloup [2], G. Bouguen [12], E. Vicaut [2], L. Peyrin-Biroulet [13]

(1) Le Kremlin-Bicêtre ; (2) Paris ; (3) Neuilly-sur-Seine ; (4) Lille ; (5) Montpellier ; (6) Besançon ; (7) Colmar ; (8) Nice ; (9) Clermont-Ferrand ; (10) Bordeaux ; (11) Colombes ; (12) Rennes ; (13) Nancy.

Introduction : Après un épisode de colite aiguë grave (CAG) de rectocolite hémorragique ayant répondu à la corticothérapie intraveineuse (IV), il n'existe pas de certitude sur le meilleur traitement d'entretien à mettre en place. Chez les patients naïfs de thiopurine, une thiopurine en monothérapie est communément recommandée. La supériorité d'une combothérapie associant l'infliximab à une thiopurine n'a jamais été démontrée dans cette situation.

Patients et Méthodes : Nous avons mené une étude ouverte, multicentrique, en groupes parallèles, contrôlée et randomisée dans 23 centres français. Les patients naïfs de thiopurine et de biothérapie hospitalisés pour une CAG (Score de Lichtiger >10) ont été criblés entre décembre 2016 et juin 2021. En cas de réponse à la corticothérapie IV par methylprednisolone 0,8 mg/kg/jour – définie par un score de Lichtiger <10 et diminution d'au moins 3 points de ce score sur 2 jours consécutifs en l'absence des critères d'Oxford - dans les 5 jours suivant son initiation, les patients étaient randomisés pour recevoir 1) une combothérapie par infliximab (5 mg/kg aux semaines 0,2 et 6 puis toutes les 8 semaines) et azathioprine (2 à 2,5 mg/kg/jour) avec un sevrage en corticoïdes dans les 7 jours suivant l'inclusion (bras IFX + AZA) ou 2) une corticothérapie orale avec une décroissance standardisée et de l'azathioprine (bras AZA). En cas d'intolérance aux thiopurine, le méthotrexate 25 mg/semaine était initié dans les 2 semaines dans le bras IFX + AZA.Le critère principal de jugement était un critère composite d'échec thérapeutique comportant l'absence de rémission clinique (Score total de la Mayo Clinic ≤2 sans sous-score >1), l'absence de cicatrisation muqueuse (Sous-score endoscopique de la Mayo Clinic de 0 ou 1), l'utilisation d'un traitement interdit (incluant une corticothérapie au-delà du 7ème jour dans le bras IFX + AZA et au-delà de 14 semaines dans le bras AZA) pour une rechute clinique (Score partiel de la Mayo clinique >5), un évènement indésirable nécessitant l'arrêt d'un traitement alloué par la randomisation, une colectomie ou un décès. L'analyse statistique a été réalisée en intention de traiter (ITT) et en per protocol (PP). Un effectif de 73 patients par groupe avait été calculé de façon à montrer une diminution de 24% de l'échec thérapeutique dans le bras IFX + AZA. L'étude a été interrompue de façon prématurée en septembre 2021. La décision d'interruption d'étude a été prise sans connaître les résultats des 64 premiers patients randomisés.

	Bras IFX + AZA (n=32)	AZA arm (n=32)
Utilisation d'un traitement prohibé pour cause de rechute	6 (18,8%)	10 (31,2%)
Evènement indésirable entrainant l'interruption du traitement alloué	5 (15,6%)	3 (9,4%)
Retrait de consentement	1 (3,1%)	0
Absence de rémission Clinique sans corticoïdes à la semaine 52	5 (15,6%)	8 (25,0%)
Sous-score endoscopique de la Mayo Clinic ≥2	6 (18,8%)	8 (25,0%)

Résultats : Un total de 64 patients a été randomisé (32 femmes, âge médian de 34,5 IC95%[26,3-50,3] ans, 38% de pancolites, score de Lichtiger médian de 13,0 [12,0-14,0], protéine C-réactive médiane de 29,0 [12,8-96,8] mg/L et albumine sérique de 31,2 [27,7-35,6] g/L lors du criblage : 32 ont été alloué dans le bras IFX+AZA et 32 dans le bras AZA. Un patient randomisé dans le groupe AZA et a dû être opéré en urgence dans la même journée ne recevant aucun des traitements alloués. Aucun décès n'est suvenu.

En ITT, l'échec thérapeutique à la semaine 52 était observé dans 81,5 % des cas dans le bras AZA et dans 53,3 % des cas dans le bras IFX + AZA (OR 3,85 [1,15-12,88] ; p=0,03). Les composants du critère de jugement principal sont exposés dans le tableau 1. Dans l'analyse per protocol, l'échec thérapeutique à la semaine 52 était observé dans 81,5 % des cas dans le bras AZA et dans 50,0 % des cas dans le bras IFX + AZA (OR 4,40 [1,28-15,18] ; p=0,02). Un total de 124 évènements indésirables a été rapporté au cours de l'études chez 42 patients avec 24 évènements indésirables sévères : 13 exacerbation de la rectocolite hémorragique, 6 infections sévères, 6 intolérances à l'azathioprine justifiant son arrêt, et 4 évènements divers. Il n'existait aucune différence entre le bras IFX + AZA et le bras AZA en termes d'évènements indésirables et d'évènements indésirables sévères.

Conclusion : Une combothérapie par IFX + AZA associée à un sevrage précoce en corticoïdes était plus efficace qu'une corticothérapie standard associé à l'AZA pour éviter un échec thérapeutique à 52 semaines au décours d'un épisode de CAG cortico-sensible (EudraCT number 2014-005212-42; avec le soutien financier de Pfizer).

CO84

Résultats d'une étude de phase 2 sur le traitement par brentuximab védotine et CHP suivi d'une autogreffe de moelle chez les patients atteints d'un EATL : essai EATL-001

S. Khater [1], D. Sibon [1], J. Bruneau [1], C. Brouzes [1], L. Lhermitte [1], T. Molina [1], V. Asnafi [1], C. Cellier [1], O. Hermine [1]

(1) Paris.

Introduction : L'EATL (enteropathy associated T cell lymphoma) est une complication rare de la maladie cœliaque. Son pronostic est mauvais avec une survie globale à 2 ans de l'ordre de 20%. La majorité des EATL expriment le CD30 et peuvent bénéficier d'une thérapie ciblée par brentuximab vedotin (BV).

Matériels et Méthodes : EATL-001 est un essai de phase 2 réalisé dans le cadre du réseau CELAC et du groupe LYSA, évaluant l'efficacité et la sécurité du BV et cyclophosphamide, doxorubicine et prednisone (BV-CHP) suivi d'une intensification avec autogreffe de moelle chez des patients ayant un diagnostic d'EATL CD30+ (ClinicalTrials.gov No NCT03217643). L'objectif principal est la survie sans progression à 2 ans.

Résultats : Au total, 14 patients ont été inclus entre 2018 et 2021. L'âge moyen était de 54 ans [34-65]. 11 patients (74%) avaient eu une chirurgie initiale pour occlusion ou perforation. Tous les patients avaient une maladie cœliaque et 9 (64%) avaient une maladie cœliaque réfractaire de type 2. 11 patients (74%) ont répondu au traitement par BV-CHP, dont 9 (64%) ont eu une réponse complète. 3 patients n'ont pas répondu au traitement et sont décédés. Les 11 patients répondeurs ont eu une autogreffe de moelle. Deux patients sont décédés de complications infectieuses durant l'autogreffe. Il n'y a eu aucune récidive avec un suivi médian de 3 ans, et la survie sans progression ainsi que la survie globale à 2 ans étaient de 69%. Il n'y a pas eu d'effets indésirables notables signalés avec le BV.

Conclusion : EATL–001 est la première étude prospective de phase 2 dans l'EATL. Le traitement par BV-CHP est bien toléré et induit une réponse élevée, permettant à la majorité des patients de bénéficier d'une autogreffe de moelle. Aucun cas de récidive après autogreffe n'a été rapporté sur une période de 3 ans.

C085

Prévalence et impact des troubles de l'interaction intestin-cerveau chez les patients européens obèses

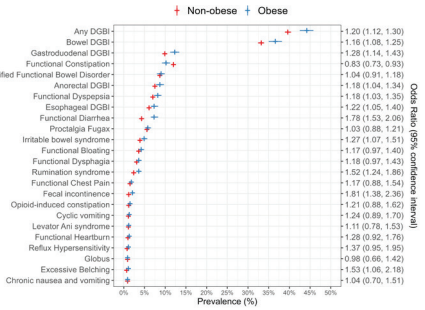
C. Melchior [1], J.P. Hreinsson [2], J. Tack [3], J. Keller [4], Q. Aziz [5], O.S. Palsson , S.I. Bangdiwala [6], A.D. Sperber [7], M. Simrén [2], J.M. Sabaté [8]

(1) Rouen ; (2) Göteborg, SUÈDE ; (3) Louvain, BELGIQUE ; (4) Hambourg, ALLEMAGNE ; (5) Londres, ANGLETERRE ; (6) Hamilton, CANADA ; (7) Beer-Sheva, ISRAËL ; (8) Bobigny.

Introduction : Les troubles de l'interaction intestin-cerveau (anciennement appelé troubles fonctionnels intestinaux) et l'obésité sont fréquents. L'association entre ces deux conditions a déjà été rapportée dans des échantillons de patients. Cependant la prévalence des troubles de l'interaction intestin-cerveau chez les sujets obèses en population générale est inconnue.
L'objectif de notre étude était d'évaluer la prévalence des troubles de l'interaction intestin-cerveau chez les sujets obèses en population générale et en comparaison avec les sujets non-obèses, de même qu'explorer les facteurs associés à leur association en Europe.

Patients et Méthodes : Nous avons inclus des sujets qui avaient complété l'enquête sur internet de la « Rome Foundation Global Epidemiology study » dans 11 pays Européen countries (Belgique, Angleterre, France, Allemagne, Italie, Pologne, Roumanie, Russie, Espagne, Suède et Hollande). L'obésité était définie par un IMC>30 et catégorisée en 3 classes: 1: IMC 30 à <35, 2: IMC 35 à <40, et 3: IMC 40 ou plus. Dans la population non-obèse, nous avons inclu les participants avec un IMC normal (entre 18.5 et <25), et les sujets en surpoids (entre 25 et <30), mais nous avons exclu les patients dénutris (IMC<18.5, n=744). La prévalence des troubles de l'interaction intestin-cerveau a été déterminée (selon les critères de Rome IV, après exclusion de la présence de pathologies organiques ou de signes d'alarme), et comparée entre les sujets obèses et non-obèses. Les facteurs potentiellement associés avec les troubles de l'interaction intestin-cerveau et l'obésité incluant les facteurs démographiques, les facteurs psychologique (PHQ-4), la somatisation (PHQ-15) et la qualité de vie (PROMIS) ont été évalués.

Résultats : Nous avons inclus 20,117 sujets dans notre analyse, et exclu 2,023 sujets en raison d'informations manquantes sur l'IMC. La prévalence de l'obésité était de 17.8% (95%CI 17.3, 18.4), avec 12.6%, 3.7% et 1.6% dans les classes d'obésité 1, 2 et 3, respectivement. La prévalence des troubles de l'interaction intestin-cerveau était de 44.2% dans le groupe obèse vs 39.2% dans le groupe non-obèse (OR=1.20 (1.12, 1.30)). La plupart des troubles de l'interaction intestin-cerveau était plus fréquent dans le groupe obèse que non-obèse (Odds ration présentés dans la figure), à l'exception de la constipation fonctionnelle ou l'inverse a été mis en évidence. Le sexe féminin, un niveau plus élevé de détresse psychologique et de somatisation ont été vu dans le groupe avec troubles de l'interaction intestin-cerveau associé à l'obésité, de même qu'une qualité de vie diminuée.



Conclusion : Les troubles de l'interaction intestin-cerveau sont fréquents parmi les sujets obèses dans la population générale et sont liés à certains facteurs démographiques et à des facteurs liés à la maladie.

Remerciements, financements, autres :
The authors thank all the country-specific principal investigators from the Rome Foundation Global Epidemiology Study for gathering the data.

C.086

Facteurs prédictifs du résultat d'un test respiratoire au glucose : analyse rétrospective de 2 757 tests

H. Soliman [1], C. Desprez [2], A.M. Leroi [2], C. Melchior [2], G. Gourcerol [2]
(1) Paris ; (2) Rouen.

Introduction : Le test respiratoire au glucose (TRG) est le test le plus utilisé pour le diagnostic de la pullulation microbienne du grêle. Des recommandations américaines ont été émises afin de standardiser les pratiques et la préparation à ce test (1). Cependant, plusieurs recommandations gardent un niveau de preuve faible, et de nombreux facteurs pouvant influencer le résultat de ces tests sont discutés dans la littérature. L'objectif de ce travail était d'identifier les facteurs pouvant impacter le résultat d'un test respiratoire au glucose.

Patients et Méthodes : L'ensemble des TRG réalisés entre janvier 2013 et octobre 2023 dans notre CHU ont été inclus dans cette analyse. Le TRG était réalisé après ingestion de 75g de glucose, avec un recueil respiratoire toutes les 15 minutes pendant 2 heures. Il était considéré positif s'il existait une élévation ≥ 10ppm pour le dihydrogène (H2) expiré persistant sur 2 échantillons, et/ou s'il existait une valeur ≥10ppm pour le méthane (CH4). L'âge et le sexe étaient systématiquement recueillis, de même que la présence de symptômes durant l'examen. Les patients remplissaient également des questionnaires comprenant les critères de Rome, et le score GIQLI (Gastrointestinal Quality of Life). Enfin, les autres données, notamment les antécédents chirurgicaux, et les prises médicamenteuses ont été collectées grâce à une recherche informatisée à partir du dossier médical.

Résultats : Ainsi, 2757 TRG ont été inclus dans cette analyse, parmi lesquels 731 TRG étaient considérés positifs, soit 26,5% des tests. Les TRG étaient positifs pour l'H2 uniquement dans 12,6% des cas (348 tests), pour le CH4 dans 10,8% des cas (297 tests) et pour les 2 dans 3,2% des cas (86 tests). Le taux de test positif chez les hommes était de 22,9% *versus* 27,9% chez les femmes (p=0,009). La moyenne d'âge était plus élevée chez les patients avec un test positif (50,6 ± 16,5 vs 44,1 ± 16,1 ; p<0,001). Un antécédent de chirurgie bariatrique était associé à un taux de positivité plus élevé du test , que ce soit après by-pass (10 TRG positif sur 12 ; p<0,001) ou après une sleeve (18 tests positifs sur 26 ; p<0,001). La présence de symptômes pendant l'examen était également associée à un taux de positivité plus élevé du test (57,2% vs 48,5% ; p<0,001). Le TRG était plus souvent positif en cas de ballonnements, et de constipation, alors qu'il était plus souvent négatif en cas de douleurs abdominales ou de diarrhée. De même, la présence d'un syndrome de l'intestin irritable était associée à un taux plus bas de tests positifs (172 TRG positifs sur 784 soit 21,9%; p=0,02). L'indice de masse corporel, la prise d'inhibiteurs de pompes à protons, d'opioïdes, la présence d'un diabète, un antécédent de chirurgie colique ou de résection iléo-caecale et le score GIQLI global n'étaient pas différent entre les patients avec un TRG positif ou négatif. En analyse multivariée, l'âge (OR=1,02 ; p<001), la présence de symptômes pendant le test (OR=1,49 ; p=0,002), l'antécédent de by-pass (OR=17,35 ; p<0,001) ou de sleeve (OR=7,62 ; p<0,001) et la présence d'une diarrhée (OR=0,83 ; p=0,001) influençaient le résultat du TRG.

Conclusion : Le TRG est plus souvent positif en cas de ballonnements abdominaux et de constipation, mais pas en cas de diarrhée alors qu'elle constitue une des indications préférentielles de recherche d'une pullulation microbienne du grêle. Un antécédent de chirurgie bariatrique impacte le résultat du test, et il convient donc de vérifier si le TRG est adapté pour le diagnostic de pullulation microbienne chez ces patients. La prise d'IPP, d'opioïdes ou les autres chirurgies coliques ne semblent en revanche pas impacter les résultats.

C.087

Manifestations digestives chez les malades toxicomanes : rôle du gastroentérologue dans la prise en charge globale

O. Merzouki [1], O. Lakhdar [1], N. Al Maimouni [1], L. El Rharbaoui [1], H. Ouaya [1], H. Meyiz [1], I. Mellouki [1]
(1) Tanger, MAROC.

Introduction : La prise en charge des manifestations digestives lors de la consommation de drogues ou lors de périodes de sevrage doit faire partie intégrante de la prise en charge globale de ces malades. Pour atteindre cet objectif il faut une coordination entre les médecins exercants au niveau des centres d'addictologie et les gastro-entérologues, d'où l'idée de la réalisation d'un circuit de malades entre ces deux spécialités.
L'intérêt de ce travail est d'exposer l'exemple du premier circuit réalisé dans notre région permettant une prise en charge complète des malades toxicomanes sur le plan digestif, les aidant ainsi dans leur lutte pour arrêter la consommation de drogues et faciliter ainsi leur insertion sociale.

Matériels et Méthodes : Il s'agit d'une étude prospective descriptive et analytique qui a été menée au sein d'un centre d'addictologie régional s'étalant sur 06 mois.
Les patients inclus devaient être agés de plus de 18 ans, actuellement suivis pour une consommation de drogues soi des consommateurs actifs voulant intégrer le parcours médical de sevrage ou en cours de période de sevrage; ont été exclus les patients refusant la participation à l'étude, porteurs de pathologies psychiatriques ou dans l'incapacité de donner un consentement éclairé.

Résultats : Durant notre processus de sélection, 142 patients ont été retenus. L'âge moyen dans notre série était de 43 ans, avec des extrêmes d'âge allant de 26 à 68 ans. On note une très nette prédominance masculine avec la présence de 139 hommes pour 3 femmes.
Dans notre série, une prise quotidienne de tabac a été rapportée par 134 patients (94,4%), une consommation d'alcool régulière chez 57 patients (40%), une consommation d'héroïne a été notée chez 140 patients (98,6%). Nous avons également constaté une prise de cocaïne chez 112 patients (78,9%), d'amphétamines chez 36 patients (25,4%), de benzodiazépines chez 44 patients (31%), et de LSD chez 1 patient.
La consommation d'héroïne était faite dans 88% des cas sous forme fumée et dans 12% sous forme injectable, pour la cocaïne la consommation était faite aussi dans 82% des cas sous forme fumée (crack) et dans 18% des cas sous forme snifée.
La consommation moyenne d'héroïne par jour était de 1.4 g/jour, de cocaïne de 1.2 g/jour et d'alcool de 50g/jour.
Le dépistage du virus d'hépatite C est revenu positif chez 10 malades.
Pour les symptômes digestifs les plus fréquents au cours de la période de sevrage sous traitement substitutif (méthadone) on trouve la constipation présente chez 63% des malades, suivie des nausées/vomissements dans 15% des cas, puis le ballonnement abdominal chez 9.8% des patients. Nous avons noté la présence d'épigastralgies chez 7.7% des malades, de RGO et une perte d'appétit respectivement dans 7.4% et 6.3%. Parmi les patients présentant une constipation, 14% se plaignent de problèmes proctologiques à type d'hémorroïdes ou de fissure. Au cours de cette étude on a recherché également les signes cliniques de dénutrition (asthénie et perte de poids) retrouvés chez 85% des patients au cours de la période de consommation et qui se réduit à 15% après traitement substitutif par méthadone. L'étude a objectivé également la présence du syndrome de l'intestin irritable (diagnostic basé sur les critères de Rome IV) chez 24.6%. Chez les consommateurs d'alcool un bilan hépatique standard fait de a montré une élévation des transaminases et gamma GT chez 9 malades. A partir de ces résultats, nous avons pu tiré les principaux objectifs de la prise en charge sur le plan digestif des patients toxicomanes au cours du processus de sevrage et aussi déterminer les points sur lesquelles un service de gastro-entérologie va agir pour améliorer la qualité de vie de ces malades et prévenir des complications graves.

Conclusion : Cette étude menée auprès des patients toxicomanes a permis la création d'un circuit de malades entre

service d'addictologie et service d'hépato- gastroentérologie, avec pour ambition que ce circuit se développe encore plus et puisse inclure d'autres disciplines et spécialités pour permettre une prise en charge complète, personnalisée et adapté pour chaque malade et ainsi construire un « réseau référence » dans le traitement de ces malades .

C088

Efficacité de la plicature gastrique après sleeve chirurgicale en cas de reprise de poids

A. Hedjoudje [(1)], S. Rex [(2)], A.C. Hoff [(3)], F. Prat [(4)], Y. Huang [(2)], D. Badurdeen [(5)]

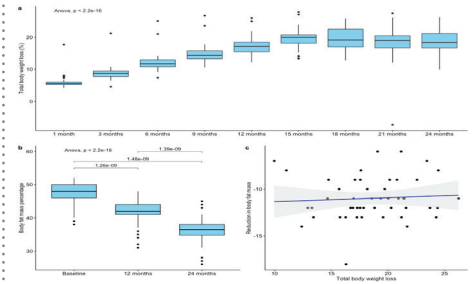
(1) Paris ; (2) Jacksonville, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (3) São José dos Campos, BRÉSIL ; (4) Clichy-la-Garenne ; (5) Baltimore, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE.

Introduction : La sleeve chirurgicale (LSG) est une chirurgie de perte de poids significative et durable. Cependant, certains patients reprennent du poids et peuvent nécessiter des réinterventions. Parmi les différentes stratégies proposées figurent le bypass ou resleeve. La plicature gastrique ou endosleeve (ESG) est une nouvelle technique de perte de poids. L'objectif principal d'évaluer l'efficacité d'une plicature gastrique après sleeve chirurgicale (ou R-ESG) sur la perte de poids.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective de données collectées prospectivement auprès de patients bénéficiant d'une R-ESG pour une reprise de poids après LSG dans 3 cliniques externes au Brésil entre juillet 2019 et mai 2020. Les patients se sont vu proposer des analogues de GLP-1 après R-ESG. Le principal résultat était le pourcentage de perte de poids corporel total (%TBWL) et le pourcentage de perte de poids excédentaire (%EWL).

Résultats : Parmi les 48 adultes, principalement des femmes, ils avaient pris en moyenne 20,11 +/- 8,82 kg après leur première intervention LSG. Les patients optant pour le R-ESG avaient un âge moyen de 36,73 +/-7,32 ans et pesaient 98,92 kg +/- 11,54 au moment de la révision. La perte de poids corporel total était de 17,42 +/-2,55 % à 12 mois et de 18,58 +/-3,58 à 24 mois. Les patients ont constaté un changement significatif de la masse grasse corporelle à 24 mois 36,25 +/-3,97 contre 47,28 % +/-3,62 initialement (p<0,001), du niveau de triglycérides (130,85 +/- 23,5 contre 138,30 +/-31,87, p = 0,05), HOMA-IR (1,22 +/-0,41 contre 1,44 +/- 0,51, <0,001). En ce qui concerne les paramètres hépatiques, la fibrose hépatique s'est améliorée également de manière significative 4,25 kPa (2,63) contre 4,69 (2,97) initialement. (p<0,001).

	Baseline	1M	3M	6M	9M	12M	15M	18M	21M	24M	p
Poids	98.93 (11.64)	93.04 (11.07)	90.20 (10.63)	86.80 (9.96)	84.10 (9.66)	81.63 (9.19)	79.62 (9.20)	79.47 (8.96)	80.45 (9.33)	80.49 (9.49)	<0.001
IMC	35.99 (2.64)	33.85 (2.67)	32.82 (2.57)	31.60 (2.50)	30.61 (2.39)	29.72 (2.25)	28.98 (2.30)	28.93 (2.15)	29.29 (2.46)	29.30 (2.42)	<0.001
Diminution IMC	/	-2.14 (0.67)	-3.17 (0.80)	-4.40 (1.04)	-5.38 (1.06)	-6.28 (1.08)	-7.01 (1.17)	-7.07 (1.40)	-6.70 (1.55)	-6.70 (1.44)	<0.001
Perte d'excès de poids	/	20.52 (9.71)	30.16 (11.19)	41.61 (13.23)	50.85 (13.66)	59.11 (12.98)	66.11 (14.52)	66.10 (13.66)	63.17 (14.99)	62.92 (14.88)	<0.001
TPerte de poids (%)	/	5.96 (2.02)	8.82 (2.29)	12.21 (2.80)	14.94 (2.74)	17.42 (2.55)	19.47 (2.82)	19.58 (3.22)	18.60 (3.75)	18.58 (3.58)	<0.001
GLP1 (mean (SD))	2.56 (0.26)	/	/	3.13 (0.20)	/	2.98 (0.26)	/	2.95 (0.28)	/	2.73 (0.19)	<0.001
ALAT	46.64 (16.16)	/	/	/	/	47.30 (12.64)	/	/	/	43.38 (10.28)	0.318
ASAT	36.44 (12.35)	/	/	/	/	35.83 (9.68)	/	/	/	36.15 (8.61)	0.930
Masse grasse (%)	**47.28 (3.62)**	/	/	/	/	**41.84 (3.85)**	/	/	/	**36.25 (3.97)**	**<0.001**
De Meester Score	23.48 (16.24)	/	/	/	/	/	/	/	/	19.02 (13.24)	0.151
Fibroscan CAP	225.24 (70.82)	/	/	/	/	214.04 (65.88)	/	/	/	194.17 (57.48)	0.071
HOMA-IR	1.44 (0.51)	/	/	/	/	1.33 (0.46)	/	/	/	1.22 (0.41)	**<0.001***
Fibroscan : Fibrose	4.69 (2.97)	/	/	/	/	4.44 (2.74)	/	/	/	4.25 (2.63)	0.751
QOLGERD	**17.82 (10.06)**	/	/	/	/	/	/	/	/	**13.72 (9.03)**	**0.015**
tryglicerides	138.30 (31.87)	/	/	/	/	135.10 (26.90)	/	/	/	130.85 (23.5)	0.603



Conclusion : Le R-ESG est efficace pour traiter la reprise de poids après LSG et est associée à une amélioration des comorbidités. Le R-ESG semble être une option potentielle pour les patients reprenant du poids après LSG. Des essais contrôlés comparant le R-ESG à la chirurgie traditionnelle pour évaluer davantage leur efficacité relative et la sécurité sont nécéssaires.

CO89

Le second-look systématique dans l'ischémie mésentérique aiguë est-il toujours légitime ? Une étude de cohorte prospective en Structure d'URgences Vasculaires Intestinales (SURVI)

A. Nassar [1], A. Nuzzo [2], M. Bajul [1], L. Garzelli [2], T. Poghosyan [1], N. de' Angelis [3], B. Lortat Jacob [2], E. Weiss [2], M. Ronot [2], Y. Castier [2], O. Corcos [2], I. Ben Abdallah [1]

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

Introduction : Dans l'ischémie mésentérique aiguë (IMA) artérielle, une revascularisation précoce permet de limiter voire d'éviter une résection intestinale (RI). L'indication à cette dernière peut être guidée par un score non-invasif de nécrose intestinale (défaillance d'organe, lactate, dilatation intestinale sur le scanner). Dans ce contexte, en cas de RI, la réalisation d'une nouvelle chirurgie de second-look systématique pour guider une RI itérative (RII) est controversée. L'objectif de cette étude était de déterminer la prévalence et les facteurs associés aux RI itératives dans l'IMA artérielle.

Patients et Méthodes : A partir d'une cohorte prospective, nous avons inclus tous les patients 1/ admis pour une IMA artérielle dans la Structure d'Urgences Vasculaires Intestinales APHP Nord (SURVI, GH Beaujon-Bichat) entre janvier 2016 et septembre 2023, 2/ pris en charge initialement (dans les 7 jours suivant le début des symptômes) et 3/ ayant nécessité une RI. Le critère de jugement principal était la nécessité d'une RI itérative et les facteurs statistiquement associés aux RII ont été analysés en analyse uni et multivariée. Les critères de jugement secondaires incluaient les complications post-opératoires sévères (Clavien ≥ III) et la mortalité intrahospitalière post-opératoire.

Résultats : Au total, 154 patients ont été inclus. Les RI impliquaient une résection de l'intestin grêle dans 97% des cas (n=149) et/ou une résection du côlon dans 50% des cas (n=77). Les RI ont été réalisée en SURVI dans 74% des cas et hors-SURVI dans 26% des cas. Une mise en stomie d'emblée était réalisée dans 84% des cas, 14% avaient les moignons laissés fermés en attendant un second-look programmé, et une anastomose a été réalisée dans les 2% de cas restant. Une revascularisation de l'artère mésentérique supérieure a été réalisée chez 81% des patients (n=128), 42% par voie endovasculaire (n=54) et/ou 56% par chirurgie vasculaire ouverte (n=71). Les revascularisations ont été réalisées avant (20%) la RI index, de façon synchrone (45%) ou plus de 24h après (35%). En post-opératoire, un second-look systématique à 24-48h était proposé chez 14% des patients (n=21).
Une RII a finalement été réalisée chez 25% des patients (n=39) - hors second-look dans 69% (27/39) des cas ou dans le cadre d'un second-look programmé dans 31 % (12/39) des cas - dans un délai médian de 2 jours (IQR 1-8). Chez ces patients, 79% ont eu une seule RII et 21% en ont eu deux.
Le taux de mortalité intra-hospitalière était de 36% et le taux de complications post-opératoires sévères était de 77%. Après un suivi médian de 11 (1-29) mois, 46% des patients avaient un syndrome de grêle court et un rétablissement de continuité a été réalisé chez 91% des survivants.
En analyse univariée, la réalisation d'une RII était associée à une augmentation de la durée d'hospitalisation (37 jours, vs. 23 jours dans le groupe résection unique, p=0,01), des complications majeures (90% vs. 71%, p=0,02), et du taux de syndrome de grêle court (63% vs. 31%, p=0,04).
En analyse multivariée, le risque de RII était majoré par la réalisation d'un second-look programmé (OR=6,66, IC95% (1,52 – 29,2), p=0,012). A l'inverse, ce risque était réduit en cas d'administration orale de l'antibiothérapie péri-opératoire (OR=0,39 IC95% (0,16 – 0,98), p=0,047).

Conclusion : Dans notre population, 25% des patients ont dû avoir recours à une RI itérative, dont 1/3 réalisée au cours d'un second-look systématique. La nécessité d'une RI itérative était associée à une augmentation de la morbi-mortalité post-opératoire. L'antibiothérapie orale semblait être un facteur protecteur.
En conclusion, nos résultats suggèrent que l'on pourrait

remettre en question le caractère systématique d'un second-look. On pourrait envisager, chez les patients revascularisés, une stratégie de reprise chirurgicale plus ciblée, guidée par les constatations per-opératoires, l'évolution clinico-biologique, la qualité de la revascularisation et le scanner de contrôle précoce. Ces résultats doivent être corroborés par une étude prospective randomisée comparant le second-look systématique à la reprise chirurgicale ciblée.

Adhésion thérapeutique à la nutrition parentérale à domicile dans l'insuffisance intestinale chronique

G. Abadie [1], D. Seguy [2], A. Jirka [3], D. Quilliot [4], P. Fayemendy [5], P. Rivière [1], F. Poullenot [1]

(1) Bordeaux ; (2) Lille ; (3) Nantes ; (4) Nancy ; (5) Limoges.

Introduction : La nutrition parentérale à domicile (NPAD) est le traitement de référence de l'insuffisance intestinale chronique (IIC). La gestion de ce traitement est complexe et nécessite une coordination par une équipe spécialisée au sein de centres labellisés. La NPAD modifie radicalement le quotidien des patients qui décrivent la plupart du temps une qualité de vie altérée par rapport à la population générale. Malgré les conséquences médicales possibles, les patients sont parfois tentés de vouloir améliorer leur qualité de vie en réduisant leur dépendance à la NPAD. Le taux d'adhésion thérapeutique des traitements au long cours dans les maladies chroniques varie de 25 à 50 %. Les études sur l'adhésion thérapeutique sont hétérogènes, tant au niveau des traitements étudiés (principalement des traitements oraux) que des méthodes utilisées pour mesurer l'adhésion. Dans l'IIC, une mauvaise adhésion thérapeutique peut prendre de nombreuses formes (perfusions manquées, mauvais suivi médical) et très peu de données sont disponibles à ce jour.
L'objectif de cette étude observationnelle, transversale et multicentrique était de mesurer l'adhésion à la NPAD chez les patients suivis pour IIC, en se concentrant sur la négociation du traitement lors des rendez-vous médicaux et sur l'observance du traitement à domicile.

Patients et Méthodes : Des questionnaires ont été remis aux patients (échelle visuelle analogique (EVA) de négociation, score HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale), score WFPTS ((Wake Forest Physician Trust Scale)), à leur médecin spécialiste (EVA estimant la marge de négociation du malade, report des prescriptions "idéales" et "données à la fin de la consultation"), et à l'infirmière coordinatrice du centre de NPAD (EVA évaluant "l'impression d'observance" du patient). Des questions supplémentaires sur l'observance du traitement ont été posées aux patients lors d'un entretien téléphonique 8 semaines après la distribution des questionnaires.
Le critère de jugement principal était composite avec une définition de la mauvaise adhésion à la NPAD comme étant :
- Une différence > 10% entre la prescription "idéale" de NPAD que souhaiterait prescrire le médecin spécialiste et la prescription "finale" (donnée à la fin de la consultation médiale)
et/ou
- Une différence > 10% entre le volume de NPAD prescrit et le volume reçu à domicile (en comptant les perfusions non reçues par le patient)
Les facteurs associés à une mauvaise adhésion ont été évalués avec une régression logistique univariée, puis les variables avec un p <0.20 ont été inclus dans une régression logistique multivariée.

Résultats : Cent vingt-six patients ont été inclus dans 6 centres de NPAD. L'âge médian (IQR) à l'inclusion était de 61,5 ans [48,0 - 71,8]. Soixante-quatorze patients (59 %) étaient des femmes. Les 2 principales causes d'IIC étaient le syndrome du grêle court pour 89 patients (71 %) et une atteinte motrice digestive pour 23 patients (18 %). L'adhésion à la NPAD était mauvaise chez 24 % des patients inclus (9,5% des patients négociaient leur traitement et 18% avaient manqué un nombre significatif de perfusions à domicile). En analyse multivariée, les facteurs associés à la mauvaise adhésion étaient : un faible volume hebdomadaire de NPAD (OR, 3.31, CI95%, [1.09 – 11.2], p value= 0.041), un score HADS pathologique (présence de symptômes anxieux, OR, 5.29, CI95%, [1.58 – 19.2], p value= 0.008), une moins bonne confiance en leur médecin spécialiste (faible score WFPTS, OR, 0.90, CI95%, [0.82 – 0.98], p value= 0.018), et la perception d'une marge de négociation par le patient - plus le patient pensait qu'il pouvait négocier son traitement, moins son adhésion était bonne - (OR, 7.29, CI95%, [2.37 – 27.1], p value= 0.001). A noter qu'en analyse univariée (mais pas en multivariée), la perception de l'adhésion thérapeutique

du patient par l'infirmière coordinatrice du centre de NPAD - plus l'infirmière pensait que l'adhésion du patient était bonne, meilleure était son adhésion - ressortait de manière significative (OR, 5, CI95%, [2.06 – 12.4], p value < 0.001).

Conclusion : Un patient sur quatre atteint d'insuffisance intestinale chronique a une mauvaise adhésion à la NPAD. Une vigilance particulière s'impose chez les patients recevant de faibles volumes de nutrition, exprimant clairement leur volonté de négocier, ou montrant des signes de dépression et/ou de faible confiance en l'équipe soignante. L'impact de cette mauvaise adhésion sur l'évolution de l'IIC reste à être étudié.

C09

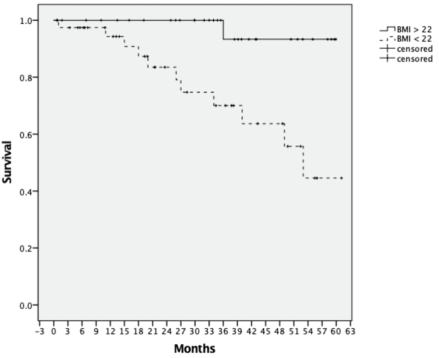
Facteurs de risque de dépendance et de survie chez les patients âgés avec syndrome de grêle court et nutrition parentérale à domicile

M. Draullette [(1)], B. de Dreuille [(2)], M. Sanchez [(2)], J. Bataille [(3)], L. Billiauws [(3)], A. Nuzzo [(3)], F. Joly [(3)]
(1) Tours ; (2) Paris ; (3) Clichy-la-Garenne.

Introduction : La nutrition parentérale à domicile (NPAD) est le traitement de référence de l'insuffisance intestinale chronique (IIC). La cause la plus fréquente d'IIC bénigne est le syndrome de grêle court (SGC) dont l'incidence semble être en augmentation au sein des centres experts en NPAD. Avec le vieillissement de la population, la question du pronostic chez les sujets âgés débutant une NPAD se pose.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective et monocentrique menée au sein d'un centre expert en NPAD. Tous les patients adultes débutant une NPAD dans le cadre d'une IIC secondaire au SGC entre 2015 et 2020 ont été inclus (population incidente). Les caractéristiques des patients âgés (≥ 65 ans) ont été comparées à celles des patients plus jeunes (< 65 ans). Des modèles de régression de Cox multivariés ont été utilisés pour identifier les facteurs prédictifs du sevrage de NPAD et de mortalité chez les patients âgés. Les résultats quantitatifs sont présentés sous forme de médiane (intervalle interquartile).

Résultats : Cent soixante-quinze patients (âge médian 61 (46-70) ans, 58% de femmes), dont 73 (42%) âgés de 65 ans ou plus (âge médian 72 (68-76)) ont été inclus. Les patients présentaient une jéjunostomie, une anastomose jéjunocolique ou iléo-colique dans 47 %, 39 % ou 14 % des cas, respectivement. Par rapport aux patients plus jeunes, les patients âgés étaient plus souvent des femmes (p = 0,03), avec une proportion plus importante d'entérite radique (p = 0,001), d'antécédents d'hypertension artérielle (p = 0,001), de dyslipidémie (p = 0,004), de cancer (p = 0,001) et une proportion plus faible de maladie de Crohn (p = 0,05). Après un suivi médian de 27 mois (95%CI = 22-32), la probabilité de sevrage de NPAD était de 32% et la probabilité de survie de 92%, sans différence entre les groupes d'âge (p=0,85 et p=0,69, respectivement). Chez les patients âgés, en analyse multivariée, le facteur de risque de dépendance à la parentérale était la jéjunostomie (HR = 3,4, 95%CI = 1,1-10,4, p=0,04) ; le facteur de risque indépendant de mortalité était l'IMC < 22 (HR = 12, 95%CI 2-98, p=0,02).



Conclusion : Dans un centre expert de prise en charge de l'IIC et NPAD, les patients âgés de plus de 65 ans représentent près de la moitié des patients pris en charge, sans différence significative en termes de dépendance à la NPAD et de mortalité par rapport aux patients plus jeunes. Le critère lié à l'âge ne doit donc pas être considéré comme un frein à une prise en charge lourde et complexe. L'IMC < 22 étant le seul facteur indépendant de mortalité chez les sujets de 65 ans et plus, notre travail confirme la pertinence de ce critère dans le diagnostic de la dénutrition chez les sujets âgés.

C092

La cicatrisation endoscopique complète, la future cible thérapeutique dans la maladie de Crohn ? Résultat d'une étude prospective multicentrique

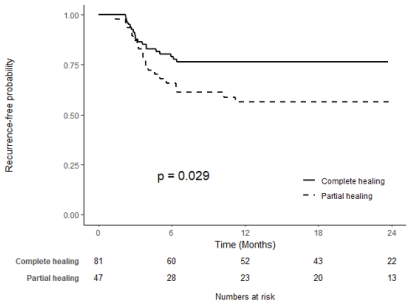
C. Yzet [1], F. Brazier [1], E. Derval [1], P. Vanelslander [2], V. Dejour [2], D. Deneux-Pricope [3], M. Diouf [1], M. Fumery [1]

(1) Amiens ; (2) Saint-Quentin ; (3) Compiègne.

Introduction : Les recommandations STRIDE II reconnaissent la cicatrisation endoscopique (CE), définie par un score SES-CD ≤2 ou un score CDEIS <3, comme une des principales cibles thérapeutiques au cours de la maladie de Crohn (MC). Néanmoins, une cicatrisation endoscopique complète pourrait diminuer le risque de complications à long terme. L'objectif de cette étude était d'évaluer le risque de complication à long terme de la MC en fonction du degré de cicatrisation endoscopique.

Patients et Méthodes : Nous avons mené une étude prospective multicentrique ayant inclus tous les patients atteints de MC bénéficiant d'une coloscopie pour recherche de CE entre septembre 2019 et septembre 2022 dans un centre hospitalier universitaire, un hôpital général et un centre privé. Deux groupes ont été comparés : les patients avec CE complète (CDEIS = 0) et ceux avec CE partielle (CDEIS <4). Le critère de jugement principal était la rechute de la MC, définie par la nécessité d'une intensification thérapeutique, l'initiation d'une corticothérapie, une hospitalisation liée à la MC, l'apparition d'une fistule ou d'un abcès ou la nécessité d'une résection intestinale. Les patients ont été suivis au minimum tous les 6 mois pendant deux ans. A partir de données précédemment publiées, 138 patients était attendus pour mettre en évidence une différence de 13% avec un risque alpha bilatéral de 5% et une puissance de 80%.

Résultats : Un total de 133 patients a été inclus. La majorité des patients était des femmes (55%), avec une durée médiane d'évolution de la maladie de 10 (IQR, 4-19) ans. Cinquante-sept (43%) patients présentaient une localisation iléocolique et 81 (61%) un phénotype inflammatoire. Il n'y avait pas de différence significative entre les deux groupes (âge, sexe, statut tabagique, durée du traitement actuel, nombre de biothérapies antérieures, phénotype et localisation) en dehors de l'IMC. Quatre-vingt-quatre (63%) patients présentaient une CE complète. Après ajustement sur l'IMC, le risque de rechute était significativement plus élevé dans le groupe CE partielle (41% vs 23%, HR = 2.05 ; IC95% = [1.09 - 3.87] ; p=0.027). Après un suivi médian de 23,3 mois, les taux de modification thérapeutique, d'hospitalisation, de recours à une corticothérapie, d'apparition d'un abcès ou d'une fistule luminale ou anopérinéale, ou de résection intestinale dans les groupe CE complète et partielle étaient respectivement de 20% et 35% (p = 0,065), 2,4 et 16% (p = 0,005), 2,4% et 10% (p=0,10), 3,6% et 18% (p=0,009), 7,1% et 18% (p=0,048), 7,1% et 18% (p=0,048).



Conclusion : Cette étude prospective multicentrique confirme que la cicatrisation endoscopique complète est associée à un risque plus faible de rechute, d'hospitalisation et de chirurgie comparativement à une cicatrisation partielle au cours de la maladie de Crohn.

C093

L'histologie pour la prédiction de la rechute clinique dans la maladie de Crohn : une sous-étude de la cohorte STORI

C. Reenaers [1], D. Enea [2], M. Nachury [3], D. Laharie [4], Y. Bouhnik [5], M. Fumery [6], J.M. Gornet [7], A. Amiot [8], R. Altwegg [9], M. De Vos [10], P. Marteau [7], A. Bourreille [11], S. Nancey [12], S. Viennot [7], E. Louis [1], M. Svrcek [7]

(1) Liège, BELGIQUE ; (2) Bucarest, ROUMANIE ; (3) Lille ; (4) Bordeaux ; (5) Neuilly-sur-Seine ; (6) Amiens ; (7) Paris ; (8) Le Kremlin-Bicêtre ; (9) Montpellier ; (10) Gand, BELGIQUE ; (11) Nantes ; (12) Lyon.

Introduction : L'objectif de la prise en charge de la maladie de Crohn (MC) est une rémission à la fois clinique, biologique et endoscopique. La persistance d'une inflammation histologique en tant que facteur de risque de rechute est mal connue dans la MC alors qu'elle est bien établie dans la rectocolite hémorragique. L'objectif de ce travail est d'évaluer le rôle prédictif de l'inflammation histologique sur le risque de rechute de la MC en rémission clinique et endoscopique et de corréler l'histologie aux scores endoscopiques et aux biomarqueurs.

Patients et Méthodes : Notre étude a analysé les patients inclus dans l'étude STORI (1). Ces patients avec une MC en rémission clinique ont bénéficié à l'inclusion d'une coloscopie avec évaluation du CDEIS et d'un dosage de la calprotectine. Deux biopsies ont été systématiquement réalisées, soit en zone macroscopiquement inflammatoire, soit dans une zone anciennement inflammatoire en cas de rémission endoscopique, définie par l'absence d'ulcères. Les biopsies disponibles ont été relues de façon centralisée par 2 pathologistes indépendants. Les biopsies iléales et coliques ont été étudiées indépendamment. Les scores de Robarts, de Nancy, de Geboes, de Geboes modifié et le score DCA-IBD ont été calculés. Chaque score et chaque critère histologique composant ces scores ont été spécifiquement étudiés comme facteur de risque de rechute. La rémission histologique était définie par une score de Nancy=0 ; un score de Geboes ≤2 ; un score de Geboes modifié de grade 0 ; un score de Robarts ≤3, un IBD-DCA de C≤1 et A=0. La réponse histologique était définie par une score de Nancy≤1; un score de Geboes ≤3,1 ; un score de Robarts ≤9, un IBD-DCA de C≤2 et A=0. La rechute clinique a été prospectivement évaluée lors de l'étude STORI et était définie par un CDAI>250 ou un CDAI entre 150 et 250 mais avec augmentation de 70 points par rapport à la visite d'inclusion 2 semaines consécutives.

Résultats : Quatre-vingts biopsies, dont 22 iléales et 58 coliques, étaient disponibles parmi 76/115 patients inclus dans STORI. Parmi les 45 patients en cicatrisation endoscopique, 30 ont bénéficié de biopsies coliques, 11 de biopsies iléales et 4 de biopsies dans les 2 localisations. Parmi les biopsies coliques, 68% étaient en rémission suivant les scores de Nancy et de Geboes modifié, 65% suivant le score DCA-IBD et le score de Geboes, et 71% suivant le score de Robarts. Parmi les biopsies iléales, 53% étaient en rémission suivant le scores de Nancy, 47% suivant le score de Geboes, le Geboes modifié et suivant le score DCA-IBD, et 67% suivant le score de Robarts. Durant le suivi, 35/76 patients (46%) ont rechuté, parmi lesquels 16/45 (36%) et 19/31 (61%) dans les groupes définis par l'absence d'ulcère ou la présence d'ulcère à l'endoscopie respectivement. Aucun critère histologique ni aucun score n'était prédictif de la rechute. Sur l'ensemble de la cohorte (n=76), le score CDEIS était faiblement corrélé aux scores de Nancy (p<0,001, r=0,43), de Geboes (p<0,001, r=0,47) et de Robarts (p<0,001, r=0,45). La calprotectine fécale était faiblement corrélée aux scores de Nancy (p<0,001, r=0,48), de Geboes (p<0,001, r=0,45) et de Robarts (p<0,001, r=0,46). Les scores histologiques de Nancy, Robarts et Geboes étaient hautement corrélés (p<0,0001 ; r > 0,9).

Conclusion : Bien que faiblement corrélés au scores endoscopiques et à la calprotectine fécale, les différents scores et critères histologiques étudiés n'étaient pas prédictifs de la rechute clinique chez les patient en rémission clinique et endoscopique. Cette étude n'apporte pas d'argument pour l'utilisation de l'histologie dans la pratique clinique pour le suivi de la MC.

C-094

Évaluation des performances de la calprotectine fécale, de l'échographie intestinale et de leur combinaison pour le diagnostic de MICI

S. Dubian [1], C. Yzet [1], F. Brazier [1], V. Hautefeuille [1], Q. Bocquillon [1], C. Decrombecque [1], N. Richard [2], A. Buisson [3], J. Meynier [1], M. Fumery [1]
(1) Amiens ; (2) Rouen ; (3) Clermont-Ferrand.

Introduction : Le diagnostic de maladie inflammatoire chronique de l'intestin (MICI) repose sur la coloscopie, une procédure invasive, coûteuse et fréquemment normale. L'objectif de cette étude était d'évaluer les performances diagnostiques de la calprotectine fécale (CF) et de l'échographie intestinale, indépendamment et en combinaison, en cas de suspicion de MICI, afin de réduire le nombre de procédures endoscopiques inutiles.

Patients et Méthodes : Nous avons mené une étude rétrospective incluant tous les patients adultes (≥ 18 ans) consécutifs ayant bénéficié (i) d'une iléo-coloscopie pour suspicion de MICI entre janvier 2021 et juin 2023 et (ii) d'une échographie intestinale et/ou (iii) d'une CF dans les 3 mois. L'épaisseur de la paroi intestinale (valeur normale ≤ 3 mm) et le signal Doppler couleur (CDS) ont été évalués sur tous les segments. La présence d'adénopathie, d'une perte de stratification, de sténose et de fistule étaient également été recueillie.

Résultats : Un total de 119 patients (82 femmes (69 %), âge médian de 32 ans (IQR, 24,0-41,0) ont été inclus. Les symptômes les plus courants étaient les douleurs abdominales (n = 88, 75 %) et une diarrhée chronique (n = 89, 75 %). Parmi les 119 patients, 74 (62 %) avaient bénéficié d'une échographie intestinale, 101 (82 %) d'une CF et 56 (47 %) des deux. Un diagnostic de MICI, de maladie de Crohn et de rectocolite hémorragique étaient réalisés chez respectivement 40 (34 %), 31 (26 %) et 9 (8 %) patients. Le meilleur seuil de CF pour le diagnostic de MICI était de 117 ug/g (Se 97 %, Sp 73 %, VPP 67 %, et VPN 98 % ; AUC 0.88, IC95% [0.81 ; 0.94] ; p = 0,006). En utilisant ce seuil, seuls 3 % des patients étaient classés à tort comme non atteints de MICI. Une stratégie diagnostique basée sur la CF entraînerait une réduction de 48 % du nombre d'endoscopies nécessaires. Une échographie intestinale anormale était significativement associée au diagnostic de MICI (OR 5.6, IC95% [2.1 ; 16.2] ; P=0.0008). L'association d'un BWT > 3 mm et d'un CDS positif était associée à une Se, Sp, VPP et VPN de 48 %, 100 %, 100 %, 75 % respectivement mais 52 % étaient classés à tort comme non-MICI. L'association d'une échographie anormale et d'une FC > 117 ug/g était significativement associée au diagnostic de MICI (OR 16.6, IC95% [4.4 ; 84.3], P= 0.0001). L'association d'une épaisseur pariétale > 3 mm, d'anomalie Doppler et d'une CF > 117 ug/g, avaient respectivement une Se, Sp, VPP et VPN de 44 %, 100 %, 100 % et 69 %, avec 4 % des patients classés à tort comme non-MICI.

Conclusion : La combinaison CF/échographie intestinale est performante pour identifier les patients suspects de MICI justifiant d'un bilan endoscopique. La CF est très performante pour exclure le diagnostic de MICI. Alors qu'elle était insuffisante pour exclure une MICI, l'échographie intestinale présentait une VPP parfaite (100%) pour le diagnostic de MICI.

C-095

La rectoscopie est suffisante pour évaluer cicatrisation endoscopique et histologique dans la rectocolite hémorragique : résultat d'une étude transversale

C. Moreau [1], D. Chatelain [1], E. Meudjo [1], F. Brazier [1], V. Hautefeuille [1], C. Robert [1], C. Decrombecque [1], R. Sarba [1], R. Pichois [1], A. Michaud [1], M. Fumery [1], C. Yzet [1]
(1) Amiens.

Introduction : Alors que la rectosigmoidoscopie (RS) est un examen de choix pour évaluer la cicatrisation muqueuse au cours de la rectocolite hémorragique (RCH), peu d'études ont évalué ses performances à l'ère de nouvelles cibles thérapeutiques telles que la cicatrisation endoscopique Mayo 0 et la cicatrisation histologique.

Matériels et Méthodes : Entre janvier 2021 et janvier 2023, tous les patients consécutifs atteints de RCH ayant bénéficié d'une coloscopie ont été inclus prospectivement. La cicatrisation endoscopique était définie comme un score Mayo endoscopique (SME)=0 (lecture centralisée) sur tous les segments explorés et la cicatrisation histologique était définie par un score de NANCY ≤ 1 (2 biopsies/segments) sur l'ensemble des biopsies réalisées. La corrélation entre la coloscopie, la RS et la rectoscopie pour la cicatrisation endoscopique et histologique était étudiée à l'aide du coefficient kappa de Cohen.

Résultats : 80 patients ont été inclus. 34 patients présentaient un SME=0 en RS et à la coloscopie. La corrélation entre la coloscopie et la RS était presque parfaite avec un indice κ de 0,95 (%-agree 97.5, p=0) pour un SME 0, et κ de 0,95 pour un SME 0-1 (%-agree 97.5, p=0). La corrélation entre le RS et la coloscopie était presque parfaite (κ=0,88, (%-agree 91.7, p<0.001) pour l'évaluation de la cicatrisation histologique. La corrélation entre la rectoscopie et la coloscopie pour l'évaluation de la cicatrisation endoscopique (SME=0) et histologique était parfaite. L'évaluation de la cicatrisation endoscopique et histologique était presque parfaite (κ=0,83 (%- agree 91.2, p<0.001) et κ=0.80 ((%-agree 91.7, p<0.001), respectivement).

Conclusion : La RS est suffisante pour évaluer la cicatrisation muqueuse endoscopique (qu'elle soit définie par un score Mayo 0 ou 1) ou la cicatrisation histologique au cours de la RCH. De même, avec un taux de faux négatif < 10%, une rectoscopie avec biopsies pourrait être suffisante pour évaluer la cicatrisation endoscopique et histologique.

C-096

Evaluation de l'impact d'une infirmière de coordination dans un centre MICI

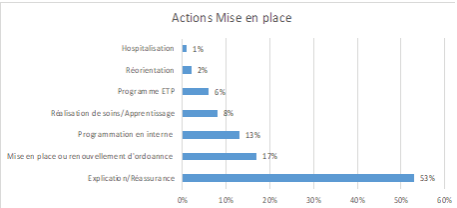
A. Rachart [1], V. Cluzeau [1], C. Martins [2], X. Hébuterne [1], A. Nicolau [1]
(1) Nice ; (2) Clichy-la-Garenne.

Introduction : De plus en plus de centres MICI font appel à une infirmière de coordination (IDEC. Le but de cette étude était d'évaluer de manière prospective l'activité et l'impact d'une IDEC sur la prise en charge des patients atteints de MICI.

Patients et Méthodes : Sur une période de trois mois, du 13 mars au 13 juin 2023, tous les patients ayant eu une interaction avec l'IDEC MICI d'un centre expert ont été systématiquement recensés. Les principaux points notés étaient, outre le nombre de patients et leurs caractéristiques, les moyens de contact, les motifs de contact, les actions mises en place, le suivi et enfin, la satisfaction des patients évaluée à l'aide d'un questionnaire proposé à un sous-groupe d'entre eux (échelle visuelle analogique de 0 à 10).

Résultats : En trois mois, 132 patients, 69 femmes et 63 hommes (47% RCH, 52% maladie de Crohn et 1% de colite inclassé), d'âge médian 40 ans (16 à 87 ans) ont contacté l'IDEC MICI. Au total 312 contacts ont été comptabilisés soit une médiane de 6 (1 à 12) par jour. Les moyens de contacts étaient: le téléphone: 131 fois (42%), les SMS: 25 fois (8%), la messagerie électronique: 69 fois (22%), une consultation en présentiel: 86 fois (27,5%) et une téléconsultation: 1 fois (0,5%).
Les motifs de contact étaient: des conseils/questions/informations: 121 fois (39%), un problème de programmation/organisation: 60 fois (19%), la réalisation de soins (bilan biologique + mise en place de traitement) hors éducation thérapeutique du patient (ETP): 77 fois (25%), une urgence: 22 fois (7%), une demande de rendez-vous/information avec l'IDEC hors ETP: 19 fois (6%), une demande de séance d'éducation thérapeutique du patient : 13 fois (4%).
Les 312 contacts ont donné lieu à 315 actions réparties en sept groupes: Hospitalisation dans le service: 3 fois (1%), réorientation vers les urgences ou un autre service: 7 fois (2%), orientation vers le programme d'ETP: 19 fois (6%), réalisation de soins/apprentissage: 25 fois (8%), programmation en interne (médecin, diététicien, IDEC, ETP, hôpital de jour): 40 fois (13%), mise en place ou renouvellement d'ordonnance/document administratif: 55 fois (17%), explication/réassurance: 166 fois (53%) (Figure).
Sur cette période, l'IDEC MICI a été contactée 22 fois par 19 patients pour une urgence véritable ou ressentie. La gestion de ces situations à été réalisée de manière pluridisciplinaire et a donné lieu à une réassurance (68%), une réorientation (18%) ou une hospitalisation (14%).
La satisfaction globale de l'intervention de l'IDEC MICI était de 10/10 chez 78% des patients et de 9/10 chez 11% d'entre eux. A la question pensez-vous que l'intervention d'une infirmière de coordination amèliore la prise en charge : 78,5% étaient d'accord à 10/10 et 7% à 9/10. A la question pensez-vous que le contact avec l'infirmière de coordination permet un meilleur accès aux soins 67,5% étaient d'accord à 10/10 et 3,5% à 9/10. Les principales recommandations des patients pour amèliorer la prise en charge étaient : prévoir différents niveaux de suivi en fonction des patients, renforcer l'équipe de coordination pour pallier aux congés, avoir des fiches d'explication et des comptes rendus écrits, développer plus d'ateliers pour l'ETP.

Conclusion : Cette étude pilote montre l'importance de l'activité de l'IDEC MICI dans un centre expert. Les patients qui ont pu bénéficier de cette prise en charge la plébiscitent.



C-097

Étude CONFIDE (Communicating Needs and Features of IBD Experiences) : expérience des besoins impérieux chez des patients atteints de rectocolite hémorragique modérée à sévère en France

J. Kirchgesner [1], B. Caron [2], A. Buisson [3], V. Abitbol [1], I. Redondo [4], A. Potts Bleakman [5], T. Panni [5], V. Ghestem [1], M. Allez [1]
(1) Paris ; (2) Nancy ; (3) Clermont-Ferrand ;
(4) Lisbonne, PORTUGAL ; (5) Indianapolis, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE.

Introduction : Les besoins impérieux (BI) sont l'un des symptômes les plus courants et contraignants pour les patients atteints de maladie inflammatoire chronique de l'intestin (MICI). L'étude CONFIDE (Communicating Needs and Features of IBD Experiences) visait à décrire l'expérience des patients atteints de rectocolite hémorragique (RCH) modérée à sévère et de maladie de Crohn (MC) et à évaluer l'impact des symptômes sur leur vie, ainsi qu'à étudier les déficits de communication entre les patients et les professionnels de santé (PDS) en Europe (EU) (France (FR), Allemagne, Italie, Espagne, Royaume-Uni), aux Etats-Unis et au Japon. Nous présentons ici les données concernant les BI chez les patients atteints de RCH en France dans le contexte européen.

Patients et Méthodes : Une enquête transversale quantitative en ligne a été réalisée en Europe après consentement éclairé auprès de patients âgés de plus de 18 ans et atteints de RCH modérée à sévère ainsi qu'auprès de PDS prescripteurs. Le diagnostic de RCH était autodéclaré comme établi par un PDS et la RCH était considérée comme modérée à sévère en présence d'au moins un des critères suivants : (1) exposition à un immunomodulateur ou traitement avancé ; (2) une corticothérapie pendant 1 mois minimum au cours des 12 derniers mois ; (3) hospitalisation pendant au moins 4 semaines consécutives au cours des 5 dernières années. Les PDS éligibles devaient suivre au moins 10 patients par mois atteints de RCH ou de MC, dont au moins 5 devaient être atteints d'une RCH ou MC modérée à sévère. Les BI étaient définis par le besoin soudain et urgent d'aller à la selle. Les données sont présentées sous forme de statistiques descriptives.

Résultats : 556 patients EU atteints de RCH (100 patients FR) et 503 PDS EU (101 PDS FR) ont répondu à l'enquête. Les données démographiques et les caractéristiques thérapeutiques des patients sont résumées dans le tableau 1. Parmi les patients atteints de RCH modérée à sévère, 36 % des patients FR et 45 % des patients EU avaient déjà ressenti des BI. Parmi les patients FR ayant déjà ressenti des BI (n = 36), 61,1 % ont déclaré en avoir ressenti au moins une fois par semaine au cours des 3 derniers mois. Au cours des 3 jours précédant l'enquête, 36 % des patients FR n'ont pas pu se retenir plus de 5 minutes pour aller à la selle. Chez les patients recevant une biothérapie ou un inhibiteur de Janus kinase (JAKi), 70 % des 20 patients FR et 73,8 % des 126 patients EU ont déclaré avoir ressenti des BI au moins une fois par semaine au cours des 3 derniers mois. 53,0 % des patients FR et 37,0 % des patients EU, ainsi que 57,4 % du sous-ensemble de patients FR (n = 61) et 38,2 % du sous-ensemble de patients EU (n = 301) traités par biothérapie ou JAKi ont déclaré porter des couches/serviettes/protections au moins une fois par semaine au cours des 3 derniers mois. Au total, 26,8 % des patients FR ont déclaré avoir évité ou réduit leur activité sexuelle en raison des BI au cours des 3 derniers mois. La crainte de l'incontinence fécale était le motif le plus courant (39,4 % des patients FR). Parmi les patients ayant déjà ressenti des BI, 36,1 % des patients FR et 42,8 % des patients EU ne se sentaient pas à l'aise pour aborder ce sujet avec leur PDS, la raison principale étant la gêne (respectivement 61,5 % et 57,9 %). Au total, seulement 9,9 % des PDS FR ont établi les BI comme étant le symptôme le plus invalidant pour les patients atteints de RCH. Les BI était également cités par 18,8 % des PDS FR comme l'un des trois principaux symptômes ayant la plus grande incidence sur les décisions thérapeutiques dans la RCH modérée à sévère. L'impact de la RCH modérée à sévère sur le refus d'aller à l'école/au travail, de participer à des activités sociales ou de pratiquer une activité physique chez les patients FR est présentée dans la figure 1.

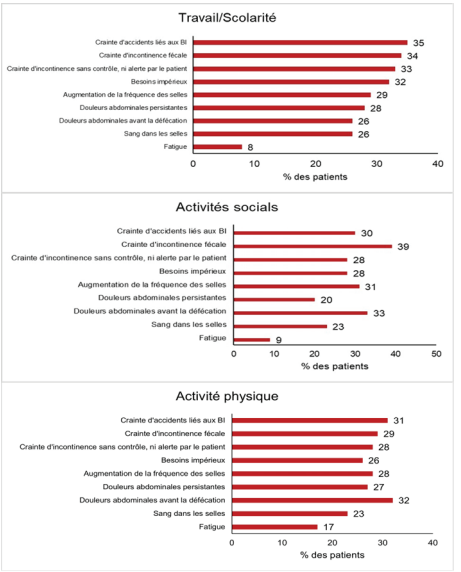


Figure 1. Patients français de l'étude CONFIDE (n = 100) ayant refusé de se rendre à l'école/au travail, de participer à des activités sociales et de pratiquer une activité physique au cours des 3 derniers mois à cause de problèmes liés à la RCH

Tableau 1. Données démographiques et thérapeutiques de la RCH chez les participants à l'étude CONFIDE.

Caractéristiques des patients	Patients FR (n = 100)	Patients EU (n = 556)
Âge moyen, années	39,2	38,9
Classe d'âge, années, n (%)		
≤ 25	3 (3,0)	24 (4,3)
> 25 à ≤ 65	97 (97,0)	528 (95,0)
> 65	-	4 (0,7)
Homme, n (%)	60 (60,0)	319 (57,4)
Durée moyenne depuis le diagnostic (années), n (%)		
0 à < 2	26 (26,0)	90 (16,2)
≥ 2 à < 5	49 (49,0)	187 (33,6)
≥ 5 à < 10	12 (12,0)	139 (25,0)
≥ 10	14 (14,0)	150 (27,0)
Patients ayant déjà ressenti des BI, n (%)	36 (36,0)	250 (45,0)
Traitement au moment de l'enquête, n (%)		
Traitements non biologiques		
5-ASA	66 (66,0)	283 (50,9)
Corticostéroïdes*	74 (74,0)	347 (62,4)
Azathioprine/méthotrexate	38 (38,0)	125 (22,5)
Mercaptopurine	23 (23,0)	45 (8,1)
Traitements avancés**	61 (61,0)	301 (54,1)
Caractéristiques des PDS	PDS FR (n = 101)	PDS EU (n = 503)
Médecins	101 (100,0)	472 (93,8)
Gastroentérologues	99 (98,0)	469 (93,2)
Médecine interne	2 (2,0)	3 (0,6)
Personnel soignant/praticien/assistant spécialisé en maladie entérique inflammatoire	0 (0)	31 (6,2)

* Corticostéroïdes : Méthylprednisolone, budésonide, prednisolone, prednisone
** Traitements avancés défini comme traitements biologiques, biosimilaires ou inhibiteurs de JAK.
5-ASA = acide 5-aminosalicylique ; BI = besoins impérieux ; EU = européen ; FR = français ; JAK = Janus kinases ; n = nombre de patients ; PDS = professionnel de santé

Conclusion : Cette enquête a démontré l'impact considérable des BI sur la vie de patients FR et EU atteints de RCH modérée à sévère, lesquels sont souvent sous-estimés par les PDS et peu pris en compte dans les décisions thérapeutiques.

C098

Aide à la lecture de vidéocapsule endoscopique du grêle de patients atteints de maladie de Crohn par réseaux de neurones profonds selon une méthode d'apprentissage actif

R. Rouveyre [1], T. Subileau-Langlois [1], T. Gomez [1], H. Mouchère [1], A. Bourreille [1], C. Le Berre [1]
(1) Nantes.

Introduction : Des systèmes d'intelligence artificielle (IA) et principalement des réseaux de neurones (RN) ont été développés pour la détection de lésions en vidéocapsule endoscopique (VCE) chez les patients atteints de maladie de Crohn (MC) pour en faciliter la lecture. Malgré une performance acceptable sur des images individuelles, ces outils ne permettent pas l'analyse de vidéos entières et sont consommateurs de données annotées difficiles à obtenir. Des techniques d'apprentissage actif ont démontré leur capacité à diminuer le nombre d'annotations nécessaires sans altérer la performance des RN dans des domaines non médicaux. Les objectifs de cette étude étaient de tester et d'évaluer plusieurs modèles d'apprentissage actif pour réduire le nombre de données nécessaires à l'apprentissage d'un outil d'IA capable de différencier des vidéos entières normales et pathologiques.

Patients et Méthodes : Tout d'abord, 76 VCE de patients atteints de MC ont été utilisées pour automatiser la détection de la première et la dernière image du grêle. Celles-ci étaient identifiées par un expert puis utilisées pour l'apprentissage (50 %), la validation (25 %) et le test (25 %) d'un RN (architecture ResNet-18 entraînée avec l'entropie croisée, un weight decay de 10-6 et un taux de drop out de 0.1). Les prédictions du RN en association avec l'algorithme de Viterbi ont été comparées aux annotations établies par les médecins pour localiser ces 2 images.
Dans un 2e temps, 4286 images de la base Crohn-IPI (2294 normales, 1992 pathologiques) ont été utilisées pour l'apprentissage d'un autre RN (ResNet50) afin d'en prédire le caractère pathologique ou non. Une image était considérée comme pathologique si elle contenait au moins une des lésions suivantes : érythème, œdème, ulcération superficielle/profonde, sténose. Quatre modèles d'apprentissage actif utilisant ResNet50 avec différents critères de sélection (aléatoire, incertitude ou de distance) ont été testés sur un jeu de données annotées limité (5 cycles d'annotations de 200 images pour chaque modèle) et leur performance de classification (image normale/pathologique) a été évaluée.
Enfin, 42 vidéos (14 normales, 28 pathologiques) ont été utilisées pour évaluer la performance du RN pré-entraîné sur le modèle d'apprentissage actif DistCEAL (combinant le critère de distance et d'incertitude) pour prédire le caractère pathologique ou non de la vidéo entière.

Résultats : Dans la population globale, le RN détectait la première image duodénale comparativement aux experts avec un écart médian (IQR) de 3 images (66,5) et la dernière image du grêle avec un écart médian de 98 images (336). Un antécédent de résection iléocolique altérait de façon non significative la performance de la reconnaissance de la dernière image avec un écart médian de 203 images (812, p=0,59). La meilleure performance du RN pour l'identification de la dernière image iléale était chez les patients en rémission clinique, non opérés, caecum atteint par la capsule, avec un écart médian de 4 images (75, p=0,12).
Parmi les 4 modèles d'apprentissage actif, il n'y avait pas de supériorité d'un des modèles pour classer les images pathologiques ou non. Les performances des 4 modèles étaient similaires avec une sensibilité de 60 %, et une précision ou valeur prédictive positive de 75 %.
Enfin, la performance du RN pré-entraîné sur le modèle d'apprentissage actif DistCEAL pour la tâche de classification de vidéos complètes normales et pathologiques était de 72 %.

Conclusion : Notre étude a démontré la faisabilité et la bonne performance d'un système d'IA à identifier la première et la dernière image du grêle. Un antécédent de résection iléo-colique altérait de façon non significative la reconnaissance de la dernière image grêlique avec un écart médian de 52 secondes maximum. Aucun modèle d'apprentissage actif n'a démontré sa supériorité, néanmoins, ils ont permis d'obtenir une performance satisfaisante compte tenu du

très faible nombre de données annotées utilisées pour leur apprentissage. La classification du caractère pathologique ou non de vidéos complètes par un outil d'IA semble faisable mais nécessite l'optimisation des modèles d'apprentissage actif pour obtenir une performance acceptable en pratique courante.

O55

La persistance d'urgences fécales malgré l'obtention d'une rémission clinique après traitement d'induction est associée à une évolution défavorable de la maladie chez les patients atteints de rectocolite hémorragique : résultats de l'étude UC-RGENCY

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

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

Introduction : Les recommandations STRIDE 2 considèrent l'obtention d'une rémission clinique (absence de saignement rectal et normalisation de la fréquence des selles) associée à une rémission endoscopique comme la meilleure cible thérapeutique chez les patients atteints de rectocolite hémorragique (RCH). Malgré l'impact négatif des impériosités ou urgences fécales sur la qualité de vie des patients, ce symptôme, fréquemment observé chez les patients atteints de RCH, n'a pas été pris en compte par une telle définition.
Dans l'étude UC-RGENCY, nous avons cherché à évaluer si la persistance des urgences fécales après le traitement d'induction était indépendamment associée au risque d'arrêt du traitement en raison d'une RCH active, de colectomie et à une probabilité plus faible d'être en rémission clinique, endoscopique ou histologique.

Patients et Méthodes : À partir d'une large cohorte multicentrique nationale, nous avons inclus consécutivement des patients adultes atteints de RCH, précédemment exposés à au moins un anti-TNF, avec un score Mayo partiel > 2, qui ont commencé une biothérapie ou une petite molécule entre janvier 2019 et juin 2022. L'urgence fécale a été définie comme critère binaire basé sur la définition du SCCAI (simple colitis clincal activity index). Le critère de jugement principal était temps jusqu'à arrêt du traitement en raison d'une RCH active. Les critères de jugement secondaires étaient le délai avant rechute clinique, le délai jusqu'à colectomie ainsi que la rémission clinique sans corticoïde (score Mayo partiel > 2) (CFREM), la rémission endoscopique (CFREM + score endoscopique Mayo ≤ 1) et la cicatrisation muqueuse (CFREM + score endoscopique Mayo ≤ 1 + rémission histologique soit indice de Nancy ≤ 1) aux dernières nouvelles.

Résultats : Parmi 473 patients atteints de RCH, 270 ont eu une évaluation des urgences fécales après le traitement d'induction (entre la semaine 14 et la semaine 16) (âge moyen 43,0 ± 17,0 ans, durée médiane de la RCH 6 [3-11] ans, sexe féminin = 54,0 %, pancolite = 45,9 %). Le suivi médian était de 14 [8-22] mois. Le taux de CFREM après le traitement d'induction était de 54,4 % (147/270), tandis que 21,5 % (58/270) avaient encore des urgences fécales après le traitement d'induction.
Parmi les 147 patients ayant obtenu une rémission après le traitement d'induction, 12 présentaient une persistance des urgences fécales (8,2 %). En revanche, 62,6 % (77/123) des patients sans CFREM après le traitement d'induction n'avaient aucune urgence fécale. Les concordances entre urgences fécales et absence de CFREM (67,0 %, coefficient kappa = 0,30 ± 0,05), absence de saignement rectal (75,2 %, coefficient kappa = 0,33 ± 0,06) ou absence de normalisation de la fréquence des selles (67,9 %, coefficient kappa = 0,35 ± 0,05) étaient faibles confirmant que les urgences fécales donnent une information indépendante des 2 autres signes cliniques.
Parmi les patients présentant la persistance d'urgences fécales après traitement d'induction, seulement 3,7 % des patients n'avaient aucune activité endoscopique (score endoscopique Mayo = 0) tandis que 85,2 % avaient un score endoscopique Mayo ≥ 2, confirmant que les urgences fécales sont fortement associées à la présence d'une activité endoscopique.
Après analyses multivariées incluant la CFREM à la semaine 16, la persistance des urgences fécales après traitement d'induction était indépendamment associée au risque d'arrêt

du traitement (HR = 2,0 [1,1-3,5], p = 0,016), au risque de colectomie (HR = 4,4 [2,3-8,4], p < 0,001) ainsi qu'à l'absence de cicatrisation muqueuse (OR = 5,0 [1,1-24,8], p = 0,046) aux dernières nouvelles. Une tendance a également été observée concernant l'association entre persistance des urgences fécales après traitement d'induction et absence de CFREM (OR = 6,1 [0,8-48,0], p = 0,085) ou de rémission endoscopique (OR = 2,4 [0,9-6,1], p = 0,077) aux dernières nouvelles.

Conclusion : La persistance des urgences fécales (signe fortement associé à la présence d'une activité endoscopique) malgré une rémission clinique est associée à un risque plus élevé d'arrêt du traitement en raison d'une RCH active ou de colectomie et à une probabilité plus faible de cicatrisation muqueuse. Les urgences fécales devraient être intégrée dans les recommandations internationales pour définir la rémission clinique chez les patients atteints de RCH.

Remerciements, financements, autres : Etude indépendante réalisée avec « le soutien institutionnel du laboratoire Lilly ».

Efficacité de l'infliximab sous-cutané dans la prise en charge des lésions ano-périnéales (LAP) de la maladie de Crohn : étude observationnelle multicentrique française

M. André [1], J. Kirchgesner [2], D. Laharie [3], L. Guillo [4], L. Abramowitz [2], P. Seksik [2], M. Nachury [5], M. Fumery [6], M. Amil [7], S. Nancey [8], C. Le Berre [9], D. Moussata [10], A. Buisson [11], N. Fathallah [2], C. Gilletta de Saint-Joseph [12], M. Uzzan [13], N. Duveau [5], L. Peyrin-Biroulet [14], S. Nahon [15], G. Savoye [16], M. Charkaoui [17], A. Biron [18], C. Rouillon [19], M. Kaassis [20], F. Goutorbe [21], E. Vicaut [2], L. Vuitton [1]

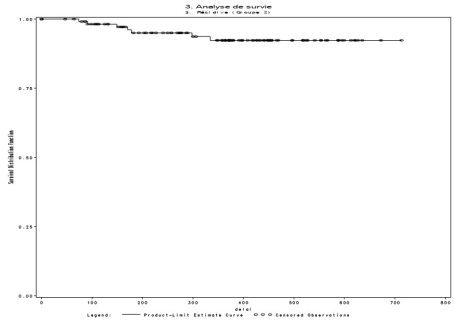
(1) Besançon ; (2) Paris ; (3) Bordeaux ; (4) Marseille ; (5) Lille ; (6) Amiens ; (7) La Roche-sur-Yon ; (8) Lyon ; (9) Nantes ; (10) Tours ; (11) Clermont-Ferrand ; (12) Toulouse ; (13) Clichy-la-Garenne ; (14) Nancy ; (15) Montfermeil ; (16) Rouen ; (17) Dijon ; (18) Bezannes ; (19) Caen ; (20) Cholet ; (21) Bayonne.

Introduction : Les lésions ano-périnéales (LAP) de la maladie de Crohn sont un facteur de mauvais pronostic avec un fort impact sur la qualité de vie des patients. L'IFX a prouvé son efficacité dans les LAP et représente le traitement de première ligne, en association si besoin avec la chirurgie. Une forme sous-cutanée (SC) a récemment été développée permettant une auto-administration. Son efficacité a été démontrée dans la maladie de Crohn luminale, avec des taux sériques d'IFX plus stables et élevés, ce qui pourrait représenter un avantage dans le cas particulier des LAP. Néanmoins aucune étude n'a spécifiquement étudié cette population, et d'autre part la gravité du phénotype de LAP peut freiner certains prescripteurs à utiliser cette voie d'administration. Notre étude visait à évaluer l'efficacité de l'IFX SC dans la prise en charge des LAP.

Patients et Méthodes : Nous avons mené une étude française multicentrique observationnelle rétrospective. Les patients ont été répartis dans 2 groupes en fonction de l'activité des LAP au moment de l'initiation de l'IFX SC. Les critères d'inclusion du 1er groupe étaient une LAP active (I, II ou III) dans les 6 mois précédent l'introduction de l'IFX SC. Pour le groupe 2, il s'agissait de LAP inactives depuis > 6 mois mais avec un antécédent de drainage dans les 10 ans. Le critère de jugement principal du groupe 1 était la rémission clinique à 6 mois définie par l'absence d'ulcère si LAP I et l'absence d'écoulement, y compris à la pression, pour les fistules. Une analyse bivariée puis multivariée a été réalisée pour rechercher les facteurs prédictifs de rémission clinique. Pour le groupe 2, le critère de jugement principal était la récidive clinique à M6.

Résultats : Au total 192 patients ont été inclus dans 24 centres. L'âge moyen était de 38,9 (± 13.3) ans, 43,2 % étaient des femmes, et 25,1 % des fumeurs actifs. Soixante-six patients ont été inclus dans le groupe 1, 117 dans le groupe 2. Chez 9 patients, analysés séparément de façon exploratoire les LAP étaient réfractaires avec persistance d'activité sous infliximab IV, switchés en SC. Le traitement a été arrêté chez 20 (10,4%) patients, avec un retour à la forme IV chez 8 (4,2%) patients.
Dans le groupe 1, le suivi médian était de 46 (26.6-64.6) semaines, 51/66 (77.3%) patients recevaient une combothérapie à l'induction, et un drainage initial a été réalisé chez 40 (60,6%) patients. Un (1,5%), 1 (1,5%), 32 (48.5%), 20 (30.3%) et 12 (18.2%) patients ont reçu respectivement 0, 1, 2, 3 et ≥ 4 injections IV d'IFX avant le passage SC. A M6, 27/61 (44,3%) patients étaient en rémission clinique et 53/61 (86,9%) en réponse clinique. Une rémission ou réponse partielle IRM au cours du suivi a été obtenue chez 19/28 (67,9 %) patients. En analyse univariée, les facteurs inversement associés à la rémission étaient l'IMC, une chirurgie anale antérieure, un drainage initial, une optimisation d'emblée de la posologie de SC. En analyse multivariée, le seul facteur prédictif de la rémission clinique était l'exposition antérieure à ≥1 biothérapie (OR 0,248 ; CI95% [0,071-0,861] p= 0.0243). Dans le groupe 2, le suivi médian était de 53.6 (36.7-67) semaines. Le taux de récidive de la LAP à 6 mois était de 3,1 % chez les 98 patients ayant atteints cette date. La courbe de survie sans récidive est jointe en Figure 1.

Figure 1 : Survie sans récidive dans le groupe 2



Dans l'ensemble de la population, chez 87 patients dont le taux résiduel était disponible, seuls 2 cas d'immunisation ont été observés. L'infliximabémie médiane était > 20 (17.1- > 20) µg/l. Seize cas (8.3%) d'effets indésirables liés à la forme SC ont été observés (douleur/réaction au point d'injection), 4 sont repassés à la forme IV, 1 a entrainé un arrêt de l'IFX. Trois cas d'infection sont survenus, et aucun cas de cancer.

Conclusion : Ces résultats sont concordants avec les résultats de la littérature sur l'efficacité de l'IFX IV dans la prise en charge des LAP. La forme SC semble donc efficace dans la prise en charge de LAP actives, mais aussi sur le maintien d'une rémission sur les formes inactives.

La fermeture de l'orifice interne par un lambeau d'avancement rectal permet d'augmenter l'efficacité des cellules souches mésenchymateuses (CSM) dans les fistules anales complexes de la maladie de Crohn

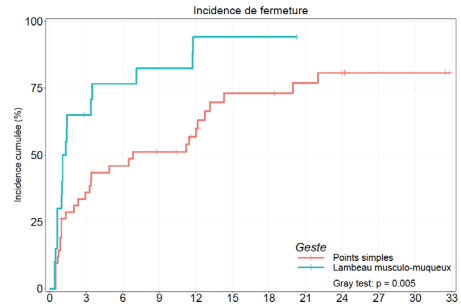
N. Fathallah [1], C. O'Neill [2], M.A. Haouari [1], A. Alam [1], A. Barré-Audenet [1], L. Kassouri [1], L. Spindler [1], E. Pommaret [1], D. Roland [1], E. Safa Far [1], V. de Parades [1]

(1) Paris ; (2) Lisbonne, PORTUGAL.

Introduction : L'injection de CSM dans des fistules ano-périnéales complexes de la maladie de Crohn donne environ 35 à 50 % de rémission clinico-radiologique à 12 mois. Dans notre service, nous fermons désormais l'orifice interne par un lambeau musculo-muqueux rectal d'avancement (et non plus par un simple point en X) afin de réduire au maximum le passage de selles et la contamination du trajet fistuleux.
Le but de cette étude était de comparer le taux de guérison et la qualité de vie de patients traités par injection de CSM avec fermeture de l'orifice interne par un point en X *versus* un lambeau.

Patients et Méthodes : Cette étude prospective monocentrique a inclus tous nos patients consécutifs ayant eu une injection de CSM. Les premiers patients ayant eu une fermeture de l'orifice interne par un point en X (juillet 2020-2022) ont été comparés aux suivants ayant eu un lambeau (juillet 2022-2023).
La guérison clinique complète était définie par la fermeture des orifices non cathétérisables au stylet, sans douleur, ni écoulement, et la guérison radiologique complète par un score de Magnifi-CD (Hindryckx P, et al. Gastroenterology 2019) à 0. La qualité de vie était évaluée par le Crohn's Anal Fistula Quality of Life scale (CAF-QoL) (Adegbola SO, et al. Gut 2021).

Résultats : Nous avons inclus 68 patients (50% de femmes, âge moyen : 38 ± 13,8 ans). Les premiers 42 patients ont eu un point en X et les 20 patients suivants un lambeau d'avancement (6 patients n'ont eu aucun geste en raison d'une sténose anale). Le suivi médian était de 12 mois [6-24].
La rémission clinique complète globale était de 66,7% à M12 : 51,1% [35,5-66,8] dans le groupe « point en X » *versus* 87,5% [69,7-100,0] dans le groupe « lambeau » (p = 0,005) (Figure).
La différence était constatée précocement dès M1.
Le score IRM Magnifi-CD global moyen a baissé de 15,5 ± 4,7 à 6,5 ± 7,1 à M12 (p <0,001) sans différence entre les 2 groupes mais il y avait davantage de scores Magnifi-CD à 0 dans le groupe lambeau : 62,5% *versus* 38,2%.
Le score de qualité de vie CAF-QoL s'est amélioré de 51,3 ± 24,7 à 21,2 ± 20,8 à M12 (p < 0,001) sans différence significative entre les 2 groupes.
La durée de l'intervention était plus longue en moyenne de 19 ± 7 mn dans le groupe « lambeau ».
Il n'y a pas eu de différence dans le score d'incontinence anale entre les 2 groupes.
En régression logistique, le lambeau d'avancement était associé de manière significative à la rémission clinique (p = 0,007, HR (95 % CI) : 2,3 [1,3-4,3]).



Conclusion : La fermeture de l'orifice interne par un lambeau rectal d'avancement nous a permis de significativement améliorer l'efficacité des injections de CSM avec des taux de rémission clinique complète à 87,5 % et radiologique complète à 62,5 % sans altération de la continence anale.

Remerciements, financements, autres : Lila Hafit pour la programmation et le maintien du suivi des patients traités.

C102

Efficacité comparative de l'ustékinumab et de l'adalimumab dans la prévention de la récidive post-opératoire dans la maladie de Crohn

M. Allez [1], N. Hammoudi [1], S. Brand [1], S. Nancey [2], A. Buisson [3], P. Seksik [1], P. Wils [4], A. Bourreille [5], X. Treton [6], E. Louis [7], G. Pineton de Chambrun [8], M. Fumery [9], X. Hébuterne [10], L. Peyrin-Biroulet [11], F. Carbonnel [12], M. Serrero [13], M. Bezault [1], J. Lambert [1]

(1) Paris ; (2) Lyon ; (3) Clermont-Ferrand ; (4) Lille ; (5) Nantes ; (6) Neuilly-sur-Seine ; (7) Liège, BELGIQUE ; (8) Montpellier ; (9) Amiens ; (10) Nice ; (11) Nancy ; (12) Le Kremlin-Bicêtre ; (13) Marseille.

Introduction : Une récidive survient chez la majorité des patients après résection iléo-cæcale pour maladie de Crohn. Il existe peu de données comparant l'efficacité des biothérapies dans la prévention de la récidive endoscopique postopératoire. Dans cette étude, nous comparons l'efficacité d'une prophylaxie par l'ustekinumab [UST] et l'adalimumab [ADA], chez des patients ayant reçu au moins une ligne de biothérapie avant l'intervention chirurgicale.

Patients et Méthodes : Étude de cohorte prospective multicentrique impliquant 14 centres tertiaires en France et en Belgique. Les patients ayant été exposés à au moins une biothérapie et ayant reçu de l'UST ou de l'ADA immédiatement après la chirurgie au sein de la cohorte ont été inclus. Un groupe contrôle était constitué de patients ayant été exposés à au moins une biothérapie avant la chirurgie mais n'ayant pas reçu de traitement prophylactique (ou du 5ASA). Le critère d'évaluation principal était la récidive endoscopique postopératoire, définie par un score de Rutgeerts modifié [RS] ≥ i2b. La récidive endoscopique était également évaluée par sur les différents segments (anastomose, iléon néoterminal). L'effet du traitement (ATO) a été estimé par une régression logistique avec la pondération des observations sur le score de propension afin de prendre en compte les facteurs de confusion potentiels.

Résultats : Parmi 820 patients inclus dans la cohorte, 611 patients avaient eu une iléocoloscopie en septembre 2023, et 449 d'entre eux avaient reçu au moins une ligne de biothérapie avant l'intervention. Cent trente-quatre patients ayant reçu de l'ustekinumab (n=70) ou de l'ADA (n=64) ont été sélectionnés, et ont été comparés à un groupe de patients n'ayant pas reçu de prophylaxie (ou un 5ASA) (n=214). Les patients du groupe UST étaient plus âgés : 36 ans [27 ; 44,75] vs. 33 [25 ; 38,5], avaient maladie plus longue (10,46 [4,81 ; 17,07] vs. 9,40 [3,54 ; 13,41] ans) et avaient été plus souvent exposés à plus d'une biothérapie (38 (54%) Vs. 11 (17%)) (tableau). Les taux de récidive endoscopique (RS≥ i2b) étaient de 31 % et 23% dans les groupes UST et ADA, respectivement (NS), et de 48% dans le groupe sans prophylaxie (tableau). L'efficacité supérieure des deux biothérapies sur le groupe témoin portait sur les lésions de l'iléon néoterminal, pas sur celles de l'anastomose. L'efficacité de l'UST se maintenait chez les patients ayant reçu plus d'une ligne de biothérapie (RS≥ i2b : 32%), alors qu'elle diminuait dans le groupe ADA (RS≥ i2b : 46%). L'analyse de la population pondérée portait sur une « pseudo-population » de 27 patients dans chaque groupe, dont la majorité n'avait reçu qu'une seule ligne de biothérapie (69%). Elle montrait une efficacité similaire des deux biothérapies, avec cependant un taux de récidive endoscopique numériquement plus élevé pour l'UST (RS≥ i2b) plus élevé (OR=1.45 [IC95% : 0,62-3,42].

	ADA, N = 64	**USTEK**, N = 70
Age	33.00 [25.00, 38.50]	36.00 [27.00, 44.75]
Fumeur actif	16 (25%)	22 (31%)
Durée de la maladie	9.40 [3.54, 13.41]	10.46 [4.81, 17.07]
Antécédent de chirurgie (RIC)	18 (28%)	18 (26%)
Phénotype B3	18 (28%)	31 (45%)
Nombre de lignes de biothérapies avant la chirurgie		
1	53 (83%)	32 (46%)
2	8 (12%)	28 (40%)
3	3 (5%)	4 (6%)
> 3	0 (0%)	6 (9%)
Score de Rutgeerts modifié ≥ i2b	**23%**	**31%**
Score de Rutgeerts > i1	**48%**	**43%**
Score de Rutgeerts >i0	**67%**	**69%**

Conclusion : L'efficacité de l'ustekinumab et de l'adalimumab était similaire dans la prévention des récidives endoscopiques postopératoires précoces. L'efficacité de l'ustekinumab ne diminuait pas chez les patients ayant reçu plusieurs lignes de biothérapies avant l'opération.

Remerciements, financements, autres :
Les données seront mises à jour lors de la présentation aux JFHOD.
Cette étude a reçu un soutien financier de Janssen.

[OB]

Efficacité des biothérapies et des traitements conventionnels en prévention de la récidive post-opératoire endoscopique de la maladie de Crohn : revue systématique et méta-analyse en réseau

M. Hupé [1], N. Mathieu [1], B. Pereira [2], A. Buisson [2]
(1) Grenoble ; (2) Clermont-Ferrand.

Introduction : Malgré l'utilisation plus large des biothérapies, la résection intestinale reste fréquente dans la maladie de Crohn (MC) (50 % des patients). La prévention de la récidive post-opératoire (RPO) endoscopique est donc un enjeu majeur puisqu'en l'absence de traitement préventif, elle survient chez 75 % des patients dans l'année qui suit la chirurgie et est fortement associée au risque de réapparition des symptômes (RPO clinique) et de progression de la destruction intestinale. Avec l'enrichissement de l'arsenal thérapeutique dans la MC et en l'absence de comparaisons directes entre ces traitements pour prévenir la RPO endoscopique, hiérarchiser ces options thérapeutiques représente un véritable défi pour les cliniciens dans cette situation.
L'objectif de cette méta-analyse en réseau était de comparer l'efficacité des traitements pour prévenir la RPO endoscopique de la MC.

Patients et Méthodes : Nous avons réalisé une revue systématique et une méta-analyse en réseau des études comparatives menées chez l'adulte, évaluant un traitement pour prévenir la RPO endoscopique après résection iléo-caecale, évaluée à l'aide du score de Rutgeerts. La sélection des études a été faite selon les recommandations PRISMA, à l'aide d'une équation de recherche par mots clefs. Le critère de jugement principal était la RPO endoscopique à 6 mois suivant le rétablissement de continuité après résection iléo-caecale, définie par un score de Rutgeerts ≥ i2.
La méta-analyse en réseau a été réalisée selon un modèle d'effets aléatoires. Les résultats sont présentés en odds ratio (OR) avec intervalle de confiance à 95%, ajustés sur le risque de RPO et sur l'administration concomitante d'un antibiotique (métronidazole). Le risque de biais des études a été évalué selon la grille RoB 2 (Cochrane risk-of-bias tool for randomized trials) ; l'hétérogénéité statistique globale entre les études était évaluée selon le τ^2. La méthode SUCRA ranking (surface under the cumulative ranking) a été utilisée pour classer les traitements, le SUCRA représentant le pourcentage d'efficacité d'un traitement à l'étude par rapport à un traitement théorique dont l'efficacité serait systématiquement supérieure sans incertitude.

Résultats : Au total, 20 études ont été retenues dans cette méta-analyse en réseau, incluant un total de 2414 patients. L'hétérogénéité globale était modérée (τ^2=0,34).
Après ajustement sur le risque de RPO et sur l'administration concomitante d'un antibiotique, l'ustekinumab (OR = 0,23 [0,07-0,70]), le vedolizumab (OR = 0,17 [0,05-0,59]), l'infliximab (OR = (0,18 [0,36-0,88]) et l'adalimumab (OR = 0,17 [0,07-0,42]) étaient supérieurs au placebo pour prévenir la RPO endoscopique, au contraire de l'antibiothérapie seule (OR = 1,52 [0,27-8,57]), des 5-aminosalycilés (5-ASA) (OR = 0,79 [0,42-1,48]), et des thiopurines (RR = 0,52 [0,22-1,24]) (Tableau 1). L'ustekinumab (OR = 0,29 [0,08-0,99]), le vedolizumab (OR = 0,22 [0,06-0,85]), l'infliximab (OR = (0,23 [0,09-0,54]) et l'adalimumab (OR = 0,22 [0,08-0,59]) étaient plus efficaces que les 5-ASA pour prévenir la RPO endoscopique. L'adalimumab (OR = 0,33 [0,15-0,74]) et l'infliximab (OR = 0,34 [0,13-0,87]) étaient également plus efficaces que les thiopurines. Nous n'avons observé aucune différence d'efficacité entre les 4 biothérapies étudiées pour prévenir la RPO endoscopique à 6 mois (infliximab, adalimumab, ustekinumab et vedolizumab) (Tableau 1).
Le SUCRA ranking identifiait comme traitements les plus efficaces l'adalimumab (SUCRA = 0,81), l'infliximab (SUCRA = 0,80), le vedolizumab (SUCRA = 0,79) et l'ustekinumab (SUCRA = 0,72). La probabilité que les thiopurines (SUCRA = 0,41), les 5ASA (SUCRA = 0,24), le placébo (SUCRA = 0,16) et les antibiotiques (SUCRA = 0,08) soient la meilleure option thérapeutique étaient nettement plus faible.

Tableau 1: Tableau résumant les résultats des comparaisons directes (partie haute du tableau) et indirectes (partie basse du tableau) entre les différents traitements pour prévenir la récidive post-opératoire de la maladie de Crohn obtenus après méta-analyse en réseau.
Les résultats sont donnés en odds ratio avec intervalle de confiance à 95 %.
Le tableau se lit dans le sens colonne *versus* ligne de gauche à droite.
Les cadres en vert soulignent les comparaisons avec différence statistiquement significatives.

Infliximab	1.06 (0.41-2.69)	.	.	.	**0.06 (0.01-0.48)**	.	**0.21 (0.09-0.49)**
1.02 (0.47-2.24)	**Adalimumab**	0.40 (0.18-1.09)	.	0.69 (0.48-2.67)	**0.01 (0.00-0.19)**	.	.
0.34 (0.13-0.87)	**0.33 (0.15-0.74)**	**Thiopurines**	.	3.05 (0.65-14.26)	0.37 (0.05-2.60)	0.34 (0.08-1.54)	0.87 (0.24-3.20)
1.04 (0.27-3.98)	1.01 (0.27-3.84)	3.04 (0.79-11.64)	**Vedolizumab**	0.63 (0.13-3.01)	.	.	**0.20 (0.04-0.97)**
0.78 (0.25-2.46)	0.76 (0.28-2.06)	2.28 (0.81-6.40)	0.75 (0.22-2.58)	**Ustekinumab**	.	.	-
0.23 (0.09-0.54)	**0.22 (0.08-0.59)**	**0.66 (0.25-1.76)**	**0.22 (0.06-0.85)**	**0.29 (0.08-0.99)**	**5-ASA**	.	0.58 (0.29-1.16)
0.12 (0.02-0.69)	**0.11 (0.02-0.63)**	**0.34 (0.08-1.54)**	**0.11 (0.015-0.85)**	**0.15 (0.02-0.93)**	0.52 (0.09-3.13)	**Antibiotiques**	.
0.18 (0.36-0.88)	0.17 (0.07-0.42)	**0.52 (0.22-1.24)**	0.17 (0.05-0.59)	**0.23 (0.07-0.78)**	0.79 (0.42-1.48)	1.52 (0.27-8.57)	**Placébo**

Conclusion : Cette méta-analyse en réseau confirme l'efficacité des anti-TNF, du vedolizumab et de l'ustekinumab pour prévenir la RPO endoscopique de la MC sans différence entre ces biothérapies. Lorsqu'un traitement est indiqué, les biothérapies semblent donc la meilleure option thérapeutique en prévention de la RPO endoscopique. Du fait d'une efficacité plus faible, la place des 5-ASA et des thiopurines reste limitée dans cette situation.

C104

Devenir à long terme du risankizumab au cours de la maladie de Crohn : étude multicentrique en vie réelle française

M. Fumery [1], B. Caron [2], X. Hébuterne [3], R. Altwegg [4], X. Roblin [5], C. Stefanescu [6], A. Meyer [7], M. Nachury [8], D. Laharie [9], C. Le Berre [10], L. Guillo [11], G. Cadiot [12], L. Caillo [13], A. Buisson [14], S. Nancey [15], M. Uzzan [16], L. Vuitton [17], C. Gilletta de Saint-Joseph [18], S. Geyl [19], M. Simon [20], J. Kirchgesner [20], P. Ah-Soune [21], N. Duveau [22], M. Vidon [16], V. Abitbol [20], T. Paupard [23], A. Defrance [20], L. Peyrin-Biroulet [2]

(1) Amiens ; (2) Nancy ; (3) Nice ; (4) Montpellier ; (5) Saint-Etienne ; (6) Neuilly-sur-Seine ; (7) Le Kremlin-Bicêtre ; (8) Lille ; (9) Bordeaux ; (10) Nantes ; (11) Marseille ; (12) Reims ; (13) Nîmes ; (14) Clermont-Ferrand ; (15) Lyon ; (16) Créteil ; (17) Besançon ; (18) Toulouse ; (19) Limoges ; (20) Paris ; (21) Toulon ; (22) Roubaix ; (23) Dunkerque.

Introduction : Les essais de phase III ont démontré l'efficacité du risankizumab au cours de la maladie de Crohn (MC) modérée à sévère. Nous avons récemment rapporté l'efficacité d'un traitement d'induction par risankizumab en vie réelle. L'objectif de cette étude était d'évaluer l'efficacité et la tolérance d'un traitement d'entretien par risankizumab chez les patients atteints de MC dans une large cohorte en vie réelle.

Patients et Méthodes : De mai 2021 à août 2023, tous les patients atteints de MC traités par risankizumab dans 25 centres français ont été rétrospectivement inclus. Seuls les patients ayant reçu un traitement d'induction à 600 mg IV aux semaines 0-4-8 puis un traitement d'entretien SC à la dose de 360 mg étaient inclus. Le critère de jugement principal était la rémission clinique sans corticoïde (indice d'Harvey-Bradshaw (HBI) < 5) à 52 semaines. Les critères de jugements secondaires comprenaient la rémission clinique selon les PRO2 (douleurs abdominales ≤0 et fréquence des selles ≤3), la rémission morphologique (définie comme l'absence d'ulcère en endoscopie, ou une entero-IRM / échographie normale), l'hospitalisation et la chirurgie (resection intestinale).

Résultats : Parmi les 174 patients inclus, respectivement 172 (99 %), 162 (93 %) et 167 (96 %) avaient été exposés aux anti-TNFs, au vedolizumab et à l'ustekinumab. Tous les patients avaient reçu au moins trois biothérapies et 108 (62 %) avaient déjà eu une résection intestinale. Respectivement 66 (38 %) et 24 (14 %) patients recevaient des corticoïdes et des immunosuppresseurs à l'inclusion. Le suivi médian était de 13,7 (10,0-18,1) mois. Les taux de rémission clinique sans corticoïde et de rémission clinique à 52 semaines étaient respectivement de 46 % (60/131) et 50 % (65/131). Une rémission clinique selon les PRO2 était observée chez 48 % (54/112) des patients à la semaine 52. Parmi les 69 (45%) patients ayant eu une évaluation endoscopique et/ou radiologique au cours du suivi, une réponse et une rémission étaient observées chez respectivement 27 (34 %) et 17 (22 %) patients. Les taux de persistance du risankizumab étaient respectivement de 94 %, 89 %, and 79 % aux semaines 12, 26, et 52. Au terme du suivi, 45 (45/174, 26 %) patients avaient arrêté le risankizumab (perte de réponse, 42% ; échec primaire, 37% ; intolérance, 13%). Une hospitalisation a été nécessaire chez 36 (36/174, 21 %) patients et 22 (22/174, 13 %) ont dû être opérés. Aucun facteur n'a été identifié comme associé à la rémission clinique sans corticoïde à 52 semaines. Vingt-cinq (14%) patients ont présenté un événement indésirable et 26 (15%) des événements indésirables graves (poussée de MC, n=17) (Tableau 1). Un décès (infarctus du myocarde) et un cancer (carcinome papillaire de la thyroïde) ont été observés sans lien établi avec le traitement étudié.

Table. Effets indésirables chez 174 patients traités par risankizumab pour une maladie de Crohn

Evénements	n = 174
Effets indésirables	25
Céphalées	5
Réaction aux sites d'injection	3
Arthralgies	7
Otite	2
Rash cutané	1
Bronchite	1
Alopécie	2
Mastodynie	1
Hépatite	1
Infection urinaire	1
Psoriasis	1
Effets indésirables graves	26
Poussée de maladie de Crohn	17
Poussée hypertensive	1
Lithiase urinaire	1
Abcès rénal/pyélonéphrite	1
Hémorragie digestive	2
Arythmie	1
Infarctus du myocarde	1
Anémie	1
Cancer	1
Décès	1

Conclusion : Il s'agit de la première étude en vie réelle sur le devenir à long terme des patients atteints de MC réfractaire traités par risankizumab. Un patient sur deux présentait une rémission clinique sans corticoïde à un an et le profil de tolérance rassurant était en accord avec les données de la littérature

O05

Le taux de persistance de l'infliximab par voie sous-cutanée est équivalent à celui de la forme intraveineuse chez des patients atteints de maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI)

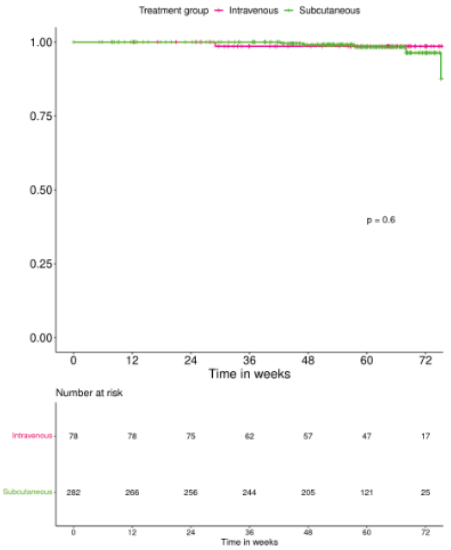
L. Bothorel [1], E. Gohier [1], D. Laharie [2], F. Zerbib [2], F. Poullenot [2], A. Berger [2], C. Chevrier [1], P. Rivière [2]

(1) Pessac ; (2) Bordeaux.

Introduction : L'infliximab (IFX) historiquement administré par voie intra-veineuse (IV) est désormais disponible par voie sous-cutanée (SC). Le passage (switch) de la voie IV vers la voie SC a fait l'objet de publications chez des malades sélectionnés et candidats au switch. L'objectif de cette étude était d'évaluer la persistance et la tolérance de l'IFX SC par rapport à l'IFX IV dans une cohorte de patients en vie réelle.

Patients et Méthodes : Nous avons mené une étude rétrospective monocentrique incluant tous les patients atteints d'une MICI traités par IFX IV en entretien entre le 25/10/2021 et le 30/04/2022. Le switch vers la voie SC était proposé à tous les patients atteints de MICI en rémission clinique quand ils recevaient une dose d'IFX IV ≤ 10mg/kg avec une fréquence d'administration ≥ 6 semaines et qu'ils avaient un profil patient jugé favorable (bonne observance du traitement par IFX IV, absence de pathologie psychiatrique décompensée). Deux groupes de malades étaient comparés : un groupe de patients « switchés » par voie SC et un groupe témoin de patients restés sous IFX par voie IV en raison d'un profil patient défavorable, d'un refus du switch ou d'un switch trop tardif par rapport à la date de fin d'inclusion. La date d'inclusion correspondait à la venue en hospitalisation de jour où le switch était proposé qu'il soit ou non accepté ou à la date à laquelle on aurait pu le lui proposer (si profil patient défavorable ou switch tardif). Le suivi était mené jusqu'au 30/04/2023. Les objectifs étaient d'évaluer la persistance et la tolérance du passage à la forme SC de l'IFX comparée à la forme IV mais également d'étudier le devenir des patients de nouveau switchés pour la forme IV.

Résultats : Parmi 439 patients consécutifs vus au cours de la période d'étude, 79 patients ont été exclus (57 pour absence de contrôle de la maladie, 18 pour doses d'IFX IV trop élevées, 3 car inclus dans un autre protocole et 1 mineur), 282 ont été switchés en SC et 78 sont restés sous IFX IV (44 refus et 34 patients avec un profil défavorable). Le refus du switch était le plus souvent motivé par une crainte de la rechute. Les deux groupes étaient comparables pour l'âge, le sexe et le profil de la maladie (type et topographie) ; la dose et la fréquence de l'IFX étaient plus importantes dans le groupe IFX IV. Avec un suivi médian de 59 (46-67) semaines, l'IFX SC a été interrompu chez 28/282 (10%) des patients (10 pour rechute, 10 par décision du patient et 8 derniers pour intolérance) alors qu'il a été arrêté chez 1/78 (1%) patient du groupe IFX IV (p = 0,01). Parmi les 28 patients ayant interrompu l'IFX SC, 27 sont repassés à la forme IV (switch back), 4 d'entre eux (1,4% du groupe switch) ont interrompu définitivement l'IFX (1 pour découverte de cancer colo-rectal, 2 pour manifestations extra-intestinales et 1 pour une rechute réfractaire à la reprise de l'IFX IV). Au total, les taux de persistance de l'IFX, quelle que soit sa voie d'administration, étaient comparables entre les 2 groupes, à hauteur de 98.6% (95.8-100%) dans le groupe IV contre 99.1% (97.8-100%) dans le groupe SC à la semaine 52 (p = 0,6). La survenue d'effets indésirables était plus fréquente dans le groupe de patients switchés que dans le groupe témoin (10,0% *versus* 2,6%, p = 0.031). En majorité, il s'agissait de l'apparition de lésions psoriasiformes chez 9 patients (ayant mené à l'arrêt pour un seul d'entre eux et à une hospitalisation chez un autre); 4 autres patients ont signalé une réaction au point d'injection (2 arrêts de traitement). Il n'existait pas de différence significative du nombre d'épisodes infectieux entre les 2 groupes. La proportion d'effets secondaires ayant mené à l'arrêt définitif de l'IFX ou à une hospitalisation était identique dans les 2 groupes (1 patient soit 1,8%).



Conclusion : Dans une cohorte en vie réelle, le switch d'IFX de la voie IV vers la voie SC ne modifie pas la persistance du traitement. En cas de mauvaise tolérance de l'IFX SC, la reprise de l'IFX IV est efficace. Le switch vers la voie SC de l'IFX est une option thérapeutique à envisager chez les patients en rémission sous IFX IV.

C-106

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 un an d'une cohorte prospective française

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

(1) Grenoble ; (2) Annecy ; (3) Bordeaux ; (4) Nice ; (5) Paris ; (6) Rennes ; (7) Besançon ; (8) Nantes ; (9) Lyon ; (10) Reims ; (11) Lille ; (12) Toulouse ; (13) Montpellier ; (14) Colmar ; (15) Toulon ; (16) Neuilly-sur-Seine ; (17) Clichy-la-Garenne ; (18) Tarbes ; (19) Caen ; (20) 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 prospectives après le switch depuis l'infliximab intraveineux (IFX-IV) vers l'IFX-SC apparaissent indispensables. L'objectif de cette étude de cohorte prospective multicentrique française était de décrire la persistance, l'efficacité et la sécurité de l'IFX-SC en relai de IFX-IV.

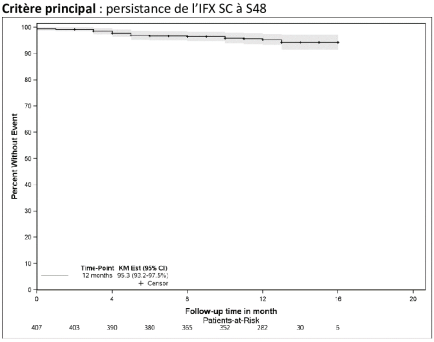
Patients et Méthodes : Les patients atteints de MICI en rémission clinique sans stéroïdes (indice de Harvey Bradshaw (HBI) ≤ 4 pour la maladie de Crohn (CD) et score partiel Mayo (PMS) ≤ 2 avec chaque sous-score ≤ 1 pour la RCH), depuis au moins 6 mois sous un traitement par IFX-IV, se sont vu proposer participer à une étude de cohorte prospective en passant 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.
Une évaluation clinique (HBI, PMS), biologique (CRP et calprotectine fécale (CF)), pharmacocinétique étaient réalisée 3, 6, 12 et 24 mois après le switch, qui correspondait à la date d'inclusion. En cas de rechute clinique ou biologique, une intensification de l'IFX-SC ou un changement de biothérapie, pouvaient être proposés selon l'appréciation de l'investigateur. La date d'arrêt du traitement était définie par celle de la dernière injection d'IFX-SC et les raisons de l'arrêt du traitement étaient documentées.
Le critère de jugement principal était la persistance de l'IFX-SC à S48. Les critères de jugement secondaires comprenaient la rémission clinique sans corticoïdes à S48 et S96, le taux de retour à l'IFX IV, l'évolution entre l'inclusion et S48 des scores HBI et PMS, et des valeurs médianes de CF, de CRP et d'infliximab. Les comparaisons statistiques ont utilisé le test de Fisher. La survie sans arrêt du traitement a été analysée par courbe de Kaplan-Meier pour les patients suivis pendant un an ; un estimateur de Kaplan-Meyer a estimé ces résultats pour tenir compte des données censurées.

Résultats : 426 patients ont été inclus (72,4% MC, 27,5% RCH ; 45,1% de femmes, âge médian 37 ans), avec une durée médiane d'évolution de la maladie de 143 mois dans la MC et 154 mois dans la RCH. A l'inclusion, 74% étaient sous dose standard d'IFX (5mg/kg/8semaines) et 68 (16%) étaient traités en combothérapie avec un immunosuppresseur.
A S48, la persistance de l'IFX SC était de 95,3% (estimateur de Kaplan-Meier, IC, 93,2-97,5) et 86,9% (319/367) étaient en rémission sans corticoïdes.
86,9% (319/367) étaient en rémission sans corticoïdes.
Le HBI et le PMS médians restaient à 0 à partir de l'inclusion jusqu'à S48, sans modification significative de la CRP, tandis que le taux médian de CF baissait significativement de 52µg/g à 36µg/g (p=0,015). L'infliximabémie à l'inclusion était en moyenne à 7,97µg/mL, contre 17,96 µg/mL à S48 (p<0,0001).

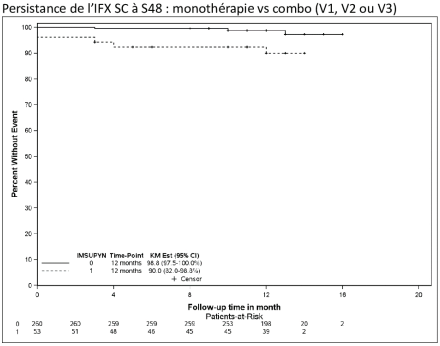
Sur la cohorte complète, 23 (5,4%) patients avaient eu une optimisation de l'IFX-SC et 22 (5,2%) l'avaient arrêté dont six pour reprendre l'IFX-IV. La persistance de l'IFX-SC était plus élevée chez les malades traités par IFX-SC en monothérapie (98,8%) par rapport à ceux qui recevaient une combothérapie (90,0%) (HR=0,14 [0,04-0,53]).
Des effets indésirables ont été rapportés chez 181/426 patients (42,4%), dont 12 ont mené à un arrêt de traitement. Neuf effets indésirables graves (2 %) ont été rapportés, Trois patients (0,7%) ont été opérés et huit (1,9%) hospitalisés pour la MICI.

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 1 an de la cohorte prospective française

Critère principal : persistance de l'IFX SC à S48



Persistance de l'IFX SC à S48 : monothérapie vs combo (V1, V2 ou V3)



Conclusion : Le taux de persistance à un an de l'IFX-SC après relai depuis l'IFX-IV était de 95,3 % dans cette large cohorte prospective multicentrique nationale de patients ayant une MICI en rémission. Ces résultats à un an confirment la bonne efficacité et la bonne tolérance de l'IFX-SC après relai.

Remerciements, financements, autres :
-Remerciements Investigateurs: Yves Arondel, 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

Le traitement par upadacitinib 30 mg rétablit la réponse clinique après une perte de réponse chez les patients atteints de la maladie de Crohn active modérée à sévère : résultats de l'étude de phase III U-ENDURE

X. Roblin [1], R. Panaccione [2], J. Lindsay [3], J. Panes [4], S. Petar [5], M.N. Rajabally [6], M. Martín-Arranz [7], F. Bresso [8], A. Lacerda [9], E. Dubcenco [9], S. Ford [9], S. Anyanwu [9], T. Feng [9], G. D'Haens [10]

(1) Saint-Etienne ; (2) Calgary, CANADA ; (3) Londres, ANGLETERRE ; (4) Barcelone, ESPAGNE ; (5) Belgrade, SERBIE ; (6) Le Cap, AFRIQUE DU SUD ; (7) Madrid, ESPAGNE ; (8) Stockholm, SUÈDE ; (9) Chicago, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (10) Amsterdam, PAYS-BAS.

Introduction : Compte tenu de l'histoire naturelle de la maladie de Crohn (MC), les effets bénéfiques du traitement peuvent décroitre avec le temps et conduire à une perte de réponse. L'intensification du traitement peut aider à rétablir un bénéfice clinique et améliorer les marqueurs de l'inflammation. L'upadacitinib (UPA) est un inhibiteur réversible de Janus kinases, administré par voie orale, dont l'efficacité a été démontrée par rapport à un placebo lors de 2 études d'induction de phase III et 1 étude d'entretien, U-ENDURE, menées sur la MC1-3 et il est autorisé dans le traitement de la MC active modérée à sévère.4 Dans cette analyse post hoc, nous avons évaluer l'effet d'un traitement par UPA 30 mg chez des patients présentant une perte de réponse au traitement d'entretien par UPA 15 mg ou à l'arrêt du traitement

Patients et Méthodes : les patients ayant obtenu une réponse clinique (baisse de ≥ 30 % de la fréquence quotidienne moyenne des selles très molles/liquides [FS] et/ou du score de douleurs abdominales [DA], sans aggravation de ces paramètres par rapport à l'inclusion) après 12 semaines de traitement d'induction par UPA 45 mg une fois par jour (1x/j) ont été re-randomisés pour recevoir l'UPA 30 mg, l'UPA 15 mg ou le placebo 1x/j au cours d'U-ENDURE (NCT03345823). À partir de la semaine 4, les patients en perte de réponse, nécessitant un traitement médical pouvaient recevoir l'UPA 30 mg 1x/j en ouvert. La perte de réponse était définie comme la présence de symptômes cliniques (fréquence quotidienne moyenne des selles très molles/liquides ≥ 4,0 et/ou DA quotidien moyen ≥ 2,0) et d'un marqueur objectif de l'inflammation (critères précisés dans le protocole pour la protéine C réactive haute sensibilité [hsCRP], la calprotectine fécale [CF] ou le score endoscopique simplifié pour la MC [SES-CD]). Les résultats ont été évalués à la semaine 12 et à la semaine 24 après l'instauration du traitement en ouvert par l'UPA 30 mg 1x/j et portaient sur la rémission clinique et la réponse clinique (selon l'indice d'activité de la MC [CDAI] et les FS/DA), l'amélioration de la réponse clinique et les taux de CF et hsCRP. La tolérance a également été évaluée. Les analyses se sont basées sur les données d'observation sans imputation.

Résultats : les patients traités en ouvert par l'UPA 30 mg 1x/j présentaient, à l'inclusion, une durée moyenne de la MC de 10 ans, un CDAI moyen de 304, un taux médian de hsCRP de 14,3 mg/L et un taux médian de CF de 1550 µg/g ; 83,5 % étaient en échec de biothérapie. Douze semaines après l'instauration de l'UPA 30 mg 1x/j en ouvert, indépendamment du groupe de traitement de la phase d'entretien en aveugle, 84,4 %–87,6 % des patients ont obtenu une réponse clinique FS/DA, 77,2 %–78,9 % une amélioration de la réponse clinique, 63,3 %–71,3 % une réponse clinique CDAI et 46,7 %–53,8 % une rémission clinique FS/DA ou CDAI (Tableau). Les réponses ont été maintenues pendant les 24 semaines. Les taux médians de hsCRP et CF ont diminué après l'instauration du traitement en ouvert par l'UPA 30 mg 1x/j. Le taux d'événements indésirables observés dans dans l'un ou l'autre groupe étaient cohérents avec ceux de la population globale. Un événement cardiovasculaire majeur confirmé par le comité d'adjudication dans le groupe placebo, et 2 événements de cancer cutané non mélanome dans le groupe UPA 15 mg ont été signalés après le traitement par l'UPA 30 mg.

Tableau. Résultats observés après instauration d'un traitement de secours en ouvert par l'upadacitinib 30 mg

Critère	Escalade de dose après perte de réponse à l'UPA 15 mg		Ré-instauration du traitement après perte de réponse sous PBO	
	12 semaines	24 semaines	12 semaines	24 semaines
FS/SDA	n = 90	n = 67	n = 145	n = 114
Réponse clinique FS/DA[a]	76 (84,4) (77,0,91,9)	60 (89,6) (82,2,96,9)	127 (87,6) (82,2,93,0)	103 (90,4) (84,9,95,8)
Amélioration de la réponse clinique[b]	71 (78,9) (70,5,87,3)	59 (88,1) (80,3,95,8)	112 (77,2) (70,4,84,1)	95 (83,3) (76,5,90,2)
Rémission clinique FS/DA[c]	43 (47,8) (37,5,58,1)	39 (58,2) (46,4,70,0)	77 (53,1) (45,0,61,2)	63 (55,3) (46,1,64,4)
CDAI	n = 90	n = 65	n = 143	n = 111
Réponse clinique CDAI[d]	57 (63,3) (53,4,73,3)	46 (70,8) (59,7,81,8)	102 (71,3) (63,9,78,7)	81 (73,0) (64,7,81,2)
Rémission clinique CDAI[e]	42 (46,7) (36,4,57,0)	41 (63,1) (51,3,74,8)	77 (53,8) (45,7,62,0)	62 (55,9) (46,6,65,1)
hsCRP, mg/dL, médiane (intervalle)	n = 87 4,4 (0,2,75,3)	n = 69 7,0 (0,2,116,0)	n = 147 3,7 (0,2,176,0)	n = 117 3,0 (0,2,75,4)
CF, µg/g, médiane (intervalle)	n = 79 715 (30,10901)	n = 55 655 (30,12425)	n = 143 416 (30,11235)	n = 107 356 (30,24853)

DA, score de douleurs abdominales ; CDAI, Crohn's Disease Activity Index, indice d'activité de la maladie de Crohn ; CF, calprotectine fécale ; hsCRP, protéine C réactive haute sensibilité ; PBO, placebo ; FS, fréquence des selles ; UPA, upadacitinib.
Sauf mention contraire, tous les résultats sont présentés sous forme de n (%) (IC à 95 %).
[a]Baisse de ≥ 30 % de la fréquence quotidienne moyenne des selles très molles ou liquides et/ou baisse de ≥ 30 % du DA quotidien moyen, sans augmentation par rapport à l'inclusion pour ces deux paramètres.
[b]Baisse de ≥ 60 % de la fréquence quotidienne moyenne des selles très molles/liquides et/ou baisse de ≥ 35 % du DA quotidien moyen par rapport à l'inclusion, sans augmentation par rapport à l'inclusion pour ces deux paramètres, ou rémission clinique selon le critère FS/DA.
[c]Fréquence quotidienne moyenne des selles très molles ou liquides ≤ 2,8 et DA quotidien moyen ≤ 1,0, sans augmentation par rapport à l'inclusion pour ces deux paramètres.
[d]Diminution du score CDAI ≥ 100 points par rapport à l'inclusion.
[e]CDAI < 150.

Conclusion : la plupart des patients atteints de MC ayant répondu au traitement d'induction par l'UPA 45 mg puis perdu cette réponse pendant la phase d'entretien sous placebo ou UPA 15 mg 1x/j, ont retrouvé une réponse clinique et un grand nombre d'entre eux ont obtenu une rémission clinique 12 semaines après l'instauration du traitement par UPA 30 mg 1x/j. Ces améliorations ont été maintenues pendant 24 semaines. Aucun nouveau signal de tolérance n'a été observé.

Remerciements, financements, autres :
AbbVie Inc. a financé cette étude et participé à l'élaboration du design de l'étude, à la recherche, 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 ce résumé. 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. La rédaction médicale a été assurée par Lisa M Pitchford, PhD, de JB Ashtin, et financée par AbbVie.

C08

Apport diagnostique du séquençage NGS ADN sur sténose des voies biliaires extra-hépatiques

A.C. Brunac [(1)], A. Culetto [(1)], J.M. Péron [(1)], K. Barange [(1)], L. Buscail [(1)], N. Fares [(1)], R. Guimbaud [(1)], E. Alouani [(1)], M. Jaffrelot [(1)], M. Danjoux [(1)], D. Grand [(1)], C. Basset [(1)], J. Selves [(1)]
(1) Toulouse.

Introduction : Les sténoses des voies biliaires extra-hépatiques (VBEH) posent d'importants problèmes de diagnostic différentiel entre cholangiocarcinomes (CCA) et cholangites. En cas de suspicion de sténose biliaire maligne, un diagnostic histologique est nécessaire mais l'obtention de matériel est difficile, souvent très peu abondant, limitant les performances du diagnostic morphologique qui restent médiocres. La cholangioscopie avec biopsies (système SpyGlass™) a permis d'améliorer ces performances qui restent cependant insuffisantes. Il est donc impératif et urgent de développer des outils complémentaires au diagnostic morphologique.
L'objectif de ce travail était d'évaluer l'apport de la détection des altérations moléculaires du CCA dans le diagnostic des sténoses biliaires.

Patients et Méthodes : Les objectifs de ce travail étaient 1/ déterminer les meilleures conditions de recueil d'échantillons en vue d'un séquençage NGS ADN sur des prélèvements des VBEH réalisés pour sténose et 2/ étudier la faisabilité et l'impact diagnostique d'un séquençage NGS ADN avec un panel ciblé incluant les gènes majoritairement impliqués dans les CCA.
Nous avons constitué une cohorte prospective de 75 patients explorés par cholangiopancréatographie rétrograde endoscopique (CPRE) et / ou cholangioscopie pour sténose avec prélèvements entre le 17/11/2020 et le 26/09/2023. Nous avons testé deux procédures de recueil d'échantillon : brossages et biopsies ; et deux milieux de préservation des échantillons obtenus par brossage : PreservCyt® (Hologic Corp.) et RNAprotect® Cell Reagent (Qiagen). Les renseignements cliniques, endoscopiques, anatomopathologiques et le suivi des patients ont été recueillis. Après qualification des ADN par qPCR, les séquençages ont été réalisés sur NextSeq® 550Dx (Illumina) avec un panel de cibles maison utilisé pour les tumeurs solides comportant 48 gènes.

Qualification qPCR	Brossage Preservcyt N (%)	Brossage RNA Protect Cell N (%)	Surnageant Biopsie N (%)	TOTAL N (%)	P = 1,1 x 10^{-22}
ADN qualifiés pour NGS	71 (98,6)	67 (95,7)	26 (28,6)	164 (70,4)	
ADN non qualifiés pour NGS	1 (1,4)	3 (4,3)	47 (51,6)	51 (21,9)	
Prélèvements non analysés	*0*	*0*	*18 (19,8)*	*18 (7,7)*	
TOTAL N (%)	72	70	91	233	

Résultats : Diagnostics histo-cytologiques
Les diagnostics établis étaient pour 38 patients une lésion néoplasique invasive ou non (50,7%), pour 10 patients des anomalies indéfinies pour la dysplasie (13,3%), pour 22 patients des anomalies réactionnelles (29,3%) et pour 5 patients aucune anomalie (6,7%).
Matériel recueilli pour analyses moléculaires
233 prélèvements ont été réalisés (142 brossages - 91 biopsies) (1 à 8 prélèvements par patient).
Résultats de la qualification des ADN en fonction du type de matériel
Les résultats sont consignés dans le tableau. 71 patients (94,7%) avaient un ou plusieurs prélèvement(s) qualifié(s) pour analyse NGS ADN (164 échantillons).
Résultats du séquençage ADN
Pour 27 patients (38%), aucune mutation n'a été détectée et pour 44 patients (62%), au moins une mutation pathogène a été identifiée. Les gènes les plus concernés étaient KRAS (23 patients) et TP53 (22 patients).
Une ou des altérations pathogènes ont été retrouvées dans au moins un prélèvement pour 31/38 patients avec un diagnostic de néoplasie.
Une ou des altérations pathogènes (KRAS, TP53, PIK3CA) ont été retrouvées dans au moins un prélèvement pour 9/10 patients présentant des anomalies indéfinies pour la

dysplasie. Un diagnostic de néoplasie a été confirmé pour 6 (3 CCA, 2 adénocarcinomes (ADK) ampullaires et 1 ADK pancréatique), 2 sont en cours d'exploration et 2 sont suivis pour cholangite sclérosante primitive (CSP).
Une ou des altération(s) pathogène(s) (KRAS, TP53) ont été retrouvées dans au moins un prélèvement pour 4/23 patients présentant des anomalies réactionnelles ou sans anomalie. Un diagnostic de néoplasie a été ultérieurement établi pour 3 (2 ADK pancréatiques et 1 CCA) et 1 est suivi pour CSP.

Conclusion : Cette étude démontre la faisabilité technique d'un séquençage NGS ADN avec un panel ciblé sur des prélèvements réalisés pour sténose des VBEH, avec une meilleure performance sur le matériel de recueil des brossages que sur celui du surnageant des biopsies. Elle a permis de valider les conditions de conservation de l'échantillon pour NGS. Les altérations moléculaires identifiées ont permis de conforter le diagnostic histo-cytologique et d'orienter en faveur d'une authentique néoplasie dans 9 cas. Nos résultats confirment l'apport de la détection d'anomalies moléculaires pour la caractérisation des sténoses biliaires et le diagnostic de CCA.

C109

Evaluation prospective de l'ablathérapie par radiofréquence bipolaire des sténoses biliaires hilaires malignes non opérables

S. Hoibian [1], J.P. Ratone [1], C. Zemmour [1], E. Bories [1], Y. Dahel [1], C. Pesenti [1], F. Poizat [1], F. Caillol [1], M. Giovannini [1]
(1) Marseille.

Introduction : Un drainage biliaire efficace améliore la survie des patients présentant des sténoses biliaires hilaires malignes non opérables (SBHMNO).Des techniques d'ablathérapie par radiofréquence bipolaire (RFA) ont été développées pour tenter d'obtenir une réponse tumorale locale lors de l'insertion des prothèses biliaires et d'augmenter la durée de leur perméabilité.L'objectif principal de cette étude est d'évaluer la faisabilité de la RFA pour le traitement des SBHMNO. Les objectifs secondaires sont l'évaluation de l'efficacité et de la morbidité de la RFA.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude prospective de phase II évaluant l'ablathérapie par radiofréquence bipolaire des sténoses hilaires malignes non opérables.
Les critères d'inclusion sont : age supérieur ou égale à 18 ans ; diagnostic de sténose hilaire maligne non résécable ou non opérable confirmé sur histologie ou bien sur décision collégiale de RCP ; type I, II ou III de la classification de Bismuth-Klastskin déterminée sur cholangio-IRM et/ou cholangiographie endoscopique.Les critères de non-inclusion : Masse intra-pancréatique et/ou dilatation du Wirsung, ;drainage initial avant RFA par prothèses métalliques
Le dispositif médical étudié est la sonde de radiofréquence RFA ELLRA (18 ou 33mm) développé par TAEWONG MEDICALTM® et STARMEDTM® associé à un générateur (VIVAcombo).
Le critère d'évaluation principal est le taux de succès de la technique défini par la possibilité d'appliquer la RFA sur l'ensemble des sténoses cibles (sténose cliniquement significative : stase biliaire dans un secteur hépatique fonctionnel)
Les objectifs secondaires sont : l'évaluation de l'efficacité de la RFA avec la mesure de la durée de perméabilité biliaire et le taux de ré intervention pour drainage biliaire sur la durée du suivi, la morbidité globale à 30 jours, et la survie globale.

Résultats : 18 patients ont été inclus d'âge médian 73.5 ans (67.0-81.0), femme n=10/18 ; 55.5%).Concernant le diagnostic histologique de la SBHMNO, on retrouvait:12 cholangiocarcinomes (avec preuve histologique n= 7/12), un carcinome hépatocellulaire, un carcinome peu différencié de type sarcomatoïde, deux carcinomes mammaire lobulaire, un carcinome épidermoïde,un carcinome adéno-squameux pancréatique. 11/18 patients étaient métastatiques (61.1%). Concernant la classification de Bismuth-Klastskin, 4 patients présentaient une sténose de type I (22.2%), 6 une sténose de type II (33.3%),5 une sténose de type IIIA (27.7%) et 3 une sténose de type IIIB (16.6%). Le taux de succès technique était de 100% IC [0.88-1] p=0.0016. Une sonde de RFA de 18 mm a été utilisée pour 17/18 patients et une sonde de 33 mm pour 1/18 patients. Le nombre médian d'applications était de 3[1-6]. Le nombre médian de sténoses cibles traitées était de 1.5 [1-3]. Le nombre médian de prothèses mises en place était de 2.0 [1.0-3.0]. Le drainage biliaire était jugé complet pour n=13/18 patients après la séance de RFA. 11/18 patients avaient été préalablement drainés par des prothèses plastiques avant le traitement par RFA (61.1%). 10/18 patients ont nécessité une ré intervention pour drainage biliaire dans la suite de la RFA (55.5%). 9/18 patients (50%) ont pu bénéficier d'un traitement oncologique systémique dans les suites de la RFA. La morbidité globale dans les 30 jours suivant la RFA était de 55.5% (n= 10/18). Selon la classification AGREE, 3 complications étaient de type II, 5 complications de type IIIA et 2 complications de type V. On rapporte: 6 angiocholites, 1 abcès hépatique drainé par voie per cutané et 3 hemorragies. Notablement un patient a présenté un hémopéritoine lors de la procédure, puis une récidive hémorragique ayant necessité une reprise endoscopique puis une angiographie ayant retrouvé un faux anévrysme de l'artère hépatique droite qui a été embolisé, dans les suites il a développé des abcès pelvien et hépatiques . 2 patients sont décédés dans les 30 jours suivant la procédure d'altération général en lien avec

leur cancer. Aucune pancréatite ni perforation ni cholécystite n'a été rapportée. Le suivi médian des patients était de 13.2 mois.La survie médiane globale des patients était de 6.5 mois [2.8-11.0]. La durée médiane de perméabilité des prothèses était de 4.11 mois [0.10-7.43] (n=9/18).

Conclusion : Cette étude démontre la faisabilité technique de la RFA chez des patients présentant des SBHMNO. La morbidité spécifique de la RFA semble acceptable mais n'est pas nulle. Cette technique prometteuse necessitera une validation par la realisation d'essais contrôlés randomisés .

Detective Flow Imaging *versus* écho-endoscopie de contraste des lésions solides pancréatiques

V. Mulqui [1], F. Caillol [1], J.P. Ratone [1], S. Hoibian [1], Y. Dahel [1], E. Meunier [1], C. Archimbaud [1], M. Giovannini [1]

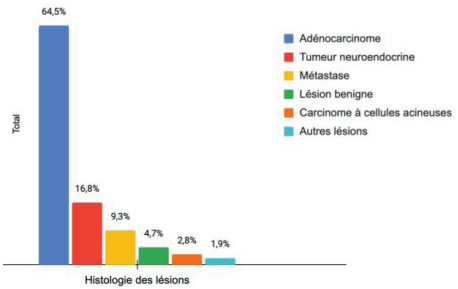
(1) Marseille.

Introduction : L'échoendoscopie (EES) est l'examen de référence permettant de caractériser et d'établir le diagnostic histologique des lésions pancréatiques. Durant le même temps endoscopique l'injection d'un agent de contraste permet l'évaluation de la vascularisation des masses pancréatiques en quantifiant l'intensité du signal au sein de la lésion. L'échoendoscopie de contraste (EES-C) permet ainsi d'orienter le diagnostic voire d'évaluer la différenciation de certaines tumeurs notamment neuroendocrines. Le Detective Flow imaging (DFI) est un nouvel outil permettant l'évaluation de la micro vascularisation lésionnelle sans nécessité d'injection d'agent de contraste. Cette technologie, utilisée lors des échoendoscopies, permet de visualiser les flux sanguins de plus faible vitesse comparativement aux technologies habituelles comme le color-Doppler et le eFLOW grâce à des meilleures sensibilité et résolution. Nous avons comparé le DFI et à l'EES-C dans l'évaluation de la micro-vascularisation des lésions solides pancréatiques.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude monocentrique rétrospective réalisée entre février 2021 et décembre 2022, le DFI et l'EES-C étaient utilisés de façon régulière. Nous avons sélectionné aléatoirement un groupe de patients parmi tous ceux ayant bénéficié d'une EES dans la prise en charge initiale d'une masse pancréatique. Dans ce groupe nous avons inclus les patients ayant une lésion pancréatique visible en EES, pour lesquels étaient disponibles les clichés du DFI et d'EES-C, avec un diagnostic histologique de tumeur maligne ou au minimum 1 an de suivi en cas de lésion bénigne. Étaient exclus les lésions kystiques ou de tailles non mesurables, les patients sans biopsie de la lésion ou dont le suivi était < 1 an. Les images enregistrées ont été relues par 2 endoscopistes simultanément. L'objectif principal était d'évaluer la capacité du DFI, notamment établir la sensibilité, la spécificité, la Valeur prédictive positive (VPP) et la Valeur prédictive négative (VPN), pour l'évaluation de la micro vascularisation des lésions solides pancréatiques comparativement à l'EES-C. Les objectifs secondaires étaient d'évaluer les résultats du DFI à la vue du diagnostic histologique et d'évaluer la concordance inter observateur de l'évaluation par DFI.

Résultats : Cent vingt-sept patients ont été sélectionnés, 20 ont été exclus (13 lésions kystiques, 3 non biopsiés, 3 perdus de vue) et 107 ont été inclus. Les résultats histologiques montraient 69 (64,4%) adénocarcinomes (ADK), 18 (16,8%) tumeurs neuroendocrines (TNE), 10 (9,4%) métastases et 10 (9,4%) lésions plus rares (lésion bénigne, lymphomes, carcinome à cellule acineuse et rate accessoire). La présence d'une micro vascularisation lésionnelle était de 43,9% avec le DFI et de 48,6% en EES-C. La corrélation entre le DFI et l'EES-C était positive de façon significative pour les adenocarcinomes (p=0.0001), les métastases (p = 0,002) et les TNE (p= 0,004). La valeur prédictive positive du DFI était 97,9% et la valeur prédictive négative était de 90%. La concordance inter observateur entre siniors était de 60% pour le DFI et de 50% pour l'EES-C.

Paramètres	Valeur du DFI	95 % I.C.	
		Limite basse	Limite haute
Sensibilité	**88,5%**	75,9%	95,2%
Spécificité	**98,2%**	89,0%	99,9%
VPP	**97,9%**	87,3%	99,9%
VPN	**90,0%**	78,8%	95,9%



Histologie	DFI	EES-C		p-value
		Negative	Positive	
Adénocarcinome	Absent	49	5	0,0001
	Presente	1	14	
Métastases	Absent	1	0	0,002
	Presente	0	9	
TNE	Absent	1	1	0,004
	Presente	0	16	

	DFI	Kappa avec DFI	EES-C	Kappa avec EES-C
Seniors	60%	0,34 - 0,73	50%	0,32 - 0,58
Juniors	30%	0,0 - 1,0	30 %	0,07 - 0,8

Conclusion : La nouvelle technique DFI en EES présente une corrélation remarquable avec l'EES-C, avec une sensibilité et une spécificité très élevée pour l'évaluation de la micro vascularisation dans les lésions pancréatiques solides. Cet outil ne nécessite pas d'administration d'agent de contraste, n'est pas conditionné par le délai d'analyse suivant son administration et ne présente aucun risque d'effet indésirable. De plus, le DFI a l'avantage de pouvoir analyser plusieurs lésions chez le même patient. Il serait intéressant d'évaluer le rapport coût bénéfice des deux techniques pour pouvoir définir son utilité dans les recommandations du bilan des lésions solides pancréatiques.

Échec technique du drainage cholédocien par prothèse d'apposition luminale : classification, technique de rattrapage, conséquence et facteur de risque. Etude ETC…

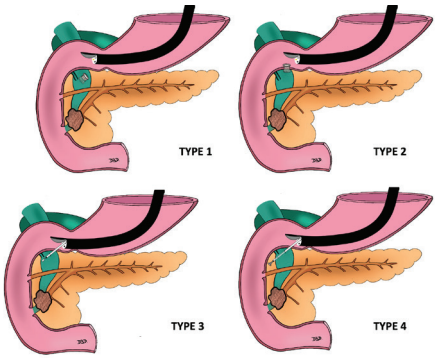
C. Beunon [1], A. Debourdeau [2], M. Schaefer [3], R. Gérard [4], T. Wallenhorst [5], A. Belle [1], M. Camus-Duboc [1], F. Caillol [6], J.P. Ratone [6], E. Perez-Cuadrado-Robles [1], H.P. Toudic [7], L. Quénéhervé [8], G. Vanbiervliet [9], A. Sportes [10], B. Brieau [8], L. Caillo [11], F. Prat [12], F. Maire [12], S. Ouazzani [13], S. Oumrani [1], J.B. Danset [1], E. Ben Soussan [1], J.M. Gonzalez [6], M. Pioche [14], J. Albouys [15], D. Lorenzo [12]

(1) Paris ; (2) Montpellier ; (3) Nancy ; (4) Lille ;
(5) Rennes ; (6) Marseille ; (7) Brest, France ; (8) Nantes ;
(9) Nice ; (10) Saint-Laurent-du-Var ; (11) Nîmes ;
(12) Clichy-la-Garenne ; (13) Bruxelles, BELGIQUE ;
(14) Lyon ; (15) Limoges.

Introduction : L'obstruction tumorale de la voie biliaire principale par un adénocarcinome pancréatique concernera 80% des patients, son traitement de référence est à l'heure actuelle : la pose d'une prothèse biliaire métallique par cholangiographie par voie rétrograde endoscopique (CPRE). Ces dernières années, le drainage par échoendoscopie du cholédoque (DEC) s'est rapidement étendu à la communauté des endoscopistes notamment grâce aux prothèses d'apposition luminale type Axios avec un taux de succès technique de 90-95% et clinique de 90%. En théorie réservée aux cas d'échec de CPRE, de récentes études permettent de l'envisager en 1ère intention (notamment : pas de risque de pancréatite aiguë et option pour l'ESGE). Il existe un faible nombre d'échecs techniques dans les études rapportées, or ceux-ci ne sont pas si rares et pas sans conséquences.
L'objectif de cette étude est d'identifier les causes et conséquences des échecs techniques de pose d'AXIOS pour DEC.

Patients et Méthodes : Cette étude observationnelle rétrospective multicentrique de type cas-témoin a inclus des DEC de décembre 2018 à septembre 2023.
Les cas ont été définis comme étant les échecs/dysfonctions techniques lors du drainage cholédocien par Axios :
- Type 1 : l'Axios n'est que dans la voie biliaire principale (VBP) (la collerette digestive n'est pas en place)
- Type 2 : l'Axios n'est que dans le tube digestif (la collerette biliaire n'est pas en place)
- Type 3 : l'Axios ne s'ouvre pas
- Type 4 : le cathéter passe au travers de la VBP
- Type 5 : autre

L'objectif principal a été de décrire l'efficacité des techniques de rattrapage en fonction des types de dysfonction de pose. Les objectifs secondaires ont été d'évaluer les conséquences immédiates et à long terme des dysfonctions lors du DEC et d'identifier des facteurs de risques d'échec. La survie biliaire a été définie par la durée entre le DEC et la première réintervention biliaire endoscopique.



Résultats : Dans 18 centres français, ont été inclus 174 patients (52% femmes, âge moyen 73 ± 10 ans) : 60 cas et 114 témoins. L'obstruction biliaire a été causée par un adénocarcinome pancréatique dans 80% des cas, majoritairement métastatique ou localement avancé (67%). Les dysfonctions de pose identifiées ont été de type 1 (27%), type 2 (45%), type 3 (10%), type 4 (3%) et type 5 (9%). Dans 85% des cas, cette difficulté a survenu pendant la procédure mais dans 15% des cas, elle a été diagnostiquée dans les 48h suivant le geste. Dans 80% des cas, un rattrapage per-endoscopique a été possible et efficace, essentiellement par 2 techniques : pose d'un fil guide dans la VBP par le cathéter de l'Axios puis mise en place d'une prothèse biliaire métallique couverte (53%) OU mise en place d'une nouvelle Axios biliaire par échoendoscopie immédiatement (22%). Six patients (10%) ont eu un drainage radiologique et 1 patient a été opéré du fait de la dysfonction de pose.
La survie globale était similaire chez les patients avec et sans échec de pose (HR= 1.22 [0.802 ; 1.85], p=0,35), en revanche, la survie biliaire était significativement plus courte chez les patients avec echec de pose (HR=2.4 [1.11 ; 5.19], p<0,026).
En analyse univariée, les facteurs de risque d'échec de DEC, étaient une plus fine VBP (15,7mm vs 18,3) (p<0,001), un drainage choledocoantral (p=0,019) et la mise en place d'un fil guide avant la ponction avec l'Axios (p=0,03). En analyse multivariée, la taille de la VBP <12mm (HR=16.16 [1.91;136.67] p=0.0107) était le seul facteur associé à la dysfonction de pose. La présence d'une sténose duodénale (HR=2.01 [0.978 ; 4.13] p=0.0574) et la ponction sur fil guide (HR=4.06 [0.924 ; 17.86] p=0.0635) montraient une tendance non significative pour plus de dysfonction.

Conclusion : En conclusion, 80% des patients ayant eu un échec de drainage cholédocien par échoendoscopie ont eu un rattrapage endoscopique au cours de la même procédure avec efficacité. Néanmoins, il semble exister un effet sur la survie globale à court terme et un effet sur la survie biliaire à long terme. Une taille de la VBP <12 était associé à plus de dysfonction de pose.

C-112

Performance diagnostique de l'élastographie par ondes de cisaillements ou « shear wave » réalisée sous guidage écho-endoscopique pour le diagnostic différentiel des lésions solides pancréatiques : EDEN

R. Gincul [1], L. Palazzo [2], F. Fumex [1], S. Leblanc [1], V. Lepilliez [1], O. Ragi [1], B. Napoléon [1]
(1) Lyon ; (2) Paris.

Introduction : L'élastographie échoendoscopique (ESG-EE) est une méthode diagnostique peu invasive, évaluant l'élasticité des tissus. L'ESG-EE qualitative ou semi-quantitative s'est avérée utile dans le diagnostic différentiel des lésions solides du pancréas (LSP), ayant démontré une bonne sensibilité, avec néanmoins une faible spécificité dans une large méta-analyse (1). L'élastographie échoendoscopique quantitative par ondes de cisaillement ou « shear wave » (SWE-EE) est une nouvelle technique d'élastographie quantitative. Elle permet de déterminer l'élasticité des tissus, en mesurant la vitesse des ondes SW (OSW), générée par la force de radiation acoustique à l'intérieur du tissu, corrélée avec l'élasticité des tissus : la propagation des OSW est plus rapide dans les tissus durs, comparé au tissus mous, l'onde sonore perdant de l'énergie en traversant les tissus mous.
L'objectif de cette étude était d'évaluer la faisabilité de la mesure de l'élasticité et la valeur diagnostique de SWE-EE pour les LSP.

Patients et Méthodes : étude prospective menée dans 2 centres tertiaires, ayant inclus de manière prospective et consécutive entre septembre 2021 et septembre 2023 les patients ayant une masse tumorale pancréatique de nature tissulaire indéterminée (NCT 04851106). Les critères d'exclusion étaient : tumeur kystique ou à composante kystique ; patient présentant des troubles de l'hémostase avec une contre-indication pour la réalisation de la ponction sous guidage EE (P-EE). Tous les patients ont été examinés à l'aide de l'échoendoscope linéaire UCT-180 Olympus couplé à la console Arietta 850 (Hitachi-Aloka) en EE mode-B et en mode SWE (10 mesures de la vitesse des ondes de cisaillement, Vs (m/s) et de l'élasticité E (kPa) dans la lésion cible), suivi de la P-EE. Le diagnostic final a été établi sur l'examen pathologique, obtenu par ponction ou chirurgie, ou en l'absence de preuve histologique sur le suivi à 12 mois.

Résultats : 112 patients ont été inclus (58 hommes, 54 femmes, d'âge médian 69 ans (IQR, 61-77)). A l'EE, la taille médiane de la lésion pancréatique était de 30 (IQR, 20-40) mm, elle était localisée au niveau céphalique (55%), corporéale (33%), caudale (22%), isthmique (18%) ou crochet (6%). Le diagnostic final était : adénocarcinome (76), tumeur neuroendocrine (26), nodule de pancréatite (2), autre tumeur maligne (8). Les résultats de l'examen EE en mode SWE sont représenté dans le tableau 1. Aucune différence significative n'a été observée entre les groupes ou entre les masses bénignes et malignes (valeurs p > 0,25).

	Adénocarcinome(N=76)	TNE(N=26)	Nodule de pancréatite(N=2)	Autre lésion maligne(N=8)
Vs (M/s)				
Moyen (SD)	2.27 (2.05)	2.03 (0.80)	3.94 (NA)	2.04 (0.78)
Median (IQR)	1.99 (1.64; 2.43)	1.90 (1.40; 2.57)	3.94 (3.01; 3.94)	1.66 (1.46; 2.80)
Min;Max	[0.99;19.00]	[0.89;3.89]	[3.94;3.94]	[1.23;3.24]
Elasticité (E) (kPa), N				
Moyen (SD)	13.90 (8.02)	14.20 (11.06)	46.47 (NA)	14.20 (10.42)
Median (IQR)	12.07 (8.15; 17.80)	11.06 (5.92; 19.76)	46.47 (46.47; 46.47)	8.81 (6.48; 23.51)
Min;Max	[2.93;36.20]	[2.36;45.39]	[46.47;46.47]	[4.55;31.50

Conclusion : Notre étude, n'a pas montré de différence significative entre les valeurs Vs et E des différentes LSP. D'autres études sont nécessaires afin de relever les défis de la standardisation de la procédure d'EOS dans la différentiation des lésions pancréatiques.

Cholangio-pancréatographie rétrograde endoscopique et formation à la résection muqueuse/dissection sous-muqueuse en France : enquête auprès des anciens étudiants du DIU d'endoscopie interventionnelle

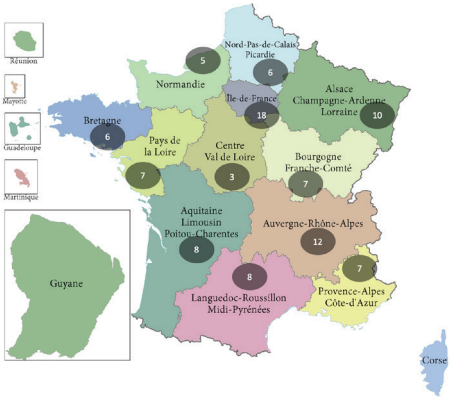
A. Hedjoudje [1], M. Camus-Duboc [2], P. Bichard [3], J. Boyer [2], T. Ponchon [4], F. Prat [1]

(1) Clichy-la-Garenne ; (2) Paris ; (3) Genève, SUISSE ; (4) Lyon.

Introduction : Les techniques d'endoscopie interventionnelle avancée telles que la cholangiopancréatographie rétrograde par voie endoscopique (CPRE) ou la dissection sous muqueuse (DSM), entre autres, sont des procédures complexes nécessitant un haut niveau d'expertise pour offrir des soins efficaces et sûrs aux patients. Une formation spécifique en endoscopie avancée est proposée en France depuis 2003 et dure deux ans après le DES d'hépatogastroentérologie. Pour obtenir le diplôme, les étudiants doivent réaliser avec succès plus de 100 CPRE sur une papille native, ainsi que des poses de stents digestifs et biliaires et des mucosectomies. En raison de la nécessité d'une formation de haute qualité pour atteindre la compétence, nous avons cherché à évaluer la pratique des anciens stagiaires du DIU d'endoscopie interventionnelle (EI) dans leur exercice actuel.

Patients et Méthodes : Une enquête en ligne a été développée et les anciens stagiaires ont été invités à y participer

Résultats : En octobre 2023, 100 stagiaires et anciens stagiaires ont répondu au questionnaire. 59 (62,8%) étaient des hommes. 53 % des participants n'ont pas eu besoin d'entrer dans une liste d'attente, 37 % ont attendu 1 an et 10% plus d'un an. Dix-sept stagiaires (17%) ont eu des difficultés à trouver un lieu de formation. 87% étaient en post-internat immédiat au moment de l'inscription. La quasi-totalité des anciens ont poursuivi une activité d'endoscopie interventionnelle après la formation. Les lieux de pratique étaient des hôpitaux dans 67% des cas, privés dans 18% et les deux dans 9%. Les anciens pratiquent actuellement l'EI 1j/semaine dans 24% des cas, 2j/semaine dans 40% et 3j/semaine dans 22% des cas, en tant que membres d'une équipe dans 96% des cas. Le nombre de procédures effectuées mensuellement par les anciens est décrit dans le tableau 1. La majorité des anciens (86%) sont restés dans leur région/ville de formation après avoir terminé leur programme EI (Figure 1).



La répartition géographique des anciens stagiaires était homogène dans tout le pays (Tableau 1). Quatre-vingt-six pour cent n'ont pas eu besoin de formation supplémentaire et 90% ont jugé le volume d'endoscopie requis pendant la formation et les ateliers pratiques de gastroentérologie comme suffisants et satisfaisants (Tableau 2).

Tableau 1

	0	1-10	10-50	Plus de 50
Volume de CPRE /mois(%)	1 (1.0)	41 (41.0)	43 (43.0)	6 (6.0)
Volume d'echoendoscopie /mois(%)	4 (4.0)	32 (32.0)	43 (43.0)	9 (9.0)
Volume de dissection sous muqueuse /mois(%)	53 (53.0)	23 (23.0)	5 (5.0)	1 (1.0)
Volume de prothèses digestives/mois (%)	3 (3.0)	80 (80.0)	6 (6.0)	2 (2.0)

Tableau 2 :

	Très satisfait	Plutôt satisfait	Pas satisfait	Pas du tout satisfait
Connaissances théoriques, n (%)	39 (40.2)	58 (59.8)	0(0)	2 (2.0)
Stages pratiques n (%)	67 (68.4)	26 (26.5)	3 (3.1)	0(0)
Ateliers pratiques « module biliaire » n (%)	32 (33.0)	57 (58.8)	6 (6.2)	2 (2.1)
Ateliers pratiques « module digestif » n (%)	31 (33.7)	55 (59.8)	4 (4.3)	2 (2.2)
Êtes-vous satisfait du nombre de geste requis pour obtenir le diplome n (%)	32 (33.3)	54 (56.2)	10 (10.4)	0(0)

Conclusion : Cette enquête montre que le programme de formation EI en France répond correctement aux besoins du pays et permet aux anciens stagiaires d'acquérir la compétence nécessaire et de poursuivre leur carrière en EI sans nécessité de formation supplémentaire. Des ajustements récents à notre programme visent à se conformer davantage aux directives de formation de l'ESGE.

Remerciements, financements, autres :

1 Johnson G, Webster G, Boškoski I, et al. Curriculum for ERCP and endoscopic ultrasound training in Europe: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Position Statement. Endoscopy 2021;53:1071–87. doi:10.1055/a-1537-8999

C114

Utilité clinique de la réalisable d'aspiration biliaire lors de CPRE réalisées pour angiocholite : étude ASPIBILE

A. Becq [1], M. Sanavio [2], J.P. Nammour [3], D. Decré [1], J.L. Meynard [1], U. Chaput [1], M. Camus-Duboc [1]
(1) Paris ; (2) Montpellier ; (3) Créteil.

Introduction : L'angiocholite est un sepsis d'origine biliaire dont le traitement repose sur une antibiothérapie en urgence et un désobstruction biliaire réalisée en première intention par une cholangio pancréatographie rétrograde endoscopique (CPRE). Au cours de la CPRE, il est classiquement réalisé une aspiration de bile pour analyse bactériologique. Celle-ci a fait la preuve de sa rentabilité sur le plan microbiologique. Cela étant, cette pratique n'est pas systématique et n'est pas toujours mentionnée dans les recommandations à défaut de données sur sa pertinence clinique.
L'objectif de ce travail était d'évaluer l'apport clinique de l'aspiration biliaire au cours d'une CPRE réalisée pour angiocholite.

Patients et Méthodes : Une étude rétrospective de cohorte a été conduite dans un centre tertiaire. Les patients consécutifs avec CPRE réalisée pour angiocholite avec papille native ont été inclus entre 2018 et 2022. Un recueil de données a été effectué sur les données cliniques ainsi que sur les données bactériologiques. Le critère de jugement principal était le taux d'adaptation de l'antibiothérapie aux aspirations biliaires. Les critères de jugement secondaires étaient la durée d'hospitalisation, la mortalité, la récidive de l'angiocholite à 30 jours, la durée d'antibiothérapie, le changement d'antibiothérapie, la concordance entre l'antibiothérapie et l'aspiration biliaire.

Résultats : Au total, 250 patients ayant eu une CPRE avec prélèvement de bile dans le contexte d'une angiocholite dont 153 avec papille native ont été identifiés. 13 patients ont été exclus en raison de données manquantes sur l'antibiothérapie. Ainsi, 140 patients ont été analysés. L'âge moyen était de 74,6 ans. 47,1% étaient des hommes, 40% avaient une défaillance d'organe. L'angiocholite était de sévérité 1 dans 47,3% des cas selon le score de Tokyo, la bilirubine totale moyenne était de 94,4 µM. L'indication principale de la CPRE était la lithiase (83.45%) suivie de la néoplasie (14.29%). Le temps moyen entre l'admission du patient et la CPRE était de 3,97 jours IC95% (3.05-4.9).
103/140 patients (73,6%) ont eu des hémocultures avant la CPRE, avec germe(s) identifié(s) dans 40.4% des cas (42/103). Les principaux germes identifiés étaient E. coli (25%) et Klebsielle (10.6%) (Tableau 1). Les bactéries identifiées dans les hémocultures étaient sensibles à l'antibiothérapie empirique dans 76,2% des cas. Les antibiotiques empiriques prescrits étaient majoritairement des C3G à 79,8% et du Métronidazole à 73,9%. Sur les 140 patients prélevés, l'aspiration biliaire identifiait un germe dans 90 cas (64%). Les principaux germes identifiés étaient E. coli (30%) et Entérocoque (37.9%) (Tableau 1). Les bactéries de la bile étaient sensibles à l'antibiothérapie empirique dans 83.8% des cas. Les entérocoques était plus identifié dans la bile que dans les hémocultures (37,9% vs. 6,8%). La concordance entre les germes de la bile et les germes des hémocultures était de 52%. Un changement d'antibiothérapie a été réalisé chez 59 patients (45%). Parmi eux, le changement était réalisé pour une aggravation clinique dans 30% des cas. Dans 60% des cas, l'antibiothérapie a été modifiée pour être adaptée à l'antibiogramme de la bile (20%), des hémocultures (20%) ou des deux (20%), permettant le plus souvent une antibiothérapie de spectre moins large (57%) et per os. Le temps d'hospitalisation moyen [md1] était de 15.7 jours (IC 95% 13.046 ; 18.357). Le taux de décès était de 5.47%. La durée moyenne d'antibiothérapie était de 11.3 jours (IC95% 9.280-13.363), dans 98.5% des cas l'antibiothérapie initiale était administrée par voie intraveineuse. La concordance entre l'antibiothérapie adaptée et l'aspiration biliaire était de 85.37%. Le taux de récidive à J30 était de 3.17%.
[md1]Il faut mettre la médiane et pas la moyenne

Tableau 1 : Caractéristiques microbiologiques

		Population
Hémocultures (%)		n=140 73,57% (n=103)
Germe identifié dans les hémocultures (%)		n= 104 40,38% (n=42)
Germes dans les hémocultures (%)		n= 104
	E. coli	25% (n=26)
	Klebsiella spp	10,58% (n=11)
	Pseudomonas spp	0% (n=0)
	Enterobacter spp	0,96% (n=1)
	Enterococcus spp	6,73% (n=7)
	Streptococcus spp	1,92% (n=2)
	Anaérobies	1,92% (n=2)
	Autres	4% (n=4)
Aspiration de bile per CPRE (%)		N=140 100% (n=140)
Germe identifié dans l'aspiration de bile per CPRE (%)		n=140 64,29% (n=90)
Germes dans l'aspiration de bile per CPRE (%)		n= 90
	E. coli	30% (n=42)
	Klebsiella spp	13,57% (n=19)
	Pseudomonas spp	1,43% (n=2)
	Enterobacter spp	10,71% (n=15)
	Enterococcus spp	37,86% (n=53)
	Streptococcus spp	2,14% (n=3)
	Anaérobies	2,14% (n=3)
	Autres	9,09% (n=12)
Concordance entre les germes des hémocultures et ceux de l'aspiration biliaire par CPRE (%)		n=52/100 52%

Discussion : La durée moyenne d'antibiothérapie, d'hospitalisation ainsi que le taux de récidive et de mortalité semblent être similaires à la littérature. Les limites de l'étude sont son caractère monocentrique et rétrospective et un nombre de patients limités.

Conclusion : L'aspiration biliaire est un élément complémentaire aux hémocultures dans le cadre des angiocholites. Au cours d'une CPRE pour angiocholite, l'aspiration biliaire a permis d'identifier un germe chez plus de patient que les hémocultures (64% vs 40%), et d'adapter l'antibiothérapie dans 40% des cas, permettant le plus souvent une antibiothérapie de spectre moins large et per os.

C-115

Evaluation de l'IA pour le diagnostic de cancer du pancréas en écho-endoscopie linéaire : résultats préliminaires d'une étude multicentrique sous l'égide de la SFED

A. Laquière [1], A. Sportes [2], J.B. Chevaux [3], J. Rivory [4], F. Maire [5], J. Boulant [6], V. Valantin [1], C. Boustière [1], D. Karsenti [7], D. Merad [1]

(1) Marseille ; (2) Saint-Laurent-du-Var ; (3) Nancy ; (4) Lyon ; (5) Clichy-la-Garenne ; (6) Grasse ; (7) Paris.

Introduction : L'écho-endoscopie (EUS) est l'examen de référence pour le diagnostic du cancer du pancréas. Cependant, la sensibilité et la spécificité de l'EUS n'est pas optimal du fait d'une l'échogénicité variable d'un patient à l'autre d'une part. D'autres part, certaines formes infiltrantes, sans syndrome de masse sont difficiles à visualiser. De plus, l'opérateur peut être pris en défaut par manque d'expérience. Enfin, la fatigue peut parfois conduire à une mauvaise détection des tumeurs pancréatiques. Le but de notre étude était d'évaluer la performance de l'IA pour le diagnostic de cancer du pancréas en EUS linéaire.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'un travail collaboratif avec le laboratoire informatique et système (LIS) de l'université d'Aix-Marseille, spécialisé en IA. Une phase pilote, réalisée avec une base de données d'une centaine d'images d'écho-endoscopie linéaire de pathologie pancréatique, nous a permis d'évaluer l'intérêt d'un algorithme de Transfer Learning permettant de diagnostiquer un cancer du pancréas avec une performance diagnostique proche de 75%. Afin optimiser l'IA, une grande base de données d'image d'EUS linéaire a été réalisée par 9 centres d'endoscopie en France. Les patients ont été répartis en 2 groupes : groupe T = tumoral (ADK, TNE, métastases) et groupe NT non tumorale (pancréas normal et pathologies pancréatique non tumorale). Toutes les images ont été anonymisées, contrôlées et annotées. Le critère de jugement principal était le diagnostic de cancer du pancréas confirmé par les résultats anatomopathologiques et le suivi des patients.

Résultats : 609 patients ont été inclus, 209 dans le groupe tumeur (T) et 400 dans le groupe non tumoral (NT). Dans le groupe T, 179 avec un ADK, 22 une TNE et 2 une métastase de cancer rénal. Dans le groupe non tumoral 156 avaient une lésion kystique pancréatique (TIPMP, cystadénome mucineux ou séreux), 70 une pancréatite aigüe biliaire, 55 une pancréatite chronique, 11 une pancréatite auto-immune, 78 pancréas normal et 30 une autre pathologie pancréatique. Au total 8545 images ont été collectées dont 2975 dans le groupe T et 5520 dans le groupe NT. La sensibilité, la spécificité, et la performance diagnostique de l'IA pour le diagnostic de cancer du pancréas en EUS linéaire étaient respectivement de 80%, 90% et 86%.

Conclusion : L'IA semble performante pour diagnostiquer les tumeurs du pancréas en EUS linéaire

C-116

Association entre l'accès aux soins primaires et la mortalité en excès des patients atteints de cancers digestifs en France : résultats portant sur l'étude des données de registres de cancers français du réseau FRANCIM

J. Gardy [1], S. Wilson [1], V. Bouvier [1], L. Launay [1], A. Alves [1], G. Launoy [1], F. Molinié [2], J. Bryère [1], O. Dejardin [1]

(1) Caen ; (2) Nantes.

Introduction : L'effet des inégalités géographiques dans la prise en charge des cancers est peu connu. L'objectif de cette étude est de mesurer l'influence de l'accès aux soins primaires sur la mortalité en excès pour le cancer du côlon-rectum, du pancréas et du foie en France.

Matériels et Méthodes : L'étude a utilisé les données des registres de cancers français. Nous avons inclus les 3 localisations de cancers digestifs invasifs solides les plus fréquents (côlon-rectum, pancréas, foie) en France entre le 1er janvier 2013 et le 31 décembre 2015 (N=40 697). L'effet de l'accès aux soins primaires a été estimé à l'aide de deux indices : l'indice SCALE, un nouvel indice multiscalaire disponible pour toutes les zones résidentielles de France (environ 2,8 millions) et l'indice APL, indice d'accessibilité potentielle localisée bien connu développé par l'IRDES et disponible pour toutes les communes.
L'effet de l'accès aux soins primaires sur la mortalité en excès, uniquement liée au cancer, a été étudié à l'aide de modèles d'excès de risque additifs utilisant des splines pénalisées multidimensionnelles. Tous les modèles ont été ajustés sur l'année de diagnostic et l'indice de déprivation européen (EDI).

Résultats : La surmortalité est associée à l'éloignement géographique aux soins primaires. Une augmentation de l'indice SCALE (évoquant une moins bonne accessibilité aux soins primaires) était associée à une augmentation de la mortalité pour le cancer du foie chez les hommes et les femmes (EHRmediane_scale vs ref =1.20[1.00 ; 1.43] pour les hommes & EHRmediane_scale vs ref =1.51[1.12 ; 2.04 pour les femmes]). Une augmentation de l'indice APL (expliquant une meilleure accessibilité aux soins primaires) était associée à une diminution de la mortalité par cancer colorectal chez les hommes (EHRmediane_apl vs ref =0.83[0.73 ; 0.94]). Il n'a pas été retrouvée d'association significative pour le cancer du pancréas et du côlon-rectum chez les femmes.

Conclusion : En plus de l'effet déjà démontré des inégalités sociales sur la survie des cancers digestifs, notre étude montre que l'accessibilité géographique aux soins primaires est un facteur pronostique indépendant pour la survie de certaines localisations cancéreuses digestives.

CT17

Efficacité de l'immunothérapie *versus* chimiothérapie dans les cancers digestifs non colorectaux avancés avec instabilité microsatellitaire : une étude multicentrique rétrospective de l'AGEO

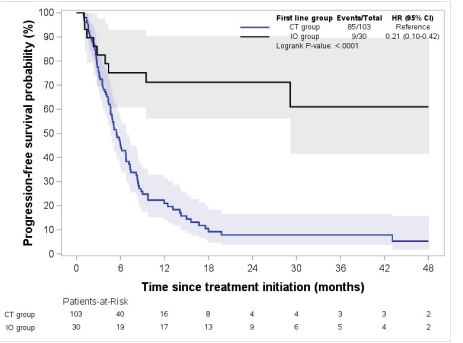
M. Mercier [1], E. Alouani [2], C. Flecchia [3], A. Falcoz [4], C. Gallois [3], E. Auclin [3], T. André [3], R. Cohen [3], A. Hollebecque [5], A. Turpin [6], S. Pernot [7], T. Masson [8], F. Di Fiore [9], M. Dutherage [9], T. Mazard [10], V. Hautefeuille [11], J.L. Van Laethem [12], C. de la Fouchardière [13], G. Perkins [3], M. Ben Abdelghani [14], F. Sclafani [15], T. Aparicio [3], S. Kim [4], D. Vernerey [4], J. Taïeb [3], R. Guimbaud [2], D. Tougeron [1]

(1) Poitiers ; (2) Toulouse ; (3) Paris ; (4) Besançon ; (5) Villejuif ; (6) Lille ; (7) Bordeaux ; (8) La Rochelle ; (9) Rouen ; (10) Montpellier ; (11) Amiens ; (12) Bruxelles, BELGIQUE ; (13) Marseille ; (14) Strasbourg ; (15) Anderlecht, BELGIQUE.

Introduction : Les tumeurs digestives non colorectales avec déficience du système de réparation des mésappariements de l'ADN/instabilité microsatellitaire (dMMR/MSI) avancées ont un mauvais pronostic et le traitement standard par chimiothérapie est peu efficace. Les inhibiteurs des points de contrôle immunitaire (ICIs) ont montré une importante efficacité dans les tumeurs dMMR/MSI localement avancés et métastatiques. L'essai de phase III KEYNOTE-177, comparant une chimiothérapie ± thérapie ciblée *versus* un ICI, a démontré un gain en survie sans progression (SSP) d'un anti-PD1 (pembrolizumab) dans le cancer colorectal métastatique (CCRm) dMMR/MSI. Néanmoins, il n'existe pas d'essai randomisé comparant ICI *versus* chimiothérapie dans les autres tumeurs digestives dMMR/MSI avancées et aucun remboursement d'ICI n'est disponible en France dans cette indication, posant le problème du traitement de ces patients hors AMM. L'objectif de notre étude était d'évaluer l'efficacité des ICIs comparé à la chimiothérapie dans les cancers digestifs non colorectaux avancés dMMR/MSI.

Matériels et Méthodes : Il s'agit d'une étude multicentrique et rétrospective ayant inclus les patients atteints d'une tumeur digestive non colorectale dMMR et/ou MSI avancée (localement avancée non résécable ou métastatique), traitée par chimiothérapie (chimiothérapie seule ou combinée à une thérapie ciblée) et/ou ICI, entre 2013 et 2021. Les patients ont été divisés en deux groupes, un groupe traité par chimiothérapie (CT) et un groupe traité par ICI sans chimiothérapie (IO). Ces groupes ont été comparés par ligne de traitement, en première (L1) et en seconde ligne de traitement (L2). Le critère de jugement principal était la survie sans progression (SSP). Les survies ont été calculées par la méthode de Kaplan-Meier. Pour la comparaison en L1, un score de propension a été appliqué utilisant la probabilité inverse de pondération du traitement afin de prendre en compte la potentielle hétérogénéité entre les 2 groupes.

Résultats : Dans cette étude, 133 patients ont été inclus, 103 ont reçu de la chimiothérapie en L1 et 30 un traitement par ICI (93,3% par anti-PD1 ou anti-PD-L1 seul). La moyenne d'âge était de 66,2 ans, il y avait 39,8% de femmes, 88,5% de patients OMS 0 ou 1 et 61,7% avaient un syndrome de Lynch prouvé ou suspecté. Les tumeurs les plus fréquentes étaient les adénocarcinomes gastriques (45,1%) et de l'intestin grêle (27,1%) et la majorité avaient un test MMR et MSI réalisés (70,5%). La moitié des patients avaient une résection de la tumeur primitive (48,1%) et la majorité une maladie métastatique synchrone (62,4%). Le suivi médian était de 33,7 mois. Il y avait 13,3% d'effets secondaires immuno-médiés de grade ≥3.En L1, la SSP médiane était de 5,5 mois dans le groupe CT L1 *versus* non atteinte dans le groupe IO L1 (HR=0,21; 95%IC 0,10-0,42; p<0,001) (Figure 1). La SSP à 24 mois était de 7,9% dans le groupe CT L1 et de 71,2% dans le groupe IO L1. En analyse multivariée, les facteurs prédictifs de SSP prolongée en L1 étaient la résection du primitif et le traitement par ICI mais pas le site tumoral. En utilisant un score de propension la SSP restait très significativement meilleure dans le groupe IO L1 (HR=0.23; 95%IC 0,15-0,35; p<0,001). Le taux de réponse objective selon les critères RECIST 1.1 était de 26,3% dans le groupe CT L1 *versus* 60,7% dans le groupe IO L1 (p<0,001) avec une durée prolongée de contrôle de la maladie dans le groupe IO L1 (7,4 mois *versus* non atteinte, p<0,001). La survie globale à 3 ans était de 54,7% dans le groupe CT L1 et de 64,0% dans le groupe IO L1 (p=0,68) avec 82,5% des patients du groupe CT L1 ayant reçu un ICI dans les lignes ultérieures. En L2, 32 patients ont reçu de la CT et 59 de l'immunothérapie. La SSP médiane était de 3,0 mois dans le groupe CT L2 *versus* 76,0 mois dans le groupe IO L2 (HR=0,22; 95%IC 0,12-0,38; p<0,001). En comparant la SSP obtenue par ICI selon la ligne de traitement il y avait une tendance à meilleure SSP plus l'utilisation des ICI était précoce (p=0,08).



Conclusion : En l'absence d'essai randomisé notre large série multicentrique montre l'efficacité majeure des ICIs par rapport au traitement standard chez les patients atteints d'un cancer digestif non colorectal dMMR/MSI localement avancé ou métastatique, quelle que soit le type de primitif et avec une toxicité acceptable. Ces résultats combinés à ceux déjà existants confirment l'intérêt de l'utilisation des ICIs pour ces patients et soulèvent la question du financement des ICI hors remboursement dans cette indication.

C118

Chirurgie systématique *versus* surveillance et chirurgie de recours dans le cancer de l'œsophage opérable en réponse clinique complète après radiochimiothérapie : essai multicentrique randomisée stratégique de phase II, PRODIGE 32-ESOSTRATE-FFCD1401

A. Drouillard [1], G. Piessen [2], S. Schacher [3], K. Le Malicot [1], Y. Rinaldi [4], C. Weisshaupt [5], T. Kössler [6], N. Regenet [7], S. Bastian [8], G. Breysacher [9], F. Di Fiore [10], S. De Dosso [11], A. Hamy [12], N. Baba Hamed [13], M. Rives [14], L. Dahan [4], M. Schmid [15], J. Hartwig [16], S. Louafi [17], S. Manfredi [1], L. Mineur [18]

(1) Dijon ; (2) Lille ; (3) Winterthour, SUISSE ; (4) Marseille ; (5) Saint-Gall, SUISSE ; (6) Genève, SUISSE ; (7) Nantes ; (8) Coire, SUISSE ; (9) Colmar ; (10) Rouen ; (11) Lugano, SUISSE ; (12) Angers ; (13) Paris ; (14) Toulouse ; (15) Zurich, SUISSE ; (16) Lyon ; (17) Corbeil-Essonnes ; (18) Avignon.

Introduction : Pour les cancers de l'œsophage localement avancés opérables, la question d'une chirurgie œsophagienne systématique ou d'une surveillance rapprochée après réponse clinique complète (RCC) post radiochimiothérapie (RCT) reste toujours d'actualité. La RCT exclusive (avec une chirurgie de rattrapage en cas de persistance tumorale ou de récidive locorégionale) est une option validée pour les carcinomes épidermoïdes (CE) mais elle reste débattue dans les adénocarcinomes (ADK).

Patients et Méthodes : L'étude de phase II/III randomisée, multicentrique, internationale, PRODIGE 32-ESOSTRATE était un essai stratégique comparant une chirurgie systématique vs une surveillance rapprochée, avec chirurgie de recours en cas de récidive opérable, chez les patients présentant un cancer de l'œsophage en RCC après RCT. Les patients présentant un CE ou un ADK de l'œsophage et de la jonction œso-gastrique (JOG), jugés opérables à visée curative et programmés pour une RCT en réunion de concertation pluridisciplinaire étaient enregistrés dans l'étude. Après RCT (protocole selon le choix de l'investigateur parmi les protocoles validés), ceux en RCC étaient randomisés entre chirurgie systématique (bras A) et surveillance rapprochée (Bras B), avec une stratification sur le type histologique et la dose de radiothérapie. La population principale de l'étude était celle en intention de traiter modifiée (mITT) définie comme les bras de traitement réellement réalisés : Les patients randomisés dans le bras A et ayant refusé l'intervention chirurgicale ont été analysés dans le bras B, et inversement. L'objectif principal de la phase II était le taux de patients vivants à 1 an. Les objectifs secondaires comprenaient la survie globale et la survie sans récidive définie comme le délai entre la randomisation et une récidive tumorale ou le décès. L'étude a été arrêtée en novembre 2021 pour des difficultés d'inclusion.

Résultats : Entre mars 2016 et novembre 2021, 188 patients ont été enregistrés dans l'étude. Le protocole de RCT comprenait préférentiellement du FOLFOX (59%) avec une dose de radiothérapie > 45 Gy dans 89 % des cas. Lors de la réévaluation entre 6 et 8 semaines post RCT, 68 (40%) patients étaient jugés en RCC. Parmi eux, 58 patients ont été randomisés. Quatorze patients (33%) du bras A ont refusé l'intervention chirurgicale et ont été analysés dans le bras B. A l'inverse, 1 patient du bras B a été opéré d'emblée. La population en mITT était de 17 patients dans le bras A et 41 patients dans le bras B. Il s'agissait d'homme dans 81% des cas avec un âge médian de 61 ans. La tumeur était localisée au tiers inférieur / JOG dans 66% des cas et le type histologique était un CE dans 57% des cas. Concernant le critère de jugement principal, le taux de survie à 1 an était de 100% dans le bras A vs 78 % dans le bras B. Le suivi médian était de 50,2 mois [IC95% : 39,6-59,6]. Les taux de survie globale et sans récidive à 3 ans étaient respectivement de 69,3% [41,2-86,0] et 52,3% [26,7-72,7] pour le bras A et de 58,5% [41,1-72,4] et 38,2% [23,4-52,9] pour le bras B. Huit patients (47%) du bras A ont présenté une complication post-opératoire de grade 3-4. Sept patients (40%) du bras A ont présenté au moins une récidive locorégionale et/ou métastatique contre 21 patients (51%) dans le bras B. Onze patients (27%) du bras B ont eu une récidive locorégionale seule et 7 d'entre-eux ont pu bénéficier d'une chirurgie de rattrapage à visée curative.

Conclusion : L'étude ESOSTRATE, malheureusement arrêtée prématurément, ne permet pas de conclure sur la stratégie optimale entre une chirurgie systématique et une surveillance avec chirurgie de rattrapage en cas de récidive locale, chez les patients porteurs d'un cancer de l'œsophage en réponse clinique complète après radiochimiothérapie. Malgré l'absence de conclusion statistique, ces résultats suggèrent que la chirurgie reste le traitement de référence chez des patients opérables même en cas de RCC.

CT19

Nivolumab plus chimiothérapie ou ipilimumab *versus* chimio, en première ligne, dans le traitement des patients atteints d'un carcinome épidermoïde de l'œsophage (CEO) avancé : premières analyses complètes des biomarqueurs de l'étude CheckMate 648

F. El Hajbi [1], M. Lei [2], Y. Doki [3], Y. Kitagawa [4], K. Kato [4], I. Chau [5], J. Yao [6], J. Xu [7], L. Wyrwicz [8], S. Motoyama [9], T. Ogata [10], H. Kawakami [11], C.H. Hsu [12], A. Adenis [13], M. Di Bartolomeo [14], M.I. Braghiroli [15], E. Holtved [16], M. Blum Murphy [17], R. Novosiadly [6], J. Ajani [17]

(1) Lille ; (2) Princeton, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (3) Osaka, JAPON ; (4) Tokyo, JAPON ; (5) Londres, ANGLETERRE ; (6) Princeton, New Jersey, États-Unis, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (7) Pékin, CHINE ; (8) Varsovie, POLOGNE ; (9) Akita, JAPON ; (10) Kanagawa, JAPON ; (11) Ōsakasayama, JAPON ; (12) Taipei, TAÏWAN ; (13) Montpellier ; (14) Milan, ITALIE ; (15) São Paulo, BRÉSIL ; (16) Odense, DANEMARK ; (17) Houston, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE.

Introduction : Les associations Nivolumab (NIVO) plus (+) chimiothérapie (chimio) et NIVO + Ipilimumab (IPI) ont démontré des survies globales (OS) supérieures à celle de la chimiothérapie seule chez les patients de l'étude CheckMate 648 (NCT03143153), atteints d'un CEO avancé non précédemment traité, conduisant à des approbations dans de nombreux pays. Nous présentons les premiers résultats complets de l'analyse exploratoire des biomarqueurs de cet essai.

Matériels et Méthodes : Le séquençage de l'exome entier (WES) du tissu tumoral à l'état de base et du sang correspondant a été effectué pour évaluer la charge mutationnelle tumorale (TMB) et sélectionner les altérations génétiques. Les tumeurs à forte charge mutationnelle étaient définies comme ≥ 199 mutations/exome. Le séquençage de l'ARN du tissu tumoral à l'état de base a été utilisé pour évaluer les signatures d'expression génique (GES). Les sous-groupes GES ont été définis par tercile.

Résultats : Au total, 60 % (191/321) des patients recevant NIVO + chimio étaient évaluables à la fois par WES et par GES ; 62 % (200/325) et 58 % (188/325) des patients recevant NIVO + IPI et 59 % (190/324) et 59 % (192/324) des patients recevant une chimio étaient évaluables par WES et par GES, respectivement. Dans le groupe NIVO + chimio, les patients présentant des tumeurs à TMB élevée ont une médiane d'OS numériquement plus élevée que ceux avec des tumeurs à TMB faible, alors que la médiane d'OS était similaire entre les sous-groupes de patients traités par NIVO + IPI, bien que le nombre de patients présentant des tumeurs à TMB élevé soit faible (tableau). Des scores GES plus élevés pour les biomarqueurs de l'inflammation et plus faibles pour la β-caténine sont associés à une meilleure OS chez les patients traités par NIVO + chimio ou IPI par rapport à la chimio (tableau). Des scores GES plus faibles pour les fibroblastes sont associés à un meilleur bénéfice en termes d'OS pour NIVO + IPI par rapport à la chimiothérapie (tableau). D'autres analyses de biomarqueurs, y compris des altérations génétiques sélectionnées et le GES dans les sous-groupes d'expression tumorale de PD-L1, seront présentées.

		Médiane d'OS		HR non stratifié		Médiane d'OS		HR non stratifié
	n	NIVO + chemo	Chimio	(IC 95%)	n	NIVO + IPI	Chimio	(IC 95%)
TMB évaluables	321	14,4	10,1	0,80 (0,64, 1,00)	390	15,1	10,1	0,75 (0,60, 0,95)
TMB élevée	32	23,8	13,1	0,67 (0,28, 1,63)	22	15,7	13,1	1,20 (0,46, 3,14)
TMB faible	349	14,0	10,2	0,80 (0,66, 1,05)	368	15,1	10,2	0,73 (0,58, 0,93)
GES évaluables	383	15,5	9,5	0,75 (0,60, 0,94)	380	13,9	9,5	0,72 (0,57, 0,91)
Biomarqueurs inflammatoires								
Score élevé	128	22,0	12,6	0,63 (0,41, 0,96)	127	23,1	12,1	0,58 (0,37, 0,90)
Score moyen	127	12,5	8,6	0,68 (0,46, 0,98)	126	16,2	8,6	0,59 (0,40, 0,87)
Score faible	128	13,4	9,6	0,98 (0,66, 1,43)	127	9,7	9,6	1,05 (0,71, 1,54)
β-caténine								
Score élevé	128	11,1	9,9	1,05 (0,72, 1,54)	127	13,5	9,9	0,73 (0,49, 1,08)
Score moyen	127	19,1	10,2	0,64 (0,42, 0,97)	126	10,9	10,7	0,97 (0,65, 1,44)
Score faible	128	15,8	9,1	0,60 (0,41, 0,89)	127	18,3	9,1	0,50 (0,33, 0,76)
Fibroblaste								
Score élevé	128	14,0	11,9	0,84 (0,57, 1,24)	127	11,3	11,7	0,98 (0,65, 1,46)
Score moyen	127	15,7	8,8	0,64 (0,43, 0,95)	126	17,2	8,6	0,56 (0,37, 0,85)
Score faible	128	15,8	9,4	0,76 (0,51, 1,12)	127	15,3	9,3	0,70 (0,47, 1,05)

Conclusion : Ces résultats confirment l'efficacité clinique de NIVO + chimio et de NIVO + IPI dans le traitement de première ligne des CEO et suggèrent une amélioration de l'OS dans plusieurs sous-groupes de biomarqueurs. L'utilité clinique de ces biomarqueurs devrait être validée dans de futurs essais cliniques.

Remerciements, financements, autres :
© 2023 American American Society of Clinical Oncology, Inc. Réutilisé avec permission. Cet abstract a été accepté et présenté précédemment lors de la réunion annuelle ASCO 2023. Tous droits réservés.

Médecine de précision chez les patients avec cancer du pancréas KRAS sauvage

A. Boileve [1], I. Ben-Ammar [1], A. Rousseau [1], R. Nicolle [2], A. Tarabay [1], V. Boige [1], M. Valéry [1], T. Pudlarz [1], D. Malka [2], M. Gelli [1], E. Fernandez De Sevilla [1], A. Fuerea [1], M.L. Tanguy [1], E. Rouleau [1], R. Barbe [1], F. Jaulin [1], C. Smolenschi [1], A. Hollebecque [1], M. Ducreux [1]

(1) Villejuif ; (2) Paris.

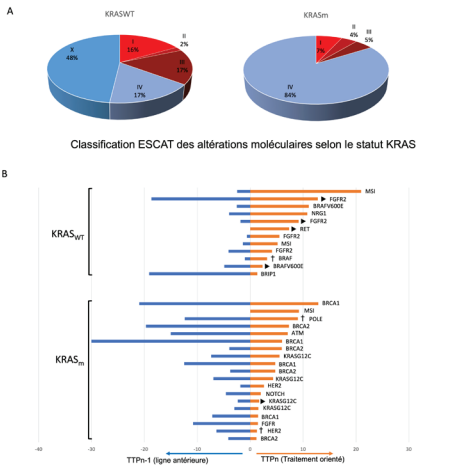
Introduction : L'adénocarcinome canalaire pancréatique (PDAC) est actuellement la quatrième cause de mortalité liée au cancer, avec une incidence en hausse. Avec un taux de survie globale à 5 ans inférieur à 10 %, tous stades confondus, le PDAC est considéré comme une tumeur solide de très mauvais pronostic, dont les options thérapeutiques sont limitées et reposent principalement sur des schémas de chimiothérapie palliative. L'impact de la médecine de précision dans le PDAC reste limité, principalement à cause d'un nombre limité de cibles actionnables, dans une tumeur dont la tumorigénèse est principalement entraînée par KRAS. En effet, la mutation du gène KRAS est l'altération moléculaire la plus fréquente dans l'adénocarcinome pancréatique (PDAC), mais environ 10 % des patients présentent des tumeurs de type KRAS sauvage (KRAS-WT).

Patients et Méthodes : Une étude monocentrique des données cliniques/moléculaires a été réalisée chez les patients atteints de PDAC dont le statut KRAS avait été déterminé (profilage moléculaire de la tumeur sur tissu ou biopsie liquide) et pour lesquels un séquençage haut débit sur les principaux oncogènes et gènes suppresseurs de tumeur a été effectué. L'impact des thérapies ciblées sur la survie a été évalué.

Résultats : Au total, 342 patients ont été inclus, dont 54 PDAC KRAS-WT, contre 288 patients PDAC KRAS mutés (KRASm). L'âge médian était de 61 ans [IQR : 54,0;67,0] et 164 patients (48%) étaient des femmes. Au moment du diagnostic, les patients atteints de KRAS-WT étaient moins souvent métastatiques (37 %). En ce qui concerne les sites métastatiques, le foie était moins fréquent chez les patients KRAS-WT (39 %, p<0,0001).

La survie globale médiane à partir du diagnostic initial était significativement plus élevée dans le groupe KRAS-WT que dans le groupe KRASm (50.8 mois [IC95%: 32.0-NR] vs 21.2 mois [IC95%: 18.9-23.5] (p<0,0001 après ajustement sur l'âge, l'ECOG et le stade au diagnostic). La survie globale médiane à partir du diagnostic de métastases était significativement plus élevée dans le groupe KRAS-WT que dans le groupe KRASm (35,4 mois, IC95%[20,6-NR] vs 17,5 mois, IC95% [15,5-19,2] (p<0,0001 après ajustement sur l'âge, l'ECOG et la présence de métastases hépatiques). Dans le traitement systémique de première ligne (principalement FOLFIRINOX), la survie sans progression était également plus élevée dans le groupe KRAS-WT. A noter que la survie globale des patients avec tumeur KRAS-WT était supérieure aux patients avec une tumeur KRASm dans le sous-groupe de patients n'ayant pas reçu de traitement ciblé.

Sur la base de la classification ESCAT, une altération actionnable (ESCAT I-III) a été identifiée chez 19 (36%) patients KRAS-WT et 46 (16%) patients KRASm (p<0.0001) avec plus d'altérations dans FGFR2, BRAF(V600E), NRTK et plus de tumeurs MSI. Les patients KRAS-WT présentaient également moins d'altérations au niveau de TP53, CDKN2A et SMAD4. Douze patients KRAS-WT ont reçu un traitement adapté au niveau moléculaire avec un bénéfice clinique et des résultats améliorés par rapport aux patients KRASm. Notamment, deux patients atteints de KRAS-WT avaient une tumeur MSI et ont reçu des inhibiteurs de points de contrôle anti-PDL1 ou anti-PD1. Les autres traitements ciblés comprenaient (de manière non exhaustive) le selpercatinib pour les fusions RET, l'erdafitinib pour les altérations FGFR2, des inhibiteurs d'ATR pour une mutation de BRIP1, des inhibiteurs de BRAF et MEK pour les altérations BRAF. Le pronostic des patients avec altération moléculaire actionnable ayant reçu un traitement ciblé était meilleur que les autres patients, en terme de survie sans progression ou survie globale.



Conclusion : Les patients avec une tumeur KRAS-WT présentent des caractéristiques et des pronostics distincts des patients avec une tumeur KRASm, avec une survie globale prolongée, et ce même quand un traitement ciblé n'est pas administré. Les patients KRAS-WT présentent également davantage d'altérations moléculaires actionnables, ce qui se traduit par des taux de survie plus élevés après avoir reçu des traitements adaptés sur le plan moléculaire. Dans le cadre d'une approche de médecine de précision, le profilage moléculaire, dont la détermination du statut KRAS lors du diagnostic initial, devrait faire partie intégrante de la prise en charge de routine du PDAC au vu de l'impact pronostic bénéfique, au moins pour les tumeurs KRAS-WT.

C 121

Traitement de maintenance avec olaparib ou selumetinib plus durvalumab (S+D) adapté au profil génétique des adénocarcinomes du pancréas métastatiques (m-PAC) contrôlés par FOLFIRINOX modifié (mFFX) en traitement d'induction : étude de phase II randomisée

P. Hammel [1], M. Ben Abdelghani [2], G. Roth [3], A. Ulusakarya [1], F. Ghiringhelli [4], C. Toullec [5], C. Borg [6], O. Hentic [7], I. Trouilloud [8], L. Dahan [9], S. Hiret [10], O. Bouché [11], Y. Rinaldi [9], J.F. Blanc [12], C. de la Fouchardière [9], C. Neuzillet [13], M. Kamal [8], I. Bieche [8], J. Cros [7], H. Castanié [14], O. Dubreuil [8], C. Vernet [15], D. Botsen [11], D. Tougeron [16], A. Parzy [17], J.B. Bachet [8], T. Lecomte [18], C. Tournigand [19], H. Marijon [20], A. Falcoz [6], A. Turpin [21], R. Guimbaud [22]

(1) Villejuif ; (2) Strasbourg ; (3) Grenoble ; (4) Dijon ; (5) Avignon ; (6) Besançon ; (7) Clichy-la-Garenne ; (8) Paris ; (9) Marseille ; (10) Saint-Herblain ; (11) Reims ; (12) Bordeaux ; (13) Saint-Cloud ; (14) Nantes ; (15) Lyon ; (16) Poitiers ; (17) Caen ; (18) Tours ; (19) Créteil ; (20) Levallois-Perret ; (21) Lille ; (22) Toulouse.

Introduction : Les traitements de maintenance pour les patients (pts) atteints de m-PAC dont la tumeur est contrôlée (stable ou en réponse objective) après une chimiothérapie d'induction par mFFX sont débattus. L'objectif de cette étude était de tester l'efficacité potentielle de l'adaptation des traitements de maintenance au profil moléculaire tumoral

Patients et Méthodes : Dans cette étude ouverte, multicentrique, de phase II, les pts ayant un performance status 0 ou 1 et un m-PAC histologiquement prouvé, contrôlé après 4 mois (mo) de mFFX en traitement d'induction, ont reçu un traitement de maintenance génétiquement guidé (analyse moléculaire centralisée) comme suit: si profil BRCAness, olaparib 300 mg x 2/j (Bras A); si profil non-BRCAness mais KRAS muté : randomisation (2:1) pour S+D (1500 mg IV/4 sem et 75 mg per os x 2) (Bras B) ou FOLFIRI/2 sem (Bras C), jusqu'à progression confirmée ou toxicité. Hypothèses statistiques: Bras A : taux de survie sans progression (SSP) à 4 mois, H0: ≤40%, H1: ≥70%; Bras B et C, H0: SSPc=SSPb, H1: SSPc

Résultats : 124 pts ont été inclus; Bras A: 16 pts (H: 9, âge médian: 67 ans, PS 0: 9 pts) ont reçu l'olaparib. La SSP était à 4 mois était de 50% et la SSP médiane, de 3,7 mois (1,7-9,4), Taux réponse objective: 13%, survie globale (SG) médiane: 18 mois (5,5-21,5). Bras B/Bras C: à l'analyse intermédiaire (12/5/2022): 104 pts avaient été randomisés (Bras B/Bras C: 70/34); SSP médiane pour bras B et C: 3,5 mois (IC95%: 2,1-3,9) vs. 5,7 mois (IC95% : 2,2-10.7), respectivement. Du fait d'une futilité, les inclusions ont été stoppées. Lors de l'analyse finale (data cutoff: 06/15/2023) après un suivi médian de 11,2 mois (IC95%: 9,4-13,1): 108 pts (H:53%, âge médian:63,5 ans, PS 0:44%) ont été traités (Bras B/Bras C: 72/36) ; 123/124 pts (population ITT) ont eu au moins 1 cycle de traitement (médiane: 4 [IQR, 2-6]). L'objectif primaire de l'étude n'a pas été atteint: SSP médiane 3,7 mois (IC95% : 2,1-5) dans le bras B vs. 6,6 mois dans le bras C (IC 95% CI 2,6-8,7); HR=1,6 (0,99-2,58), P=0,0523). La SG médiane globale (population entière) était de 12,7 mois IC95% (8,7-18,2); 10,1 mois (IC95% 8,3-20,6) dans le bras B et 17,3 mois (IC95% : 8,4-20,9) dans le bras C. Le profil de toxicité de grade 3-4 dans les bras A/B/C) était celui attendu (18.8%/23.6%/28.6%).

Conclusion : L'étude MAZEPPA n'a pas atteint l'objectif primaire d'augmenter le taux de PFS à 4 mois avec l'association S+D vs. FOLFIRI. Les données moléculaires seront présentées au congrès.

Remerciements, financements, autres : Soutien financier AstraZeneca - Remerciements à Mme P. Deville

C 122

Les organoïdes comme outils pour la médecine de précision fonctionnelle dans le cancer du pancréas avancé

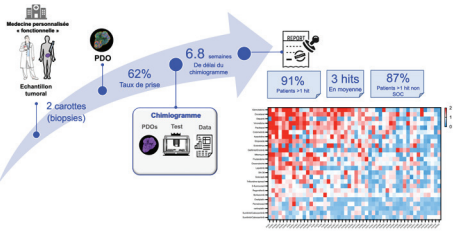
A. Boileve [1], N. Goudarzi [1], J. Cartry [1], J. Mathieu [1], S. Bedja [1], A. Mouawia [1], C. Nicotra [1], M. Ngo-Camus [1], K. Lipson [1], V. Boige [1], M. Valéry [1], A. Tarabay [1], M.A. Bani [1], P. Dartigues [1], T. de Baère [1], A. Italiano [1], M. Gelli [1], E. Fernandez De Sevilla [1], M. Annereau [1], D. Malka [2], M. Ducreux [1], C. Smolenschi [1], A. Hollebecque [1], F. Jaulin [1]

(1) Villejuif ; (2) Paris.

Introduction : L'adénocarcinome canalaire pancréatique (PDAC) a une incidence en constante augmentation et un mauvais pronostic. Les organoïdes dérivés de tumeurs de patients (pts) sont des modèles prometteurs pour la médecine fonctionnelle de précision (FPM). Cette étude vise à évaluer si les PDO peuvent être mis en œuvre dans la pratique clinique pour la prise en charge des patients atteints de PDAC.L'adénocarcinome canalaire pancréatique (PDAC) a une incidence en constante augmentation et un mauvais pronostic. Les organoïdes dérivés de tumeurs de patients (pts) sont des modèles prometteurs pour la médecine fonctionnelle de précision (FPM). Cette étude vise à évaluer si les PDO peuvent être mis en œuvre dans la pratique clinique pour la prise en charge des patients atteints de PDAC.

Patients et Méthodes : En 2021-2022, des patients ont été recrutés de manière prospective dans le cadre d'un protocole (NCT04932525). Les principaux critères d'inclusion étaient : PDAC confirmé histologiquement, au moins un site tumoral accessible (biopsie, chirurgie ou épanchements) et un statut de performance ECOG 0-1. L'efficacité de 25 thérapies antitumorales a été testée (=chimoogramme) (par test de luminescence ATP). Un système de score a été mis au point pour classer les médicaments et identifier les plus efficaces *in vitro*.

Résultats : Quatre-vingt-sept patients ont été inclus (âge médian 61 ans; lignes antérieures: 2 [0-5]). Quatre-vingt-onze pourcent des patients avaient reçu du FOLFIRINOX, 61 % la gemcitabine, 49 % du (nab)-paclitaxel. Le taux de prise des organoïdes était 62% (biopsie hépatique: 60%, ascite: 93%) avec 54 lignées d'organoïdes générées. Le délai moyen du chimiogramme était 6,8 semaines. Les principales altérations moléculaires des organoïdes étaient KRAS (90%), TP53 (83%), CDKN2A/B (23%) avec une bonne concordance (91%) avec la tumeur. La survie des patients était plus courte lorsque les organoïdes ont été établis (p<0,01).
Le nombre médian de hits était 3 (de 0-12) par patient. Dans 91% des cas, au moins un hit a été identifié. Les principaux hits identifiés étaient: gemcitabine, docétaxel, olaparib, vinorelbine.
Parmi les 34 patients traités après le prélèvement et évaluables, ceux ayant reçu un hit avaient un taux de contrôle de la maladie (p=0,001) et une survie sans progression (p=0,04) et globale (p=0,04) plus longue. Pour ces patients, le rapport des survies sans progression entre ligne orientée et ligne précédente était plus élevé (p=0,0007). La sensibilité et la spécificité des organoïdes pour prédire la réponse clinique étaient 83,3% et 92,9%.



Conclusion : Dans cette étude prospective, nous rapportons dans un délai cliniquement pertinent qu'au moins un hit potentiel a été identifié dans 91% des cas, avec une bonne sensibilité et spécificité et un potentiel bénéfice clinique. Ces résultats nécessitent d'être confirmés par un essai randomisé.

Remerciements, financements, autres : Agence Nationale de la Recherche (ANR) grant ANR-20-CE13-0031-01 ; Institut National du Cancer (INCa) grant 2020-1-PLBIO-04-IGR-1 ; Fundraising against CRC and Mars Bleu from the Gustave Roussy foundation ; Inserm Cancer 3R program (20CR046-00) ; Agence Nationale de la Recherche (ANR) grant ANR-21-RHUS-0003 ; Gustave Roussy ; Philantropia

O23

Caractérisation moléculaire des TIPMP avec un carcinome associé

L. Mas [1], R. Nicolle [1], R. Lupinacci [1], K. Labreche [1], J. Cros [2], A. Perrier [1], D. Enea [3], F. Renaud [1], T. Fenouil [4], P. Bourgoin [1], V. Rebours [2], J.L. Van Laethem [5], N. D'Haene [5], J.B. Bachet [1], F. Coulet [1], M. Svrcek [1]

(1) Paris ; (2) Clichy-la-Garenne ; (3) Bucarest, ROUMANIE ; (4) Lyon ; (5) Bruxelles, BELGIQUE.

Introduction : L'adénocarcinome canalaire du pancréas (ACP) est caractérisé par une grande hétérogénéité moléculaire nécessitant l'identification de nouvelles approches thérapeutiques ciblées. Les tumeurs intra-canalaires papillaires et mucineuses du pancréas (TIPMP) sont les principales lésions kystiques précurseurs de l'ACP et divisées en trois sous-types histologiques, i.e pancréato-biliaire (PB), intestinal et gastrique. Les TIPMP avec un carcinome associé (IPMC) représentent 10% des ACP réséqués et sont de sous-type tubulaire (aussi appelé canalaire car morphologiquement indifférenciable de l'ACPc) ou colloïde. La voie intestinale de carcinogénèse correspond aux IPMC colloïdes développées à partir de TIPMP intestinales. Comparées à l'ACP conventionnel (ACPc), plusieurs travaux ont rapporté des caractéristiques clinico-histologiques et un pronostic favorable associés à ces lésions, et à la voie intestinale notamment. Au niveau moléculaire, les caractéristiques de ce sous-groupe d'ACP sont aujourd'hui mal définies. Dans cette étude, nos objectifs étaient de préciser les caractéristiques génomiques et transcriptomiques des IPMC selon leur sous-type et comparées à l'ACPc.

Patients et Méthodes : Nous avons constitué une cohorte multicentrique internationale d'IPMC réséqués entre 2004 et 2019. La classification histologique a été établie de manière centralisée. Les ARN et ADN ont été extraits à partir d'échantillons tumoraux fixés au formol, inclus en paraffine et analysés par séquençage haut débit (exome entier et 3'RNAseq). Les profils transcriptomiques des IPMC tubulaires ont été comparés aux données d'une large cohorte d'ACPc.

Résultats : 174 cas d'IPMC (homme 51%, âge médian 70 ans) ont été inclus dont 28%, 33% et 39% étaient développés à partir de TIPMP intestinale, gastrique et PB, respectivement. 38 IPMC étaient de type colloïde (22%), dont 36 développées à partir de TIPMP intestinales. Au niveau transcriptomique, une signature spécifique associée au phénotype intestinal a été identifiée, surexprimée dans les IPMC, colloïdes ou tubulaires, développées à partir de TIPMP intestinales. Les IPMC tubulaires étaient associées à la surexpression de molécules de point de contrôle immunitaire (PD1, CTLA4, TIGIT) et aux signatures « immunogène » et « classique » précédemment décrites dans l'ACPc. Aucune différence n'était mise en évidence concernant les populations immunes du microenvironnement tumoral. Au niveau génomique, les IPMC associées aux TIPMP intestinales étaient associées aux variants de GNAS (65% vs 13%, p<0.001), et présentaient une fréquence significativement moindre de variants de KRAS (46% vs 79%, p<0.001), TP53 (33% vs 50%, p=0.04), SMAD4 (8% vs 23%, p=0.02) et CDKN2A (0% vs 15%, p=0.004). Un variant impactant les gènes BRCA1/2 ou d'autres gènes de la voie de réparation de l'ADN par la recombinaison homologue (Homologous recombination repair HRR) était identifié dans 36% des IPMC, avec un enrichissement particulier dans les lésions associées à la voie intestinale (46%) (table 1). Aucune association significative n'était mise en évidence entre le profil génomique et les données transcriptomique ou de survie.

Table 1. Variants impactant les gènes BRCA et gènes HRR*

	Total N = 174	Intestinal N = 48	Non intestinal N = 126
Variant BRCA 1&2	5.2%	10%	3.2%
Variant HRR*	36%	46%	33%

*HRR : gènes impliqués dans la voie de réparation de l'ADN par recombinaison homologue : BRCA1/2, PALB2, ATM, ATR(X), ARID1A/B, BAP1, BARD1, BLM, BRIP1, NBN, MRE11A, FANCA/B/C/D2/E/F/G/M, RAD50/51D

Conclusion : Notre étude représente la plus large caractérisation moléculaire dédiée aux IPMC rapportée à notre connaissance. Nos résultats mettent en évidence le profil distinct des lésions associées à la voie intestinale, associées à une signature transcriptomique spécifique ainsi qu'à la présence de variants impactant la voie HRR à une fréquence largement supérieure aux données rapportées dans la littérature concernant l'ACPc. Les IPMC tubulaires associées aux TIPMP gastriques et PB, plus proches de l'ACPc, étaient associées à un profil immunogène et à la surexpression de molécules de points de contrôle immunitaire. Ces spécificités suggèrent de potentielles implications thérapeutiques pour ces sous-groupes de patients. Des analyses approfondies sont en cours et des données complémentaires seront présentées durant les JFHOD.

C124

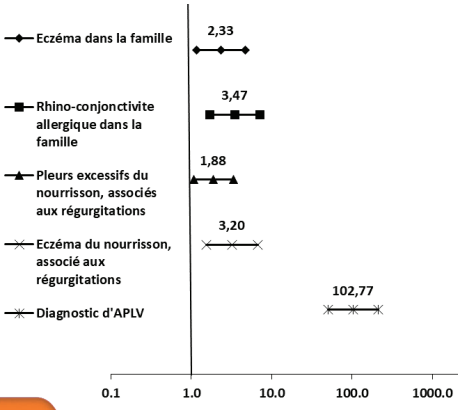
Prise en charge des nourrissons avec une préparation infantile épaissie et/ou anti-régurgitations en médecine de ville : étude observationnelle ENIPAR

F. Campeotto [1], N. Fiegel [2], S. Gautier [2], M.O. Barbaza [3], M.E. Gras [2]
(1) Paris ; (2) Rungis ; (3) Décines-Charpieu.

Introduction : Les régurgitations du nourrisson, bien que souvent bénignes, peuvent amener les parents à consulter. Le médecin peut alors prescrire des préparations infantiles épaissies et/ou anti-régurgitations (AR). L'étude ENIPAR visait à décrire les critères de choix des médecins et leurs mécanismes de décision lors de cette prescription, la prise en charge associée aux régurgitations, les caractéristiques des nourrissons et l'inquiétude des parents, au global et selon le type de formule épaissie ou AR prescrite [à base de protéines de lait de vache (PLV) ou d'hydrolysat poussé de protéines (HPP) de lait de vache ou de végétaux].

Patients et Méthodes : ENIPAR est une étude observationnelle, transversale, nationale et multicentrique, conduite en France chez des pédiatres libéraux et des médecins généralistes (MG). Chaque clinicien devait inclure 4 nourrissons âgés au maximum de 6 mois : 2 nourrissons avec prescription d'une formule épaissie ou AR à base de PLV et 2 avec une formule épaissie ou AR à base d'HPP à l'issue de la consultation d'inclusion. L'analyse statistique a été descriptive.

Résultats : Parmi les 777 nourrissons éligibles et inclus par 236 médecins (pédiatres : 96%, MG : 4%), 396 avaient une prescription d'une formule à base de PLV (51%) et 365 à base d'HPP (47%). Un auto-questionnaire a été complété par les parents pour 585 d'entre eux (75%). La prescription d'une formule à base d'HPP était plus fréquente ($p < 0.05$) chez les nourrissons présentant plus de symptômes associés que chez les autres enfants (pleurs excessifs, troubles du sommeil, difficultés lors des repas, nausées, signes ORL), dans un contexte allergique personnel (eczéma) et/ou familial (eczéma et allergies alimentaires). Le diagnostic (suspecté ou confirmé) était le plus souvent une APLV en cas de prescription d'une formule à base d'HPP (79% vs. 3%) et un RGO physiologique en cas de formule à base de PLV (53% vs. 14%). De nombreux critères étaient pris en compte par les médecins pour choisir une préparation épaissie et/ou AR (9.5±19 critères retenus en moyenne sur les 12 proposés). Dans les critères les plus choisis au total (HPP et PLV confondus) on retrouve notamment l'expérience personnelle du médecin (94%), la fréquence des régurgitations (89%) et les preuves cliniques (88%).
La figure ci-dessous montre les cinq facteurs significativement associés à la prescription d'une formule épaissie ou AR à base d'HPP : les allergies du nourrisson (APLV : OR=102.77, IC 95% [49.80-212.10], p <0.0001 ; eczéma : OR=3.20 [1.53-6.69], p=0.0021), allergies dans la famille (eczéma : OR=2.33 [1.16-4.70], p=0.0182 ; rhino-conjonctivite allergique : OR=3.47 [1.68-7.18], p=0.0008) et pleurs excessifs du nourrisson (OR=1.88 [1.07-3.33], p=0.0291).



Les médecins avaient également prodigué des conseils hygiéno-diététiques à 97% des parents lors de la consultation et associé des traitements pharmacologiques dans 44% des cas (alginates/pansements gastriques : 73% des enfants traités, inhibiteurs de la pompe à protons : 38%). Les enfants avec formule à base d'HPP étaient plus souvent adressés à un spécialiste (10% vs. 2%, p <0.001).
Le niveau moyen d'inquiétude des parents était à 6.8±2.0 (sur une échelle de 0 à 10), avec une note d'au moins 7/10 chez 61% d'entre eux. Leurs principales inquiétudes étaient le risque d'étouffement de l'enfant (74%), la peur d'une alimentation insuffisante (73%), la crainte d'une maladie sous-jacente (59%) ou d'un malaise (56%). Au total, 67% des parents avaient déjà essayé au moins 7 mesures sur les 10 proposées pour limiter les régurgitations de leur enfant. Les principales mesures jugées assez ou très efficaces étaient de ne pas coucher l'infant dès la fin du repas (50%) et de le mettre en position verticale après le repas (49%).

Conclusion : Cette étude a permis de mieux comprendre les critères de choix des médecins pour prescrire en pratique médicale courante une formule infantile épaissie et/ou AR chez les nourrissons présentant des régurgitations (expérience personnelle et preuves cliniques disponibles, caractéristiques des régurgitations et des formules infantiles). Le choix en faveur d'une préparation infantile à base d'HPP était guidé par un diagnostic d'APLV, l'existence d'allergies chez le nourrisson ou sa famille, et des pleurs excessifs de l'enfant.

H125

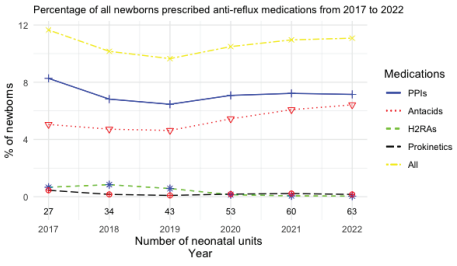
Prescriptions de médicaments anti-reflux en néonatologie et réanimation néonatale : une étude multicentrique observationnelle de 2014 à 2022

C. Jung [(1)], B. Gouyon [(2)], L. Jiao [(1)], A. Lapillonne [(3)], M. Bellaïche [(3)], M. Tauzin [(1)]
(1) Créteil ; (2) Saint-Denis, Réunion ; (3) Paris.

Introduction : Le reflux gastro-œsophagien est fréquent chez les nouveau-nés et notamment les prématurés. Les traitements pharmacologiques de cette affection sont controversés du fait d'une efficacité incertaine et d'effets indésirables connus de ces médicaments (entérocolite, infections, fractures osseuses…). L'objectif de cette étude est de décrire les caractéristiques et l'évolution des prescriptions de médicaments anti-reflux dans les unités de néonatologie et réanimation néonatale françaises.

Patients et Méthodes : Les données de prescription des médicaments anti-reflux (inhibiteurs de la pompe à protons (IPP), anti-acides, antagonistes des récepteurs à l'histamine-2 (H2RA) et prokinétiques) pour les nouveau-nés avec un âge corrigé < 45 semaines d'aménorrhée (SA) ont été extraites de la base de données du logiciel de prescription Logipren® utilisé par 63 unités néonatales françaises de 2014 à 2022, puis analysées

Résultats : Parmi les 152743 nouveau-nés ayant reçu une prescription sur le logiciel Logipren® pendant la période d'étude, 10,2% (n = 15,650) ont reçu une prescription d'un médicament anti-reflux, principalement en monothérapie (77,5%). Les anti-reflux étaient prescrits à un âge médian (IQR) de 14 (5-32) jours de vie et un âge corrigé médian de 38,4 (36,0-40,7) SA. L'anti-reflux était poursuivi à la sortie pour 6709 (42,9%) des patients. La prescription d'un anti-reflux était d'autant plus fréquente que le nouveau-né était prématuré : 20,6% (1956/9493) et 14,7% (2610/17740) des patients nés avant 28 SA et entre 28 et 31 SA, respectivement *versus* 8,7% des patients nés à terme. Les extrêmes prématurés nés avant 28 SA étaient également exposés plus longtemps (médiane (IQR) 15 (5-34) jours *versus* 8 (3-18) jours pour les > 28 SA) et à plus de polythérapies. Les prescriptions d'IPP étaient les plus fréquentes (6,9% des nouveau-nés), suivi des anti-acides (5,2%), alors que les prescriptions d'H2RA et de prokinétiques étaient rares (0,3% et 0,2%). Entre 2017 et 2022, le taux de prescription d'IPP était stable, en baisse pour les H2RA (τ = −0.86, p = 0.02) et en hausse pour les anti-acides pour les prématurés nés entre 28 et 31 SA et entre 32 et 36 SA. La prescription variait de manière importante d'un centre à l'autre (de 0,6% à 24,0% pour les IPPs et de 0% à 35,6% pour les anti-acides).



Conclusion : la prescription de médicaments anti-reflux est fréquente chez les nouveau-nés en néonatologie et réanimation néonatale, d'autant plus qu'ils sont nés prématurément. Les IPP et les anti-acides sont les médicaments les plus prescrits. Des protocoles pour rationnaliser l'utilisation des anti-reflux et pour clarifier les indications dans cette population vulnérable sont nécessaires.

C126

Impaction d'une pile-bouton dans l'œsophage chez l'enfant : retour d'expérience et évolution à long terme

B. Pigneur [1], J. Letrillart [1], C. Talbotec [1], S. Avril [1], E. Payen [1], E. Abi Nader [1], F. Campeotto [1], M. Ronchon [1], F. Ruemmele [1], R. Luscan [1], F. Simon [1]
(1) Paris.

Introduction : L'ingestion de corps étranger fait partie des accidents domestiques fréquents chez les enfants avec une incidence croissante actuellement des ingestions de pile bouton. En cas d'impaction de la pile dans l'œsophage, le risque de complication est important. L'objectif de notre étude est de rapporter l'expérience de notre centre dans la prise en charge des enfants avec impaction œsophagienne d'une pile bouton et d'évaluer le risque de survenue de complications à court et moyen terme.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective menée à l'hôpital Necker à Paris. Les dossiers des enfants ayant eu une pile bouton impactée dans l'œsophage pris en charge entre le 01/01/2016 et le 31/12/2021 ont été étudiés. Des données étaient recueillies lors du retrait de la pile bouton, lors de l'endoscopie de contrôle à J7, puis à 1 mois, 2 mois et 1 an du retrait si les données étaient disponibles. On notait des données démographiques, la date et heure d'ingestion, taille de la pile, heure de retrait, les lésions visibles sur les différentes endoscopies, les traitements reçus, la prise en charge nutritionnelle de l'enfant et des données concernant la survenue de complications. Les patients ayant présenté une complication post impaction ont été comparés aux patients sans complication afin de rechercher des facteurs associés au risque de survenue de complications.

Résultats : 79 enfants ont été inclus dans l'étude. Ils avaient tous bénéficié d'une endoscopie au moment du retrait et une endoscopie de contrôle à J7. En cas de lésions sévères, une nutrition entérale ou parentérale était mise en place. 31 enfants (40%) ont présenté des complications (sténose œsophagienne n=14, médiastinite n=18, fistule œso-trachéale n=3, perforation œsophagienne n=5, paralysie des cordes vocales n=3. Le délai moyen de survenue d'une complication était de 8,8 ± 16,9 jours. La sténose œsophagienne survenait plus tardivement (38,2 ± 22,0 jours) mais à 1 an seuls 3 patients avaient encore une sténose. Les facteurs associés au risque de développer une complication étaient l'âge jeune de l'enfant, un délai long de retrait de la pile, la présence de nécrose de la muqueuse œsophagienne lors de l'endoscopie de J7.

Conclusion : La prise en charge protocolisée de l'ingestion de pile avec une extraction rapide et un contrôle endoscopique à une semaine du retrait de la pile permet d'adapter la prise en charge et probablement de limiter les risques de complications à court et moyen terme.

C127

Présentation clinique, traitement et devenir des enfants atteints de lymphangiectasies intestinales primitives

N. Goret [1], A. Sabard [1], E. Dugelay [2], A. Fabre [3], B. Dubern [2], P. Poinsot [4], J. Rebeuh [5], A. Comte [6], E. Chaillou [7], A. Dabadie [8], H. Clouzeau [9], J.P. Hugot [2], S. Willot [1]
(1) Tours ; (2) Paris ; (3) Marseille ; (4) Lyon ;
(5) Strasbourg ; (6) Besançon ; (7) Angers ; (8) Rennes ;
(9) Bordeaux.

Introduction : Les lymphangiectasies intestinales primitives (LIP) sont une cause rare d'entéropathie exsudative liée à des malformations lymphatiques périphériques congénitales. Le traitement de première intention repose sur la mise en place d'un régime hypolipidique strict enrichi en triglycérides à chaines moyennes. L'évolution et le suivi des patients sont peu décrits dans la littérature. L'objectif principal de cette étude était de décrire la présentation clinique, les traitements mis en œuvre et le devenir des patients d'une cohorte nationale. L'objectif secondaire était de définir au moment du diagnostic les caractéristiques pouvant être prédictives de réponse complète sous régime diététique.

Matériels et Méthodes : Nous avons mené une étude rétrospective nationale en incluant les enfants atteints de LIP suivis entre janvier 2010 et janvier 2022 dans les centres de la filière Maladies rares digestives (MaRDi). Les critères d'exclusion étaient les causes secondaires de lymphangiectasies intestinales ainsi que les pathologies avec atteinte diffuse des lymphatiques sans atteinte digestive authentifiée. L'ensemble des caractéristiques au diagnostic ainsi que lors du suivi à 2 mois, 6 mois, 1 an puis annuellement jusqu'à janvier 2022 ont été recueillie (symptômes, croissance, biologie, observance du régime diététique, complications).

Résultats : Vingt-six enfants ont été inclus ; l'âge médian au diagnostic était de 5 mois (1 mois- 16 ans). Les œdèmes des extrémités (81 %), les diarrhées chroniques (46 %) et l'ascite (38 %) étaient les principaux symptômes. La confirmation diagnostique était endoscopique ou histologique dans 77% des cas, et fondée sur un faisceau d'arguments clinico-biologiques (augmentation de la clairance de l'apha-1-antitrypsine) pour les 33% restant. Deux patients ont présenté une infection sévère au moment du diagnostic (bactériémie à entérocoque faecalis et méningite à pneumocoque) d'évolution favorable sans complication au long court. Aucun patient n'a présenté de complications infectieuses sévères à distance du diagnostic. Quinze patients (58%) avaient un traitement prophylactique par perfusion d'immunoglobuline et/ou bactrim. Vingt-quatre patients ont bénéficié du régime diététique sans graisse avec une réponse (disparition des symptômes et absence de nécessité de perfusion d'albumine) pour 20 (83%) d'entre eux. Seul un patient a reçu un traitement de seconde ligne transitoire par octréotide. Le suivi médian de notre cohorte était de 3 ans (1-15). Treize patients (65%) avaient une réponse partielle (persistance d'une hypoalbuminémie chronique < 35g/L au cours du suivi) et 7 patients (35%) avait une réponse complète (normalisation de l'albuminémie). Le régime normal a pu être réintroduit chez 6 patients avec réponse complète (considérés comme guéris) et 4 patients avec réponse partielle, sans rechute clinicobiologique, ni retentissement sur la croissance. Deux patients peu symptomatiques n'ont pas nécessité la mise en place du régime diététique. La présence d'un lymphoedème ou d'une mutation génétique identifiée étaient associés à une absence de réponse complète ($p < 0,05$).

Conclusion : Il s'agit de la première description de la cohorte nationale française d'enfants atteints de LIP. Une amélioration sous régime diététique hypolipidique était obtenue pour 83% des patients, complète pour 35% d'entre eux. Douze patients (46 % de la cohorte) suivaient un régime alimentaire normal à la fin de l'étude. La persistance d'une hypoalbuminémie chronique asymptomatique n'était pas associée à l'apparition de complications ni de retentissement sur la croissance dans notre étude.

JOURNEES FRANCOPHONES D'HEPATO-GASTROENTEROLOGIE ET D'ONCOLOGIE DIGESTIVE

JFHOD

JFHOD.COM



Samedi

C.128

FIB-4 : et si nous avions oublié que le principal paramètre du calcul était le médecin généraliste ?

F. Heluwaert [(1)], M. Mugnier [(1)], M. Olivari [(1)], C. Costentin [(2)]
(1) Annecy ; (2) Grenoble.

Introduction : La prévalence des facteurs de risque de fibrose hépatique sévère (consommation excessive d'alcool, diabète, syndrome métabolique) est élevée en consultation de médecine générale. L'identification des patients avec fibrose hépatique sévère avant la survenue de complications est un enjeu majeur pour tenter de diminuer la mortalité liée au foie. Alors que la stratégie repose sur le calcul du FIB-4 en présence de facteur de risque afin d'améliorer l'adressage des patients aux consultations spécialisées, les médecins généralistes ont dû faire face au rendu systématique de ce score, sans formation préalable à son interprétation.

Matériels et Méthodes : Nous avons réalisé dans le cadre d'une FMC de médecine générale, une formation d'une heure sur le dépistage de la fibrose et l'interprétation du FIB-4. Les participants ont été invités à réaliser une évaluation pré et post formation.

Résultats : 103 participants (femme 78% (81/103), 70,8% (73/103) avec moins de 10 ans d'activité) ont rempli le questionnaire pré-formation noté sur 20. La moyenne des notes du pré test est de 11,04/20 (4,15-17).
Concernant la stéatose hépatique : 52,4% (54/103) des médecins sous-estiment sa prévalence, 40,7% (42/103) sous-estiment sa morbi-mortalité globale, 33% (34/103) réalisent une surveillance échographique semestrielle de la stéatose.
Concernant les causes de cirrhose, les 2 principales (alcool (98% (100/103)) et métabolique (87% (90/103)) sont connues, néanmoins le diabète n'est identifié que dans 66% (68/103) comme facteur de risque de fibrose hépatique. Pour 76% (79/103), la présence d'une thrombopénie est un signe biologique de cirrhose.
93% (96/103) des répondants reconnaissent la fibrose comme source de complications hépatiques, et 76% (79/103) considèrent le FIB-4 comme un outil de dépistage de celle-ci. Les variables entrant dans le calcul du FIB-4 ne sont pas connues pour 46% (48/103) des participants, ainsi que les situations de fausse positivité 49% (51/103).
37% (38/103) ne savent pas qu'un score <1,3 écarte une fibrose avancée, et l'interprétation d'un score > 2,67 est inadaptée chez 72% (74/103) d'entre eux.
Sur un score <1,3, une surveillance annuelle du FIB-4 en médecine générale est le plus souvent proposée (72% (74/103). Sur des scores > 2,67, 78% (80/103) des participants pensent à réaliser un autre test de fibrose (Fibroscan* ou mesure échographique de l'élasticité).
Concernant la prise en charge des patients à risque, les mesures hygiéno-diététiques (abstinence, perte pondérale) sont connues respectivement à 93% (96/103) et 72% (74/103), mais pas l'efficacité de la chirurgie bariatrique (33%) (34/103).
Nous avons recueilli à ce jour (résultats non définitifs) 76 questionnaires post formation (74 % de répondants). La moyenne des notes du post test (renvoyé entre J7 et J21 post formation) est de 17,10/20 (13 -20) soit un delta moyen d'amélioration de 6,06 points traduisant la pertinence de la FMC.
Parmi les améliorations notables :
- Le diabète est reconnu comme facteur de fibrose et la thrombopénie comme signe de cirrhose dans plus de 94% des cas.
- La surveillance échographique de la stéatose simple n'est plus retenue (6% vs 33%)
- Le FIB-4 est validé en dépistage dans 98% des cas, et les causes de fausses positivités sont identifiées.
- L'interprétation d'un FIB-4<1,3 est correcte dans 98% des cas et l'interprétation d'un score > 2,67 est considérablement améliorée (66% vs 28%).

Conclusion : Les connaissances des médecins généralistes sur la fibrose hépatique, les modalités de dépistage, l'interprétation du FIB-4 sont parcellaires et risquent de conduire à des consultations d'hépatologie futiles. Une formation préalable des généralistes semble indispensable et s'avère pertinente dans notre expérience si l'on souhaite l'efficience de cette stratégie de dépistage.

C.129

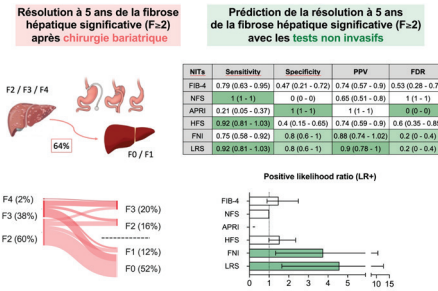
Performances des tests non invasifs pour prédire la résolution de la fibrose significative (F≥2) après chirurgie bariatrique chez les patients atteints de MASLD

G. Lassailly [(1)], V. Raverdy [(1)], E. Chatelain [(1)], V. Gnemmi [(1)], E. Leteurtre [(1)], G. Marot [(1)], H. Verkindt [(1)], R. Caiazzo [(1)], P. Mathurin [(1)], F. Pattou [(1)]
(1) Lille.

Introduction : Les performances des tests non-invasifs (TNIs) pour prédire l'effet d'un traitement sur la MASLD ne sont pas clairement établies. La chirurgie bariatrique permet une nette amélioration de la stéatohépatite et de la fibrose hépatique (ref 1). Dans cette étude nous avons comparé les performances de six TNIs pour prédire la résolution histologique de la fibrose significative (F≥2) 1 an et 5 ans après une chirurgie bariatrique.

Patients et Méthodes : Cette analyse rétrospective d'une étude de cohorte longitudinale a porté sur 2,436 patients ayant bénéficié d'une chirurgie bariatrique et d'une biopsie hépatique au cours de l'intervention, répétée pour 672 d'entre eux, 1 an (M12) et 5 ans (M60) après l'intervention. A chaque visite, six TNIs ont été mesurés: FIB-4, NFS, APRIS, Hepatic fibrosis score (HFS), Fibrosis NAFLD score (FNI, ref 2) et Liver risk score (LRS, ref 3). Les performances (AUC, sensibilité, sensibilité, et likelihood ratio positif) de chacun de ces TNIs pour prédire la résolution de la fibrose significative (F≥2) à M12 et M60 ont été analysées.

Résultats : Lors de l'intervention 261 patients (10.7%) présentaient une fibrose significative (F≥2). Le stade de la fibrose avait significativement diminué dans l'ensemble de la conohrte à M12 et M60 (p<0.001 vs M0). La résolution de la fibrose significative a été observée chez 48% et 64% des patients à M12 et M60, respectivement. A l'exception de FIB-4, la valeur moyenne de tous les TNIs avait diminué à M12 et M60 (p<0.01 vs M0). Pour tous les NTIs, l'AUC pour prédire la résolution de la fibrose significative était meilleure à M60 qu'à M12, et maximale à M60 pour HFS (0.82; 95%CI 0.74, 0.91), FNI (0.84; 95%CI 0.77, 0.92) and LRS (0.92; 95%CI 0.84, 1). Les meilleures performances étaient observées pour LRS et FNI à M60 (Figure)



Conclusion : Les TNIs les plus performants pour prédire la résolution de la fibrose significative (F≥2) apres chirurgie bariatrique sont le LRS et le FNI

Remerciements, financements, autres :
ANR_RHU Precinash

Le grade d'obésité impacte le diagnostic non invasif de la fibrose avancée chez les patients avec stéatopathie métabolique

Y. Chouik [(1)], A. Aubin [(1)], M. Maynard-Muet [(1)], B. Segrestin [(1)], L. Milot [(1)], V. Hervieu [(1)], F. Zoulim [(1)], E. Disse [(1)], M. Levrero [(1)], C. Caussy [(1)]

(1) Lyon.

Introduction : L'obésité est un facteur de risque important de stéatopathie métabolique (ou metabolic dysfunction-associated-steatotic liver disease, MASLD). Les tests non invasifs (NITs) de dépistage de la fibrose hépatique permettent d'identifier les patients à risque de fibrose avancée (FA), nécessitant un suivi et une prise en charge spécialisée après confirmation histologique. Récemment, le nouveau test Agile 3+ (1), combinant l'élastographie impulsionnelle à vibration contrôlée (VCTE) et des paramètres cliniques et biologiques simples, a montré une excellente performance pour le diagnostic positif de FA, suggérant ainsi la possibilité d'éviter la ponction-biopsie hépatique (PBH). Dans cette étude, l'obésité ne semblait pas influer sur les performances diagnostiques du test, validé depuis dans d'autres cohortes (2–4). Cependant, l'indice de masse corporelle (IMC) pourrait impacter la performance diagnostique des NITs pour le diagnostic positif de FA, notamment celle de la VCTE (5). A partir d'une large cohorte de patients avec MASLD enrichie en obésité sévère, nous avons cherché à mesurer l'impact de l'IMC sur la performance des NITs, dont Agile 3+, pour le diagnostic de FA.

Patients et Méthodes : Nous avons réalisé une analyse transversale de 479 patients avec MASLD, inclus de façon consécutive dans notre réunion de concertation pluridisciplinaire entre mars 2020 et décembre 2022 pour une suspicion de MASLD avec fibrose. Les données cliniques pseudonymisées, les données biologiques et les NITs incluant le FibroTest®, le FIB-4, la mesure de l'élasticité hépatique par FibroScan® et Agile 3+ ont été recueillis pour tous les patients. L'élastographie par résonance magnétique (MRE) et les données histologiques obtenues à partir de la PBH ont été collectées si disponibles. Le diagnostic de FA était déterminé par un critère composite : grade de fibrose ≥ F3 à la PBH, ou diagnostic clinique de cirrhose à la MRE ou concordance entre le FibroScan® (élasticité ≥ 9.6kPa) et le FibroTest® ≥ F3.

Résultats : L'IMC médian était de 35,0 kg/m² et la FA était présence chez 28,6% des patients. Les patients avec un IMC ≥ 35kg/m² (n = 243 ; 50,7%) avaient une proportion de FA moins importante que les patients avec IMC < 35kg/m² : 19,3% vs. 38,1% (p < 0,001) mais avaient plus fréquemment un statut indéterminé pour la FA (34,2 vs. 15,4%, p < 0,001) par rapport aux autres. En cas d'IMC ≥ 35kg/m², l'élasticité hépatique par FibroScan® avait une moins bonne spécificité pour le diagnostic positif de FA par rapport à Agile 3+ (77.9% vs. 90.4%), mais ce dernier présentait une moindre sensibilité pour exclure la FA (93,6% vs. 97,9%).

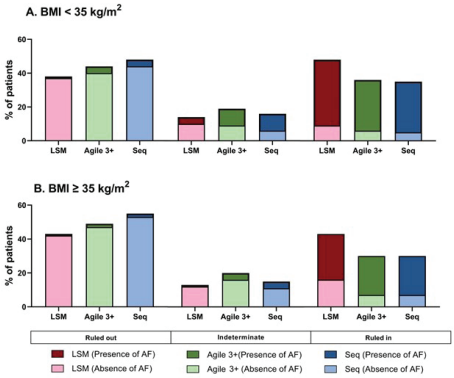


Figure 1 : Performance de la mesure de l'élasticité hépatique (*liver stiffness measurement*, LSM), du score Agile 3+ (A3+) et de la stratégie séquentielle LSM/A3+ pour le diagnostic de fibrose avancée (FA) chez les patients avec IMC < 35 kg/m² (A) et ≥ 35 kg/m² (B). Les patients avec FA sont présentés en rouge foncé pour la LSM, en vert foncé pour Agile 3+ et en bleu foncé pour la stratégie séquentielle (LSM puis Agile 3+). Les patients sans FA sont représentés en rose clair pour la LSM, vert clair pour Agile 3+ et bleu clair pour la stratégie séquentielle. Chez les patients avec IMC ≥ 35 kg/m², la stratégie séquentielle permet d'augmenter la proportion de patients correctement exclus pour la présence de FA, diminuer la proportion de cas indéterminés et maintenir une spécificité comparable à Agile 3+ pour le diagnostic positif de FA.

Une stratégie séquentielle par FibroScan® puis Agile 3+ permettait d'obtenir une excellente spécificité (90,3%) pour le diagnostic positif de FA et de diminuer la proportion de cas avec statut indéterminé chez les patients avec IMC ≥ 35kg/m² (16,2% vs. 19,2% pour Agile 3+ ; 14,6% pour le FibroScan® et 36,9% pour le FIB-4) (Figure 1).

Conclusion : Le grade d'obésité impacte les performances diagnostiques des NITs, notamment de l'élasticité hépatique par FibroScan® et du score récemment développé Agile 3+. Une stratégie séquentielle par élasticité hépatique puis Agile 3+ pourrait améliorer le diagnostic non invasif de FA chez les patients avec obésité sévère (IMC 35kg/m²).

[CO3]

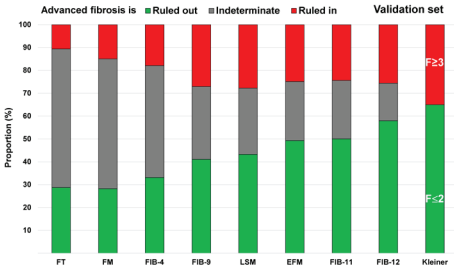
Tests non invasifs de fibrose hépatique dans la MASLD : les biomarqueurs usuels aussi performants que les tests brevetés grâce à l'IA

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

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

Introduction : La performance diagnostique des tests non invasifs (TNI) de fibrose hépatique doit être ≥80% selon les recommandations de l'EASL. Notre objectif était de comparer la performance des TNI les plus performants pour la fibrose avancée dans la stéatopathie métabolique (MASLD) et d'améliorer la performance des TNI.

Patients et Méthodes : 1051 patients atteints de MASLD ont été répartis entre les groupes de dérivation (n=637) et de validation (n=414). La cible principale (Kleiner F3+F4) a été principalement évaluée selon la performance diagnostique des TNI. Les TNI inclus étaient ceux recommandés par l'EASL dans le dépistage séquentiel de la MASLD : FIB-4, Fibrotest, FibroMeter, mesure de la rigidité du foie (LSM par Fibroscan), plus leur combinaison (Elasto-FibroMeter, EFM) et ELF (chez 396 patients). Nous avons utilisé l'apprentissage automatique optimisé par multi-ciblage (logiciel d'IA ADORE) pour développer 3 nouveaux TNI : FIB-9 (incluant 9 biomarqueurs usuels : ASAT, ALAT, GGT, PAL, bilirubine, albumine, plaquettes, TP (ou INR) et urée), FIB-11 (ajoutant 2 marqueurs sanguins spécialisés à FIB-9 : A2M et hyaluronate) et FIB-12 (ajoutant la LSM à FIB-11) ajustés sur des variables démographiques (âge, hauteur, poids) et clinique (diabète).



Résultats : Les performances (% de bien classés) des TNI actuellement recommandés étaient, dans la population globale, les suivantes : Fibrotest : 68,0 %, FIB-4 : 71,2 %, FibroMeter : 75,1 %, LSM : 75,9 %, Elasto-FibroMeter : 78,6 %. Par conséquent, de nouveaux TNI ont été développés dans le groupe de dérivation. Leurs performances dans le groupe de validation étaient les suivantes : FIB-9 : 78,7 %, FIB-11 : 80,2 %, FIB-12 : 83,3 % (p<0,001 entre les 8 TNI). La performance du FIB-9 était significativement plus élevée que celle de FIB-4 et Fibrotest et n'était pas significativement différente de celles de FibroMeter, LSM, FIB-11 et Elasto-FibroMeter. La performance du FIB-12 était significativement plus élevée que celle des autres TNIs. Les taux de performance ont été segmentés en fonction des seuils de sensibilité et de spécificité ≥90 % (diagnostic ternaire : Figure) ou selon une segmentation ordinale des scores des TNI (9 classes pour FIB-9). Avec cette dernière, la performance du FIB-9 variait de 41,8 % à 100 % (p<0,001). Les AUROC dans le groupe de validation étaient les suivantes : FIB-4 : 0,757, Fibrotest : 0,766, FibroMeter : 0,850, LSM : 0,852, FIB-9 : 0,863, FIB-11 : 0,880, Elasto-FibroMeter : 0,894, FIB-12 : 0,912 (p<0,001). L'AUROC du FIB-12 était supérieure à celle de l'ELF (0,906 contre 0,865, p=0,039) dans le sous-groupe de validation (331 pts).

Conclusion : Tous les TNI recommandés par l'EASL avaient un taux de bien classés <80% pour la fibrose avancée dans la MASLD. Un moyen simple d'obtenir une performance ≥80% était de segmenter les TNI mais la proportion de patients bien classés en était restreinte. 3 nouveaux TNI FIB amélioraient davantage la performance avec un taux de bien classés >80% pour 2 d'entre eux chez tous les patients. Le test simple FIB-9 (disponible via un calculateur en ligne gratuit) produisait une performance supérieure ou non différente des TNI actuellement recommandés, tandis que le test FIB-12 surpassait tous les autres TNI.

C32

Dépistage ciblé de la fibrose hépatique en centre tertiaire à l'aide du FIB-4

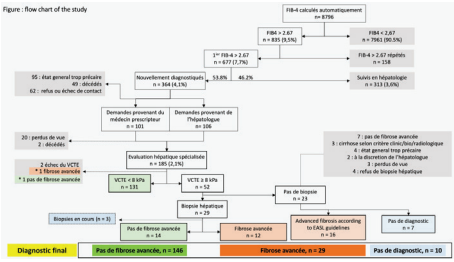
C. Rolland [(1)], F. Joubaud [(1)], F. Geneviève [(1)], S. Gervais [(1)], F. Oberti [(1)], D. Prunier [(1)], V. Moal [(1)], S. Michalak [(1)], I. Fouchard [(1)], A. Lannes [(1)], J. Boursier [(1)], C. Canivet [(1)]

(1) Angers.

Introduction : Les recommandations des sociétés savantes actuelles proposent un dépistage de la fibrose hépatique ciblé chez les patients à risque. Pour cette raison, les patients diabétiques ou métaboliques sont ceux à cibler en première ligne. L'objectif de cette étude était d'évaluer une procédure de dépistage ciblé de la fibrose hépatique avancée par calcul automatique du FIB-4 en centre tertiaire.

Patients et Méthodes : Entre Mars 2021 et Février 2023 dans un centre hospitalier universitaire français, un calcul automatique du test sanguin simple FIB-4 était réalisé pour tout bilan sanguin incluant les ASAT, ALAT, les plaquettes et l'HbA1c pour cibler les patients métaboliques ou diabétiques. Si le FIB-4 était > 2,67, le médecin prescripteur recevait un message d'alerte l'invitant à demander une évaluation hépatologique spécialisée (EHS) pour le patient. Si la démarche n'était pas réalisée dans les 6 semaines, un hépatologue contactait le patient afin de lui proposer l'EHS. L'EHS comprenait une évaluation de la fibrose par élastométrie hépatique (Fibroscan®) et tests sanguins spécialisés (FibroMètreV2G et FibroMètreVCTE). Les patients avec une élasticité hépatique > 8,0 kPa étaient vus en consultation d'hépatologie. Une biopsie hépatique était alors proposée pour confirmer le diagnostic de fibrose avancée. Chez les patients sans biopsie hépatique, le diagnostic de fibrose hépatique avancée était effectué par un comité d'adjudication indépendant de 3 hépatologues séniors (procédure en cours qui sera disponible pour la présentation).

Résultats : Parmi les 8796 FIB-4 générés, 835 étaient > 2,67 (9,5%) chez 678 patients (7,7%). Après exclusion des patients déjà suivi en hépatologie, 364 patients nécessitaient une EHS (Figure). 95 patients avaient un état de santé jugé trop précaire pour justifier d'un dépistage de la fibrose hépatique et 62 patients ont refusé ou n'ont pas pu être contactés. Au total 207 patients ont été invités à réaliser l'EHS, la moitié étant convoquée par le médecin prescripteur (n=101) et l'autre moitié par l'hépatologue (n=106). 185 patients ont réalisé l'EHS : 52 patients (28,4%) avaient une élasticité hépatique ≥ 8 kPa. Près de la moitié de ces patients provenait du service d'endocrino-diabétologie (24/52), tandis que les services de cardiologie (4/52) et de neurologie (3/52) n'ont fourni que très peu de patients à risque de fibrose avancée. Une biopsie hépatique a été proposée à 34 patients dont 5 l'ont refusée. Au total, 29 patients ont eu un diagnostic de fibrose avancée (12 selon la biopsie hépatique, 17 selon les tests non-invasifs). La prévalence de la fibrose hépatique avancée était de 7,9 % chez les patients ayant un FIB-4 >2,67 sans suivi hépatique antérieur et de 15,7 % chez les patients ayant réalisé une EHS. L'adhésion des patients à la procédure était excellente (87%). La compliance des médecins prescripteurs était de 27,7%.



Conclusion : Cette étude montre l'intérêt d'une procédure de dépistage automatique ciblé de la fibrose hépatique avancée en centre tertiaire. La sensibilisation des praticiens hospitaliers reste primordiale pour améliorer leur compliance à la procédure.

C33

L'élastométrie hépatique est associée aux résultats des biopsies protocolisées à distance de la transplantation hépatique

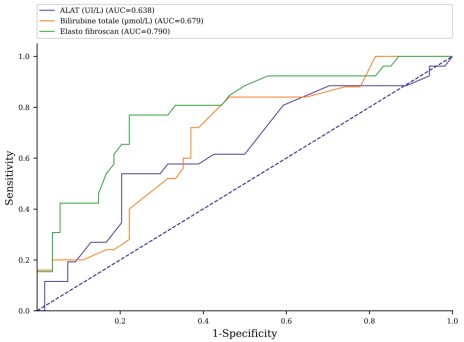
P. Rivière [(1)], S. Faure [(1)], J. Ursic Bedoya [(1)], M. Meszaros [(1)], A. Herrero [(1)], B. Rivière [(1)], G.P. Pageaux [(1)], L. Meunier [(1)]

(1) Montpellier.

Introduction : La survie post transplantation hépatique (TH) est de 74% à 5 ans et de 63% à 10 ans. La biopsie hépatique est le «gold standard» pour le diagnostic des complications post TH (1). Cependant, la ponction biopsie hépatique (PBH) comme outil de surveillance est limitée par son caractère invasif, coûteux et par un risque d'erreur d'échantillonnage. Dans de nombreuses indications, le Fibroscan® (FS) a remplacé la biopsie pour l'évaluation de l'élasticité hépatique. A ce jour, quelques travaux préliminaires ont mis en évidence la faisabilité chez le patient transplanté hépatique sans qu'il n'y ait été décrit de corrélation avec la biopsie (2,3). L'objectif principal de notre étude était de comparer la mesure de l'élastométrie avec les biopsies hépatiques protocolisées chez les patients transplantés hépatiques.

Matériels et Méthodes : Nous avons inclus les patients transplantés hépatiques ayant bénéficié d'une biopsie protocolisée entre 5 et 10 ans après la TH et d'une mesure de l'élastométrie par Fibroscan®. Une biopsie protocolisée était définie par l'absence d'argument clinique ou biologique pour une complication post-TH. Celle-ci était considérée comme de bonne qualité s'il s'agissait d'une biopsie non fragmentée, > 1cm, avec au moins 8 espaces portes. Le FS était utilisé pour la mesure de l'élasticité hépatique via 2 sondes (M et XL) et de la stéatose via le CAP. Le délai maximal entre ces 2 examens était de 6 mois.
Le critère de jugement principal était la performance du FS pour prédire une biopsie hépatique anormale (fibrose, rejet, récidive de la maladie initiale (4)). La stéatose simple < 33% n'était pas considérée comme une biopsie anormale.

Résultats : Au total, parmi 264 patients transplantés hépatiques entre 2012 et 2017, 138 ont eu une PBH et un FS, 80 ont pu être analysés (exclusion PBH et FS non interprétables). Il s'agissait majoritairement d'hommes (n= 55, 69%), d'âge moyen de 61 10,2 ans avec comme indications principales de TH : alcool (n=37 ; 46.3 %) et virus (n=17 ; 21.3 %). Le délai médian entre la TH et la PBH était de 6 ans (IQR 5-8) et le délai médian entre la biopsie et le FS était de 42.5 jours (IQR 22-79).
Parmi les 80 biopsies hépatiques réalisées, 40 biopsies (50%) étaient normales et 14 biopsies (16%) retrouvaient de la stéatose sans autre anomalie. 26 biopsies (32,5 %) étaient anormales : rejet aigu cellulaire léger à modéré (n=9), fibrose (n=11) dont 6 péri-sinusoïdales et/ou portales sans septa et 7 avec septas, récidive de la maladie initiale (n =6) dont 2 récidives auto-immunes, 3 récidives de stéatohépatite et 1 récidive virale C. Aucune complication des biopsies n'a été observée. L'élasticité moyenne était de 8,2 8 kPa (min 3.1-max 74.5) avec un CAP moyen de 242 55 dB/m. Les patients avec biopsie anormale avaient une élastométrie plus élevée (12.69 (± 14.64) vs 6.02 (± 1.95); p< 0.001). Les tests biologiques hépatiques étaient plus souvent anormaux chez les patients avec élastométrie élevée : ASAT (UI/L) (27.62 (± 14.22) vs 21.15 (± 10.93) ; p=0.023), ALAT (UI/l) (24.85 (± 16.32) vs 18.91 (± 13.73); p=0.046) bilirubine totale (µmol/L) (12.9 (± 8.23) vs 8.8 (± 4.36); p=0.011). Aucune différence concernant les paramètres cliniques, l'indication de greffe ou le délai depuis la greffe n'a été observée. L'élastométrie (AUC: 0.79 (95% CI: [0.68 ; 0.899])) avait la meilleure performance statistique pour prédire une biopsie anormale en comparaison aux ALAT (AUC: 0.638 (95% CI: [0.503 ; 0.773])) et à la bilirubine totale (AUC: 0.679 (95% CI: [0.555 ; 0.803])) (figure). Concernant l'élastométrie, le seuil avec l'index de Youden le plus élevé était de 6.6 KPa. Une élastométrie < 5.4 kPa permettait d'éliminer une biopsie anormale (Se 92.3%, Sp 44.4%, VPN 92.3%, VPP 44.4%) et un seuil au-delà de 8.5 kPa permettait de prédire une biopsie anormale (Se 42.3%, Sp 94.4%, VPN 77.3%, VPP 78.6%).



Conclusion : Chez des patients transplantés hépatiques depuis 5 à 10 ans, l'élastométrie pourrait être un outil pour déterminer les patients chez qui les biopsies protocolisées pourrait être utile (> 8.5 kPa) ou inutile (<5.4 kPa), en l'absence d'anomalie biologique.
Ces résultats sont en faveur d'une utilisation du Fibroscan® chez les patients transplantés hépatiques à long terme afin de déterminer la nécessité d'une biopsie hépatique.
L'étude est encore en cours d'inclusion. Les résultats concernant le CAP et la stéatose seront présentés lors du congrès.

C.134

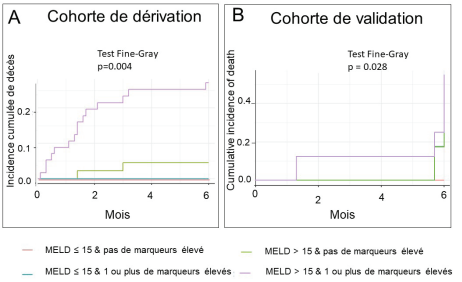
L'association des larges vésicules extra-cellulaires hépatocytaires et de biomarqueurs circulants plasmatiques améliore la prédiction de la survie des malades avec cirrhose

A. Payancé [(1)], L. Biquard [(2)], M. Tanguy [(2)], T. Issoufaly [(1)], C. Levi [(2)], F. Durand [(1)], P.E. Rautou [(1)]
(1) Clichy-la-Garenne ; (2) Paris.

Introduction : La prédiction de la survie des patients atteints de cirrhose décompensée est essentielle, car les patients dont le pronostic est le plus défavorable doivent être prioritaires pour une transplantation hépatique ou pour de nouvelles approches thérapeutiques. Malgré les améliorations apportées au MELD (MELD-Na, MELD 3.0), sa capacité prédictive reste améliorable. L'identification de nouveaux biomarqueurs plasmatiques pourrait être une approche pour améliorer le MELD. Nous avons sélectionné 8 biomarqueurs issues de plusieurs organes impliqués dans la physiopathologie de la cirrhose décompensée. Les objectifs de cette étude prospective étaient de 1) évaluer les caractéristiques associées aux concentrations circulantes de ces 8 biomarqueurs, 2) d'identifier une signature pronostique originale incluant certains de ces biomarqueurs et tester sa capacité à prédire la mortalité des patients avec une cirrhose stable décompensée.

Patients et Méthodes : Tous les patients atteints de cirrhose ayant eu un cathétérisme hépatique dans deux centres ont été prospectivement inclus (cohorte de dérivation : 239 patients, cohorte de validation :103 patients). Nous avons mesuré les taux circulants plasmatiques de biomarqueurs dérivés du rein (podocalyxin), du foie (larges vésicules extracellulaires hépatocytaires), de l'intestin (villine) des plaquettes (P-selectin) et ainsi que des marqueurs d'inflammation (CRP, Complément C6, leukosialin SPN) et de fonction mitochondriale (glycerol-3-phosphate deshydrogenase GPD2). Des analyses de survie par risque compétitif ont été effectuées (Fine et Gray).

Résultats : Parmi les 8 marqueurs sélectionnés, les concentrations plasmatiques des larges vésicules extracellulaires (lVEs) hépatocytaires, de CRP et de Villine étaient significativement associées à la sévérité de la maladie (Child-Pugh score et MELD) et associées au gradient de pressions hépatiques. Chez les patients avec une cirrhose stable décompensée (Child-Pugh B ou C ; n= 167), les concentrations plasmatiques de ces 3 marqueurs étaient associées à la mortalité à 6 mois. Une signature incluant les lVEs hépatocytaires, la CRP et la villine a donc été créé. Une signature dite "élevée" correspondait à la présence d'au moins 1 marqueur élevé parmi les 3 sélectionnés. Dans la cohorte de dérivation, les patients avec une signature élevée avaient une mortalité à 6 mois significativement plus élevée que les autres patients (19% vs. 2,8% ; p=0.007). Cette association à la mortalité était indépendante du Child-Pugh score et du MELD. Lorsque les patients étaient divisés selon un seuil de MELD à 15, les patients avec une signature élevée et un MELD supérieur à 15 avaient une mortalité à 6 mois significativement plus élevée que les autres patients (27% vs 4,5% ; p= 0,004) (Figure 1A). Des résultats similaires ont été obtenus dans la cohorte de validation (Figure 1B).



Conclusion : En conclusion, chez les patients avec une cirrhose décompensée, la combinaison de vésicules extracellulaires hépatocytaires, de CRP et de Villine permet d'améliorer la prédiction de la mortalité offerte par le MELD. Cependant, le niveau d'amélioration ne justifie pas une prise en compte en pratique clinique.

H35

Acceptabilité du dépistage non invasif de la fibrose hépatique avancée par élastométrie impulsionelle (FibroScan®) en secteurs de psychiatrie (HEPSY)

M. Meszaros [1], D. Capdevielle [1], C. Rotrou [1], S. Faure [1], M. Idir [1], M.C. Picot [1], J. Attal [1], A. Macgregor [1], G.P. Pageaux [1], H. Donnadieu [1]

(1) Montpellier.

Introduction : La prévalence des maladies chroniques du foie chez les personnes atteintes de troubles psychiatriques est peu connue.
Le Fibroscan® est un examen non invasif très performant dans le diagnostic de la fibrose hépatique significative et des maladies chroniques du foie.
Les objectifs de cette étude étaient d'évaluer : (1) l'acceptabilité du dépistage de la fibrose hépatique par Fibroscan, (2) la prévalence de la fibrose hépatique et des maladies chroniques du foie, (2) la prévalence des facteurs de risques de maladies chroniques du foie et la (3) référence aux soins somatiques des patients hospitalisés dans les secteurs de psychiatrie.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude prospective monocentrique incluant des patients majeurs, hospitalisés en secteur de psychiatrie. L'inclusion se faisait lors d'une journée de dépistage de la fibrose hépatique par Fibroscan®. Les critères d'inclusion étaient : patient hospitalisé en service de psychiatrie, âge ≥ 18 ans, signature du consentement écrit par le patient ou la tutelle/curatelle selon le cas. Tous les patients avaient une mesure non invasive de la fibrose par Fibroscan®. La fibrose avancée était retenue si le Fibroscan est ≥10 KPa. Un questionnaire incluant le score AUDIT et la présence des facteurs de risques de maladie chroniques du foie était proposé aux patients. Les sérologies des hépatites virales et le bilan biologique étaient consultés dans le dossier informatique du patient. Un TROD VHB/VHC/VIH était proposé aux patients s'il n'y avait pas de sérologie récente (<3 mois) disponible dans le dossier patient. En cas de dépistage de fibrose avancé ou de pathologie hépatique chronique un parcours de soin était mis en place.

Résultats : Entre mars 2023 et septembre 2023,129 sur 180 patients ont été inclus dans cette étude. Parmi eux 90 (69,7%) patients avait accepté la réalisation d'un fibroscan. 59% des patients étaient des hommes, l'âge moyen était de 43,8 (min 18; max 82) ans et 50,8% avaient un trouble psychotique majeur. Parmi ces patients, 37,7% avaient déjà consommé des drogues au moins une fois dans leur vie (21,8% cocaïne) et 66% consommaient de l'alcool activement. Le score AUDIT médian était de 3. Parmi ces patients 40% étaient en surpoids (IMC ≥ 25), 5,47% avaient un diabète et 7 % avaient une dyslipidémie. La séroprévalence des hépatites chroniques virales B et C était de 1,14% et 2,27% respectivement. 98,9% des patients avaient une mesure de l'élasticité hépatique <10KPa. Un seul patient avait une fibrose F3. Il a été accompagné et vu en consultation d'hépato-gastroentérologie

Conclusion : L'acceptabilité du dépistage non invasif de la fibrose hépatique avancée par Fibroscan® en secteurs psychiatriques est bonne (69,7%). La séroprévalence des hépatites chroniques B et C en population psychiatrique est plus élevée que celle de la population générale. La prévalence de la fibrose hépatique extensive reste faible dans cette population (1,1%).

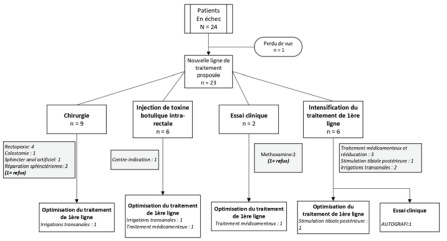
C136

Peut-on réduire les taux d'échec des traitements de première et de seconde ligne de l'incontinence fécale ?

M. Jezequel [1], L. Siproudhis [1], A. Landemaine [1], V. Desfourneaux-Denis [1], A. Connan [1], B. David [1], J. Le Couédic [1], A. Merdrignac [1], M. Chambaz [1], C. Brochard [1]
(1) Rennes.

Introduction : Définie comme la perte involontaire de selles solides ou liquides, l'incontinence fécale (IF), est une affection courante dans la population adulte (7 à 15%). Elle peut considérablement affecter la qualité de vie du patient dans plusieurs aspects de la vie quotidienne, la sexualité et la vie affective ainsi que l'aspect financier. Le traitement de première ligne comprend une régularisation du transit (règles hygiéno-diététiques, traitements médicamenteux et lavements) ainsi que la rééducation périnéale. Le traitement de seconde ligne repose sur neuromodulation des racines sacrées. En cas d'échec des traitements de première et de seconde lignes, les patients et les soignants ont souvent des difficultés à proposer des traitements accessibles et acceptables.
Cette étude visait (i) à identifier les facteurs prédictifs d'échec des traitements de première et deuxième ligne de l'IF, (ii) en particulier les facteurs modifiables, en comparant les caractéristiques des patients en échec aux patients non en échec et (iii) à décrire le parcours des patients en cas d'échec.

Patients et Méthodes : Les données de l'interrogatoire, de l'examen physique, des examens complémentaires (échographie endo-anale et manométrie anorectale), et des scores symptomatiques étaient collectées prospectivement dans la base de données du centre. Parmi les scores symptomatiques, le score de Cleveland était utilisé, permettant d'évaluer la sévérité de l'incontinence (score ≥ 9 définissant l'IF sévère). Les traitements proposés pour l'incontinence, le calendrier des selles et la satisfaction était recueillis. Les traitements de première ligne incluant la régulation du transit et la rééducation étaient différentiés du traitement de seconde ligne (neuromodulation des racines sacrées). L'échec était défini par l'absence ou le manque d'amélioration du nombre d'épisodes d'IF (< 50 %) et/ou une insatisfaction du patient. Les patients ayant une contre-indication à un test de neuromodulation des racines sacrées étaient considérés en échec. Les données des patients considérés en échec (après un traitement de première et de seconde lignes) étaient comparées à celles des patients non en échec.



Résultats : Au total, 164 patients ont été inclus et analysés. La durée moyenne du suivi était de 4,4 ans (4,5). Dans la cohorte étudiée, 24 patients (14,6%) étaient en "échec" du traitement et 140 étaient en "non-échec" (85,4%). Les groupes étaient comparables en termes de données démographiques, d'antécédents médicaux et des scores symptomatiques y compris le score de Cleveland. Sur 164 patients, 136 (82,9%) avaient une incontinence sévère. Les données de la manométrie anorectale et de l'endosonographie anale étaient comparables entre les 2 groupes. Les facteurs de risque d'échec identifiés étaient les suivants : faible indice de masse corporelle (IMC) (p= 0,02), antécédent chirurgical de fistule anale (p= 0,04), durée d'évolution des symptômes d'IF (p= 0,04). L'ancienneté des symptômes était de 56,2 (69,7) mois (84,1 (101,0) chez les patients en échec *vs* 51,4 (62,0) chez les patients en non échec). Les patients ayant une IF de type active étaient plus souvent en échec (13/24 ; 54,2% *vs* 48/140 ; 34,3%) p= 0,06). En analyse multivariée incluant ces facteurs, le faible IMC (odds ratio (OR) 0,87 [0,71 - 0,97] ; p= 0,03) et l'IF active (OR 2,86 [1,04 - 7,78] ; p= 0,04) étaient des facteurs associés de façon indépendante à l'échec des traitements de première et de seconde lignes. Parmi les 24 patients en échec, 23 ont eu au moins un traitement complémentaire et 14 (60,9%) ont été améliorés. Les traitements proposés en cas d'échec des traitements de première et de seconde ligne sont détaillés dans la figure 1. L'intensification du traitement médical et les injections de toxine botulique dans le rectum étaient souvent proposées (respectivement 6/23 et 6/23).

Conclusion : Dans ce centre tertiaire, près de 15% des patients ayant une IF sont en échec des traitements de première et de seconde lignes. Parmi les facteurs d'échec des traitements de 1ère et 2ème lignes de IF identifiés, ceux-ci sont difficilement modifiables : IMC, antécédent de chirurgie de fistule anale et IF active. Il semble toutefois possible de pouvoir agir sur l'ancienneté des symptômes en proposant un dépistage plus précoce de l'incontinence fécale et une évaluation systématique des symptômes. Ceci pourrait s'inscrire dans le cadre d'une prise en charge pluridisciplinaire associant des infirmier(ère)s en pratique avancée.

[CB]

Prédiction de la survenue d'une rétention urinaire post-chirurgie hémorroïdaire - Réutilisation des données du dossier patient informatisé par le traitement automatique des langues

X. Maynadier [(1)], J. Co [(1)], G. Hocquet [(1)], O. Billuart [(1)], A. Buronfosse [(1)], F.R. Desfemmes [(1)], V. de Parades [(1)]

(1) Paris.

Introduction : La rétention urinaire (RU) est une complication fréquente après chirurgie proctologique (15 à 20%). Cependant, les études sur ce thème sont anciennes, portent sur un nombre limité de patients, et certains facteurs de risque sont contradictoires.
L'objectif de notre travail a été de tester l'apport des informations recueillies dans le dossier médical informatisé d'une cohorte récente de patients pour construire un algorithme prédictif de survenue d'une RU dans les 14 jours suivant une chirurgie hémorroïdaire.

Patients et Méthodes : Cette étude monocentrique rétrospective sur données a porté sur les patients hospitalisés entre le 1er janvier 2018 et le 7 avril 2023 pour une chirurgie hémorroïdaire. Les données ont été extraites des questionnaires médicaux et infirmiers en lien avec la consultation pré-anesthésie et l'hospitalisation. Les valeurs aberrantes ou manquantes ont été corrigées. La survenue d'une RU a été recherchée en postopératoire immédiat et à distance (passage aux urgences, réhospitalisation, consultation d'urologie). Exprimée sous forme textuelle, cette information a été analysée à l'aide d'un module de traitement automatique des langues (TAL) pré-codé et mis à disposition en accès libre par l'AP-HP. La construction du modèle de régression logistique s'est fondée sur un jeu de données d'apprentissage (échantillonnage aléatoire de 70% des patients inclus). La performance du modèle a été testée sur les données relatives aux autres patients (30% de la cohorte). La métrique d'évaluation du modèle a été l'aire sous la courbe ROC (AUC). Un score prédictif a été construit et un seuil fixé pour asseoir la prédiction.

Résultats : Nous avons inclus 4 245 interventions (4 197 patients), 59% d'hommes, d'âge moyen 49 ans (± 13,1), d'IMC moyen 24,6 (± 4,2). 3 571 patients (84%) ont eu une chirurgie d'exérèse, et 674 (16%) une chirurgie mini-invasive. Une anesthésie générale a été réalisée chez 3 676 patients (87%), et un bloc pudendal chez 2 605 (64%). Une chirurgie ambulatoire a été organisée pour 3 509 patients (83%).
Le taux de RU observé était de 4,5% (n = 190). La moitié des RU étaient précoces < 48 h postopératoires, liées à la non reprise de la miction ; l'autre moitié des RU étaient tardives > 48 h après une phase initiale de reprise de la miction.
L'analyse multivariée a mis en évidence les facteurs de risque suivants : sexe masculin (OR à 1,6 ; IC 95%, 1,0 – 2,5 ; p = 0,046), hypertrophie de la prostate (OR à 4,3 ; IC 95%, 2,1 – 8,8 ; p < 0,001), IMC élevé (OR à 1,04 ; IC 95%, 1,0 – 1,1 ; p = 0,08), diabète (OR à 1,9 ; IC 95%, 0,9 – 4,1 ; p = 0,11). Les techniques suivantes étaient plus fréquemment associées à la survenue d'une RU : hémorroïdectomie tripédiculaire (OR à 4,0 ; IC 95%, 1,9 – 8,5 ; p < 0,001), hémorroïdectomie tripédiculaire avec fissurectomie (OR à 3,4 ; IC 95%, 1,2 – 9,2 ; p = 0,02), ligatures artérielles avec mucopexie (OR à 4,5 ; IC 95%, 1,9 – 10,7 ; p = 0,001). Le tabagisme (OR à 0,6 ; IC 95%, 0,4 – 1,1 ; p = 0,08), et l'administration peropératoire d'AINS (OR à 0,6 ; IC 95%, 0,4 – 0,9 ; p = 0,02) étaient protecteurs. L'utilisation d'un score de propension a confirmé l'effet protecteur des AINS avec une diminution du risque de 0,49 (p = 0,002). Le bloc pudendal et la rachi-anesthésie n'avaient pas d'impact.
Le modèle de régression logistique retenu a une AUC de 0,71 [0,63-0,80]. Pour une sensibilité fixée à 71%, la spécificité est de 60%, et les valeurs prédictives positive et négative sont respectivement de 7,3% et de 98%.

Conclusion : Le dossier patient informatisé est une source de données pertinente pour asseoir des projets de recherche médicaux. Le recours au TAL permet d'exploiter les informations très médicalisées exprimées sous forme textuelle.
Dans cette étude, le taux de RU après chirurgie hémorroïdaire était de 4,5%. Certains gestes étaient à risque accru : l'hémorroïdectomie tripédiculaire avec ou sans fissurectomie et les ligatures artérielles avec mucopexie. A l'inverse, l'administration peropératoire d'AINS avait un effet protecteur. Enfin, contrairement à ce qui avait été observé dans la littérature, le risque de RU n'était pas influencé par le type d'anesthésie.
Une interface Web restituant cette prédiction a été développée à l'attention des praticiens pour un usage prospectif.

C138

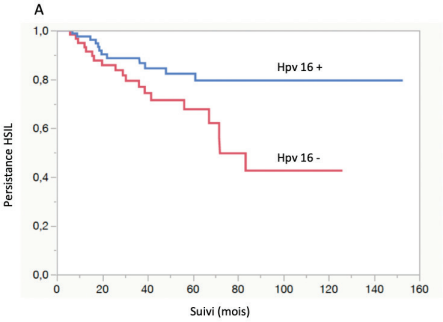
Suivre et traiter la dysplasie de haut grade de l'anus : quelles pistes privilégier ?

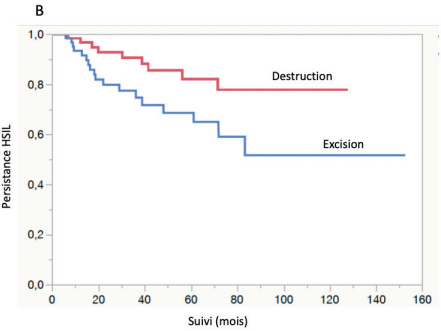
C. Brochard [1], C. Gouriou [1], A. Landemaine [1], A. Carlo [1], G. Bouguen [1], S. Henno [1], A. Lièvre [1], L. Siproudhis [1]
(1) Rennes.

Introduction : Les populations à risque de cancer du canal anal induits par le Human Papillomavirus (HPV) ont été identifiées et le dépistage est aujourd'hui codifié. La découverte de lésions de haut grade (HSILs) est fréquente et il existe aujourd'hui des recommandations concernant leur prise en charge. Les données associées à la régression des HSILs ne sont pas clairement identifiés et l'impact des types de traitement choisi par le praticien sur la régression n'a pas été évalué en population globale. Les objectifs de ce travail étaient de quantifier, chez les malades ayant des lésions de haut grade (HSILs), la probabilité de régression des HSILs et d'identifier les facteurs associés à la régression.

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 HSILs 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 régression était définie par l'absence d'anomalie macroscopique visible et la normalité de 2 histologies et/ou cytologies consécutives. La clairance virale était définie par la disparition durable de HPV16 tout au long du suivi. L'extraction des données a concerné celle des patients ayant des anomalies cytologiques de haut grade lors d'un premier examen. Les patients ayant un antécédent de cancer invasif du canal anal et ayant un suivi inférieur à un an n'ont pas été inclus. Les évènements ont fait l'objet d'une analyse en mode actuariel.

Résultats : Entre Janvier 2009 et Septembre 2021, 144 patients (âge médian : 51 ans [43-61] ; M/F : 92/52, vivants avec le VIH : 75 ; MSM : 67) ayant des HSILs lors d'un premier frottis anal ont eu un suivi médian de 48 mois [25-77]. L'HPV 16 était présent chez 84 (58%) d'entre eux la première année de suivi. Aux dernières nouvelles, 82 (57%) patients ont eu une régression de leurs HSILs, 53 (37%) étaient stables et 8 (6%) ont une progression vers un cancer du canal anal. Les facteurs pris en considération à la phase initiale de la prise en charge et associés à la régression des HSILs identifiés étaient l'immunosuppression (p= 0,002) l'infection VIH (p=0,007), l'homosexualité (p=0,05) et l'existence d'HPV16 la première année (p=0,01). En analyse multivariée tenant compte des facteurs significatifs à la phase initiale ainsi que l'âge et le tabac, la régression des HSILs était significativement plus importante en l'absence d'HPV16 lors de la première année (HR [IC95%] : 2,94 [1,3-6,7] ; p=0,007) (figure). La clairance de l'HPV a été observée chez 69 (48%) des patients. Durant le suivi, 122 patients ont eu une excision des lésions (n= 61) ou une destruction par infrarouge/électrocoagulation (n=61). La première stratégie a permis une régression plus précoce et plus importante que la seconde (p=0,02) (figure).





Conclusion : Dans ce travail, la régression des HSILs est plus fréquente (57%) que la progression vers le cancer du canal anal (6%). L'absence d'HPV16 ou sa disparition lors de la première année de suivi est un facteur de meilleur pronostic. Lorsqu'un traitement est envisagé et que les conditions s'y prêtent, l'excision pourrait une réponse thérapeutique meilleure que la destruction.

C139

Persistance et clairance des lésions anales intra-épithéliales malpighiennes de haut grade dans une population d'homosexuels masculins vivant avec le VIH

I. Etienney [1], J.D. Combes [2], J.M. Didelot [3], S. Radenne [2], O. Zaegel-Faucher [4], A.C. Lesage [1], L. Siproudhis [5], L. Piroth [6], L. Marchand [1], I. Heard [2], N. Hoyeau [1], S. Henno [5], G. Clifford [2]

(1) Paris ; (2) Lyon ; (3) Montpellier ; (4) Marseille ; (5) Rennes ; (6) Dijon.

Introduction : L'histoire naturelle des lésions anales intra épithéliales de haut grade (HSIL) est mal connue car il existe peu de données de suivi longitudinal chez des patients non traités. Le but de cette étude est de décrire l'évolution naturelle des lésions de haut grade histologiquement prouvées (h-HSIL) et de rechercher les facteurs associés à leur clairance ou à leur persistance dans une population d'hommes homosexuels infectés par le VIH et âgés de 35 ans et plus.

Patients et Méthodes : Les participants bénéficiaient d'un frottis pour cytologie anale, d'un second pour recherche d'HPV, d'un examen proctologique et d'une anuscopie de haute résolution tous les ans pendant trois ans ou tous les 6 mois en cas de lésion anale de haut grade sur un frottis et/ou une biopsie (ASC-H, HSIL, AIN2, AIN3). Si une lésion de haut grade était mise en évidence lors d'une visite, le suivi était étendu à 5 ans. Les lésions étaient identifiées une à une pendant toute la durée de l'étude et une clairance était définie par une régression histologiquement prouvée de la lésion ou sa disparition en anuscopie de haute résolution. Les lames histologiques étaient relues au microscope multitête par les pathologistes de 5 centres, aboutissant à un diagnostic consensuel.

Résultats : De décembre 2014 à juin 2016, 513 patients âgés de 51,3 [35-82] ans ont été inclus dans 6 centres. Tous les patients ont été suivis au moins annuellement jusqu'en juin 2019, puis semestriellement jusqu'en juin 2021 en cas d'HSIL. A l'inclusion, l'infection par le VIH était connue depuis 15[0,2-31] ans et 99% des patients recevaient un traitement anti rétro viral, avec une charge virale indétectable dans 92% et des CD4 supérieurs à 350/µl dans 92% des cas. Quatre-vingt-quinze (18,5%) patients ont présenté au moins une h-HSIL et ont été suivis en moyenne 76 mois (36 mois en médiane, IQ 19-56 mois) pour un total de 340 personne-années (PA). A la fin du suivi, aucun cancer anal n'a été détecté (incidence 0/340 PA, IC95% 0-2.5/340PY) et 156 h-HSIL ont été suivies chez 95 patients pour une durée totale de 324 PA. Cinquante (32%) h-HSIL (chez 33 patients) persistaient pour une durée de 35 mois (IQ 17-56 mois) and 106 (68%) h-HSIL disparaissaient permettant d'évaluer le taux de clairance des h-HSIL à 33/100PA. L'analyse des facteurs associés à la persistance ou la clairance des lésions sera présentée au congrès.

Discussion : L'absence de détection d'une lésion en anuscopie de haute résolution ou une biopsie mal ciblée peuvent être interprétée comme une clairance de la lésion mais ce possible biais est atténué par les examens semestriels répétés et une identification précise des lésions pendant toute la durée de l'étude.

Conclusion : Cette étude montre que la clairance spontanée des lésions anales intra épithéliales de haut grade histologiquement prouvées est possible et est même plus fréquente que leur persistance à 5 ans. Les facteurs prédictifs de persistance permettront d'identifier les patients particulièrement à suivre.

Remerciements, financements, autres : Cette étude a bénéficié du soutien de la SNFCP par le biais de la Bourse FARE en 2017.

C140

Résultats d'une surveillance active dans la prise en charge des néoplasies appendiculaires mucineuses de bas grade (LAMN) rompues

C. Mouawad [1], A. Bardier [1], M. Wagner [1], S. Doat [1], D. Djelil [1], J. Fawaz [2], M. Pocard [1]

(1) Paris ; (2) Saint-Mandé, France.

Introduction : La prise en charge des néoplasies appendiculaires mucineuses de bas grade (LAMN) rompues, y compris fortuite sur pièce d'appendicectomie, est mal codifiée et inclut dans le thésaurus la colectomie et la CHIP devant le risque de pseudomyxome péritonéal (PMP). Une désescalade thérapeutique pourrait être possible, et a été évaluée en prospectif.

Matériels et Méthodes : Cette étude évalue la stratégie de surveillance active (AS) proposée à une série consécutive de patients diagnostiqués de LAMN perforée, basée sur l'IRM.
Les critères d'inclusion sont : Diagnostic de LAMN sur pièce d'appendicectomie, histologie confirmée dans un centre expert, présence de mucine extra appendiculaire limitée et localisée autour de l'appendice, bilan biologique normal (ACE, CA19-9, CA125) et une IRM abdominopelvienne sans particularité après appendicectomie. L'AS inclue un examen physique (cicatrices), un dosage de marqueurs et une IRM, à 6 mois puis annuelle durant 10 ans.

Résultats : Trente patients ont été inclus (avril 2014 - Juillet 2021). La chirurgie initiale a été : 77% une appendicectomie, 17% une résection du bas fond caecal, et 6% une colectomie droite. Histologiquement : perforation appendiculaire pour 53%, invasion de la marge proximale de résection pour 6%, dépôts mucineux acellulaires pour 13%, et dépôts mucineux cellulaires pour 3.3%, des analyses. Avec un suivi moyen de 3.1 ans, 87% des patients n'ont pas montré de signe de progression de la maladie et validé la SA. Pour les 4 patients (13%) qui ont progressé en PMP, une chirurgie de cytoréduction et CHIP, a toujours été possible avec une résection complète des lésions. L'IRM faite durant la première année de suivi post-opératoire a pu prévoir l'évolution de la maladie chez 97% des patients.

Conclusion : La stratégie d'AS, basée sur l'IRM, est une option valide après diagnostic fortuit de LAMN, plutôt qu'une chirurgie de cytoréduction et CHIP y compris en cœlioscopie.

C14

Immunosurveillance des lésions pré-néoplasiques : hétérogénéité du neutrophile au cours de la carcinogenèse colorectale humaine

M. Sarabi [1], M. Pereira Abrantes [1], L. Moudombi [1], L. Tonon [1], C. Degletagne [1], T. Andrieu [1], C. Assaf [1], A. Dupré [1], M. Rivoire [1], P. Peyrat [1], V. Garbit [1], D. Blehaut [1], O. Raspado [1], S. Boyault [1], C. Audoynaud [1], L. de Crignis [1], J. Berthet [1], P. Duplouye [1], C. Renard [1], C. Caux [1], M.C. Michallet [1], M. Hubert [1], S. Lay [1], G. Garin [1]
(1) Lyon.

Introduction : Le dépistage du cancer colorectal (CCR) est une stratégie d'intérêt mais éprouvée par une participation insuffisante de la population (Etude NordICC). L'infiltrat immunitaire prédit mieux que la classification TNM le risque de rechute d'un adénocarcinome du colon réséqué (Immunoscore®). Enfin, l'immunothérapie, avec l'inhibition axe PD1/PDL1, a intégré la prise en charge du CCR localisé et métastatique, mais (pour le moment) uniquement dans sous les sous-groupes porteurs d'une instabilité microsatellite (MSI). La réponse immunitaire est un élément clé dès les premières étapes de la carcinogenèse jusqu'à la réponse aux traitements systémiques utilisés contre les CCRs. Toutefois, la majorité des approches « immunologiques » pour mieux comprendre les CCRs se concentrent sur l'immunité adaptative et particulièrement les lymphocytes T. Le projet translationnel Colon-IM (CPP219C05, NCT03841799) a réuni immunologistes, gastro-entérologues, oncologues digestifs et chirurgiens digestifs de centres universitaire et du secteur privé pour identifier la place de l'immunité innée dans la carcinogenèse colorectale, notamment celle des polynucléaires neutrophiles. Il y a un intérêt grandissant pour l'étude des neutrophiles en cancérologie. Ces cellules sont fréquemment associées à un mauvais pronostique, soit au travers de leur compte rapporté au nombre de lymphocytes (le NLR), soit lors de leur quantification au sein des tumeurs. Notre hypothèse est celle d'un rôle des polynucléaires neutrophiles dans l'immunosurveillance anti-tumorale dès le début de la carcinogenèse, avant l'installation d'une inflammation médiée par le cancer, capable de reprogrammer son microenvironnement pour avantager sa dissémination locale et à distance. Nos travaux préliminaires nous ont permis de supposer des changements phénotypiques et fonctionnels décisifs au cours de la carcinogenèse ; leur connaissance permettra potentiellement de guider le dépistage de masse ou individuel, ainsi que de définir des cibles thérapeutiques pour élargir le nombre de patients candidats à une immunothérapie quelques soit le statut microsatellitaire du CCR.

Patients et Méthodes : Colon-IM a permis l'inclusion de 55 patients opérés permettant l'obtention de tissus colorectaux: de tissu adjacent non-tumoral (TA), de tissu prénéoplasique (Polype(s), P) si présent et d'adénocarcinome(s) (ADK). L'infiltrat immunitaire et la quantification d'analytes pro-inflammatoires ont été évalués respectivement par des approches multiparamétriques de cytométrie en flux (n=55) et de MSD (n=39). En parallèle, nous avons analysé les profils transcriptomiques des neutrophiles et de leurs partenaires cellulaires par séquençages de l'ARN à partir de populations triées (bulk RNAseq, n=10) ou à l'échelle de la cellule unique (single cell RNAseq, scRNAseq, n=4). Ces approches complémentaires nous ont permis de déchiffrer, pour la première fois dans la littérature, la plasticité et les interactions cellulaires des neutrophiles au cours de la carcinogenèse colorectale chez l'Homme.

Résultats : Les analyses de bulk RNAseq mettent en évidence une proximité transcriptomique du microenvironnement du P et de l'ADK qui pourrait expliquer la mise en place d'une niche pré-inflammatoire dans le P, et le recrutement important des neutrophiles au sein des ADK mesuré par cytométrie en flux. A l'inverse, les neutrophiles d'ADK présentent un profil transcriptomique différent des neutrophiles de P et de TA qui eux sont très similaires. Les analyses de sc RNA-seq mettent en évidence une diversité des neutrophiles issus de TA/P/ADK avec l'identification de 8 clusters (C) dont la répartition varie en fonction du tissu, ce qui suggère une évolution phénotypique et fonctionnelle au cours de la CCR. Ainsi, le C2 est enrichi dans le TA et présente des propriétés fonctionnelles plutôt anti-tumorales, tandis que C1/C6 sont enrichis dans l'ADK avec des propriétés plutôt pro-tumorales (enrichissement en voies de stress et d'inflammation). De manière intéressante, aucun cluster ne prédomine dans le P ; ces résultats, associés aux analyses de bulk RNAseq, suggèrent que P est un stade intermédiaire dont le microenvironnement est décisif dans la plasticité transcriptomique des neutrophiles.

Discussion : Les analyses de trajectoires et d'interaction Ligand-Récepteurs à partir des données de scRNAseq devraient permettre une meilleure compréhension de cette plasticité, et la définition de nouvelles cibles thérapeutiques pour les patients atteints de CCR ne répondant pas aux immunothérapies.

Conclusion : Colon-IM a permis de réunir un consortium immuno-médico-chirugical pour l'étude des neutrophiles, acteur de l'immunité innée, dans le CCR. Ces résultats placent le neutrophiles comme un acteur important dans la carcinogenèse colorectale avec des changements phenotypiques et fonctionels qui représentent autant de marqueurs et/ou de cibles thérapeutiques potentiels.

Remerciements, financements, autres :
Financement Ligue Contre le Cancer (AURA), fondation BMS, plan Cancer INSERM/ITMO

C142

Tumeurs neuroendocrines familiales de l'intestin grêle : résultats de la cohorte TCF du Groupe d'Étude des Tumeurs Endocrines (GTE)

T. Hunaut [1], A. Hercent [2], T. Féron [1], T. Walter [3], B. Buecher [2], C. Lepage [4], T. Lecomte [5], C. Docao [6], E. Pasmant [2], N. Guedj [7], O. Hentic [7], G. Cadiot [1], L. de Mestier [7]

(1) Reims ; (2) Paris ; (3) Lyon ; (4) Dijon ; (5) Tours ; (6) Lille ; (7) Clichy-la-Garenne.

Introduction : Les tumeurs neuroendocrines (TNE) de l'intestin grêle sont une pathologie rare mais dont l'incidence est en augmentation, représentant environ un quart des TNE digestives. Bien que ces TNE soient généralement considérées comme sporadiques, plusieurs cas d'agrégation familiale ont fait émerger l'hypothèse de l'existence de Tumeurs Carcinoïdes Familiales (TCF) de l'intestin grêle, qui représenteraient 3 à 5% des TNE du grêle. Cette entité d'identification récente a été peu étudiée ; sa définition et la physiopathologie restent à préciser. Les objectifs de cette étude sont de présenter les caractéristiques clinico-pathologiques des patients atteints de TCF, et de les comparer à celles de patients atteints de TNE de l'intestin grêle sporadiques.

Matériels et Méthodes : L'étude TCF est une cohorte nationale rétrospective et prospective, mise en place en 2012 sous l'égide du GTE. Elle a inclus les patients présentant une TNE de l'intestin grêle avec un antécédent familial de TNE du grêle, pris en charge dans 14 centres français. Nous décrivons les données cliniques, radiologiques, biologiques et anatomopathologiques des patients atteints de TCF, en les comparants selon des sous-groupes d'intérêt (TNE uniques ou multiples ; agrégation familiale au premier ou second degré). Une cohorte monocentrique de comparaison a été constituée par l'inclusion de patients consécutifs présentant une TNE de l'intestin grêle sporadique (sans antécédent familial de TNE), pris en charge dans un centre de référence.

Résultats : La cohorte TCF a inclus 94 patients provenant de 48 familles, dont 47 (50%) femmes, d'âge médian au diagnostic de 60 ans (IQR 53-69) avec un antécédent familial de TNE du grêle au premier degré pour 85.4 % des familles. Il existait un antécédent d'autre cancer dans 19.1% des cas, sans pattern particulier. Au diagnostic, 75.5% des patients présentaient des symptômes digestifs et 30.9% avaient un syndrome carcinoïde. Les TNE étaient majoritairement localisées au niveau de l'iléon (86.2%), étaient toutes bien différenciées, souvent multiples (52.1%) et métastatiques chez 60 patients (62.7% des cas), incluant une majorité de métastases hépatiques (72.9%) et péritonéales (54.2%). L'imagerie des récepteurs de la somatostatine et la TEP-FDOPA était contributive chez respectivement 94% et 100% des patients en ayant réalisée une.
Le suivi médian était de 66 mois (IQR [18.6 ; 108.4], au cours duquel 80 patients (85.1%) ont eu une chirurgie de la TNE primitive, réalisée à visée curative dans 41.3% des cas. Le nombre médian de TNE était de 2 par patient (IQR 1-5), la plus grosse TNE mesurait 20 mm (IQR 15-27) en médiane et 83% des patients avaient un statut N+. Le Ki-67 médian était de 2% (IQR 1-4) et 33 patients (39%) avaient une TNE G2. Les traitements les plus fréquemment utilisés pour le traitement des métastases étaient les analogues de la somatostatine (n=60), la chirurgie des métastases (n=19), la chimiothérapie (n=17), la radiothérapie interne vectorisée (n=10), l'embolisation intraartérielle hépatique (n=10) et l'évérolimus (n=7). Trente patients sont décédés au cours du suivi, la survie globale médiane était estimée à 174 mois soit 14,5 ans. Un syndrome carcinoïde et une cardiopathie carcinoïde sont apparus au cours du suivi chez respectivement 5 patients et 6/34 (18%) patients.
Les patient présentant des TNE multiples (n=50 ; en comparaison aux 30 patients ayant une TNE unique) étaient plus fréquemment des hommes (p=0,043), plus fréquemment métastatiques (p=0,048), et associées à un pronostique péjoratif (HR 6.7 ; IC 95% [2,26-28,4] ; p=0.0023). Les patients TCF ayant un antécédent familial de TNE au premier degré (82 patients) présentaient des caractéristiques similaires aux patients TCF avec un antécédent familial de TNE à un degré plus distant, excepté un syndrome carcinoïde moins fréquent au diagnostic (26% vs. 67%, p=0.005).
Les résultats de la comparaison des TCF à la cohorte de 342 patients ayant une TNE sporadique seront présentés lors des JFHOD 2024.

Conclusion : La cohorte nationale TCF regroupant près de 100 patients est la plus large connue à ce jour, et servira à la recherche de facteurs génétiques de prédisposition héréditaire. Les TNE multiples semblent plus fréquentes que dans les TNE sporadiques, et associées à un moins bon pronostic. La comparaison à une large cohorte de TNE sporadiques de l'intestin grêle tentera d'identifier des caractéristiques permettant de distinguer ces deux entités.

Remerciements, financements, autres :
Bourses : GTE, SNFGE

C143

Comparaison de l'efficacité de la chimioembolisation à l'embolisation dans les tumeurs neuroendocrines du grêle et du pancréas métastatiques et étude de l'impact de biomarqueurs

A.L. Védie [1], M. Dioguardi Burgio [1], F. Matteini [1], M. Akez [1], O. Hentic [1], A. Couvelard [1], P. Ruszniewski [1], V. Rebours [1], M. Ronot [1], J. Cros [1], L. de Mestier [1]

(1) Clichy-la-Garenne.

Introduction : La chimioembolisation intra-artérielle hépatique (TACE) utilisant la streptozotocine (STZ) est utilisée pour traiter les patients ayant une TNE digestive associée à des métastases hépatiques prédominantes, notamment en cas de progression, de symptômes tumoraux et/ou fonctionnels. La TACE a été peu comparée à l'embolisation intra-artérielle hépatique (TAE) seule, mais elle semble plus efficace chez les patients ayant une TNE pancréatique (TNEP), alors que cela est plus discuté en cas de TNE de l'intestin grêle (TNEG). Notre objectif principal était de comparer la TACE et la TAE chez les patients ayant une TNEP ou une TNEG. L'objectif secondaire était d'explorer le rôle prédictif de biomarqueurs tumoraux associés au métabolisme des alkylants (O6-méthylguanine-méthyltransférase [MGMT], alkylpurine–DNA–N-glycosylase [APNG]) ou à l'hypoxie (Carbonic anhydrase IX [CAIX]).

Patients et Méthodes : Nous avons étudié rétrospectivement tous les patients consécutifs atteints de TNEP ou TNEG métastatique traités par TACE à la STZ ou TAE dans un centre de référence, entre janvier 2006 et décembre 2020. Tous les patients ont été traités par la même équipe experte de radiologie interventionnelle, utilisant un protocole standardisé d'embolisation précédée ou non d'injection intra-artérielle hépatique de STZ (1500 mg/m^2). Le volume hépatique cible était segmenté en 2-3 traitements successifs espacés de 4-8 semaines. Nous avons réalisé une relecture centralisée des données cliniques, des données radiologiques (réponse objective [RO] selon RECIST1.1, progression des lésions cibles et non-cibles) et de l'anatomo-pathologie (immunomarquages Ki-67, MGMT, APNG et CAIX, et scoring selon le H-score allant de 0 à 300). Le critère de jugement principal était la RO et a été exploré par régression logistique. Le critère de jugement secondaire était la survie sans progression (SSP) globale, exploré par des modèles de Cox.

Résultats : Nous avons inclus 118 patients (hommes 51%, âge médian 59,3 ans) ayant une TNEP (52%) ou une TNEG (48%), et 50 patients avaient une TNE fonctionnelle (dont un syndrome carcinoïde chez 28 patients avec TNEG). L'envahissement hépatique était >50% dans 69% des cas, et il existait des métastases extra-hépatiques non prédominantes chez 51% des patients. Le Ki-67 médian était de 5% (IQR 2-10) et 83 patients (70%) avaient une TNE G2/G3. 70% des patients avaient reçu des traitement antérieurs, consistant le plus souvent en un analogue de la somatostatine (54%), une chimiothérapie alkylante (17%) et/ou une chimiothérapie à base de sels de platine (10%).
La moitié des patients était traitée par TACE (15 TNEG et 44 TNEP), et l'autre moitié par TAE (42 TNEG et 17 TNEP) avec 1, 2 ou 3 temps de traitement chez respectivement 64, 45 et 9 patients. Le taux de RO était supérieur sous TACE que sous TAE (41.1% vs. 23.2%, OR 2,4, [1.03-5.30], p=0.045) et en première ligne (46.9% vs. 26.3%, OR 3,47, [1.5-8.22], p=0.004). En population globale, la SSP n'était pas différente entre les patients traités par TACE ou par TAE (médiane 12,9 vs. 12,4 mois, p=0,52) et était diminuée en cas de grade 2/3 (p=0,0034), de TNE non-fonctionnelle (p=0,031) ou de TNEP (p=0,058), mais non influencée par la présence de métastases extra-hépatiques ou l'envahissement hépatique. La SSP était similaire entre TACE et TAE dans le sous-groupe des TNEG (16,1 vs. 15,1 mois, p=0,47) alors que la TACE était associée à une SSP prolongée dans le sous-groupe des TNEP (12,6 vs. 6,6 mois, p=0,068).
Le score MGMT était <100 dans 42% des cas (médiane 120 [IQR 30-200]), le score APNG médian était <70 dans 57% des cas (médiane 50 [IQR 20-125]) et le score CAIX était ≥ 100 dans 40% des cas (médiane 60 [IQR 0-100]. Parmi les patients traités par TACE, le taux de RO était plus élevé (mais de manière non statistiquement significative) en cas de score MGMT < 100 (46.7% vs. 36%, p=0.42), de score APNG < 70 (50% vs. 25%, p=0.12) ou de score CAIX > 100 (50% vs. 33.3%, p=0.23). La SSP n'était pas influencée par l'expression de ces biomarqueurs.

Conclusion : En comparaison à la TAE seule, la TACE à la STZ permet d'obtenir un taux de RO supérieur chez les patients atteints de TNEG ou TNEP métastatique, et possiblement une SSP prolongée chez ceux ayant une TNEP. L'expression faible de la MGMT n'était pas associée à une efficacité supérieure de la TACE à la STZ, mais la combinaison à d'autres biomarqueurs pourrait permettre de sélectionner les meilleurs candidats.

Remerciements, financements, autres :
Laboratoire ESTEVE

Développement du carcinome hépatocellulaire après guérison du VHC malgré la régression histologique de la fibrose hépatique

P. Nahon [1]
(1) Bobigny.

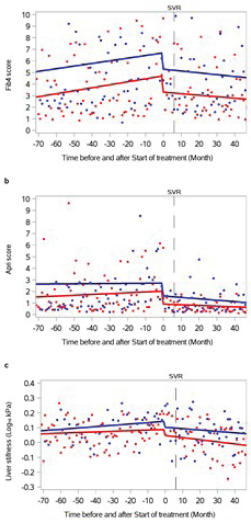
Introduction : Le risque de développement d'un carcinome hépatocellulaire (CHC) après la guérison du VHC en fonction de l'éventuelle régression de la fibrose hépatique est inconnu. Le but de cette étude était de décrire et d'analyser la dynamique de la fibrose hépatique évaluée à la fois par l'histologie hépatique et par des tests non invasifs (TNI) au cours du suivi après une réponse virologique soutenue (RVS).

Patients et Méthodes : Les données ont été obtenues dans deux cohortes prospectives multicentriques françaises de patients infectés par le VHC recrutés depuis 2006 (ANRS CO22 Hepather et CO12 CirVir), dans le cadre du prjet LICAVIR (LIver CAncer and VIRal hepatitis). Les patients ont été régulièrement suivis et, lorsque cela était indiqué, inclus dans les programmes de surveillance du CHC. La dynamique des TNI (Fib4, APRI et élastométrie [LSM]) a été évaluée en relation avec le développement du CHC. La fibrose hépatique histologique a été évaluée chez les patients ayant développé un CHC lorsqu'une biopsie était disponible.

Résultats : 8 808 patients ayant obtenu une RVS (dont 3 500 avec cirrhose) ont été analysés, parmi lesquels 298 (3,6 %) CHC sont survenus au cours d'un suivi de 62 mois. Chez les 3 500 patients atteints de cirrhose, toutes les NIT ont diminué de manière significative au fil du temps, quel que soit le développement ultérieur d'un CHC, avec une pente descendante maximale après la mise en œuvre des traitements antiviraux (Figure A). La modélisation conjointe de l'association entre l'évolution des TNI et du CHC a montré qu'une diminution unitaire des scores APRI ou Fib-4 à tout moment du suivi était associée à une diminution du risque de CHC (HR= 0,62 [0,57-0,69] et HR= 0,91 [0,90-0,93], p<0,0001 pour les deux). Trente-huit échantillons de foie non tumoral ont été analysés au moment du diagnostic de CHC (24 biopsies, 14 pièces de résection), 37/38 (98 %) de ces patients avaient des scores de fibrose F3 ou F4 avant la RVS (Figure B). Au moment du diagnostic ou traitement du CHC, cette proportion était de 33/38 (86%). L'analyse de l'évolution de la fibrose histologique montrait que 7/38 (18%) patients atteints de CHC étaient considérés comme ayant une régression de la fibrose hépatique.

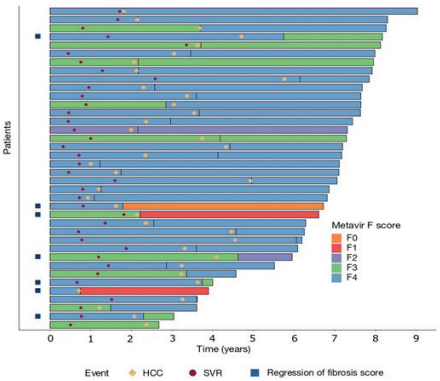
A

Evolution des TNI en fonction du Développement d'un CHC



B

Régression histologique de la fibrose chez 38 patients ayant développé un CHC



Conclusion : Le CHC peut survenir malgré la régression histologique de la fibrose après la guérison du VHC. La dynamique des TNI ne reflète pas avec précision les modifications histologiques hépatiques et ne suffiront pas à eux seuls à affiner la stratégie de surveillance du CHC.

Remerciements, financements, autres :
Financement : ANRS

C145 Plénière

Evaluation de l'auto-prélèvement anal pour la détection des HPV dans le dépistage du cancer de l'anus chez 200 hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes au Togo

V.M. Ferré [1], A. Sadio [2], R. Guilbaud [1], M. Attisso [2], L. Abramowitz [1], M. Bertine [1], E. Mensah [2], A.C. Dagnra [2], J. Ghosn [1], D. Descamps [1], D. Ekouevi [2], C. Charpentier [1]

(1) Paris ; (2) Lomé, TOGO.

Introduction : Dans ses récentes recommandations pour le dépistage du cancer de l'anus, la Société Nationale Française de Colo-Proctologie préconise un dépistage chez les patients asymptomatiques à risque : les homme ayant des relations sexuelles avec des hommes âgés de plus de 30 ans vivant avec le VIH, les femmes ayant des antécédents de lésions ou de cancer vulvaire et les femmes transplantées d'organes solides depuis plus de 10 ans. Ce dépistage primaire est basé sur la détection de l'HPV16 qui, si positif, doit conduire à une analyse cytologique du frottis anal et à un examen proctologique, idéalement par Anuscopie Haute Résolution (AHR). L'application de ces recommandations nécessite la facilitation des prélèvements anaux de dépistage qui, s'ils reposent sur les infectiologues, gynécologues, transplanteurs d'organes solides, vont alourdir les consultations. La validation de l'utilisation de l'auto-prélèvement anal (APA) pour la détection des HPV est donc cruciale pour l'application en vie réelle de ces recommandations et débuter le dépistage du cancer de l'anus dans les populations les plus à risque.

Matériels et Méthodes : La cohorte DEPIST-H ANRS12400 a inclus 200 hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH) au Togo, dont la moitié vivent avec le VIH, qui sont suivis de façon prospective depuis 2021 avec un prélèvement anal et un examen proctologique annuel. Lors de la visite à M12, la réalisation d'un APA a été ajoutée en amont du frottis anal (FAN) réalisé par le clinicien. Un document expliquant les modalités de réalisation de l'APA était fourni au participant avec l'écouvillon FloqSwab qui était ensuite déchargé dans le milieu eNAT (Copan). Le clinicien réalisait ensuite un FAN avec une cytobrosse (Rovers) déchargée dans un pot ThinPrep (Hologic). Un questionnaire d'acceptabilité était donné à tous les participants. Tous les échantillons ont été analysés par le service de Virologie d'un Hôpital Universitaire Français avec la trousse AnyplexII (Seegene) détectant 14 HPV de haut risque oncogène (HPV-HR). La quantification de l'albumine a été réalisée en PCR temps-réel selon le protocole décrit par Désiré et al (1). La charge virale HPV16 a été quantifiée avec une PCR en temps réel maison (2).

Résultats : Au total 188 HSH ont réalisé la visite à M12, avec un âge médian de 23 ans, 99% des participants ont trouvé la réalisation de l'APA facile et 60% préférerait l'APA au FAN classique à la prochaine visite et 19% n'ont pas de préférence. Seulement 5% des APA étaient ininterprétables en comparaison de 7% des FAN (p=0,77). La quantification de l'albumine, permettant d'apprécier la cellularité des prélèvements, était significativement plus élevée dans les APA que dans les FAN (respectivement 2,9ng/mL [0,5-10,0] vs 0,16 ng/mL [0,05-0,33] en médiane, p<0,0001). Cette différence observée, pouvant être simplement liée au volume d'élution des écouvillons/brosses de 1,5mL pour les APA vs 20 mL pour les FAN, est en faveur d'une meilleure performance de détection en biologie moléculaire des APA. Globalement, 83% (n=148/178) des APA et 77% (n=135/176) des FAN étaient positifs à au moins un HPV-HR et respectivement 28% et 26% présentaient un HPV16. Les performances des APA et des FAN pour la détection des HPV-HR étaient similaires avec 89,7% de concordance et un coefficient Kappa égal à 0,66 (Figure 1). En ce qui concerne la détection de l'HPV16, la concordance entre les deux types de prélèvements était de 90,3% (Kappa=0,75). Les charges virales HPV16 détectées dans les APA étaient significativement plus élevées que dans les FAN (7652 c/Ml [236-232779] vs 575 c/mL [135-7052], respectivement, p=0,009), confirmant une meilleure performance des APA pour la détection de l'HPV16. Les 16 prélèvements avec résultats discordants présentaient des charges virales HPV16 faibles (119 c/mL [34-7949] pour les APA and 13 c/mL [7-114] pour les FAN en médiane).

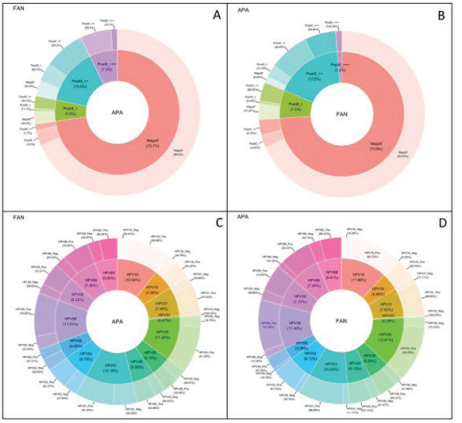


Figure 1 : Concordance entre l'auto-prélèvement anal (APA) et le frottis anal réalisé par le clinicien (FAN) pour la détection des HPV. A et B représentent la concordance de détection d'HPV16 par évaluation semi quantitative (+ charge virale faible, ++ charge virale intermédiaire, +++ charge virale élevée). C et D représentent la concordance entre FAN et APA pour la détection des 14 HPV haut-risque.

Conclusion : Des travaux ont déjà évalué l'acceptabilité et la faisabilité des APA (3,4) mais jamais chez le même patient en comparaison avec un prélèvement effectué par le clinicien de façon concomitante. Nous démontrons ici des performances comparables, voir meilleures, des APA par rapport aux FAN, pour la détection des HPV-HR, avec une concordance tout à fait satisfaisante et une très bonne acceptabilité des APA par les patients. Ceci est en faveur de l'utilisation des APA pour le déploiement du dépistage du cancer anal, en prenant en compte que les analyses cytologiques ne pourront pas être menées sur les APA. Cette étude apporte une réponse au questionnement émis dans les recommandations de la SNFCP sur la faisabilité et les moyens de la mise en place de ses recommandations.

C.146 Plénière

Devenir nutritionnel et digestif des jeunes adultes opérés d'atrésie de l'œsophage : une étude de cohorte monocentrique rétrospective sur 30 ans

V.N. Dargenio [1], R. Bouchet [2], F. Vandamme [2], R. Sfeir [2], F. Gottrand [2], D. Seguy [2]
(1) Bari, ITALIE ; (2) Lille.

Introduction : L'atrésie de l'œsophage (AO) est une malformation congénitale rare qui nécessite une chirurgie néonatale. La fréquence élevée de sa morbidité tardive impose un suivi à vie.
L'objectif est de décrire le devenir nutritionnel et digestif de jeunes adultes nés avec une AO lors de leur première consultation en médecine adulte et rechercher l'existence d'une association entre différents facteurs de risques prédéfinis et la dénutrition à l'âge adulte.

Patients et Méthodes : Cette étude monocentrique rétrospective a été réalisée sur la cohorte de patients adultes nés avec une AO entre 1972 et 2002 dans la région des Hauts de France et ayant bénéficié d'une première consultation de suivi en médecine adulte.

Résultats : Parmi les 183 enfants nés avec une AO, 81 patients âgés (médiane [Q1-Q3]) de 18 [17-28] ans (37 femmes/47 hommes) ont bénéficiés d'une première consultation de suivi en médecine adulte. La mise en place de la consultation de transition enfant/adulte à partir de 2006 a permis d'augmenter le pourcentage de patients suivis à l'âge adulte (19 % avant contre 77 % après, P<0,001). Le poids (moy±DS) (femmes 55±15 kg, hommes 62±15 kg) et la taille (femmes 160±5 cm, hommes 172±8 cm) étaient inférieurs à la moyenne nationale dans 88%, 83% et 77%, 75% des cas, respectivement, 30% d'entre eux étaient dénutris et 26% nécessitaient un soutien nutritionnel. Seuls 17% de l'effectif n'avait aucun symptôme digestif avec une alimentation normale. La dysphagie, la polydipsie per-prandiale de rinçage de l'œsophage et le reflux gastro-œsophagien (RGO) touchaient respectivement 45 %, 43 % et 43 % des patients. Les anomalies endoscopiques les plus fréquentes étaient l'œsophage de Barrett (EBO) sans dysplasie (21 %), l'œsophagite (17 %) et la sténose anastomotique (12 %). L'EBO était plus fréquent chez les patients ayant des antécédents de chirurgie antireflux ou de RGO que chez ceux qui n'en avaient pas (32 % vs. 10 %, P=0,023 ou 34% vs. 11%, p=0.013, respectivement). La chirurgie antireflux dans l'enfance et la dyspepsie fonctionnelle à l'âge adulte étaient des facteurs prédictifs indépendants de dénutrition à l'âge adulte (OR 3,75 IC95% [1.27–11.07], P=0,017 et OR 5,44 IC95% [1.24–23.92], P=0,025, respectivement).

Conclusion : La structuration de la transition enfant/adulte des patients avec AO apparait déterminante pour la mise en place du suivi à long terme à l'âge adulte. A l'adolescence un contexte de chirurgie antireflux ou de dyspepsie persistante impose la vigilance, car ces facteurs sont prédictifs d'une dénutrition.

C.147 Plénière

Risque de métastases ganglionnaires et de récidives locales ou à distance d'adénocarcinomes colorectaux T1 réséqués endoscopiquement avec une invasion sous-muqueuse de plus de 1000µm sans autre facteur histologique péjoratif

L. Barthet [1], T. Lambin [2], F. Corre [3], V. Lepilliez [1], S. Leblanc [1], J. Jacques [4], T. Wallenhorst [5], J.P. Ratone [6], J.B. Chevaux [7], M. Schaefer [7], Y. Le Baleur [3], G. Rahmi [3], A. Berger [8], T. Degand [9], D. Karsenti [3], R. Gérard [2], N. Etchepare [10], J. Santos-Antunes [11], T. Fenouil [1], F. Subtil [1], S. Chaussade [3], M. Pioche [1]
(1) Lyon ; (2) Lille ; (3) Paris ; (4) Limoges ; (5) Rennes ; (6) Marseille ; (7) Nancy ; (8) Bordeaux ; (9) Dijon ; (10) Valence ; (11) Porto, PORTUGAL.

Introduction : Le caractère curatif des résections endoscopiques d'adénocarcinome colo-rectaux T1 est conditionné par plusieurs critères histologiques, la résection doit être R0, sans emboles lympho-vasculaires, sans budding significatif, sans composante peu différenciée, et la profondeur d'invasion dans la sous muqueuse ne doit pas dépasser 1000µm (1,2).
Ces différents critères de risque n'ont cependant pas le même impact sur le pronostique ganglionnaire de ces lésions. Certaines données récentes montrent que le critère histologique de profondeur d'invasion sous-muqueuse <1000µm n'est peut-être pas critère de risque indépendant de métastase ganglionnaire (3), et le risque qui lui est associé semble faible(4).
Le but de cette étude était d'évaluer le risque de métastases ganglionnaires ou de récidives en cas de résection endoscopique avec ou sans chirurgie complémentaire d'un cancer colorectal T1 avec une invasion sous muqueuse de plus de 1000 µm et sans aucun autre facteur histologique péjoratif.

Patients et Méthodes : Nous avons mené une étude rétrospective multicentrique dans 24 centres européens sur 219 patients ayant eu une résection endoscopique de CCR T1 avec une invasion dans la sous muqueuse de plus de 1000µm sans autre critère péjoratif entre décembre 2009 et décembre 2022
Les données collectées de manière rétrospective étaient les caractéristiques des patients, les caractéristiques endoscopiques et anatomo-pathologiques des lésions, ainsi que les données de suivi sur examens endoscopiques ou d'imagerie

Résultats : L'étude a porté sur 219 patients, dont 124 patients ont été opéré après résection endoscopique et 95 ont été surveillés après résection endoscopique.
Parmi les patients opérés, le taux de métastases ganglionnaires sur pièce chirurgicale était de 12,9 % (IC 95 % : 7,7 % ; 20 %) soit 16 patients sur 124.
Aucun des patients atteints de métastases ganglionnaires n'avait une invasion en dessous d'un seuil de 1800µm.
Les lésions avec une invasion sous muqueuse ≥2000µm étaient significativement associées aux métastases ganglionnaires (OR 3.6 95% CI 1.1 ; 13.7, p=0.04).
La localisation colique des lésions était un facteur de risque de LNM dans cette cohorte OR 3.1 (95% CI : 1.1 ; 16.8, p=0.04)
Parmi les patients non opéré après la résection endoscopique 55 d'entre eux étaient évaluables pour la récidive avec un minimum de 3 ans de suivi, dans cette population nous avons observé un taux de récidive de 3,6% (95% CI : 0,44% ; 12,31%) soit 2 patients sur 55.
Dans les 2 groupes une invasion sous muqueuse > 2000µm était associé à la fois à l'invasion ganglionnaires et le récidive (OR 3.6, 95% CI : 2.3 ; 5.8, p=0.004).

Conclusion : Dans cette cohorte rétrospective de lésions colo-rectales avec une invasion sous muqueuse> 1000µm, le critère d'invasion sous-muqueuse semble être toujours un indicateur important pour envisager une chirurgie de sauvetage après résection endoscopique d'un CCR T1. Cependant, le seuil de 1000µm peut être considéré comme trop restrictif pour prédire le risque de métastases ganglionnaires et le seuil de 2000µm semble être plus pertinent lorsqu'il est le seul critère de risque présent sur pièce de résection endoscopique.

C148 Plénière

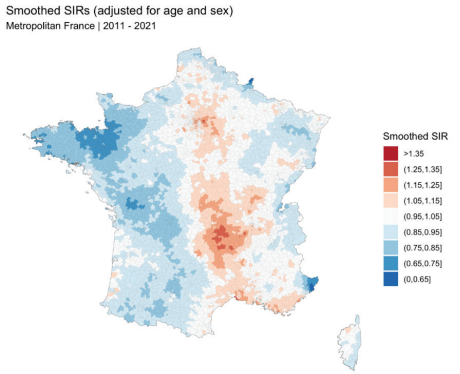
Pesticides et adénocarcinome du pancréas : une régression écologique nationale entre 2011 et 2021 (ecoPESTIPAC)

M. Brugel [1], V. Gauthier [2], O. Bouché [3], F. Occelli [2], M. Blangiardo [4], M. Genin [2]

(1) Bayonne ; (2) Lille ; (3) Reims ; (4) Londres, ANGLETERRE.

Introduction : L'adénocarcinome du pancréas (AP) est le deuxième cancer digestif le plus incident dans le monde. L'augmentation de son incidence en France est particulièrement forte et atypique comparativement aux autres pays. Les raisons de cette augmentation sont encore mal connues. Les facteurs environnementaux sont une piste intéressante, encore sous étudiée. Les pesticides sont des substances utilisées pour la protection des surfaces cultivées, principalement en agriculture. Certaines d'entre elles sont associées à un risque plus élevé de cancer. La France est un des leaders mondiaux de la consommation et de l'utilisation de pesticide. La contamination de la population française a été décrite comme ubiquitaire. L'association entre pesticides et AP est incertaine.

Matériels et Méthodes : Cette étude de disease-mapping et de régression écologique nationale a couvert l'intégralité de la France métropolitaine, divisé en 5529 unités spatiales, entre 2011 et 2021. Le nombre de cas d'AP par unité spatiale et par an a été extrait du Système Nationale des Données de Santé (SNDS) couvrant 99% de la population générale française. L'exposition aux pesticides a été estimée par la médiane du ratio entre l'achat de pesticide (registre ouvert) et la surface agricole (image satellite) par unité spatiale, sur la période d'étude. Neuf substances chimiques (dont le glyphosate) ont été inclus dans l'étude couvrant la moitié des achats nationaux sur la période. La quantité cumulée de pesticides, toutes molécules confondues, a été aussi intégrée. Ce ratio a été logarithmé et standardisé pour conserver ses propriétés mathématiques. Cette étude a utilisé un modèle de Poisson hiérarchique spatio-temporel Bayésien permettant des estimations plus robustes de risque que des modèles classiques. Le modèle a été ajusté sur les maladies liées au tabac, l'accès aux soins et la pauvreté. Les objectifs étaient de : 1) cartographier le risque d'AP et 2) d'étudier l'association entre AP et exposition aux pesticides entre 2011 et 2021, en France à une échelle spatiale précise.



Résultats : Un total de 134 102 cas d'AP a été identifié, réparti en 5529 unités spatiales entre 2011 et 2021, concordantes avec les estimations de Santé Publique France. Les zones de forte incidence d'AP étaient situées autour de Paris, dans le centre de la France et sur la côte méditerranéenne (Figure 1). L'ajustement n'a pas modifié la répartition géographique de ces zones. Cette répartition spatiale de l'incidence différait de celle des facteurs de risque connus (tabac, diabète, obésité).
L'exposition aux pesticides était associée à un risque augmenté d'AP sur la période de l'étude. La quantité cumulée de pesticide (RR : 1,0140 ; CI95% [1,0067;1,0214]), le soufre en pulvérisation (RR : 1,0132; CI95% [1,0047;1,0218], le mancozèbe (RR : 1,0107; CI95% [1,0026;1,0164]), et le glyphosate (RR : 1,0095; CI95% [1,0026;1,0164]) étaient associés à une augmentation du risque d'AP pour une hausse d'utilisation de 2,5kg de pesticides/hectare sur 11 ans, soit une augmentation du risque variant entre 0,9 et 1,4%. Une exposition croissante en tertiles montrait une augmentation de risque (tendance log-linéaire). Le risque était homogène sur l'intégralité du territoire. La variance spatiale expliquait une faible part de la répartition géographique de l'AP (0,3%).

Conclusion : Cette étude est la première à cartographier le risque d'AP couvrant une nation, et à une échelle spatiale fine. La répartition des zones à risque décrites et des facteurs de risque connus (tabac, diabète, obésité) était différente. Cette nouvelle information sur la répartition géographique précise du risque de ce cancer va permettre la genèse de nouvelles hypothèses environnementales.
Par ailleurs, il existait une association entre pesticides et AP et en particulier pour 3 substances (soufre en pulvérisation, mancozèbe, glyphosate). Il semble peu probable que les pesticides expliquent la répartition géographique actuelle du risque d'AP. Des travaux de modélisation et des preuves supplémentaires mécanistiques et épidémiologiques sont nécessaires pour étayer ces résultats.

C149

Traitement par atézolizumab-bévacizumab du carcinome hépatocellulaire dans la population française hors essai clinique : données issues de la cohorte prospective CHIEF

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

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

Introduction : Les résultats de l'étude Imbrave 150 ont révolutionné la prise en charge du CHC avancé avec la combinaison Atezolizumab-Bevacizumab (AtezoBev). Dans cette étude, les patients étaient très sélectionnés (importance de la population asiatique sans cirrhose, fréquence de l'infection par le VHB), 30% répondaient au traitement et la réponse semblait plus importante en cas d'étiologie virale. Des données hors essai clinique sont nécessaires afin d'apprécier la tolérance et l'efficacité de ce nouveau traitement en tenant compte des particularités de la population française atteinte de CHC marquée par la fréquence d'une maladie chronique du foie avancée sous-jacente d'origine non-virale.

Patients et Méthodes : Les données de l'ensemble des patients traités par AtezoBev en première ligne de traitement systémique dans la cohorte multicentrique CHIEF (32 centres) ont été recueillies de façon prospective entre juillet 2020 et janvier 2023. La survie globale (SG) et la survie sans progression (SSP) étaient évaluées à l'aide de la méthode de Kaplan-Meier. Le taux de réponse objective par la présence d'une réponse complète ou partielle. L'influence des caractéristiques à l'inclusion sur les événements au cours du suivi était évaluée selon une analyse log-rank.

Résultats : Les données de 552 patients traités par AtezoBev ont été analysés de façon prospective (âge médian 68 [62-75] ans, 86% d'hommes, 77% de patients cirrhotiques, Child-Pugh A 81%,18% Child-Pugh B MELD 9). L'hépatopathie chronique étaient d'origine virale dans 27%, liée à une consommation excessive en alcool dans 58%, à une cause métabolique dans 35% des cas et 20,6% présentaient une cause mixte d'hépatopathie. Parmi ces patients, 22% présentaient des varices œsophagiennes de grandes tailles à l'endoscopie. A l'initiation de la combinaison AtezoBev, 44% des nouveaux cas étaient naïfs de traitement pour le CHC, 28% étaient classés BCLC-B et 67% BCLC-C. Le CHC comprenait plus de 3 lésions dans 31% des cas et était infiltrant dans 21% des cas, 31% des patients présentaient une invasion vasculaire et 27% des lésions extra-hépatiques. Parmi les patients, 4% avaient un score ALBI de 3 et 32% avaient un AFP ≥400 ng/ml.
La médiane de suivi était de 21,2 mois, IC 95% [19,8-22,4]. A la première évaluation, 27% patients ont présenté une réponse objective (4% de réponse complète et 23% de réponse partielle), 22% patients ont progressé. Le taux de survie globale à 12 mois était de 66%. La SG était significativement plus élevée chez les patients BCLC-B (médiane de SG non atteinte) *versus* BCLC-C (17,1 mois, p<0.001), tout comme chez les patients Child-Pugh A (médiane de SG non atteinte) *versus* Child-Pugh B (12 mois, p<0.001). La SG était similaire selon le stade de VO, l'étiologie de l'hépatopathie (virale *versus* métabolique) et les caractéristiques tumorales (AFP ≥400 ng/ml, présence de métastases, traitement antérieur du CHC[EN1]).Dans l'ensemble de la cohorte, la SSP était de 15,8% à 12 mois (médiane SSP 4,6 mois). La SSP était significativement plus élevée chez les patients BCLC-B (6,8 mois) par rapport au BCLC-C (3,4 mois, p=0.02).

Conclusion : Ces premières données hors essai clinique provenant de la cohorte multicentrique prospective CHIEF montrent des données de survie et de réponse similaire à ceux obtenus dans l'étude de phase 3 IMbrave 150. Ces résultats confirment l'efficacité du traitement en pratique courante en tenant compte des caractéristiques cliniques et épidémiologiques de la population française atteinte de CHC.

C150

Résultats à long terme de la radiofréquence percutanée multi-bipolaire comme premier traitement de CHC transplantable sur cirrhose suivi d'une éventuelle transplantation de sauvetage

C. Boros [1], O. Sutter [1], F. Cauchy [2], N. Ganne-Carrié [3], P. Nahon [1], G. Nkontchou [3], L. Blaise [3], F. Dondero [4], O. Soubrane [2], M. Lesurtel [5], A. Laurent [6], O. Seror [3], J.C. Nault [3]

(1) Bobigny ; (2) Paris ; (3) Bondy ; (4) Clichy-la-Garenne ; (5) Lyon ; (6) Créteil.

Introduction : Les résultats à long terme de la stratégie radiofréquence percutanée multi-bipolaire (RF) comme premier traitement, chez des patients ayant un premier CHC (carcinome hépatocellulaire) transplantable sur cirrhose, suivi d'une éventuelle transplantation de sauvetage à la récidive tumorale afin d'épargner l'usage de greffon dans le contexte de pénurie actuelle ne sont actuellement pas décrits.

Matériels et Méthodes : Dans ce but, nous avons étudié les patients « transplantables » traités par radiofréquence multi-bipolaire de première intention entre 2009 et 2019 dans un centre tertiaire pour un premier CHC développés sur cirrhose dans les critères de Milan. La transplantabilité était définie par un âge<70 ans, sans comorbidités cardiovasculaires significatives, sans consommation active d'alcool, sans antécédents de cancer extra-hépatique dans les 5 ans et avec une bonne insertion sociale. Les caractéristiques cliniques, biologiques et tumorales des patients transplantables ont été recueillies au diagnostic et les patients suivis jusqu'au 31 décembre 2022. L'association entre les variables au diagnostic et les évènements oncologiques a été évaluée selon méthode de Kaplan-Meier et le test du log-rank et une analyse en uni- et multivariée selon le modèle de Cox.

Résultats : Parmi les 435 patients traités par RF pour un premier CHC sur cirrhose au cours de la période d'étude, 263 étaient considérés comme non transplantables (>70 ans, n=163; consommation active d'alcool, n=64; comorbidités importantes, n=16; cancer récent extra-hépatique, n=12 et pas d'insertion sociale, n= 8). Parmi les 172 patients transplantables, 86% était des hommes avec un âge médian de 61 ans et avec une cirrhose Child-Pugh A dans 88% des cas. Les étiologies de la cirrhose étaient: l'alcool, le syndrome métabolique, l'hépatite B et C dans respectivement: 47%, 33%, 26% et 32%. Les CHC étaient de taille> 2 cm dans 53% des cas, multiples dans 13% avec une AFP > 100 ng/ml dans 13%. Une ablation complète était obtenue dans 99% des cas chez les patients transplantables avec des complications sévères dans 3% des cas sans décès lié au traitement. La survie médiane globale était meilleure dans le groupe transplantable (87 mois) que dans le groupe non transplantable (45 mois, p<0.0001). Chez les patients transplantables, 61% étaient en vie à 5 ans et 43% à 10 ans. En analyse multivariée, l'âge (HR=1.02, IC 95%=1.01-1.09, p=0.003) et le score Child-Pugh B (HR=2.1, IC 95%=1.1-4, p=0.02) étaient indépendamment associés à un mauvais pronostic. Après RF, le taux de récidive locale sur le site d'ablation était de 24.5% à 5 et 10 ans et de récidive intrahépatique à distance était de 61% et 69% à 5 ans et respectivement 10 ans. Chez les patients ayant une récidive locale seule (n=23), 66% des patients étaient en vie 10 ans après un nouveau traitement percutané et sans inscription sur liste de transplantation. À la récidive à distance intrahépatique, 66% des patients étaient toujours transplantables. Pendant le suivi, 48 patients ont été inscrits sur liste et 41 patients ont été transplantés (31 pour récidive intrahépatique à distance après RF et 10 pour insuffisance hépatique). La survie globale à 5 ans après transplantation était de 72% et la récidive tumorale à 5 ans de 2.4% des cas.

Conclusion : La stratégie RF multi-bipolaire première suivie d'une transplantation hépatique en cas de récidive intrahépatique à distance est associée à un bon pronostic à long terme et permet d'épargner des greffons. Les patients Child-Pugh B au diagnostic ont une moins bonne survie globale et doivent être évaluer pour une transplantation en première intention. Une récidive locale isolée est associée à une survie globale prolongée après une nouvelle ablation et pourrait ne pas nécessiter de transplantation de sauvetage.

C151

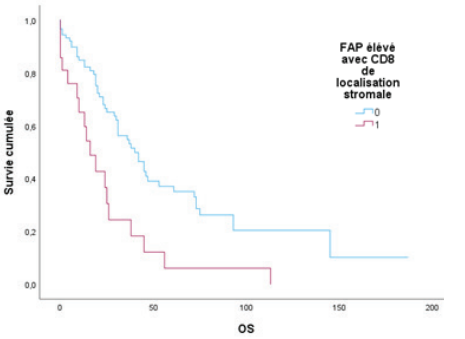
Impact pronostique du micro-environnement tumoral dans les cholangiocarcinomes intra-hépatiques

G. Lubuela [1], A. Beaufrère [1], M. Albuquerque [1], M. Bouattour [1], J. Cros [1], V. Paradis [1]

(1) Clichy-la-Garenne.

Introduction : Le cholangiocarcinome intrahépatique (iCCA) est la deuxième tumeur primitive hépatique maligne la plus fréquente, avec une incidence en augmentation dans le monde et un pronostic sombre. Son micro-environnement tumoral (TME) semble contribuer à la résistance aux traitements systémiques et à l'évolution défavorable. Peu d'études ont évalué de façon combinée les différents éléments du TME dont les lymphocytes, les macrophages ou les fibroblastes. Par ailleurs, il a récemment été suggéré que la composition du TME était liée à des groupes transcriptomiques.
L'objectif principal de l'étude était de caractériser le TME des iCCA à partir de techniques d'immunohistochimie multiplex séquentielle (IHC-MS) et d'analyse d'images afin d'étudier son impact pronostique et son association avec les groupes transcriptomiques.

Matériels et Méthodes : Nous avons réalisé une étude rétrospective comprenant une série de 109 iCCA réséqués. Une coloration de picrosirius (PS) a été réalisée afin de quantifier la fibrose dans la tumeur. Une technique d'IHC-MS a été développée permettant de quantifier la composante immune ([CD8 (marqueur de lymphocyte T activé), CD163 (marqueur de macrophages M2)], la composante tumorale épithéliale (pancytokératine), et la composante fibroblastique [actine-muscle lisse), fibroblast activation protéine (FAP, marqueur de fibroblastes activés)]. La localisation de ces différents éléments (stromale et/ou intraépithéliale) a également été analysée. Des méthodes d'analyse d'images ont été mises au point à l'aide d'un logiciel en libre accès (QuPath) pour quantifier les éléments du TME. Un séquençage d'ARN a été réalisé pour classer les tumeurs dans les 5 groupes transcriptomiques précédemment décrits dans la littérature. L'association de ces différents facteurs à la survie globale a été évaluée par analyse univariée et multivariée.



Résultats : Une proportion élevée de fibroblastes activés (FAP+) était significativement associée à une mauvaise survie globale (HR=2,33, IC95%=1,43-3,81, p=0,001). Elle était également significativement associée à l'invasion vasculaire (p=0,05), au stade tumoral élevé (p=0,011), à une densité élevée de lymphocytes T CD8 en périphérie de la tumeur (p=0,017) et à une densité élevée de macrophages M2 au centre de la tumeur (p=0,032). Une localisation exclusivement stromale des lymphocytes T CD8 était significativement associée à une moins bonne survie globale comparée à une localisation intraépithéliale seule ou intraépithéliale et stromale (HR=1,86, IC95%=1,07-3,22, p=0,014). L'association d'une proportion élevée de fibroblastes activés avec la présence de lymphocytes T CD8 exclusivement stromale était retrouvée dans 21 cas (19%) et était significativement associée à une mauvaise survie

globale en analyses univariée (HR=2,49, IC95%=1,44-4,28, p=0,001, Figure 1) et multivariée (HR=2,77, IC95%= 1,56-4,92, p<0,001). En analyse multivariée, les autres critères indépendamment associés à la survie globale étaient le sexe masculin (HR=1,64, IC95%=1,00-2,69, p=0,048) et la multinodularité (HR=3,15, IC95%=1,49-6,69, p=0,003). En revanche, la proportion de fibroblastes exprimant l'actine-muscle lisse, de fibrose déterminée par la coloration de PS, de lymphocytes T CD8 et de macrophages M2 ne semblaient pas avoir d'impact sur le pronostic. Sur le plan transcriptomique, il existait une corrélation entre la composition du stroma et trois des cinq classes transcriptomiques : le groupe Hepatic stem like était associé à une proportion faible de macrophages M2 (p=0,002), le groupe Tumor classical à des tumeurs riches en collagène (p<0,001), et le groupe Inflammatory stroma à une proportion élevée de lymphocytes T CD8 (p<0,001), de macrophages M2 (p=0,049) et à des tumeurs riches en collagène (p=0,005).

Conclusion : Par une technique d'IHC-MS, nous avons mis en évidence que la composition du TME impactait la survie globale des patients réséqués pour un iCCA. La présence d'une densité importante de fibroblastes activés FAP+ et de lymphocytes T CD8 de localisation uniquement stromale était indépendamment associée à une survie altérée. Nos résultats confirment également que la composition du TME était associée aux classes transcriptomiques.

Remerciements, financements, autres :
Nous remercions la SNFGE pour son soutien financier (Bourse MAHGE 2022).

CH52

Absence d'impact de la MASLD sur la réponse au traitement par atézolizumab-bévacizumab chez les patients atteints de CHC avancé

F.D. Copil [(1)], C. Campani [(1)], M. Lequoy [(1)], P. Sultanik [(1)], L. Blaise [(2)], M. Wagner [(1)], N. Ganne-Carrié [(2)], V. Ozenne [(1)], D. Thabut [(1)], J.C. Nault [(2)], V. Ratziu [(1)], M. Allaire [(1)]
(1) Paris ; (2) Bondy.

Introduction : Des données récentes suggèrent que la réponse à l'immunothérapie pourrait être limitée en cas de carcinome hépatocellulaire non viral (CHC), en particulier pour le CHC-NASH. Notre étude visait à évaluer l'impact de la maladie hépatique stéatosique (MASLD) et des facteurs de risque métaboliques (FDRMet) sur la réponse au traitement par Atezolizumab-Bevacizumab (AtezoBev) chez les patients atteints de CHC avancé.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective à partir des cohortes prospectives établies chez tous les patients traités par AtezoBev dans 3 centres tertiaires. Les patients ont été inclus de manière prospective depuis août 2020. Les FDRMet étaient définis par la présence d'un BMI actuel/passé > 30 kg/m^2, d'un diabète de type 2, d'une hypertension artérielle et d'une dyslipidémie. Pour être inclus les patients devaient également avoir une consommation d'alcool inférieure à 30 g par jour pour les hommes et inférieure à 20 g pour les femmes, et toutes les autres causes de maladie du foie devaient être écartées. La survie globale (OS) et la survie sans progression (SSP) étaient évaluées à l'aide de la méthode de Kaplan-Meier. La progression était définie de manière composite (progression et/ou effets secondaires/décompensation hépatique nécessitant l'arrêt du traitement). L'influence des caractéristiques à l'inclusion sur les événements au cours du suivi était évaluée qu moyen d'une analyse univariée et multivariée à l'aide d'un modèle de Cox.

Résultats : Les données de 295 patients traités par AtezoBev ont été analysées (âge médian de 66 ans, 16 % de femmes, 81 % de patients cirrhotiques). Les étiologies d'hépatopathie étaient une infection virale dans 47 % des cas, une consommation excessive d'alcool dans 45 % des cas et une MASLD dans 13 % des cas. Parmi les 295 patients, 27 % avaient 1 FDRMet, 23 % en avaient 2, 15 % en avaient 3 et 6 % en avaient 4. À l'inclusion, 73 % des patients étaient Child-Pugh A et 49 % avaient des varices œsophagiennes (VO) (25 % de grande taille). Le jour du traitement, 62 % des patients étaient BCLC-C et 45 % étaient naïfs de traitement pour le CHC. Le CHC était multinodulaire dans 76 % des cas, avec une taille médiane de 56 mm pour la plus grande lésion, 41 % présentaient un CHC infiltrant et 41 % une invasion vasculaire Parmi les patients, 15 % avaient un score ALBI de 3 et 41 % avaient un AFP > 400 ng/ml. Les caractéristiques des patients (fonction hépatique, degré d'hypertension portale et caractéristiques tumorales) étaient similaires en fonction du nombre de FDRMet.
Le suivi médian était de 10,3 mois et la SSP était de 30 % à 12 mois (médiane SSP 6,5 mois). En analyse univariée, le score MELD (HR = 1,07, IC à 95 % [1,02-1,11], p = 0,002), le grade ALBI 3 (HR = 1,86, IC à 95 % [1,32-2,63], p < 0,001), le taux d'AFP (HR = 1,00, IC à 95 % [1,00-1,01], p = 0,02) et la présence de métastases (HR = 1,61, IC à 95 % [1,21-2,14], p = 0,002) étaient associés à la SSP, mais pas la présence de la MASLD ni de la présence d'un FDRMet unique ou combiné. En analyse multivariée, seuls le grade ALBI 3 (HR = 1,67, IC à 95 % [1,12-2,50], p = 0,005), le taux d'AFP (HR = 1,00, IC à 95 % [1,00-1,00], p = 0,02) et la présence de métastases (HR = 1,73, IC à 95 % [1,28-2,32], p < 0,001) étaient associés à la SSP. La SSP était similaire en fonction du nombre de FDRMet en analyse Log rank.
La survie globale était de 59 % à 12 mois pour l'ensemble des patients (médiane OS 15,6 mois). Le décès était lié au CHC dans 82 % des cas, à une insuffisance hépatique dans 12 % des cas et à d'autres causes dans 6 % des cas. En analyse multivariée, seuls la présence d'une dyslipidémie HR=1.86, 95% CI [1.27-2.72], p=0.001), le grade ALBI 3 (HR = 1,68, IC à 95 % [1,05-2,70], p = 0,03), le taux d'AFP > 400 ng/ml (HR = 1,76, IC à 95 % [1,24-2,47], p = 0,001), le CHC multinodulaire

(HR = 1,70, IC à 95 % [1,13-2,58], p = 0,01) et la présence d'un CHC infiltrant (HR = 1,56, IC à 95 % [1,12-2,17], p = 0,008) étaient associés à la survie globale.
Pendant le suivi, 10 % des patients ont présenté des événements indésirables immuno-médiés. Seul l'âge (HR = 1,05, IC à 95 % [1,02-1,10], p = 0,004) et le sexe féminin (HR = 2,63, IC à 95 % [1,19-5,87], p = 0,02) étaient indépendamment associés aux effets secondaires immuno-médiés.

Conclusion : La MASLD ou la numbre de MRFMet ne sont pas associées à de moins bons résultats chez les patients atteints de CHC avancé traités par AtezoBev

[ORAL 53]

Étude randomisée de phase 3 testant le tislelizumab (TIS) vs sorafénib comme traitement de première ligne du carcinome hépatocellulaire (CHC) non résécable : RATIONALE-301 sous-groupe de la tranche d'âge ≥ 65 ans

E. Assenat [1], A. Vogel [2], M. Kudo [3], S. Qin [4], Y. Chen [5], S. Li [6], F. Boisserie [6], R. Abdrashitov [7], R. Finn [8], A.X. Zhu [9]

(1) Montpellier ; (2) Hanovre, ALLEMAGNE ; (3) Osaka, JAPON ; (4) Nankin, CHINE ; (5) Pékin, CHINE ; (6) Ridgefield Park, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (7) Fulton, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (8) Los Angeles, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (9) Shanghai, CHINE.

Introduction : Le CHC est l'un des cancers les plus fréquemment diagnostiqués dans le monde, avec un nombre croissant de patients touchés dans la tranche d'âge ≥65 ans. L'étude ouverte de phase 3 RATIONALE-301 (NCT03412773), le TIS, un check point inhibiteur de PD-1, a montré une non-infériorité en survie globale comparativement au sorafénib (Hazard ratio de [HR]: 0,8; intervalle de confiance [IC] à 95%: 0,71; 1,02) et a montré un profil de sécurité favorable comme traitement de première ligne chez des patients présentant un CHC non résécable. Nous présentons ici les résultats du sous-groupe de patients âgés de ≥65 ans de l'étude RATIONALE-301.

Patients et Méthodes : Des patients adultes naïfs à un traitement systémique, présentant un CHC confirmé histologiquement (stade C ou B de la classification BCLC ne pouvant pas faire l'objet d'un traitement locorégional ou ayant progressé après un tel traitement, score de Child-Pugh A), montrant ≥1 lésion mesurable (RECIST v1.1) et un indice de performance ECOG ≤1, ont été randomisés (1:1) pour recevoir le TIS (200 mg par voie intraveineuse toutes les 3 semaines) ou le sorafénib (400 mg par voie orale deux fois par jour) jusqu'à une progression de la maladie, une toxicité intolérable ou le retrait. Le critère d'évaluation principal était la survie globale; les critères d'évaluation secondaires étaient: le taux de réponse objective, la survie sans progression évaluée par un comité indépendant en aveugle, et la tolérance.

Résultats : Au total, 255 des 674 patients randomisés ont été inclus dans l'analyse pour le sous-groupe ≥65 ans (TIS: n=134, sorafénib: n=121), et ayant un âge médian de 71,0 ans (entre 65 et 86 ans). À la date limite de collecte des données (11 juillet 2022), le suivi médian était de 38,9 mois dans le bras TIS vs 39,9 mois dans le bras sorafénib. La majorité des patients du sous-groupe ≥65 ans ont été inclus en Europe/États-Unis et au Japon (66,3% vs 36,9%), et présentaient une maladie moins avancée (stade B de la classification BCLC: 33,3% vs 22,3%; Stade C: 66,7% vs 77,7%; dissémination extrahépatique: 51,4% vs 61,9%; métastases distantes: 49,0% vs 58,5%), un indice de performance plus satisfaisant (indice de performance ECOG 0: 61,2% vs 54,0%), et moins d'infections virales (sans infection: 41,6% vs 24,0%) respectivement par rapport à la population globale. Les patients du sous-groupe ≥65 ans ont montré une survie globale médiane numériquement plus longue (18,2 mois [IC à 95%: 11,6; 24,2] vs 14,2 mois [IC à 95%: 10,5; 19,2]) respectivement dans le groupe du TIS vs le bras du sorafénib; la survie globale médiane dans le sous-groupe ≥65 ans a été plus longue que dans la population globale (15,9 mois [IC à 95%: 13,2; 19,7] vs 14,1 mois [IC à 95%: 12,6; 17,4]) uniquement dans le bras de traitement par TIS. Les patients du sous-groupe ≥65 ans ont présenté un taux de réponse objective confirmée supérieur (18,7% vs 4,1%; OR 5,4 [IC à 95%:2,0; 14,7]) et une survie sans progression médiane plus courte (3,1 mois [IC à 95%: 2,1; 4,2] vs 3,9 mois [IC à 95%: 2,3; 5,4]) respectivement dans les bras TIS vs sorafénib. Comme dans la population globale, les patients traités par le TIS dans le sous-groupe ≥65 ans ont connu des taux d'événements indésirables liés au traitement de grade ≥3 plus faibles (46,6% contre 62,5%) et des événements indésirables liés au traitement de grade ≥3 plus faibles (20,3% contre 52,5%) par rapport aux patients traités par sorafénib.

Conclusion : Dans le sous-groupe de patients âgés de ≥65 ans de l'étude RATIONALE-301, le traitement par TIS a permis d'obtenir une survie globale médiane plus longue et un taux de réponse objective plus élevé qu'au sorafénib; la survie globale médiane plus longue observée avec le TIS dans ce sous-groupe par rapport à la population globale pourrait être attribuée à des déséquilibres régionaux et des caractéristiques initiales plus favorables observées dans ce sous-groupe. Le traitement par TIS a montré un profil de sécurité d'emploi favorable par rapport au sorafénib dans le sous-groupe ≥65 ans, en cohérence avec la population générale.

Remerciements, financements, autres :
Cette étude a été réalisée par BeiGene, Ltd. Un soutien à la rédaction médicale, sous la direction des auteurs, a été fourni par Gemma Walker, BSc, d'Ashfield MedComms, une société Inizio, et a été financé par BeiGene, Ltd. Ce résumé a été présenté pour la première fois lors du congrès mondial sur le cancer gastrointestinal qui s'est tenu à Barcelone en Espagne du 28 Juin au 1er Juillet 2023.

O154

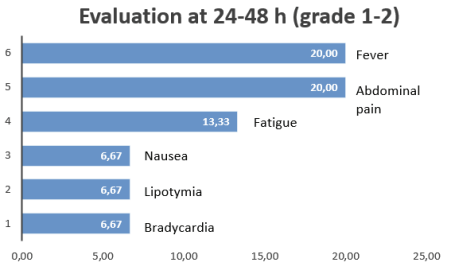
Radioembolisation à l'holmium 166 (166Ho) utilisant une dosimétrie prédictive personnalisée chez les patients atteints de carcinome hépatocellulaire : une étude prospective et monocentrique (RETOUCH)

A.M. Bucalau [(1)], B. Collette [(1)], I. Tancredi [(1)], I. Vierasu [(1)], F. Tannouri [(1)], M. Pezzullo [(1)], R. Moreno-Reyes [(1)], G. Verset [(1)]
(1) Bruxelles, BELGIQUE.

Introduction : La radioembolisation basée sur la dosimétrie prédictive personnalisée est associée à un meilleur résultat pour les patients atteints de carcinome hépatocellulaire (CHC). L'utilisation de l'Holmium 166 (166Ho) pourrait offrir une approche plus individualisée en termes d'imagerie et de dosimétrie. Notre objectif est d'évaluer la faisabilité et la sécurité de la radiothérapie interne sélective (SIRT) au 166Ho utilisant une dose administrée à la tumeur plus élevée que celle précédemment appliquée.
Pour planifier le traitement, un 166Ho-«scout »(c'est-à-dire une petite quantité des mêmes microsphères que celles utilisées pour le traitement lui-même) sera utilisé pour simuler la procédure 166Ho-SIRT au lieu des particules d'albumine macro-agrégées au 99m-technétium (99mTc-MAA) habituellement utilisées pour la Yttrium 90 (90Y) SIRT. L'utilisation du 166Ho-« scout » semble améliorer la valeur prédictive pour l'évaluation du shunt pulmonaire et de la distribution intrahépatique de l'activité, probablement suite à l'utilisation des mêmes microsphères pour les procédures de planification et de traitement.

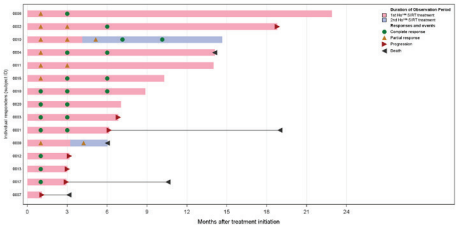
Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude pilote, ouverte, prospective, non randomisée, monocentrique, qui a inclus des patients atteints de CHC ayant reçu 166Ho-SIRT si le bilan utilisant le 166Ho-« scout » montrait une dose absorbée par la tumeur ≥ 150 Gy, une dose absorbée par le foie non tumoral inférieure à 60 Gy et une dose absorbée par les poumons inférieure à 30 Gy. Les critères d'évaluation principales étaient la faisabilité et les profils de toxicité et sécurité à 24-48h et à 1 mois. Les taux de réponse objective (ORR) à 3 mois (mRECIST, RECIST 1.1 et réponse métabolique par FDG et choline TEP TDM) et le temps jusqu'à progression (TTP) représentaient les critères d'évaluation secondaires.

Résultats : Au total, 15 patients atteints de tumeurs de grande taille (diamètre moyen 55,67±28,42 mm) ont reçu 17 traitements par 166Ho-SIRT entre juillet 2020 et juin 2022. Toutes les tentatives de traitement ont abouti à un succès d'administration. La dose tumorale moyenne administrée était de 183,18±71,71 Gy, tandis que la dose hépatique non tumorale était de 30,29±14,56 Gy. La durée médiane du suivi était de 12 mois (IQR 9-16). Seuls des effets indésirables cliniques et biologiques de grade 1-2 ont été observés (Figure 1). Il n'y a pas eu de décompensation hépatique.

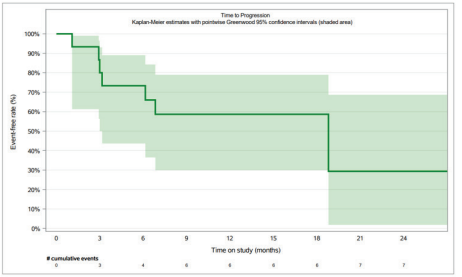


Quatorze patients ont bénéficié d'une évaluation morphologique et métabolique à 3 mois. Une réponse objective dans les lésions cibles a été observée dans 100 % des cas (RC dans 78,57 % [11 sur 14] et RP dans 21,43 % [3 sur 14] selon mRECIST. Une réponse partielle a été observée dans 57,14 % [8 sur 14] et une stabilité dans 42,86 % [6 sur 14]) des cas selon RECIST 1.1. Néanmoins, 4 patients ont eu une progression en dehors de la zone traitée (28,57%). La

réponse globale par patient était de 71,43% (10 sur 14, CR 57,14% et PR 14,29%) selon mRECIST et de 50% (7 sur 14, PR) selon RECIST 1.1 (Figure 2).



Onze patients présentaient une activité métabolique (FDG et/ou choline) au départ. Une réponse métabolique a été observée dans 72,73 % (8 sur 11) des cas et aucune réponse dans 27,27 % (3 sur 11).
Par ailleurs, nous avons été surpris de déjà observer à un mois une réponse selon mRECIST pour la majorité des patients (93,34% [14 sur 15]).
Le TTP médian était de 18,8 mois (intervalle 2,9 ; n.e.) (Figure 3).



Conclusion : La thérapie personnalisée 166Ho-SIRT avec une dose tumorale ≥ 150 Gy était faisable et sûre pour les patients atteints de CHC avec des taux de réponse prometteurs.

O55

CHKA, un « marqueur-cible» potentiel pour le CHC-MASLD à un stade précoce de fibrose : analyse par approche des omiques

J. Sun [1], F. Dahboul [1], E. Pujos-Guillot [1], S. Durand [1], M. Petera [1], D. Centeno [1], B. Colsch [1], G. Zoulim [1], D. Weil Verhoeven [2], V. Di Martino [2], A. Demidem [1], A. Abergel [1]
(1) Clermont-Ferrand ; (2) Besançon.

Introduction : Récemment, l'AASLD a défini une nouvelle nomenclature concernant la maladie stéatosique du foie. La « MASLD » (Metabolic Dysfonction Associated Steatotic Liver Disease) désigne les patients atteints de stéatose hépatique ayant au moins un facteur de risque cardio-métabolique. La MASLD est devenue la cause la plus fréquente de maladie chronique du foie en Europe avec une prévalence d'environ 23.7%. Trente à 40 % des CHC-MASLD surviennent en l'absence de fibrose ce qui pose un défi en terme de détection précoce [1]. Précédemment, nous avons rapporté l'existence de 2 phénotypes de CHC-MASLD, par analyse de métabolomique, selon la sévérité de la fibrose (F0F1 vs. F3F4) [2]. L'objectif de cette étude est d'explorer d'une part les voies du métabolisme lipidique par les « omiques »et d'autre part d'identifier des biomarqueurs tissulaires du CHC-MASLD selon le degré de fibrose.

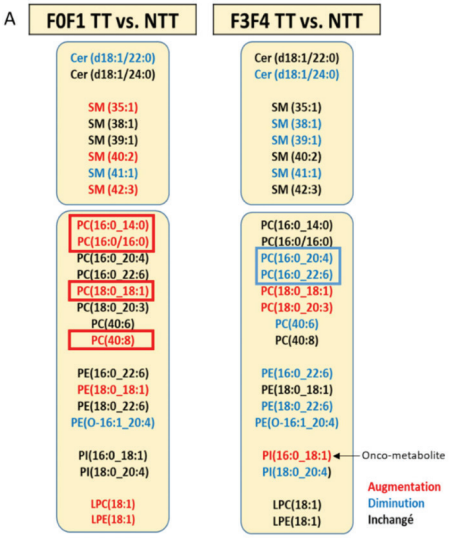
Matériels et Méthodes : Notre cohorte comprend 56 paires de tissus hépatiques humains, tumoraux et non-tumoraux (F0F1 = 28, F3F4 = 28), ainsi que 5 tissus hépatiques sains utilisés comme control (CRB Liver). Une approche d'analyse métabolomique non ciblée par chromatographie liquide-spectrométrie de masse (LC-MS) a été réalisée. En parallèle, une analyse par qRT-PCR axée sur l'expression de 14 gènes impliqués dans les principales voies du métabolisme lipidique a été effectuée (Tableau 1). Pour chaque groupe, le CHC a été comparé à son propre NTT ainsi qu'aux tissus hépatiques sains.

Résultats : Nous avons identifié 30 métabolites dans les extraits de tissu tumoral (TT) et non-tumoral (NTT) par LC-MS(Fig.1A). Dans le groupe CHC-MASLD-F0F1, les taux de sphingolipides tel que les céramides Cer(d18:1/22:0), les sphingomyélines SM(41:1) ainsi que le phosphatidyléthanolamine PE(O-16:1_20 :4) sont sous-exprimés. En revanche, les taux des SM (35:1), SM (40:2) et SM (42:3) ainsi que les contenus en glycérophospholipides, tels que les phosphatidylcholines PC (16:0_14:0), PC(16:0/16:0), PC(18:0_18:1), PC(40:8) et PE(18:0_18:1) sont sur-exprimés dans ce même groupe. Dans le CHC-MASLD-F3F4, le contenu en métabolites est diminué de 50% par rapport au tissu non tumoral. Cependant on note que les taux des métabolites tels que PC (18:0_18:1), PC(18:0_20:3) et phosphatidylinositol PI(16:0_18:1), sont sur-exprimés. Ce dernier métabolite est considéré comme un onco-métabolite.
En parallèle, les résultats de l'analyse transcriptomique par qRT-PCR ont montré que parmi les 14 gènes étudiés, l'expression d'ARN de 6 gènes, codant pour CHKA, DGAT1, MBOAT7, SPTLC2, SMPD1 et SGMS1 est exclusivement sur-exprimée dans MASLD-TT-F0F1 (Tableau 1, Fig. 1B). En revanche, l'expression d'ARN de ces mêmes 14 gènes reste inchangée dans le groupe MASLD-F3F4 (Tableau 1).

Tableau 1. Expressions géniques différentes selon le niveau de fibrose hépatique

Genes	Abbreviation	F0F1 TT vs. NTT	F3F4 TT vs. NTT
Acetyl-CoA Acetyltransferase 2	ACAT2	–	–
Acyl-CoA Oxidase 1	ACOX1	–	–
Arylacetamide deacetylase-like 1	AADACL1	–	–
Choline Kinase Alpha	CHKA	↗	–
Diacylglycerol acyltransferase-1	DGAT1	↗	–
Diacylglycerol acyltransferase-2	DGAT2	–	–
Glutamate-ammonia ligase	GLUL	–	–
Membrane bound O-acyltransferase domain containing 7	MBOAT7	↗	–
Serine palmitoyltransferase long chain base subunit 1	SPTLC1	–	–
Serine palmitoyltransferase long chain base subunit 2	SPTLC2	↗	–
Sphingomyelin phosphodiesterase 1	SMPD1	↗	–
Sphingomyelin phosphodiesterase 3	SMPD3	–	–
Sphingomyelin Synthase 1	SGMS1	↗	–
Sphingomyelin Synthase 2	SGMS2	–	–

L'ensemble de ces données permet d'appuyer l'existence de 2 phénotypes de CHC-MASLD selon la sévérité de fibrose.
Par ailleurs, il ressort que l'augmentation de l'expression du gène codant pour CHKA est en accord avec nos précédentes données de métabolomique. En effet, nos résultats ont rapporté une accumulation importante des dérivés de la phosphocholine exclusivement dans les extraits de tissus tumoraux, avec ou sans fibrose minime.
Ces observations suggèrent que la choline peut servir de marqueur en imagerie dans le CHC-MASLD chez les patients présentant une fibrose minime de stade F0 à F1.



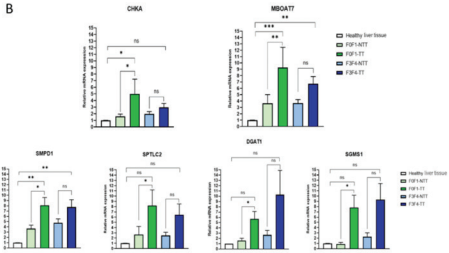
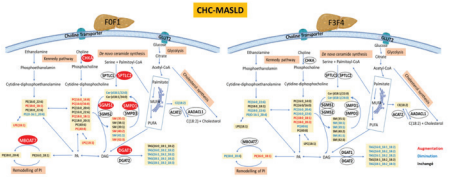


Fig. 1 A) Analyse métabolomique par LC-MS. Cer, Céramide; CE, Ester de Cholestérol; LPC, Lysophosphatidylcholine; LPE, Lysophosphatidyléthanolamine; PC, Phosphatidylcholine; PE, Phosphatidyléthanolamine; PI, Phosphatidylinositol; SM, Sphingomyéline; TAG, Triacylglycérol; **B)** Analyse transcriptomique par qRT-PCR. *, $p<0,05$; **, $p<0,005$; ***, $p<0,005$; ns, Non-Significatif.



Conclusion : Les analyses par « omiques » permettent de : 1) discriminer CHC-MASLD en fonction de la sévérité de la fibrose ; 2) proposer un traceur pour le CHC-MASLD avec ou sans fibrose minimale. Cette observation pourrait conduire à une application clinique : la choline marquée pouvant être privilégiée en tant que traceur plus efficace pour le PET-scan chez les patients présentant un CHC développé sur MASLD à un stade précoce de fibrose.

C156

Carcinome hépatocellulaire sur maladie hépatique stéatosique associée à un dysfonctionnement métabolique (MASLD) : étude multicentrique comparant les patients avec et sans cirrhose sous-jacente

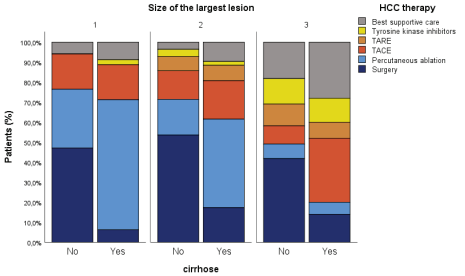
C. Vitellius [1], E. Desjonquères [2], M. Lequoy [2], G. Amaddeo [3], I. Fouchard [1], G. Nkontchou [4], C. Canivet [1], M. Ziol [4], H. Regnault [3], A. Lannes [1], F. Oberti [1], J. Boursier [1], N. Ganne-Carrié [4]

(1) Angers ; (2) Paris ; (3) Créteil ; (4) Bondy.

Introduction : Outre son incidence croissante, le carcinome hépatocellulaire (CHC) lié à la maladie stéatosique associée à un dysfonctionnement métabolique (MASLD) reste mal caractérisé. Notre étude a comparé les caractéristiques, la prise en charge, le pronostic et l'évolution du CHC lié à la MASLD en fonction de la présence ou non d'une cirrhose sous-jacente dans la plus large cohorte multicentrique nationale.

Patients et Méthodes : 354 patients avec un CHC lié à la MASLD présentés en réunions de concertation pluridisciplinaire dédiées aux tumeurs primitives du foie dans 4 centres experts universitaires français entre 2007 et 2018 ont été inclus. Les données ont été extraites des bases de données locales et du registre français des naissances et des décès.

Résultats : 124 CHC (35 %) étaient développés en l'absence de cirrhose. Le diagnostic de CHC était établi à l'occasion d'un dépistage chez 60% des patients avec cirrhose, de manière fortuite chez 72% des patients sans cirrhose, et comme attendu le plus souvent par histologie chez les patients non cirrhotiques (81% vs 49% chez les patients cirrhotiques, p<0,001). Les patients sans cirrhose étaient plus âgés, avaient plus fréquemment des CHC de plus de ≥5 cm (55% vs 28%, p<0,001) mais aussi une meilleure fonction hépatique que les patients avec cirrhose. La moitié des patients avaient un stade tumoral localisé (BCLC 0 ou A) qu'ils aient une cirrhose ou non. En analyse univariée, les patients sans cirrhose présentaient une meilleure survie globale que les patients avec cirrhose (p=0,043). Cependant, la cirrhose n'était pas associée de manière indépendante à la survie globale, les facteurs pronostiques indépendants étant l'âge, la fonction hépatique, la charge tumorale et la classification BCLC. Les patients sans cirrhose ont été plus souvent opérés que les patients avec cirrhose (41% vs 11%, p<0.001), même en cas de grosse tumeur ≥5cm (42% vs 14%, p=0.002) ou de ≥4 lésions (19% vs 2%, p=0.024). Parmi ceux qui ont été opérés, la survie n'était pas significativement différente entre les patients cirrhotiques et non cirrhotiques (p=0.074). Sur la période d'étude, les cas de CHC sur MASLD ont augmenté au cours du temps mais le ratio cirrhose/non cirrhose est quant à lui resté stable.



Conclusion : 35% des CHC liés à la MASLD se développent dans un foie non cirrhotique. Alors qu'ils présentent des facteurs de mauvais pronostic (âge et taille de la tumeur plus élevés), les CHC sur MASLD développés en l'absence de cirrhose bénéficient d'une prise en charge plus radicale grâce à la préservation de la fonction hépatique, rendant ainsi probablement compte de l'absence de différence significative de survie globale par rapport aux patients atteints de CHC sur cirrhose observée en analyse multivariée

C157

Helicobacter pylori : le meilleur traitement est parfois l'abstention. Données issues de 364 dossiers de la RCP du Groupe d'Etude Francais des Helicobacter (GEFH)

F. Heluwaert [1], A. Amiot [2], P. Lehours [3], D. Moussata [4], C. Burucoa [5], J. Raymond [6], A.L. Betegnie [1], S. Diamantis [7], E. Bessede [3], M. Pichon [5], S. Trombert-Paolantoni [8], J.D. de Korwin [9], F. Mégraud [3], C. Ribaud [10], D. Lamarque [11]

(1) Annecy ; (2) Le Kremlin-Bicêtre ; (3) Bordeaux ; (4) Tours ; (5) Poitiers ; (6) Paris ; (7) Melun ; (8) Cergy-Pontoise ; (9) Nancy ; (10) Strasbourg ; (11) Boulogne-Billancourt.

Introduction : Toute découverte d'une infection à *Helicobacter pylori* fait habituellement proposer un traitement d'éradication devant la gravité potentielle de ses complications (adénocarcinome gastrique – ulcère gastro-duodénal). Néanmoins, au terme de leur vie, 70% des patients infectés auront une évolution finalement indolente de l'infection. Cette constatation incite à évaluer les indications d'éradications en perspective du bénéfice attendu.

Patients et Méthodes : Le GEFH propose depuis 2019 une assistance par mail (RCP GEFH) pour les dossiers « délicats ». La RCP GEFH est composée de 12 praticiens (gastroentérologues, infectiologues, pharmaciens et microbiologistes). Les décisions sont prises de façon consensuelle par l'ensemble des membres de la RCP GEFH. Chaque proposition de prise en charge est rendue aux médecins demandeurs. Les indications d'éradication, données endoscopiques, histologiques, bactériologiques et les lignes antérieures de traitement sont connues. Il s'agit d'une étude observationnelle, rétrospective portant sur tous les dossiers consécutifs discutés en RCP GEFH entre janv 2019 et oct 2023.

Résultats : L'analyse porte sur 364 dossiers, soumis par 301 médecins (mode d'exercice : libéral 56%, CHG 30%, CHU 10%, autre 4%). Le délai de réponse de la RCP était de 15 jours (1-68). Tous les patients étudiés (264 femmes soit 72,5%), âge médian 53 ans (ext 13-81) avaient déjà reçu au moins une ligne de traitement d'éradication (moyenne 2,5 tentatives (ext(1-7) pour une des indications suivantes : Dyspepsie non ulcéreuse (n= 256), Ulcère gastro-duodénal (UGD) (n=49), IPP au long cours (n=47), antécédent familial de cancer gastrique (n= 27), carence en fer ou B12 (n=27), découverte fortuite (n=20), chirurgie bariatrique (n=19), lésion pré néoplasique gastrique (n=14), lymphome de la zone marginale du MALT (n=3), gastrectomie partielle pour cancer (n=1). Une allergie médicamenteuse était auto-déclarée chez 101 (27,7%) patients, dont 77 aux béta-lactamines. Les lésions endoscopiques décrites étaient les suivantes : gastrite et/ou duodénite (n=182), endoscopie normale (n=150), pathologie ulcéreuse gastroduodénale (n=26), MALT (n=2), autre (n=2), non disponible (n=2). Sur le plan anatomo-pathologique, 112 avaient des lésions pré-néoplasiques: atrophie isolée (n=65), métaplasie intestinale (n=55), dysplasie (n=2), gastrite folliculaire (n=16). 208 patients n'avaient aucune lésion pré-néoplasique justifiant l'éradication d'Hp. Les données microbiologiques étaient disponibles dans 92% (335/364) des cas et mettaient en évidence une résistance à la clarithromycine dans 76% des cas, à la levofloxacine dans 54% des cas et aux deux dans 46% des cas. Seuls 3,5% des souches d'Hp étaient résistantes à la rifampicine.
Les schémas inadaptés (antibiotiques non recommandés ou association non recommandée) représentaient respectivement 2% des traitements en 1ère ligne, 5,6% en 2ème ligne, 17,4% en 3ème ligne et 27,7% au-delà de la 3ème ligne.
Au total, 70% (255/364) des demandes de RCP GEFH reposaient sur des indications d'éradication discutables selon les recommandations de bonne pratique de la Haute Autorité de Santé et du GEFH (dyspepsie non ulcéreuse, syndrome carentiel, examen de dépistage avec découverte fortuite de l'infection Hp). Par ailleurs, ces patients avaient une gastroscopie normale dans 122 (47,8%) cas, et/ou sans aucune lésion pré néoplasique (n=153) pour lesquelles la RCP s'est positionnée en faveur d'une abstention thérapeutique par défaut d'indication d'éradication (n=46) ou

d'une surveillance endoscopique avec chromo-endoscopie à 3 ans (n=130).
Les résultats préliminaires d'un travail avec le laboratoire Cerba (acteur majeur du rendu des antibiogrammes d'*H. pylori* sur le territoire) montre que dans ces situations de recours, moins de 30% des souches clari R levo R sont soumises à l'avis de la RCP .

Discussion : Les problématiques les plus fréquemment observées au cours de la RCP concernaient l'allergie supposée à l'amoxicilline, des indications d'éradication parfois discutables, un recours utile à la rifabutine en cas de souche multirésistante et des situations d'impasse thérapeutique.

Conclusion : Ces données montrent que la prescription d'un traitement d'éradication ne tient pas suffisamment compte du contexte clinique. Les patients sans lésion endoscopique ou de gastrite compliquée et ayant une souche multi résistante ne justifient pas de nouvelle tentative d'éradication. La fréquence de cette situation, laisse supposer de trop nombreuses prescriptions inappropriées d'antibiotiques, notamment de rifabutine. La diffusion de nouvelles recommandations sur les indications formelles du traitement d'éradication et de l'arrêt des tentatives semblent indispensables.

C158

Facteurs de risques de dysplasie chez les patients atteints de métaplasie intestinale gastrique

T. Bazin [1], C. Julié [2], J.P. Lamarque [3], J.F. Emile [1], D. Lamarque [1]

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

Introduction : Les lésions de la muqueuse gastrique prédisposant au cancer sont difficilement détectables en endoscopie. Il s'agit de l'atrophie glandulaire et de la métaplasie intestinale, prédisposant à la dysplasie épithéliale elle-même précédant l'adénocarcinome. Le dépistage de la dysplasie épithéliale repose selon les recommandations européennes sur la répétition d'endoscopies de surveillance tous les 1 à 3 ans en cas d'atrophie glandulaire ou de métaplasie intestinale, en fonction de leur sévérité, de leur étendue et de l'existence de facteurs de risque. Les facteurs associés à la présence de dysplasie sont mal connus. Les préciser permettrait de personnaliser et d'améliorer son dépistage. Le but de cette étude était de déterminer la fréquence de la dysplasie par des cartographies biopsiques systématiques, ainsi que d'identifier les facteurs associés à sa présence, dans la cohorte GASTRIMED composée de sujets présentant des lésions de métaplasie intestinale.

Patients et Méthodes : De juin 2012 à juin 2023, 132 sujets présentant des lésions de métaplasie intestinale de l'antre gastrique ou du fundus ont été inclus dans la cohorte monocentrique GASTRIMED. Pour chaque patient était renseigné le pays de naissance, la profession et celle des parents, les antécédents familiaux au premier degré de cancer gastrique, la consommation de tabac et d'IPP. Tous les patients bénéficiaient d'une endoscopie œso-gastro-duodénale comportant un examen de la muqueuse gastrique en lumière bleue/verte (NBI®), des biopsies ciblées en cas de lésions identifiées, et une cartographie biopsique comportant des biopsies systématiques 9 sites dans l'antre, l'angle et le corps gastrique. L'analyse anatomopathologique était réalisée par deux pathologistes experts et le diagnostic de dysplasie épithéliale était confirmé par une analyse collégiale. La sévérité de l'atrophie glandulaire ou de la métaplasie intestinale était gradée de 0 à 3. Les scores histologiques OLGA et OLGIM de sévérité et d'extension de l'atrophie et de la métaplasie intestinale étaient calculés. La recherche de facteurs associés au diagnostic de dysplasie était réalisée par analyse uni puis multivariée.

Résultats : 132 sujets (âge moyen 66 ans SEM 12,8 ans) dont 65% de femmes ayant des lésions de métaplasie intestinales de l'antre (45,5%), de l'angle (39,4%) et/ou du fundus (60%) ont été inclus. 34% présentaient une atteinte diffuse.
Le pays de naissance était la France dans 31% des cas et l'Afrique du Nord dans 32% des cas. La catégorie socio professionnelle des sujets était ouvrière dans 11 % des cas. Des antécédents familiaux au premier degré de cancer gastrique étaient retrouvés dans 7,5% des cas, la consommation de tabac dans 34 % des cas et la prise d'IPP dans 9,4% des cas.
La dysplasie était observée dans 28 cas (21,2%) dont 4 cas de haut grade. Sa localisation était l'antre dans 19 cas, l'angle dans 16 cas et le fundus dans 8 cas. Elle était diffuse dans 8 cas. La dysplasie était plus fréquente chez les hommes (41% *versus* 10% chez les femmes), avec l'âge (âge médiane 71 ans vs 64 ans) et chez les fumeurs (13,2% vs 5,7%).
Ni un antécédent familial de cancer gastrique, ni la catégorie socio-professionnelle, ni l'origine géographique, ni la consommation d'IPP n'étaient associés à la présence de dysplasie.
Les facteurs anatomo-pathologiques associés à la présence de dysplasie étaient la sévérité de l'atrophie glandulaire antrale ($p<0,01$) ou angulaire ($p<0,01$) et la sévérité de la métaplasie intestinale dans l'antre ($p<0.01$) ou dans l'angle ($p<0.01$). La présence d'une atrophie ou d'une métaplasie intestinale modérée à sévère dans l'antre ou l'angle étaient associée à la dysplasie avec une sensibilité respectivement de 74 et 82% et une spécificité respectivement de 60 à 65%. Les risques relatifs de dysplasie pour ces lésions étaient respectivement de 3,8 et 5,2.
La dysplasie était associée à la sévérité du score OLGIM ($p<0,05$) mais pas à celle du score OLGA. La sensibilité et la

spécificité des scores les 3-4 de OLGIM vs les scores 0-2 était de 71,4% et de 55,8% respectivement.

Conclusion : Dans notre centre, la recherche systématique de dysplasie par des biopsies étagées gastriques permet de la détecter chez un cinquième des sujets ayant des lésions de métaplasie intestinale.
Les facteurs épidémiologiques associés à sa présence sont l'âge, le sexe masculin et la consommation de tabac. La présence de lésions d'atrophie ou de métaplasie intestinale modérée à sévère dans l'antre et l'angle sont les meilleurs facteurs anatomo-pathologiques associés à la dysplasie.

Remerciements, financements, autres :
Etude financée par la bourse COMAD de la SNFGE.

C159

Diverticules de l'œsophage : évaluation des troubles de la motricité en manométrie haute résolution et apport des tests de provocation

L. Baravian [(1)], C. Melchior [(2)], S. Hambli [(1)], J. Branche [(1)], R. Gérard [(1)], F. Wuestenberghs [(3)], G. Piessen [(1)], G. Gourcerol [(2)], P. Wils [(1)]
(1) Lille ; (2) Rouen ; (3) Bobigny.

Introduction :
Les diverticules du tiers moyen ou inférieur de l'œsophage sont classiquement décrits comme associés à des troubles de la motricité œsophagienne. Peu d'études se sont intéressées à l'évaluation des troubles de la motricité œsophagienne en manométrie haute résolution (MHR) en cas de diverticule de l'œsophage. L'objectif principal de notre étude était d'évaluer la présence des troubles moteurs de l'œsophage en MHR chez les patients présentant un diverticule du tiers moyen ou inférieur de l'œsophage, et l'apport des tests de provocation.

Patients et Méthodes : Nous avons identifié de manière rétrospective entre 2010 et 2022, au sein de deux centres hospitaliers universitaires, les patients présentant un diverticule de l'œsophage du tiers distal ou moyen et ayant bénéficié d'une MHR. Nous avons analysé les tracés de MHR après déglutitions humides (protocole conventionnel), et après tests de provocation aux liquides et/ou aux solides. Nous avons également calculé les pentes de pression durant la phase de compartimentalisation. Les facteurs associés à la présence ou non d'un trouble moteur œsophagien ou de la dysphagie ont été évalués par un test de Mann-Whitney pour les variables quantitatives et un test exact de Fisher ou de Chi2 pour les variables qualitatives.

Résultats : 39 patients ont été inclus. La MHR après déglutitions humides retrouvait un trouble de la motricité œsophagienne chez 20 patients (51.3%), dont un diagnostic d'achalasie chez 7 patients (18%) et d'obstruction de l'écoulement de la jonction œso-gastrique (JOG) chez 3 patients (7.7%). Vingt-neuf patients (74%) ont bénéficié d'un test de provocation avec déglutitions aux solides. Le test avec déglutitions aux solides a modifié le diagnostic manométrique (posé après protocole conventionnel) chez 7 patients (24.1%), révélant un trouble de la relaxation du sphincter inférieur de l'œsophage. Cinq patients (13%) ont bénéficié d'un test de provocation aux liquides sans modifier le diagnostic initial. Les médianes des pentes de pressions durant la phase de compartimentalisation, calculées pour 30 patients, étaient élevées, sans différence significative entre les patients présentant ou non un trouble de la motricité (p=0.10 à mi-hauteur de l'œsophage et p=0.29 en regard du point de décélération distal). Une prise en charge thérapeutique médicale, endoscopique ou chirurgicale a été proposée pour 3, 6 et 10 patients, respectivement. Le taux de succès (selon l'avis du praticien en charge du patient) était de 0% après dilatation (n=1), de 33.3% après toxine botulique (n=3), de 100% après myotomie endoscopique (n=2) et de 100% après chirurgie (myotomie de Heller, n=6 ; diverticulectomie, n=4)(médiane de suivi :11 mois).

Conclusion : Plus de la moitié des patients atteints d'un diverticule du tiers distal ou moyen de l'œsophage avaient une anomalie de la motricité œsophagienne en MHR. Nous rapportons pour la première fois l'utilité en pratique clinique de la réalisation des tests de provocation avec déglutitions aux solides au cours de la MHR chez ces patients, permettant une reconsidération du diagnostic chez 24% des patients. Les pentes de pression durant la phase de compartimentalisation étaient élevées chez tous les patients, qu'ils aient ou non un trouble de la motricité associé, suggérant une anomalie de la distensibilité œsophagienne en cas de diverticule.

C-160

Les pathologies fonctionnelles œsophagiennes représentent la première cause d'échec du traitement médical chez les patients avec RGO documenté. Résultats d'une étude rétrospective monocentrique

C. Gabriel [1], A. Berger [1], B. Vauquelin [1], M. Saunier [1], F. Zerbib [1]
(1) Bordeaux.

Introduction : En cas de symptômes de reflux gastro-œsophagien typiques, les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) sont en échecs dans 30 à 40% des cas. Les pathologies fonctionnelles œsophagiennes (pyrosis fonctionnel, hypersensibilité au reflux) représentent la principale cause d'échec du traitement médical en l'absence de RGO documenté. Les causes d'échec du traitement médical chez les patients avec RGO prouvé sont mal connues. Le but de cette étude était d'évaluer la prévalence des pathologies fonctionnelles œsophagiennes (PFO) chez les patients avec RGO.

Patients et Méthodes : Nous avons inclus dans une étude rétrospective monocentrique tous les patients consécutifs adressés entre Janvier 2020 et septembre 2023 pour symptômes de reflux typiques (pyrosis, régurgitations) réfractaires. La présence d'un RGO était affirmée selon les critères de Lyon 2.0 sur les données de l'endoscopie et de la pHmétrie (Filaire ou sans fil) ou pH-impédancemétrie effectuées sans traitement. Les patients avec RGO documenté étaient évalués par pH-impédancemétrie de 24 heures avec double dose d'IPP. Les PFO étaient définies selon les critères de Rome IV (pyrosis fonctionnel PF, hypersensibilité au reflux HR). Etaient également évalués par questionnaires spécifiques la présence de pathologies fonctionnelles digestives associées, les niveaux d'anxiété et dépression (questionnaire HAD), l'index de sensibilité viscérale (ISV), le score symptomatique RDQ.

Résultats : Au total, sur 168 patients consécutifs avec symptômes de reflux typiques réfractaires aux IPP, les données complètes (avec questionnaires) étaient disponibles chez 88 patients (58 femmes, âge moyen 46,5 +/-17 ans). Le bilan initial sans traitement montrait la présence d'un RGO pathologique chez 50 (56,9%) patients (œsophagite grade B-D= 10 (11,4%), pHmétrie positive = 40 (45,5%)), et une PFO chez 38 (43,1%) patients (24 HR, 14 PF). Parmi les 50 patients avec RGO pathologique, 32 (12,5%) ont une pH-impédancemétrie sous traitement montrant un RGO réfractaire dans 4 cas (12,5%) et une PFO dans 28 cas (87,5%) (PF= 13, HR= 9, pas de symptômes =6). En comparaison des patients avec PFO seules, les patients avec PFO+RGO avaient des profils symptomatiques similaires : troubles fonctionnels digestifs associés SII (29,4% vs 19,2%; p= 0,3) et DF (41% vs 50%; p=0,5), scores RDQ (p=0,8), score HAD total (p=0,5), sous-score anxiété (p=0,6), sous-score dépression (p=0,5) et ISV (p=0,3).

Conclusion : Les pathologies fonctionnelles œsophagiennes représentent de loin la principale cause d'échec du traitement médical chez les patients avec RGO documenté. Les patients avec pathologie fonctionnelle œsophagienne et RGO ont les même profils symptomatiques que les patients avec pathologie fonctionnelle sans RGO. L'échec du traitement médical chez un patient avec RGO documenté impose la réalisation d'une pH-impédancemétrie sous traitement pour évaluer la présence d'un authentique RGO réfractaire avant d'envisager une prise en charge chirurgicale.

C-161

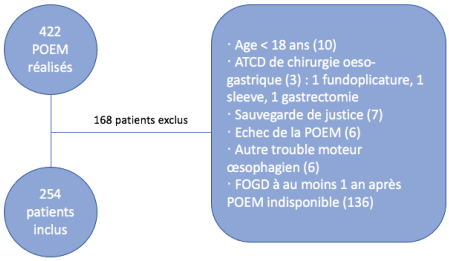
Reflux gastro-œsophagien après myotomie endoscopique du cardia pour achalasie : évaluation rétrospective d'une cohorte monocentrique

L. Estermann [1], S. Testu [2], J. Rivory [2], F. Rostain [2], T. Ponchon [2], M. Pioche [2], S. Roman [2], F. Mion [2]
(1) Nancy ; (2) Lyon.

Introduction : La myotomie per endoscopique (POEM) du cardia est devenue une technique de première intention pour traiter l'achalasie. La POEM a montré son efficacité dans le traitement de cette maladie, mais des controverses persistent concernant la prévalence du reflux gastro-œsophagien (RGO) survenant après cette procédure, en partie en raison des difficultés à évaluer le RGO dans le contexte de l'achalasie. L'objectif de cette étude était d'évaluer le RGO après la POEM en se basant sur l'apparition d'une œsophagite érosive endoscopique au moins 1 an après la procédure, la présence de symptômes et l'utilisation d'inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) pendant le suivi.

Patients et Méthodes : Cette étude rétrospective et monocentrique a inclus des patients âgés d'au moins 18 ans atteints d'achalasie, qui ont subi une POEM entre 2012 et 2021, quel que soit leur antériorité de traitement de l'achalasie. Nous avons examiné l'apparition d'une œsophagite érosive par endoscopie digestive haute au moins un an après la POEM, les symptômes de RGO sur la base d'un questionnaire validé (GerdQ), et la consommation d'IPP.

Résultats : Parmi une cohorte consécutive de 422 patients traités par POEM, un total de 254 patients a été inclus (Figure 1). Une endoscopie digestive haute a été réalisée après un suivi moyen de 1,9 +/- 1,5 ans. 71/254 (28 %) présentaient une œsophagite érosive, dont 61/71 (86 %) de grade A ou B selon la classification de Los Angeles. 30,7 % étaient sous IPP au moment de l'endoscopie. Lors de la dernière consultation de suivi (moyenne de 4,5 +/- 2,2 ans), 44,5 % des patients étaient sous IPP. Le score moyen du questionnaire GerdQ était de 2,2 +/- 2,7 avec seulement 13 patients (6,5 %) ayant un score ≥ 8 (symptômes significatifs de RGO). Le succès clinique du traitement (score d'Eckardt ≤ 3) a été obtenu chez 79,5 % des patients lors de la dernière consultation. Une endoscopie de suivi était disponible dans seulement 60 cas (suivi moyen de 4,8 +/- 1,8 ans, plage : 2-10 ans), avec 14 cas (23,3 %) d'œsophagite érosive (9 grade A, 4 grade B, 1 grade C) et 1 cas d'endobrachyœsophage EBO (C0M1). Il n'a pas été identifié de facteurs de risque de RGO post-POEM.



Discussion : L'évaluation du RGO après la POEM est un processus complexe qui nécessite une évaluation combinée des symptômes, prise d'IPP, résultats endoscopiques et pH-métriques. Mais les symptômes du RGO et de l'achalasie peuvent être intriqués, et l'utilisation d'IPP n'est pas toujours adéquate.
Dans l'achalasie traitée, il existe un certain degré de désensibilisation viscérale qui empêche de percevoir le reflux, ou en raison d'une irritation chronique de l'œsophage liée à la stase et fermentation, ou une dénervation muqueuse consécutive à la tunnelisation sous-muqueuse et à la myotomie. La surveillance du pH œsophagien est difficile à interpréter dans le contexte de l'achalasie, en raison d'une confusion possible entre le RGO acide et la fermentation liée à la stase œsophagienne.

Dans notre étude, 25 % ont déjà subi une intervention antérieure pour l'achalasie. En revanche, cela peut être un point fort pour notre étude, car malgré le fait qu'un traitement antérieur aurait théoriquement pu avoir un impact sur le reflux, nos taux de reflux et d'utilisation d'IPP étaient faibles après 1 an, et encore plus bas lors du suivi ultérieur, avec un seul patient avec EBO en dysplasie de bas grade. Ainsi, nos résultats ne justifient pas la proposition d'une surveillance endoscopique aussi stricte pour le suivi post-POEM, comme certains l'ont recommandée tous les 1 à 3 ans. De plus, l'hypersensibilité œsophagienne peut être considérée comme un facteur possiblement responsable de la genèse des symptômes de RGO.

Conclusion : Dans cette étude rétrospective évaluant le RGO après POEM pour achalasie, le RGO ne semble pas constituer une menace majeure : l'œsophagite sévère de reflux est rare, les symptômes du RGO sont généralement modérés et facilement contrôlés par le traitement IPP dans la majorité des cas. Des investigations ciblées devraient être entreprises pour une meilleure évaluation du RGO après la POEM. Aucune recommandation de surveillance ne paraît justifiée suivant les résultats de cette étude.

C 62

Evaluation de l'intérêt de l'Endoflip™ pour le diagnostic et le suivi de l'achalasie, en comparaison avec le TOGD

N. Mattio [1], E. Boissier [1], S. Roman [1], F. Mion [1]
(1) Lyon.

Introduction : La mesure de la distensibilité de la jonction œso-gastrique (JOG) par ENDOFLIP™, a été démontrée comme facteur prédictif de la réponse à la myotomie endoscopique pour le traitement de l'achalasie. En pratique, la concordance entre les résultats de ENDOFLIP™ et la stase œsophagienne sur le TOGD ne semble pas optimale. Notre objectif était d'évaluer la concordance entre les résultats du TOGD et la mesure de distensibilité de la JOG par ENDOFLIP™, chez des patients suspects d'achalasie et chez des patients traités pour achalasie.

Patients et Méthodes : Cent trente patients ayant eu un ENDOFLIP™ entre juin 2015 et février 2023 ont été inclus dans une cohorte longitudinale monocentrique. Cette dernière est divisée en 2 groupes, le groupe « naïfs » comprend 68 patients (41% de femmes, âge moyen 52 ans, score d'Eckardt moyen 7) sans antécédent de traitement de la JOG et chez qui une achalasie était suspectée ; le groupe « traités » comprend 62 patients (52% de femmes, âge moyen 51 ans, score d'Eckardt moyen 6) avec des antécédents d'achalasie traitée endoscopiquement ou chirurgicalement. Lors d'une endoscopie œso-gastro-duodénale sous anesthésie générale, une sonde ENDOFLIP™ était mise en place au niveau de la JOG. La distensibilité de la JOG, définie comme le rapport entre la plus petite aire de section du ballon de la sonde ENDOFLIP™ et la pression dans ce ballon, était calculée pour des paliers de distension de 20 à 50 ml. Une distensibilité inférieure ou égale à 3 mm²/mmHg pour le palier de distension de 50 m était considérée comme basse. Les TOGD ont été revus et la présence d'une stase œsophagienne et/ou d'un aspect diverticulaire du bas œsophage (post-myotomie) a été notée. Les données quantitatives sont présentées en moyenne +/- écart type. La comparaison des variables qualitatives était réalisée avec un Test Chi-2 ou Test de Fisher. Pour les variables continus, le Test T-student était utilisé. Une valeur $p < 0,05$ était considérée comme significative.

Résultats : La distensibilité de la JOG était plus basse dans le groupe « naïfs » que dans le groupe « traités » (Tableau). Dans le groupe « naïfs », la distensibilité était plus basse en cas de stase sur le TOGD qu'en l'absence de stase (2,6 +/- 1.2 vs 3,4 +/- 1.8 mm²/mmHg, p=0,05) alors que ce n'était pas le cas dans le groupe « traités » (6,0 +/- 3,4 vs 5,1 +/- 2.6 mm²/mmHg, p=0,3). En revanche, dans le groupe « traités », la pression dans le ballon ENDOFLIP™ pour une distension de 50 ml était plus basse en cas de stase sur le TOGD qu'en l'absence de stase (42,4 +/- 13,7 vs 50,7 +/- 15,6 mmHg mmHg, p = 0.04). Un aspect diverticulaire du bas œsophage était par ailleurs plus fréquemment observé chez les patients traités que chez les naïfs (p<0.01), et il existait une tendance à une pression dans le ballon plus basse chez les patients avec diverticule comparés à ceux sans diverticule (41 +/- 11 vs 47+/- 15 mmHg, p = 0.1). La concordance entre les résultats de l'ENDOFLIP™ et du TOGD était faible dans le groupe « naïfs » (k = 0.11), et nulle dans le groupe « traités » (k < 0).

	Groupe « naïfs » (n=68)	Groupe « traités » (n=62)	p
Score d'Eckardt moyen	6.0 +/- 2.5	6.9 +/- 3.1	0.22
Distensibilité (mm²/mmHg)	3.1 +/- 1.8	5.7 +/- 3.2	<0,01
Pression (mmHg)	55.8 +/- 13.9	45.6 +/- 14.8	<0,01
Patients avec distensibilité basse	n=38 (56%)	n=14 (26%)	<0,01
Patients avec stase sur le TOGD	n=23 (34%)	n=38 (61%)	<0,01
Patients avec aspect diverticulaire du bas œsophage	n=2 (2%)	n=16 (26%)	<0,01

Conclusion : La mesure de la distensibilité de la JOG par ENDOFLIP™ est un examen complémentaire utile pour le diagnostic d'achalasie, mais qui reste faiblement concordant

avec les observations faites au TOGD. Cela est d'autant plus vrai chez les patients aux antécédents de traitement pour achalasie, chez qui les pressions dans le ballon d'ENDOFLIP™ sont parfois trop basses pour interpréter correctement la distensibilité. L'existence d'une dilatation pseudo-diverticulaire post- myotomie du bas œsophage pourrait expliquer ces difficultés.

[63]

La répartition préférentielle du repas dans l'antre sur la scintigraphie pré-opératoire est prédictive de l'échec clinique à long terme du GPOEM dans la gastroparésie

A. Debourdeau [1], V. Vitton [2], S. Gonzalez [2], M. Barthet [2], J.M. Gonzalez [2]

(1) Montpellier ; (2) Marseille.

Introduction : La scintigraphie de vidange gastrique (SVG) est l'examen de référence pour le diagnostic de gastroparésie. Certaines études suggèrent que les modalités de distribution gastrique du repas (DGR) évaluées lors de la SVG sont associées à un trouble de l'accommodation fundique. Cependant, la valeur pronostique de la DGR sur l'efficacité du POEM gastrique (G-POEM) est mal connue. L'objectif de cette étude était d'étudier l'association entre les paramètres scintigraphiques de DGR et le succès clinique à long terme du G-POEM.

Patients et Méthodes : Cette étude rétrospective a inclus des patients ayant subi un G-POEM pour gastroparésie réfractaire dans un centre tertiaire. Une relecture de toutes les SVG préopératoire a été réalisée par un médecin nucléaire sénior. Les modalités de distribution intragastrique du repas a été mesurée en utilisant deux paramètres : a) le rapport d'activité fundus/antre (RAFA) calculé en faisant le rapport de l'activité radioactive de la zone d'estomac antrale / l'activité de l'estomac fundique (RAFA mesuré à 0, 1, 2 et 4 heures), et b) l'index de rétention IR (IR = (T1/2 Proximal) / (T1/2 Distal)). Le succès clinique a été défini comme une diminution d'au moins 50% du score total d'activité de la gastroparésie (GCSI) après G-POEM. Une analyse multivariée pour prédire les facteurs associés au succès clinique a été réalisée intégrant les facteurs suivants : pourcentage de rétention gastrique à 4 heures, l'IR et le RAFA à H0.

Résultats : Au total, 77 patients ont été inclus entre juillet 2015 et août 2022 avec un suivi moyen de 40 mois. L'étiologie de la gastroparésie était Idiopathique dans 49,35% (n=38/77), diabétique dans 27,27% (n=21/77) et post-chirurgicale dans 23,38% (n=18/77). Le succès clinique a été observé chez 54,55 % des patients. En préopératoire, la vidange gastrique médiane à H4 était de 36% (IQR 50%) et était significativement améliorée après G-POEM à 8,5% (IQR 27%),p < 0,001. L'importance du retard de vidange à 4 heures n'était pas associé au succès clinique 36% (± 29.8) pour les répondeurs vs 43.8% (± 33.3) pour les echecs (p=0.254). La valeur de l'index de rétention n'était pas associée au succès clinique : 0,87 chez les patients avec succès clinique vs. 0,86 pour les échecs (p = 0,72). Dans l'analyse univariée, seule une valeur élevée du RAFA à H0 de la scintigraphie était associé au succès clinique 6,0 (IQR 5,59) vs 4,29 (IQR 4,51) chez les patients en échec clinique (p=0,019). Cette valeur prédictive du RAFA était aussi retrouvée dans l'analyse multivariée, une valeur de RAFA à H0 > 5,25 était associé indépendamment au succès clinique (HR = 4,36 [1,55 ; 12,26], p=0,00524).

Discussion : Dans notre étude, une valeur élevée du rapport d'activité Fundus/Antre à H0 sur la scintigraphie était indépendamment associé au succès clinique du G-POEM. Ce paramètre suggère que les patients qui présentent une répartition préférentielle du repas dans le fundus ont un meilleur pronostic après GPOEM que ceux dont la distribution se fait dans l'antre.
Des études antérieures ont montré qu'une valeur basse du rapport Fundus/Antre était le reflet d'un d'un trouble de l'accomodation du fundus et que cette altération de l'accomodation fundique était importante dans la dyspepsie fonctionnelle.
La constatation d'un défaut de répartition fundique chez échec de GPOEM de notre étude pourrait être le témoin d'un trouble de l'accommodation à ce niveau. Il est possible que des phénomènes sensitifs dyspeptiques expliquent une partie des echecs.

Conclusion : L'analyse morphologique de la scintigraphie préopératoire pourrait être un outils simple de prédiction de la réponse au GPOEM.

C164

Efficacité et sécurité du dupilumab jusqu'à 52 semaines chez des patients adultes et adolescents souffrant d'œsophagite à éosinophiles : résultats des parties B et C de l'étude de phase 3, randomisée, contrôlée par placebo, en trois parties LIBERTY EoE

F. Zerbib [1], E. Dellon [2], M. Rothenberg [3], M. Collins [3], I. Hirano [4], M. Chehade [5], A. Lucendo [6], J. Spergel [7], X. Sun [5], J. Hamilton [8], E. Laws [9], J. Maloney [8], L. Glotfelty [9], A. Shabbir [10]

(1) Bordeaux ; (2) Chapel Hill, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (3) Cincinnati, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (4) Chicago, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (5) New York, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (6) Tomelloso, ESPAGNE ; (7) Philadelphie, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (8) Tarrytown, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (9) Bridgewater Township, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (10) Jersey City, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE.

Introduction : Au cours des parties A et B de l'étude de phase 3 en 3 parties LIBERTY EoE TREET (NCT03633617), le dupilumab à la dose de 300 mg une fois par semaine (DPL 1x/s) comparé à un placebo (PBO) a démontré une efficacité significative et une sécurité acceptable jusqu'à 24 semaines chez des adultes et adolescents souffrant d'œsophagite à éosinophiles (ŒE). Les patients parvenus au terme des parties A et B ont bénéficié au cours de la partie C d'une période de prolongation du traitement actif de 28 semaines, de sorte qu'ils ont reçu le traitement jusqu'à 52 semaines. Nous présentons ici les résultats des patients parvenus au terme de la partie B et ayant pris part à la partie C, qui visait à évaluer l'efficacité et la sécurité du DPL jusqu'à 52 semaines chez un plus grand nombre de patients.

Matériels et Méthodes : Sur 80 patients sous DPL 1x/s dans la partie B, 74 ont continué à recevoir du DPL 1x/s dans la partie C (DPL/DPL). Sur 80 patients sous PBO dans la partie B, 37 ont reçu du DPL 1x/s dans la partie C (PBO/DPL). Les critères d'évaluation principaux de la partie B étaient la proportion de patients parvenus à un nombre maximal d'éosinophiles (éos) intraépithéliaux œsophagiens ≤ 6 éos/champ à fort grossissement (cfg) et la modification absolue depuis le début de la partie B du score DSQ (Dysphagia Symptom Score ou score symptomatique de la dysphagie) à la semaine 24. Les critères d'évaluation secondaires sont cités dans le tableau. Dans la partie C, tous les critères d'évaluation ont été évalués à la semaine 52 en tant que critères d'évaluation secondaires. La sécurité a également été évaluée.

Résultats : Les caractéristiques initiales pour la partie B étaient similaires entre groupes. À la semaine 52 de la partie C, 84,6% des patients du groupe DPL/DPL et 67,6% de ceux du groupe PBO/DPL étaient parvenus à un nombre maximal ≤ 6 éos/cfg et la modification absolue du score DSQ moyen (ET) par rapport au début de la partie B était de −30,26 (15,39) pour le groupe DPL/DPL et −27,25 (11,46) pour le groupe PBO/DPL. À la semaine 52, 100% des patients du groupe DPL/DPL et 78,4% de ceux du groupe PBO/DPL groupes étaient parvenus à un nombre maximal < 15 éos/cfg. Par rapport au début de la partie B, le nombre maximal d'éosinophiles, les scores de gradation et de stadification EoE-HSS et le score total EREFS avaient diminué avec le traitement au dupilumab à la semaine 52 (Tableau), de même que les sous-scores EREFS d'inflammation et de remodelage. Les scores d'enrichissement normalisés EDP et T2 s'étaient également améliorés avec le traitement par dupilumab à la semaine 52. Le dupilumab a présenté un profil de sécurité acceptable dans la partie C ; les événements indésirables associés au traitement les plus fréquents (≥ 10%) parmi les groupes DPL/DPL et PBO/DPL étaient des réactions au site d'injection (13,5% et 10,8%), le COVID-19 (9,5% et 10,8%) et la rhinopharyngite (4,1% et 10,8%).

	Semaine 24 (partie B)		Semaine 52 (Partie C (patients de la partie B)	
Critère d'évaluation	DPL 300 mg 1x/s (n = 80)	PBO (n = 79)	DPL 300 mg 1x/s / DPL 300 mg 1x/s (n = 74)	PBO / DPL 300 mg 1x/s (n = 37)
Modification absolue depuis le début de la partie B du score total EoE-EREFS				
Début de la partie B, moyenne (ET)	6,8 (2,96)	7,2 (3,34)		
Moyenne MC (ES)/moyenne (ET)	−6,5 (0,26)	−0,6 (0,38)	−5,3 (2,85)	−6,1 (3,60)
Différence DPL vs PBO, % (IC 95%)	−5,8 (−6,77, −2,93)			
Valeur de p	< 0,0001			
Pourcentage de modification depuis le début de la partie B du nombre maximal d'éosinophiles (éos/cfg)				
Moyenne MC (ES)/moyenne (ET)	−80,24 (6,34)	8,98 (10,09)	−95,85 (4,04)	−84,21 (42,17)
Différence DPL vs PBO, % (IC 95%)	−88,62 (−112,19, −65,05)			
Valeur de p	< 0,0001			
Modification absolue depuis le début de la partie B du score de gradation EoE-HSS				
Début de la partie B, moyenne (ET)	1,31 (0,59)	1,23 (0,40)		
Moyenne MC (ES)/moyenne (ET)	−0,83 (0,04)	−0,13 (0,03)	−0,97 (0,43)	−0,91 (0,19)
Différence DPL vs PBO, % (IC 95%)	−0,66 (−0,79, −0,57)			
valeur de p	< 0,0001			
Modification absolue depuis le début de la partie B du score de stadification EoE-HSS				
Début de la partie B, moyenne (ET)	1,29 (0,33)	1,22 (0,36)		
Moyenne MC (ES)/moyenne (ET)	−0,80 (0,04)	−0,13 (0,04)	−0,93 (0,17)	−0,87 (0,15)
Différence DPL vs PBO, % (IC 95%)	−0,67 (−0,78, −0,57)			
Valeur de p	< 0,0001			
Proportion de patients parvenus à un nombre maximal d'éosinophiles intraépithéliaux < 15 éos/cfg				
Proportion de patients parvenus à < 15 éos/cfg, n (%)	66 (82,5)	6 (7,6)	65 (100)	29 (78,4)
Différence DPL vs PBO, % (IC 95%)	74,9 (64,25, 85,58)			
Valeur de p	< 0,0001			

Conclusion : Le dupilumab 1x/s engendre une amélioration persistante des caractéristiques histologiques, symptomatiques, endoscopiques et moléculaires de l'ŒE jusqu'à 52 semaines et son profil de sécurité global est en accord avec le profil de sécurité connu du dupilumab. Les patients PBO de la partie B ayant reçu du dupilumab dans la partie C présentent une efficacité similaire à celle des patients DPL 1x/s de la partie B.

C.I 65

Elaboration d'un score pronostique dans l'angiocholite aiguë

K. Hocine [1], A. Briant [1], T. Chaigneau [1], T. Collet [1], B. Dupont [1]
(1) Caen.

Introduction : L'angiocholite aiguë (AA) demeure une infection sévère avec une mortalité variant de 1,1% à 14% selon les séries. A ce jour, le diagnostic et la sévérité sont définis dans l'AA par les critères de Tokyo 2018 qui dictent la prise en charge reposant sur l'antibiothérapie et le drainage biliaire. De nombreuses études démontrent l'impact d'un délai court de réalisation du drainage sur le pronostic. Cependant les critères de sévérité de Tokyo sont perfectibles et prédisent mal la mortalité à J30 des patients. D'autre part la répartition et l'accessibilité des techniques de drainage biliaire est disparate en France. L'enjeu serait donc de développer un outil pronostique simple et performant pour prédire la sévérité de l'AA à l'entrée et ainsi mieux sélectionner les patients à prioriser pour le drainage biliaire endoscopique.
L'objectif principal de cette étude était d'identifier les facteurs clinico-biologiques d'entrée associés à la mortalité à J30 dans l'AA et de construire un score pronostique à partir de ces paramètres. Les objectifs secondaires étaient d'étudier les performances de ce score pour prédire la mortalité des angiocholites aiguës et le taux de complications (défaillances d'organe, transfert en réanimation...) et de comparer ses performances pronostiques aux critères de Tokyo 2018 et au score de Gravito-Soares et al.

Patients et Méthodes : Nous avons conduit une étude rétrospective, monocentrique, incluant tous les patients consécutivement hospitalisés dans notre centre pour AA entre janvier 2017 et décembre 2021. Étaient inclus tous les patients majeurs hospitalisés sur la période pour AA selon les critères diagnostiques de Tokyo 2018. Nous avons construit un score nommé Angioprono élaboré à l'aide des coefficients de chaque variable significativement associée à la mortalité à J30 en régression logistique multivariée. Les performances diagnostiques ont été évaluées à l'aide de courbes ROC et en utilisant l'index de Youden.

Résultats : Au total, 528 patients ont été inclus. La moyenne d'âge était de 77 (± 13) ans avec une prédominance masculine (n=286 ; 54%). L'étiologie majoritaire était lithiasique (n=351 ; 69%), devant l'obstruction de prothèse (n=75 ;15%) puis l'origine tumorale (n=63 ; 12%). La mortalité à J30 était de 12% (63 sur 528 patients). En analyse multivariée, l'étiologie tumorale (aOR = 23,9 [8,6-66,8] ; p<0,001), l'obstruction d'un stent pré-existant (aOR = 17,0 [4,1-70,7] ; p=0,038), l'hypoalbuminémie (aOR = 0,92 [0,87-0,98] ; p=0,011), l'insuffisance rénale (aOR = 6,7 [2,7-16,6] ; p<0,001), l'oxygénothérapie (aOR = 4,7 [1,1-22,7] ; p=0,041) et l'anticoagulation curative (aOR = 2,8 [1,3-5,9] ; p=0,009) étaient indépendamment associés à la mortalité à J30 alors que la fièvre et l'antécédent de tumeur biliopancréatique connu étaient des facteurs protecteurs (respectivement aOR = 0,37 [0,16-0,87] ; p=0,019 et aOR = 0,26 [0,08-0,86] ; p=0,021). Le score Angioprono construit à partir de ces 8 paramètres présentait une AUC à 0,79, significativement supérieure aux autres scores pronostiques : Tokyo (AUC = 0,71 ; p=0,023) et score de Gravito et al. (AUC = 0,72 ; p=0,047). En utilisant un seuil à -1,136, la sensibilité du score Angioprono était de 76% (IC 95% : 65%-96%) et sa spécificité de 71% (IC 95 % : 66%-75%). En population globale, il permettait de prédire la mortalité à J30 (26,5% *versus* 4,4% ; p<0,001), le transfert en réanimation (16,5% *versus* 3,5% ; p<0,001), ou la survenue d'une défaillance d'organe (48,8% *versus* 12,5% ; p<0,001). En considérant uniquement les patients de grade I et II de la classification de Tokyo, un score positif prédisait significativement le risque de décès à J30 (22% *versus* 4,1% ; p<0,001) et le risque de défaillance d'organe (15,5% *versus* 6,6% ; p=0,007).

Conclusion : Le score Angioprono, construit à partir de paramètres clinico--biologiques simples d'entrée, présente des performances intéressantes pour prédire la mortalité à J30 des patients admis pour AA. A terme, il pourrait représenter un outil d'aide à la hiérarchisation des patients pour le drainage biliaire qui reste la pierre angulaire du traitement.

C.I 66

Évaluation de l'efficacité et de la tolérance de la lidocaïne par voie intra-veineuse dans la prise en charge antalgique de la pancréatite aiguë : résultats d'une étude rétrospective

L. Ghilardi [1], E. Nguyen-Khac [1], F. Brazier [1], M. Fumery [1], C. Yzet [1], S. Hakim [1]
(1) Amiens.

Introduction : La douleur dans la pancréatite aiguë est le symptôme à traiter en urgence. Il n'existe actuellement pas de recommandation sur la prise en charge antalgique. La lidocaïne par voie intra-veineuse a des effets analgésiques mais également anti-inflammatoires. Son utilisation n'a jamais été évaluée pour l'analgésie dans la pancréatite aiguë. Le but de notre étude était donc d'évaluer l'efficacité et la sécurité de la lidocaïne intra-veineuse dans la prise en charge de la pancréatite aiguë résistante aux antalgiques de paliers I et II.

Matériels et Méthodes : Nous avons mené une étude rétrospective, monocentrique entre janvier 2015 et décembre 2021. Ont été inclus les patients consultant aux urgences du CHU pour une pancréatite aiguë avérée et présentant une douleur résistante aux antalgiques de palier I et II, hospitalisés dans le service d'hépato-gastroentérologie et traités par lidocaïne par voie intra-veineuse. La douleur était évaluée par le recueil rétrospectif dans le dossier informatisé des patients des échelles numériques de la douleur (END) à l'arrivée aux urgences puis lors de chaque réévaluation antalgique. L'efficacité du traitement était définie par l'absence de nécessité d'un recours à un antalgique de palier III.

Résultats : 154 patients, hospitalisés en hépato-gastroentérologie pour pancréatite aiguë et présentant une douleur réfractaire aux antalgiques de palier I et II traités par lidocaïne par voie intra-veineuse ont été inclus. Les patients étaient majoritairement des hommes avec un âge médian de 48,5 ans [37.0 ; 58.0]. L'étiologie principale de la pancréatite aiguë était éthylique dans 36 % des cas. 69 % des patients présentaient une pancréatite aiguë nécrosante. 44/154 patients ont bénéficié d'un bolus de morphine aux urgences avant la prise en charge en hépato-gastroentérologie, avec un relai secondaire par lidocaïne. La lidocaïne était majoritairement prescrite à la dose de 2g/24h en IVSE. L'END médiane avant prescription de la lidocaïne était de 8,0 [7.00 ; 9.00]. L'efficacité du traitement par lidocaïne était obtenue chez 88,7% des patients (136/154). 1,3 % des patients ont présenté des effets indésirables de la lidocaïne à type de rash cutané et de dysgueusie. En analyse univariée, les patients nécessitant une prise en charge en réanimation ou présentant un syndrome de détresse respiratoire aiguë étaient significativement plus en échec de lidocaïne (respectivement OR = 5,83 ; IC [1.69 ; 20.06] ; p=0,01 et OR = 4.23 ; IC [1.44 ; 12.43] ; p=0,009).

Conclusion : L'administration de lidocaïne intra-veineuse semble efficace et sûre pour contrôler la douleur des patients en échec de paliers I et II chez 89 % des patients. Des études complémentaires prospectives seront nécessaires afin de confirmer ses résultats.

C-167

La densité graisseuse du pancréas apparaît comme un puissant facteur de risque de pancréatite aiguë post-CPRE : un nouveau concept

C. Prouvot [1], R. Grange [1], K. Maoui [1], A.S. Peaucelle [1], S. Mohamed [1], H. Boutallaka [1], M. Boumaiza [1], N. Williet [1]

(1) Saint-Étienne.

Introduction : La pancréatite aiguë post cholangiopancréatographie rétrograde endoscopique (CPRE) est la complication la plus fréquente et la plus redoutée par sa gravité potentielle. Sa fréquence est d'environ 3-5% mais peu variée à la hausse selon les indications et le terrain (femmes jeunes en particulier). L'objectif de cette étude était de rechercher pour la première fois des critères radiologiques objectifs pouvant être associés aux risques de Pancréatite Aiguë Post CPRE (PAP), au-delà des critères cliniques et endoscopiques bien connus.

Matériels et Méthodes : Nous avons recueilli les données de 1365 patients ayant eu une CPRE dans notre centre entre 2014 et 2023. Les caractéristiques cliniques (âge, sexe, IMC, score ASA, indication du geste), techniques (niveau de difficulté du cathétérisme biliaire, cathétérisme du Wirsung, recours à une précoupe, prothèse pancréatique, Ringer lactate, et/ou suppositoire d'AINS) ont pu être relevées à partir des dossiers médicaux informatiques. Les comptes rendus opératoires étaient systématisés permettant un recueil exhaustif. Pour les patients dont le scanner préopératoire était disponible, des données radiologiques ont été relevées comprenant la mesure de la densité graisseuse du pancréas, ainsi que celle de la graisse mésentérique. Des analyses uni- et multivariées par régression logistique ont été réalisées pour identifier les facteurs de risque de PAP, avec secondairement un ajustement sur l'âge et l'IMC.

Résultats : un total de 1191 patients naïfs de sphinctérotomie ont été inclus dont 563 avec scanner préopératoire. Une PAP était survenue chez 73 patients (6,1%) dont 9 (0,76%) de forme sévère (CTSI≥7). La densité spontanée de la graisse du pancréas allait de -90 à +60 Unités Hounsfield (UH). Une très faible densité radiologique (<-50 UH), autrement dit un tissu pancréatique riche en graisse, était associé à la survenue d'une PAP (OR 9,86 ; IC95% : 2,01-38,46 ; P=0,002), de même que le recours à une précoupe (OR=2,18 ; P=0,001), la pose d'une prothèse pancréatique (OR=2,32 ; P=0,01) et le cathétérisme du wirsung (OR=2,16 ; P=0,002). Inversement une CPRE réalisée pour lithiase était associée à un moindre risque (OR=0,6 ; P=0,04) que pour les autres étiologies (tumeur, ampullome, DSO, PCC). Après analyse multivariée, la lithiase restait associée à un moindre risque de PAP (OR=0,28; P=0,01). tandis qu'une faible densité radiologique de la graisse pancréatique (<-50UH) devenait le seul facteur de risque indépendant (OR=10,69 ; P=0,002), effaçant ainsi statiquement les autres critères cliniques et endoscopiques significatif en univariés. Ces résultats restaient similaires en ajustant sur l'âge et sur l'IMC. Cette relation était retrouvée selon un gradient de risque en segmentant les intervalles de densités pancréatiques.

Discussion : Le fait que le tissu graisseux est un milieu pro-inflammatoire pourrait expliquer cette sensibilité accrue du pancréas mais cela reste hypothétique.

Conclusion : cette étude met en évidence pour la première fois que la densité graisseuse pourrait être un facteur de risque puissant de pancréatite aiguë post-CPRE. Cet élément objectif pourrait être évalué en pratique courante dans l'évaluation du bénéfice risque de certain(e)s patient(e)s mais également être considéré comme un facteur de stratification dans de futurs essais randomisés évaluant le risque de PAP. Néanmoins ces données doivent être confirmées dans des cohortes indépendantes.

C-168

Atteinte pancréatique de la maladie de Von Hippel Lindau (VHL) : corrélation phénotype-génotype : une étude à partir de la base nationale PREDIR

M. Muller [1], P. Hammel [2], A. Sauvanet [3], M.P. Vullierme [4], A.P. Gimenez-Roqueplo [5], A. Couvelard [3], S. Richard [6], L. de Mestier [3]

(1) Nancy ; (2) Villejuif ; (3) Clichy-la-Garenne ; (4) Annecy ; (5) Paris ; (6) Le Kremlin-Bicêtre.

Introduction : La maladie de VHL est un syndrome rare de prédisposition héréditaire aux cancers, de transmission autosomique dominante. Elle est causée par des variants pathogènes (VP) du gène suppresseur de tumeur VHL. Sa pénétrance est très élevée (80-90%) et elle prédispose à certaines tumeurs du pancréas : kystes simples, cystadénomes séreux et tumeurs neuroendocrines (TNEP) qui sont les seules à risque de dégénérescence ; mais également à des cancers du rein, des hémangioblastomes du névraxe et/ou de la rétine, et à des phéos/paragangliomes. L'histoire naturelle de l'atteinte pancréatique de la maladie de VHL est mal connue, et aucune corrélation phénotype-génotype spécifique n'a été identifiée à ce jour. Nos objectifs étaient de décrire l'histoire naturelle et d'explorer l'impact génotypique, des patients ayant une TNEP associée à une maladie de VHL.

Patients et Méthodes : Nous avons réalisé une étude rétrospective de la base du Réseau National PREDIR, qui inclut tous les cas déclarés de patients atteints de maladie de VHL depuis 1995. Nous avons étudié tous les patients consécutifs ayant une TNEP entre 1995 et 2022. Le critère principal était le taux de métastases (ganglionnaires ou à distance) synchrones ou métachrones. L'impact génotypique a été exploré selon le type de mutation (faux sens ; délétion large ; exon 1 ; exon 3). Les variables quantitatives ont été décrites par leurs médianes et interquartiles (IQR 25-75) et ont été comparées par le test de Mann-Whitney. Les variables qualitatives ont été rapportées par leurs fréquences et pourcentages, et comparées à l'aide du test du Chi2/Fisher. La survie a été estimée selon la méthode de Kaplan-Meier et comparée selon le test du logrank.

Résultats : Parmi 790 patients, nous avons identifié 141 patients (17.8%) ayant une TNEP. Après exclusion de 20 patients sans données cliniques disponibles, nous avons étudié 121 patients, dont 63.3% de femmes. La durée médiane de suivi était de 89.5 mois (33-146). Il existait également des kystes simples du pancréas dans 71.7% des cas avec polykystose (≥ 5 kystes) chez 52.1% des cas, et des cystadénomes séreux dans 26.4% des cas.
Au total, 259 TNEP ont été diagnostiquées, en moyenne 2.1 par patient ; 55 patients (45.4%) avaient des TNEP multiples. L'âge médian au diagnostic de TNEP était de 38 ans (13-68). Les TNEP ont été majoritairement identifiées dans le cadre du dépistage pancréatique de la maladie de VHL, mais elles étaient symptomatiques dans 14% des cas (douleurs pancréatiques). 51 patients ont été opérés de leur(s) TNEP, principalement pour une taille ≥ 30 mm (82.4%) ou des symptômes (17.6%). Toutes les TNEP étaient bien différenciées et majoritairement de grade 1 (60%). Au total 29 patients (24%) ont eu des métastases, uniquement ganglionnaires chez 14 patients et/ou à distance chez 15 patients (synchrones dans 30% des cas). La présence de métastases était associée à la taille tumorale (37 vs 15.5 mm, AUC-ROC = 0.92 ; p<0.001 ; meilleur seuil 28 mm, Se 90%, Sp 87%). En dehors des patients opérés, les cas d'insuffisance pancréatique endocrine ou exocrine étaient exceptionnels.
Les patients ayant un VP de l'exon 1 avaient des TNEP plus larges (27 vs 18 mm, p = 0.018), plus souvent opérées (56% vs 39%), et plus souvent métastatiques (48% vs 12%, p < 0.001), avec une tendance à une survie plus courte (p = 0.16). Les patients présentant un VP de l'exon 3 ou une large délétion de VHL ne présentaient aucune différence tumorale ou pronostique, mais les premiers avaient moins d'hémangioblastomes du névraxe et de cancers du rein mais plus de phéos/paragangliomes, et les seconds avaient plus de kystes pancréatiques (96% vs 66%, p = 0.004), de cystadénomes séreux (59% vs 19%, p<0.001) et de cancers

du rein (77% vs 47%, p = 0.01). Le type de mutation (non-sens ou autre) n'était pas corrélé au phénotype.

Conclusion : Le risque de métastases liées aux TNEP de la maladie de VHL est faible (24% à 7,5 ans) mais augmente avec la taille tumorale et en cas de VP de l'exon 1. Ces données peuvent être utiles pour adapter la surveillance de ces patients, qui présentent par ailleurs d'autres atteintes potentiellement morbides.

C 69

Développement et validation des signatures transcriptomiques aidées par l'IA dans le but de personnaliser les traitements des patients atteints d'un adénocarcinome pancréatique opérable

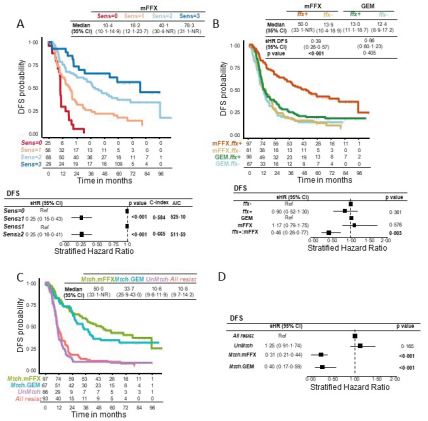
N. Dusetti [1], N.A. Fraunhoffer Navarro [1], P. Hammel [2], T. Conroy [3], R. Nicolle [4], J.B. Bachet [4], A. Harlé [5], V. Rebours [6], A. Turpin [7], M. Ben Abdelghani [8], E. Mitry [1], J. Biagi [9], B. Chanez [1], M. Bigonnet [1], A. Lopez [3], L. Evesque [10], T. Lecomte [11], E. Assenat [12], O. Bouché [13], D. Renouf [14], A. Lambert [5], L. Monard [4], M. Mauduit [4], J. Cros [6], J. Iovanna [1]

(1) Marseille ; (2) Villejuif ; (3) Nancy ; (4) Paris ; (5) Vandœuvre-lès-Nancy ; (6) Clichy-la-Garenne ; (7) Lille ; (8) Strasbourg ; (9) Kingston, CANADA ; (10) Nice ; (11) Tours ; (12) Montpellier ; (13) Reims ; (14) Vancouver, CANADA.

Introduction : Les traitements adjuvants pour le cancer pancréatique impliquent généralement des traitements à base de combinaisons de drogues telles que celles à base de gemcitabine et le FOLFIRINOX modifié (mFFX). Le mFFX est plus efficace, mais au prix d'une plus grande toxicité. Malgré les avancées des derniers années les décisions thérapeutiques reposent principalement sur l'état général du patient plutôt que sur les caractéristiques moléculaires de la tumeur. Notre étude vise à personnaliser les traitements en développant des signatures transcriptomiques spécifiques aux drogues couramment utilisées pour ce cancer.

Patients et Méthodes : Nous avons analysé les réponses aux drogues (5-fluorouracile, oxaliplatine et irinotécan) dans des modèles précliniques (cultures cellulaires primaires, tumoroïes et xénogreffes des patients sur des souris immunodéficiences). Nous avons ensuite associé les sensibilités détectées aux données transcritomiques de chaque modèle. Finalement nous avons utilisé une méthode d'apprentissage automatique, le "Least Absolute Shrinkage and Selection Operator-random forest", pour créer les signatures et leur intégrer les caractéristiques du microenvironement tumorale extraites d'une cohorte d'apprentissage (GemPred pour gemcitabine et COMPASS pour mFFX). Finalement nous les avons validées dans la cohorte de l'essai PRODIGE-24/CCTG PA6 constitué de 343 patients.

Développement et validation des signatures transcriptomiques aidées par l'IA dans le but de personnaliser les traitements des patients atteints d'un adénocarcinome pancréatique opérable.



Résultats : Les signatures ont identifié les patients répondeurs et ont montré une amélioration significative de leur survie globale (CSS) et de la survie sans récidive (DFS) s'ils sont traités avec le traitement correspondant (mFFX ou Gemcitabine). De plus, une corrélation positive a été observée entre le nombre de drogues prédites comme sensibles et la survie des patients traités de manière appropriée. Les patients qui ont reçu les drogues pour lequel la sensibilité avait été prédite (n=164 ; 47,8 %) ont affiché une DFS plus longue. Dans le groupe mFFX, la durée médiane était de 50,1 mois (HR stratifié : 0,31 ; IC à 95 %, 0,21-0,44 ; p<0,001), et de 33,7 mois (HR stratifié : 0,40 ; IC à 95 %, 0,17-0,59 ; p<0,001) dans le groupe gemcitabine. En revanche, les patients pour lesquels la prédiction de la signature ne correspondait pas au traitement (n=86 ; 25,1 %) et ceux résistants à tous les médicaments (n=93 ; 27,1 %) ont affiché les moins bonnes performances (10,6 et 10,8 mois, respectivement).

Conclusion : En intégrant des modèles précliniques et l'apprentissage automatique, nous avons développé un outil prédictif global basé sur le transcriptome pour identifier avec précision la sensibilité au mFFX et à la gemcitabine, permettant ainsi des stratégies de traitement personnalisées. Étant donné que les signatures sont adaptées à des drogues spécifiques, elles ont également le potentiel de réduire la toxicité en évitant l'administration inutile de médicaments prédits comme inefficaces pour la tumeur.

Remerciements, financements, autres :
Ce travail a été soutenu par l'INCa [Numéros de subvention 2018-078, 2018-079, 2019-037], le Canceropole PACA, la Fondation Amidex, la Fondation ARC et l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM).

C170

Association entre adénocarcinome du pancréas et concentration en pesticides organochlorés dans la graisse et les urines : une étude métabolomique cas-témoins (PESTIPAC)

M. Brugel [1], S. Callon [1], C. Carlier [1], K. Amroun [1], D. Botsen [1], R. Kianmanesh [1], M. Perrier [1], T. Piardi [1], Y. Renard [1], R. Rhaiem [1], S. El Balkhi [2], O. Bouché [1]
(1) Reims ; (2) Limoges.

Introduction : L'incidence de l'adénocarcinome du pancréas (AP) a fortement augmenté ces dernières décennies, particulièrement en France, pour des raisons encore mal comprises. Les pesticides sont des substances utilisées pour la protection des surfaces cultivées, principalement en agriculture. La France est un des leaders mondiaux de la consommation et de l'utilisation de pesticide. Les organochlorés (OC) sont une vaste classe chimique de pesticides augmentant le risque de certains cancers. Ils s'accumulent dans le tissu adipeux des personnes exposées pendant toute la durée de la vie. L'association entre OC et AP a été étudiée, avec un faible niveau de preuve (évaluation de la dose reçue à long terme et pas de correction de multiple testing). L'étude PESTIPAC avait pour objectif l'analyse de l'association entre concentration d'OC dans le tissu adipeux et l'urine, et le risque d'AP, ainsi que son impact sur la survie.

Matériels et Méthodes : PESTIPAC est une étude monocentrique cas-témoins appariée de métabolomique ciblée. Les cas étaient des patients atteints d'AP, quel que soit le stade, ayant eu une chirurgie abdominale permettant un prélèvement de graisse (10 grammes minimum). Les témoins étaient des patients opérés d'une pathologie abdominale bénigne permettant le même prélèvement. Cas et témoins étaient appariés sur l'âge et l'indice de masse corporelle. Un prélèvement sanguin, l'exposition aux pesticides et les facteurs de risqué d'AP étaient recueillis avec un questionnaire d'exposition validé (AGRICAN), la veille de la chirurgie. Les urines étaient recueillies le matin de la chirurgie, à jeun. Au total, 345 substances OC étaient recherchés par chromatographie et spectrométrie de masse dans un laboratoire expert. Une régression logistique multivariée était faite par molécule selon sa concentration (analyse quantitative) et sa présence/absence (analyse qualitative). Les OC détectés chez moins de 10 patients (analyse quantitative et qualitative) ou l'intégralité des patients (qualitative) n'étaient pas analysées statistiquement (futilité). Les modèles étaient ajustés selon la littérature (créatinine urinaire pour les urines, triglycérides sanguins pour la graisse) et les facteurs d'appariement. Les résultats étaient ajustés par le False Discovery Rate. La survie a été analysée avec courbes de Kaplan Meier et test du log-rank.

Table 1. Régression logistique multivariée ajustée du risque d'adénocarcinome du pancréas en fonction de la concentration d'organochlorés (analyse quantitative) dans les graisses et les urines.

Pesticide	Coefficient	95% CI	p-value	p-value ajustée
Prélèvement de graisse				
4,4 DDE	1.019	[1.005;1.034]	**0.009**	**0.033**
2,4 DDT	2.81	[1.119;7.056]	**0.028**	0.059
Dieldrin	1.062	[0.937;1.205]	0.344	0.379
Fipronil Sulfone	0.975	[0.92;1.032]	0.379	0.379
HCH alpha	1.17	[0.825;1.66]	0.379	0.379
HCH bêta	1.031	[0.996;1.067]	0.085	0.117
Heptachlor	1.181	[0.986;1.415]	0.071	0.112
Hexachlorobenzene	1.188	[1.015;1.39]	**0.032**	0.059
Mirex	2.853	[1.213;6.713]	**0.016**	**0.044**
Trans-nonachlor	1.325	[1.108;1.586]	**0.002**	**0.011**
Cis-nonachlor	15.433	[2.733;87.136]	**0.002**	**0.011**
Prélèvement d'urines				
Phenyl 2 Phenol	1.176	[0.713;1.938]	0.526	0.65
PCP	3.801	[0.012;1203.902]	0.65	0.65

Abréviations : DDE : dichlorodiphenyltrichloroethylene ; DDT : dichlorodiphenyltrichloroethane ; HCH : hexachlorocyclohexane ; PCP : pentachlorophenol ; Uniquement les organochlorés détectés chez ≥ 10 patients, quel que soit leur groupe étaient inclus dans l'analyse quantitative.

(A) Analyse de Kaplan-Meier de la survie sans progression (DFS) pour la signature mFFX et Forest plot représentant l'analyse de l'interaction. (B) Kaplan-Meier de la survie sans progression (DFS) pour analyser l'association entre la prédiction de la signature et l'affectation du traitement. (C) Forest plot montrant le modèle de Cox univarié stratifié pour la correspondance entre la prédiction de la signature et le traitement. (D) Forest plot montrant le modèle de Cox univarié stratifié pour la correspondance entre la prédiction de la signature et le traitement.
AIC (Akaike information criterion) = Critère d'information d'Akaike. C-index (Concordance index) = Indice de concordance. DFS (Disease-free survival) = Survie sans maladie. mFFX (mFOLFIRINOX arm) = Bras mFOLFIRINOX. GEM (Gemcitabine arm) = Bras Gemcitabine. sHR (Stratified hazard ratio) = Taux de risque stratifié. CI (Confidence interval) = Intervalle de confiance.

Résultats : Un total de 26 cas a été apparié avec 26 contrôles, de manière équilibrée. Les cas étaient majoritairement porteurs de tumeurs résécables ou borderlines (n=23, 88,5%). La contamination en OC était ubiquitaire : tous les patients inclus avaient au moins une substance détectée dans les urines et la graisse. Sur les 300 molécules recherchées, 13 remplissaient tous les critères de détection et d'analyses (>10 et <52 patients positifs). Après ajustement, le trans-nonachlor (OR = 1,325, 95% IC [1,108 – 1,586], p ajusté = 0,011), le cis-nonachlor (OR = 15,433, 95% IC [2,733 – 87,136], p ajusté = 0,011), le Mirex (OR = 2,853, 95% IC [1,213 – 6,713], p ajusté = 0,044) et le 4,4 DDE (OR = 1,019, 95% IC [1,005 – 1,034], p ajusté = 0,033) étaient associés au risque d'AP. Le nombre d'OC détectés par prélèvement graisseux étaient associés à un risque augmenté d'AP (OR = 1,758 95% IC [1,11 – 2,997], p ajusté = 0,024). Aucun OC détecté dans les urines n'était associé à un risque plus élevé d'AP, en analyse quantitative ou qualitative. Aucune différence significative de survie a été mise en évidence.

Conclusion : Le trans- et le cis-nonachlor sont interdits depuis les années 80. Le Mirex et le DDT (se dégradant et stockant en DDE) est interdit depuis les années 2000. On retrouve toujours de fortes concentrations résiduelles chez certains individus. Ces molécules ont été largement utilisées en France et sont toujours présentes dans les sols exposés. Elles sont déjà associées à d'autres cancers. Cette étude prend en compte une exposition vie entière et les multiples tests statistiques. Même si le rationnel biologique est connu, les mécanismes pancréatiques ne sont pas décrits. Une étude de plus grande ampleur est nécessaire pour confirmer l'association AP et OC. Par ailleurs, une évaluation de l'exposition de la population générale à ces substances semble toujours pertinente, plus de 20 ans après leur interdiction.

[17]

Causes et conséquences de la conversion au cours des pancréatectomies gauches par voie mini-invasive en France

C. de Ponthaud [1], A. Nassar [1], D. Fuks [1], S. Gaujoux [1]

(1) Paris.

Introduction : La conversion par laparotomie concerne 10-30% des pancréatectomies gauches mini-invasive (MIDP) incluant la voie coelioscopique et la voie robot-assistée. Ses facteurs de risque (FDR) sont mal identifiés avec des données hétérogènes rendant difficile la bonne sélection des patients en préopératoire éligibles à un abord mini-invasif. De plus, l'impact de la conversion sur les résultats postopératoires est controversé avec des données discordantes. L'objectif de cette étude est de prédire le risque de conversion par un score préopératoire et d'évaluer l'association entre conversion et complications.

Patients et Méthodes : Dans un premier temps, nous avons inclus toutes les MIDP entre 2010-2021 en France (rapport AFC 2023), indépendemment de l'indication opératoire. Après analyse multivariée, au moyen d'un modèle mixte linéaire généralisé, des FDR de conversion, nous avons créé un score prédictif de ce risque sur un «échantillon d'entrainement aléatoire» (70% de la cohorte) et validé sur un «échantillon test aléatoire» (30% de la cohorte restante) par courbe ROC et diagramme de calibration. Dans un second temps, nous avons réalisé une analyse multivariée de l'association entre complications graves et conversion en prenant en compte l'effet centre, via un score de propension sur les FDR de complications graves: Âge, Sexe, IMC, Score ASA, Malignité Tumorale, Résection Multiorganes, Durée Opératoires, Pertes Sanguines, Splénectomie.

Résultats : Au total, 2105 patients ont été inclus dont 15% ont nécessité une conversion. Les FDR préopératoires identifiés en analyse multivariée étaient : Sexe masculin (OR=2,7;p<0,001), IMC ≥25kg/m^2 (OR=2,1;p<0,001), antécédent de laparotomie (OR=2,9;p<0,001), taille tumorale ≥46mm (OR=1,7;p=0,033), pancréatite inaugurale (OR=5;p<0,001), splénectomie programmée (OR=3;p<0,001), résection multi-organes (OR=13,4;p<0,001). Le score prédictif obtenu, validé par une courbe ROC (AUC=0,77) et un diagramme de calibration, allait de 0 à 9 pour un risque de conversion respectivement de 2% à 100%. Après analyse multivariée sur score de propension, il existait une association significative entre conversion et complications graves [OR=1,82(1,15-2,92)]

Conclusion : Ce score prédictif du risque de conversion lors d'une MIDP basé sur des facteurs préopératoires cliniques simples permet de guider le chirurgien dans la sélection des patients. Il est pertinent du fait de la démonstration d'une association entre conversion et complications graves

C172

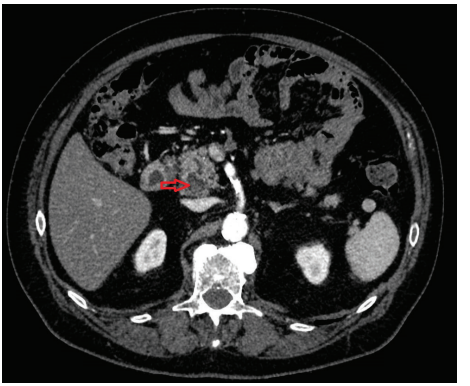
Caractérisation des nodules muraux des tumeurs intra-canalaires papillaires et mucineuses pancréatiques des canaux secondaires : une bonne cible de traitement local ?

D. Lorenzo [1], L. Aguilera Munoz [1], A.L. Védie [1], F. Maire [1], S. Dokmak [1], F. Prat [1], A. Couvelard [1], C. Haumaitre [2], V. Rebours [1], J. Cros [1]
(1) Clichy-la-Garenne ; (2) Paris.

Introduction : Les tumeurs intra-canalaires papillaires et mucineuses du pancréas (TIPMP) sont des lésions kystiques précancéreuses fréquentes pouvant atteindre le canal pancréatique principal (CPP), les canaux secondaires (CS) ou les deux (mixtes). Selon les recommandations, un nodule mural (NM), prenant le contraste en imagerie, est un signe à haut risque de dégénérescence devant inciter à une prise en charge chirurgicale s'il mesure ³5mm. Le NM est mieux visible en échoendoscopie qu'en scanner ou en IRM et il représenterait une excellente cible pour les méthodes de destruction locale type radiofréquence lorsqu'il est situé dans un canal secondaire.
Même si dans la littérature il semble indiscutable que le NM dans la TIPMP est associé à la dégénérescence de celle-ci, très peu de données sont disponibles sur la localisation des secteurs en dysplasie de haut grade (DHG) voire du cancer. Ainsi, l'efficacité potentielle d'une destruction ciblant le NM n'est pas connue. L'objectif principal de cette étude était de décrire histologiquement les différents types de nodules et la localisation du plus haut grade de dysplasie des TIPMPs avec un nodule mural se trouvant dans un CS.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude monocentrique rétrospective, incluant tous les patients ayant eu une résection de TIPMP-CS ou mixte, indiquée pour nodule mural dans un CS entre janvier 2012 et décembre 2022. Les patients inclus avaient une imagerie en coupes (scanner et/ou IRM) ou une écho-endoscopie pancréatique préopératoire en centre expert confirmant le NM. Une relecture histologique des pièces opératoires (inclusion quasi complète des lésions) a été réalisée en tenant compte de la localisation radiologique des NM pour décrire le nodule mural et pour établir la localisation du plus haut degré de dysplasie dans la TIPMP-CS : dans le nodule, à côté du nodule, à distance du nodule (notamment une atteinte du CPP). La définition histologique du nodule mural tumoral était celle d'une lésion de >3mm de hauteur au sein d'un épithélium dysplasique de TIPMP. Les données cliniques et radiologiques ont été recueillies à partir de dossiers médicaux.

Résultats : Au total, 83 patients ont été inclus, dont 46 (55%) hommes d'âge médian au moment de la chirurgie de 67ans (EIQ 60-71). Le type d'intervention chirurgicale était une duodénopancréatectomie céphalique dans 50 (60%) cas. Le mode de découverte de la TIPMP était fortuit ou suite à une pancréatite aigüe dans 59% et 12% des cas, respectivement. La médiane du plus grand diamètre du nodule mural en imagerie préopératoire était de 10mm. Le nodule mural histologique n'a pas été identifié à la relecture histologique pour 4/83 cas (5%). Parmi les 79 nodules histologiques, 54 (68%) étaient des nodules tumoraux composés exclusivement de papilles de TIPMP, 11 (14%) correspondaient à des nodules à axe fibreux bordée par un revêtement de TIPMP peu floride (<3mm), 7 (9%) correspondaient à des bourgeons inflammatoires et 7 étaient d'autre nature (mucus, TNE…).
Quarante-quatre patients (53%) présentaient des lésions de TIPMP de haut grade (48%) ou un cancer (5%) sur la pièce opératoire, dont 42 avec un nodule histologique retrouvé. Le plus haut degré de dysplasie était situé dans le nodule exclusivement pour 11/42 cas (26%), juste à côté du nodule pour 9/42 (21%), et à distance du nodule pour 22 cas (52%). Cinquante-neuf (71%) patients présentaient également une atteinte du CPP dont 12 présentaient des lésions de DHG dans le CPP. Il est à noter que 5 (6%) des patients présentaient des lésions de PanIN de haut grade dans le parenchyme pancréatique.



Conclusion : Le nodule mural de la TIPMP-CS ne correspond pas toujours à un nodule tumoral histologique et il semble porter de la dysplasie de haut grade exclusivement dans son sein ou à coté dans seulement la moitié des cas. Une destruction locale exclusive de ces nodules n'est probablement pas une bonne option thérapeutique en alternative à la chirurgie sans identifier un sous type de patients pour qui cette option thérapeutique serait profitable.

JOURNÉES FRANCOPHONES D'HÉPATO-GASTRO-ENTÉROLOGIE ET D'ONCOLOGIE DIGESTIVE
JFHOD
JFHOD.COM



Dimanche

[C173]

Coloscopie réalisée sous sédation dirigée par l'endoscopiste, étude observationnelle française : comment mieux sélectionner les candidats ?

A. Galmiche [(1)], M. Puyraveau [(1)], P. Zhong [(1)], F. Fein [(1)], J. Faure [(1)], V. Clairet [(1)], T. Deregnaucourt [(1)], L. Juif [(1)], A. Boinette [(1)], L. Plastaras [(2)], L. Chanut [(1)], M. Stouvenot [(1)], S. Koch [(1)], L. Vuitton [(1)]
(1) Besançon ; (2) Colmar.

Introduction : En France, plus de 90% des coloscopies sont réalisées sous anesthésie générale, exclusivement sous la responsabilité d'un médecin anesthésiste-réanimateur. La réduction drastique de l'offre d'anesthésie, pendant la pandémie de COVID-19, a nécessité un changement des pratiques dans notre centre pour faire face à l'inadéquation entre l'offre anesthésique et la demande d'endoscopies, notamment en supervisant l'administration de la sédation. Cette étude visait à identifier le taux d'échec et les facteurs prédictifs d'échec, de l'endoscopie digestive réalisée sous sédation dirigée par l'endoscopiste.

Patients et Méthodes : Dans cette étude française, observationnelle, monocentrique, tous les patients qui se sont présentés pour une endoscopie digestive sous sédation dirigée par l'endoscopiste entre le 05/01/2021 et le 31/01/2022 ont été inclus. Les traitements sédatifs utilisés étaient le midazolam en intra veineux direct, le mélange équimolaire oxygène-protoxyde d'azote (MEOPA) par inhalation, ou une association des deux. Les données démographiques et médicales étaient recueillies sur le dossier médical informatisé mais également à partir de questionnaires pour les patients et les endoscopistes après le 06/04/2021. L'échec de la coloscopie était défini par l'absence d'intubation caecale. Une analyse bivariée des facteurs associés à l'échec de la coloscopie a été réalisée, puis une régression logistique multivariée a permis de déterminer les facteurs indépendants.

Résultats : Au total, 225 coloscopies ont été réalisées sous sédation dirigée par l'endoscopiste. Huit coloscopies ont été exclues de l'analyse en raison de sténose infranchissable ou indication à réaliser une coloscopie courte uniquement. Parmi les 217 coloscopies finalement inclues, 149 (68,7%) patients étaient des hommes (sex-ratio à 2,2), l'âge moyen était de 63,7 (+/-15,3) ans. La majorité des coloscopies (168/194, 86,6%) ont été réalisées sous midazolam, 14/194 (7,2%) sous MEOPA seul et 12/194 (6,2%) avec l'association des deux. La dose moyenne de midazolam utilisée était de 4,90 (+/-1,70) mg/par patient. Moins d'un tiers des coloscopies (31,3%) étaient associées à une gastroscopie.
Sur 217 coloscopies, le taux d'échec défini par l'absence d'intubation caecale était de 19,9%. Chez 27/34 patients la progression a été interrompue volontairement par l'opérateur en raison de la douleur du patient. Le sexe féminin (p 0,0541), un âge plus jeune (p 0,0074), le tabagisme actif (p 0.0112), un IMC < 25 (p 0,0030), un score de BOSTON < 7 (p < 0,0001) étaient significativement associés à l'échec de la coloscopie. Les antécédents de chirurgie abdominale ou gynécologique, l'anxiété du patient avant l'examen, la prise régulière de benzodiazépine par le patient, et l'indication de la coloscopie n'étaient pas significativement associés à l'échec de la coloscopie.
La régression logistique multivariée a identifié comme facteurs prédictifs de l'échec de la coloscopie l'âge (OR 0,950 ; IC95% : 0,919-0,982), et un score de BOSTON < 7 (OR 39,3 ; IC95% : 12,8-120,7).
Les réponses aux questionnaires de 104 patients ont permis de montrer que 92,4% des patients étaient plutôt ou très satisfaits de leur examen et que 89,3% seraient d'accord pour réaliser une nouvelle coloscopie dans les mêmes conditions. L'endoscopiste évaluait son confort comme bon ou excellent dans 75% des coloscopies. La concordance entre la tolérance à l'examen évaluée par l'infirmière et la satisfaction du patient était mauvaise avec une satisfaction du patient en moyenne nettement plus élevée (coefficient de corrélation de 0.2374). Des complications à type de bradycardie, désaturation ou hypotension transitoires ont été décrites dans 2,8% des coloscopies, aucune n'a nécessité d'intervention.

Conclusion : Cette étude est à notre connaissance la seule à s'intéresser à l'endoscopie digestive réalisée sous sédation dirigée par l'endoscopiste en population française. La connaissance des facteurs d'échec de coloscopie sous sédation pourrait permettre une meilleure sélection des patients pour l'orientation vers une sédation dirigée par l'endoscopiste ou par une équipe d'anesthésie. Pour finir, la satisfaction des patients était très bonne, faisant de cette alternative une réelle possibilité dans nos centres d'endoscopie.

C174

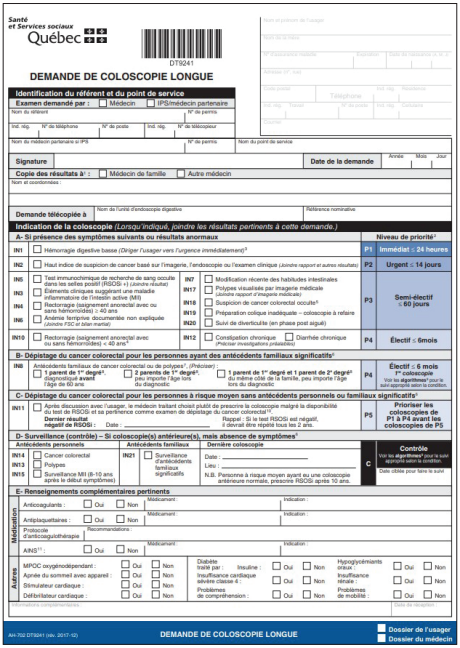
Étude de la performance d'un formulaire de priorisation des indications pour la coloscopie au Québec

A. Barkun [1], M. Bardou [2], D.H. Kim [1], G. Milky [1], P. Stanowski [1], O. Geraci [1], M. Martel [1], C. Ménard [3], D. Von Renteln [1]

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

Introduction : L'utilisation d'un formulaire de référence standardisé et validé pour la coloscopie à l'échelle du Québec (FRCQ), regroupant des indications de coloscopie (IN) mutuellement exclusives en catégories de délai de programmation prioritaires suggérés, a permis une évaluation plus complète de la pratique courante de la coloscopie. (figure1). Le but est de valider le FRCQ du Québec en caractérisant plus précisément les constatations endoscopiques en fonction des indications cliniques spécifiques.

Patients et Méthodes : Cette étude de cohorte rétrospective menée dans deux hôpitaux tertiaires inclut des patients adultes consécutifs ayant subi une coloscopie conséquemment à la complétion du FPCQ par le médecin référent. Le critère de jugement principal est le taux de cancer colorectal (CCR). Le critère de jugement secondaire est l'incidence des lésions cliniquement significatives (LCS) à l'endoscopie et confirmées en pathologie. Ce dernier inclut le CCR, les adénomes avancés, les polypes festonnées, des polypes ≥ 5 mm, les colites, les sténoses et d'autres découvertes diverses à l'exclusion des hémorroïdes et de la diverticulose. Des analyses statistiques descriptives et inférentielles, ainsi que des modèles de régression multivariée, sont rapportés.



Santé et Services sociaux Québec

DT9241

DEMANDE DE COLOSCOPIE LONGUE

Identification du référent et du point de service

Examen demandé par : ☐ Médecin ☐ IPS/médecin partenaire

Nom du référent | N° de permis | Ind. rég. | N° de téléphone | N° de poste | Ind. rég. | N° de télécopieur

Nom du médecin partenaire si IPS | N° de permis | Nom du point de service

Signature | **Date de la demande** (Année, Mois, Jour)

Copie des résultats à : ☐ Médecin de famille ☐ Autre médecin

Nom et coordonnées :

Demande télécopiée à | Nom de l'unité d'endoscopie digestive | Référence nominative

Indication de la coloscopie *(Lorsqu'indiqué, joindre les résultats pertinents à cette demande.)*

A- Si présence des symptômes suivants ou résultats anormaux — Niveau de priorité[2]

- IN1 ☐ Hémorragie digestive basse *(Diriger l'usager vers l'urgence immédiatement)*[3] — P1 Immédiat ≤ 24 heures
- IN2 ☐ Haut indice de suspicion de cancer basé sur l'imagerie, l'endoscopie ou l'examen clinique *(Joindre rapport et autres résultats)* — P2 Urgent ≤ 14 jours
- IN5 ☐ Test immunochimique de recherche de sang occulte dans les selles positif (RSOS +) *(Joindre résultat)*
- IN3 ☐ Éléments cliniques suggérant une maladie inflammatoire de l'intestin active (MII)
- IN4 ☐ Rectorragie (saignement anorectal) avec ou sans hémorroïdes[1] ≥ 40 ans[4]
- IN6 ☐ Anémie ferriprive documentée non expliquée *(Joindre FSC et bilan martial)*
- IN7 ☐ Modification récente des habitudes intestinales
- IN17 ☐ Polypes visualisés par imagerie médicale *(Joindre rapport d'imagerie médicale)*
- IN18 ☐ Suspicion de cancer colorectal occulte[5]
- IN19 ☐ Préparation colique inadéquate – coloscopie à refaire
- IN20 ☐ Suivi de diverticulite (en phase post aiguë)
- P3 Semi-électif ≤ 60 jours
- IN10 ☐ Rectorragie (saignement anorectal) avec ou sans hémorroïdes[1] < 40 ans[4]
- IN12 ☐ Constipation chronique ☐ Diarrhée chronique *(Préciser investigations préalables)*
- P4 Électif ≤ 6mois

B- Dépistage du cancer colorectal pour les personnes ayant des antécédents familiaux significatifs[6]

- IN8 Antécédents familiaux de cancer colorectal ou de polypes[7]. *(Préciser)*
  - ☐ **1 parent de 1er degré[8]**, diagnostiqué **avant** l'âge de 60 ans
  - ☐ **2 parents de 1er degré[8]**, peu importe l'âge lors du diagnostic
  - ☐ **1 parent de 1er degré et 1 parent de 2e degré[9]** du même côté de la famille, peu importe l'âge lors du diagnostic
- P4 Électif ≤ 6 mois, 1re coloscopie. Voir les **algorithmes**[6] pour le suivi approprié selon la condition.

C- Dépistage du cancer colorectal pour les personnes à risque moyen sans antécédents personnels ou familiaux significatifs[6]

- IN11 ☐ Après discussion avec l'usager, le médecin traitant choisit plutôt de prescrire la coloscopie malgré la disponibilité du test de RSOS et sa pertinence comme examen de dépistage du cancer colorectal[10].
  Dernier résultat négatif de RSOS : Date : _____ Rappel : Si le test RSOS est négatif, il devrait être répété tous les 2 ans.
- P5 Prioriser les coloscopies de P1 à P4 avant les coloscopies de P5

D- Surveillance (contrôle) – Si coloscopie(s) antérieure(s), mais absence de symptômes[6]

Antécédents personnels	Antécédents familiaux	Dernière coloscopie	
IN14 ☐ Cancer colorectal	IN21 ☐ Surveillance d'antécédents familiaux significatifs	Date : _____	C **Contrôle** Voir les **algorithmes**[6] pour le suivi approprié selon la condition. Date idéale pour faire le suivi :
IN13 ☐ Polypes		Lieu : _____	
IN15 ☐ Surveillance MII (8-10 ans après le début symptômes)		N.B. Personne à risque moyen ayant eu une coloscopie antérieure normale, prescrire RSOS après 10 ans.	

E- Renseignements complémentaires pertinents

Médication

- Anticoagulants : ☐ Oui ☐ Non — Médicament : — Indication :
- Antiplaquettaires : ☐ Oui ☐ Non — Médicament : — Indication :
- Protocole d'anticoagulothérapie — Recommandations :
- AINS[11] : ☐ Oui ☐ Non — Médicament : — Indication :

Autres

- MPOC oxygénodépendant : ☐ Oui ☐ Non
- Apnée du sommeil avec appareil : ☐ Oui ☐ Non
- Stimulateur cardiaque : ☐ Oui ☐ Non
- Défibrillateur cardiaque : ☐ Oui ☐ Non
- Diabète traité par : Insuline : ☐ Oui ☐ Non
- Insuffisance cardiaque sévère classe 4 : ☐ Oui ☐ Non
- Problèmes de compréhension : ☐ Oui ☐ Non
- Hypoglycémiants oraux : ☐ Oui ☐ Non
- Insuffisance rénale : ☐ Oui ☐ Non
- Problèmes de mobilité : ☐ Oui ☐ Non

Renseignements complémentaires — Date de réception

AH-702 DT9241 (rév. 2017-12) **DEMANDE DE COLOSCOPIE LONGUE** ☐ Dossier de l'usager ☐ Dossier du médecin

Résultats : Au total, 14 657 patients (âge moyen de 59,2 ± 14,0 ans, 50,9 % de femmes) ont été inclus de septembre 2018 à août 2022. Les indications les plus fréquentes pour la coloscopie étaient la surveillance des polypes (Indication 13 (IN13), 20,8 %), une modification récente du transit intestinal (IN7, 11,9 %), un test immunochimique fécal positif (IN5, 8,3 %), des antécédents familiaux de CCR ou polypes (premier degré de parenté) (IN8, 6,4 %) et la suspicion de maladie inflammatoire chronique intestinale (MICI) active (IN3, 5,8 %). Au total, 40,6 % des patients avaient des LCS, dont 0,8 % étaient un CCR. Un CCR était trouvé plus fréquemment pour les IN2 (19,7 % vs 2,0 %, p < 0,01), IN5 (29,9 % vs 8,2 %, p < 0,01), et les anémies ferriprives documentées non expliquées (IN6) (11,8 % vs 5,2 %, p < 0,01) comparativement aux autres indications. Une LCS était plus fréquemment retrouvée pour les IN3 (1,6 % vs 5,8 %, p = 0,04), IN7 (4,7 % vs 12,0 %, p = 0,01), IN8 (0,8 % vs 6,5 %, p = 0,01), IN13 (7,1 % vs 20,9 %, p < 0,01), la surveillance des MII (IN15, 0,0 % vs 4,0 %, p = 0,02), et la surveillance d'antécédents familiaux significatifs (IN21, 0,0 % vs 3,7 %, p = 0,02) comparativement aux autres indications. L'analyse multivariée a démontré que le CCR était significativement associé au IN2 avec un rapport de cotes (RC) de 31,8 (4,86 ; 208,7), IN5 avec un RC de 19,2 (3,86 ; 95,7), et IN6 avec un RC de 15,7 (2,37 ; 78,0) - (tous ont des hauts niveaux de priorité dans le FPCQ avec un temps d'attente suggéré plus court que pour la plupart des autres indications Figure 1). Les LCS étaient significativement associés à l'âge avec un RC de 1,03 (1,02 ; 1,03), IN2 (RC=2,32 (1,35 ; 3,99)), IN5 (RC=2,37 (1,74 ; 3,22)), et IN13 (RC=1,66 (1,36 ; 2,02)).

Conclusion : Cette large étude de cohorte confirme la validité des indications et de la hiérarchisation des temps d'attente correspondants d'un FRCQ.

C-175

Myotomie complète du muscle crico-pharyngien au ciseau "Clutch Cutter" : le bénéfice du Z POEM sans la morbidité associée dans les diverticules de Zenker symptomatiques

M. Harb [1], J.B. Danset [1], C. Medlij [1], O. Marty [1], D. Levoir [1], E. Chanteloup [1], B. El Khoury [2], C. Souaid [1], Y. Le Baleur [1]
(1) Paris ; (2) Fanar, LIBAN.

Introduction : Plusieurs modalités thérapeutiques, dont la chirurgie, l'endoscopie rigide et souple, ont été decrites pour la prise en charge du diverticule de Zenker (DZ) symptomatique . Le soulagement des symptômes tels que la dysphagie et la régurgitation constitue l'objectif principal du traitement. L'ESGE (1) recommande en premiere intention la réalisation d'une septotomie dont le profil sécuritaire est supérieur au Z POEM . La septotomie est le plus souvent réalisée à l'aide d'un couteau de dissection ou un needle knife en arretant la section a 5 mm du fond du diverticule laissant des fibres musculaires expliquant une part des récidives à moyen et long terme.
Le but de cette étude rétrospective était d'evaluer la securité et l'efficacité à 12 mois de la myotomie complète du septum diverticulaire à l'aide d'un ciseau de dissection.

Patients et Méthodes : Une septotomie avec section des fibres du muscles cricopharyngien a été réalisée chez 43 patients présentant un diverticule symptomatique du tiers supérieur de l'œsophage dit de zenker par la technique suivante : Apres intubation oro trachéale chez un patient en decubitus dorsal une gastroscopie avec un gastroscope simple canal sur lequel était monté un capuchon transparent était réalisée. une fois le capuchon positionné à cheval sur le septum, une incision au clutch cutter (Fujifilm) sur 2 mm de la muqueuse et de la sous muqueuse était réalisée en deux endroit du mur diverticulaire distant de 5 mm. L'étape suivante était une avulsion du capot muqueux et de la sous muqueuse à l'anse diathermique de 10 mm par mucosectomie sans injection pour exposer le muscle cricopharyngien puis une section de toutes les fibres musculaire au clutch cutter en traction avec fermeture du defect sur toute sa hauteur par clips était éffectuée.
Les symptômes ont été analysés avant l'intervention ainsi qu'à 3, 6 mois et 1 an après l'intervention à l'aide d'un questionnaire complet portant sur la dysphagie, l'odynophagie, la régurgitation, la toux chronique, l'état de santé général avec un patient constituant son propre témoin avant et après le geste.
Les éléments suivants ont été colligés :complications per et post procédure (hémorragie, perforation, infection, autre), durée du geste, succès technique immediat et succès clinique à 3 mois, 6 mois et 1 an

Résultats : La taille moyenne du diverticule de Zenker était de 25,6 mm, et la durée moyenne de la procédure s'est établie à 48 minutes.
Aucune complication per et post procédure n'a été observée, bien qu'un patient ait présenté une plaie du sinus piriforme.
Le suivi des patients a été effectué à 3, 6 et 12 mois après l'intervention. Les patients ont évalué l'amélioration de leurs symptômes en pourcentage lors des consultations de suivi .
A 3 mois 92 % des patients avaient une amélioration de 100 % de leur symptomatologie pré opératoire avec à 6 mois et à 12 mois une amélioration complète qui se maintenait chez tous les patients répondeurs initialement puis amélioration chez tous autres patients initialement non répondeurs sauf un

Discussion : Cette série la plus importante jamais rapportée de myotomie complète du cricopharyngien au ciseau Clutch cutter avec fermeture complète du défect réalise un équivalent de Z POEM « ouvert » sans décollement des espaces cellulo graisseaux du cou voir du mediastin avec une morbidité très réduite et un taux de récidive inférieur à la septotomie classique.

Conclusion : La technique de section completè du muscle crico pharyngien par ciseau de dissection Clutch Cutter est sure, efficace et peu morbide avec un taux de récidive très bas à 1an et pourrait etre utilisée en premiere intention chez les patients atteints de diverticules de Zenker symptomatiques non traités préalablement.

C-176

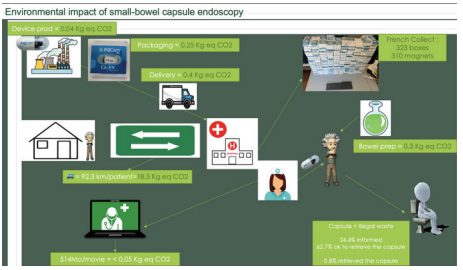
Impact environnemental de l'endoscopie par capsule de l'intestin grêle

M. Pioche [1], J. Rivory [1], J. Jacques [2], T. Wallenhorst [3], X. Dray [4], U. Chaput [4], P. Jacob [5], R. Grau [1], J.C. Saurin [1]
(1) Lyon ; (2) Limoges ; (3) Rennes ; (4) Paris ; (5) Nîmes.

Introduction : Introduction : L'impact environnemental de l'endoscopie, y compris l'endoscopie par capsule de l'intestin grêle (SBCE), a attiré l'attention en raison de sa contribution à l'empreinte carbone mondiale. Cette étude prospective visait à évaluer les émissions de gaz à effet de serre (kgCO2e) de l'endoscopie par capsule, y compris le cycle de vie des dispositifs et l'impact du voyage de la capsule.

Matériels et Méthodes : Les dispositifs SBCE (3 marques) ont été évalués à l'aide de la méthodologie d'évaluation du cycle de vie (ISO 14040), y compris le déplacement du patient, la préparation de l'intestin, l'examen de la capsule et l'enregistrement vidéo. Une enquête a été menée auprès de 120 patients subissant un SBCE afin de recueillir des données sur leur transport, leurs activités pendant la procédure et leur sensibilisation à la pollution générée.

Résultats : Pour les trois dispositifs différents, le poids de la capsule elle-même était de 4 g (3,9-5,2 % du poids total), tandis que 43 à 119 g étaient attribués à l'emballage (9-97 %), y compris 5 g d'aimants de désactivation (4-6 %) et 11 à 50 g pour les formulaires d'instruction (40 %). Un SBCE complet a généré entre 19 et 20 kgCO2e, dont 0,04 kgCO2e (0,2 %) pour la capsule elle-même et 18 kgCO2e liés au déplacement du patient (94,7 %). La récupération de la capsule ajouterait 0,98 kgCO2e en utilisant des dispositifs dédiés. La déconstruction de la capsule a révélé des composants (par exemple le néodyme) dont l'élimination dans l'environnement est interdite. 76 % des patients n'étaient pas conscients de la nature illégale du rinçage des capsules, et 63 % d'entre eux seraient prêts à les récupérer.



Conclusion : Les émissions de gaz à effet de serre du SBCE sont principalement déterminées par les déplacements des patients. Le dispositif de gélule lui-même a une empreinte carbone comparativement faible. Étant donné que l'élimination des composants de la capsule est illégale, la récupération de la capsule semble cruciale, mais elle augmente les émissions liées au dispositif.

C177

Gastroentéro-anastomose sous écho-endoscopie en situation bénigne : résultats d'une série rétrospective multicentrique

M. Goudot [1], J. Privat [2], J.P. Ratone [3], T. Wallenhorst [4], E. Perez-Cuadrado-Robles [5], F. Rudler [1], P. Blanc [1], L. Monino [6], J.C. Valats [1]
(1) Montpellier ; (2) Vichy ; (3) Marseille ; (4) Rennes ; (5) Paris ; (6) Bruxelles, BELGIQUE.

Introduction : L'occlusion digestive haute par obstruction bénigne de la sortie de l'estomac (OBSE) est une situation clinique courante.
L'écho endoscopie interventionnelle permet de traiter cette occlusion par la réalisation d'une gastro-entéro-anastomose endoscopique (EUS-GE), en utilisant une prothèse d'apposition mise en place entre l'estomac et le jéjunum.
En 2022, l'ESGE suggère la pose et le retrait d'une prothèse d'apposition dans les OBSE chez les patients à risque chirurgical élevé. Cependant, il manque des données d'efficacité de morbi-mortalité et des recommandations de durée de traitement dans cette indication.
Nous avons réalisé un recueil rétrospectif des cas d'EUS-GE réalisés en situation bénigne dans les centres du GRAPHE, et aux Cliniques Universitaires St Luc à Bruxelles.

Patients et Méthodes : Entre janvier 2015 et juin 2023, nous avons mené une étude rétrospective, multicentrique binationale, avec analyse des patients ayant bénéficié d'une EUS-GEA pour OBSE.
Notre objectif principal était l'absence de recourt à une gastro-entéro-anastomose chirurgicale (S-GE).
Nos objectifs secondaires étaient d'évaluer la réussite technique, l'efficacité clinique, le retrait ou la durée de mise en place de la prothèse, la morbi-mortalité à court et long terme.

Résultats : Durant la période d'inclusion, 25 patients d'âge moyen de 52,8 ans provenant de différents centres français et d'un centre Belge ont bénéficié d'une EUS-GE.
Les étiologies des sténoses bénignes étaient l'évolution d'une pancréatite chronique (15 patients), d'une gastro parésie (7 patients), d'un ulcère (2 patients) et d'une sténose fonctionnelle sur Twist post Sleeve gastrectomie (1 patients).
80% des sujets présentaient une contre-indication relative à une S-GE.
La pose d'une EUS-GE a été un succès technique pour les 25 patients sans complications immédiates. Un succès clinique a été obtenu immédiatement chez 84% des sujets, 10 jours après la pose il est de 100%.
Au terme d'un suivi moyen de 381 jours (min 42-max 1806), 22 patients (88%) n'ont pas eu recours à une S-GE.
Les prothèses d'apposition ont été retirées chez 6 sujets (33%), en moyenne après 166 jours (min 72-max 275). 3 (50%) de ces sujets ont récidivé une occlusion et ont eu une S-GE.
Des complications tardives (> 1mois) ont été observées chez 5 patients (20%). Il est rapporté 3 ulcères du jéjunum par impaction de la prothèse d'apposition, dont 2 à l'origine d'une perforation péritonéale, justifiant d'une chirurgie avec lavage péritonéal. Les deux autres complications sont une récidive d'occlusion traitée par le changement de la prothèse d'apposition, et un syndrome douloureux abdominal traité médicalement.
Enfin au terme du suivi 5 patients (20%) sont décédés, d'une cause non liée à l'OBSE, aucun ce ces patients n'a eu le retrait de sa prothèse d'apposition. Ceci traduit le mauvais pronostic de cette affection même si celle-ci est bénigne.

Conclusion : La pose d'une EUS-GE dans les situations de OBSE permet d'éviter le recours à une S-GE pour 88% des sujets. Cette procédure semble être une bonne option permettant une levée d'occlusion rapide pour des patients à risque chirurgical élevé et fragiles comme en témoigne la mortalité non spécifique élevée au terme du suivi. Chez les patients éligibles à une chirurgie cette indication doit être corrélée au risque de complications (20%) et de récidive d'occlusion au retrait de la prothèse (50%).

C178

VAC-Stent® : un dispositif endoscopique innovant pour le traitement des fistules œsophagiennes post-opératoires

A. Wartski [1], R. Gérard [1], R. Legros [2], F. Caillol [3], A. Blondeaux [1], G. Piessen [1], J. Branche [1]
(1) Lille ; (2) Limoges ; (3) Marseille.

Introduction : La chirurgie carcinologique de l'œsophage (interventions de Lewis Santy, Mac Keown ou Gastrectomie totale) se complique de fistule anastomotique dans 13,1% des cas d'œsophagectomie et 9,8% des cas de gastrectomie totale.
Cette complication redoutée, qui peut s'avérer grave et engager le pronostic vital des patients, est responsable de 30% des décès post-opératoires et retarde la chimiothérapie adjuvante.
Le traitement des fistules œsophagiennes post-opératoires est actuellement mal codifié.
Les prothèses œsophagiennes et la VAC Thérapie font partie de l'arsenal thérapeutique.
Le système VAC STENT® est composé d'une éponge de VAC thérapie fixée sur une prothèse couverte. Il est positionné par voie endoscopique en regard de la fistule, et favorise la cicatrisation en induisant une pression négative, ce qui assure l'aspiration des sécrétions tout en favorisant la vascularisation.
Nous nous intéressons à la place de ce dispositif dans le traitement des fistules œsophagiennes post opératoires.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective, réalisée dans 3 Centres Experts, avec une méthode d'identification des patients reposant sur une base de données prospective.
Tous les patients ayant reçu un traitement endoscopique par VAC STENT® pour fistule œsophagienne entre 03/2023 et 08/2023 ont été inclus dans l'étude.
Les autres dispositifs endoscopiques utilisés au cours de la séquence de prise en charge étaient la prothèse œsophagienne, le drainage interne par endoprothèse plastique en double queue de cochon (EDQC) et l'Œsoponge®.
Le critère de jugement principal était la cicatrisation de la fistule.

Résultats : Dans notre étude 11 patients étaient traités par le système VAC STENT®.
5 ont eu un VAC STENT® d'emblée.
4 ont eu un traitement endoscopique avant VAC STENT® (2 par prothèse œsophagienne, 1 par EDQC et 1 par Œsoponge®).
1 a eu deux traitements endoscopiques avant VAC STENT® (EDQC puis Œsoponge®).
1 a eu un échec de traitement endoscopique par EDQC puis une reprise chirurgicale avant VAC STENT®.
La cicatrisation de la fistule a été atteinte chez 7 des 11 patients étudiés. 1 patient est en cours de cicatrisation avec comblement de l'orifice fistuleux à 80%.
Le diamètre de la fistule était < 0,5 cm chez 3 patients, entre 0,5 et 1 cm chez 6 patients, et > 1 cm chez 2 patients.
Chez les 3 patients en échec de traitement endoscopique, deux fistules étaient comprises entre 0,5 et 1 cm, et une fistule était > 1cm.
Parmi les 7 patients qui ont cicatrisé, la durée médiane entre le traitement par VAC STENT® et la cicatrisation de la fistule était de 9 jours (8-22).
Le nombre médian de procédures endoscopiques était de 3 (2-3,5), et le nombre médian de séances VAC STENT® était de 1 (1-1,5).
La durée médiane avant changement ou retrait d'un dispositif VAC STENT® était de 7,5 jours (7-8).
Il n'y a pas eu de complication liée à l'utilisation du système VAC STENT®.
Parmi les échecs de traitement par VAC STENT®, nous comptons deux reprises chirurgicales pour démontage de la plastie, et une reprise chirurgicale pour réfection de l'anastomose.

Conclusion : Dans notre expérience, le système VAC STENT® est un nouvel outil efficace et sûr pour le traitement des fistules œsophagiennes post-opératoires de petit calibre.
Une étude randomisée avec comparaison du VAC STENT® aux autres dispositifs endoscopiques serait intéressante pour déterminer sa place en 1ère intention dans cette indication.

C-179

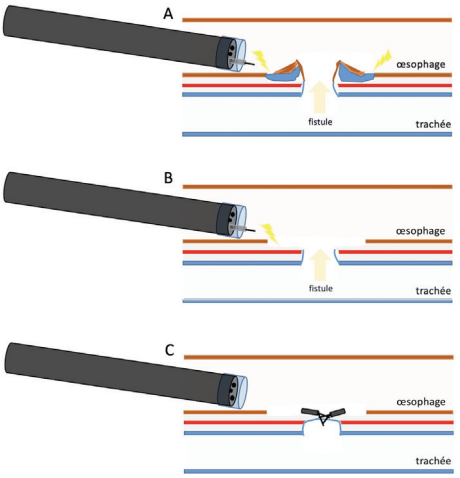
Dissection sous-muqueuse endoscopique avec fermeture par clip des fistules gastro-intestinales, y compris celles qui sont réfractaires à un traitement antérieur

P. Lafeuille [(1)], T. Wallenhorst [(2)], A. Lupu [(1)], J. Jacques [(3)], T. Lambin [(4)], M. Camus-Duboc [(5)], C. Yzet [(6)], T. Ponchon [(1)], F. Rostain [(1)], J. Rivory [(1)], F. Subtil [(1)], M. Pioche [(1)]

(1) Lyon ; (2) Rennes ; (3) Limoges ; (4) Lille ; (5) Paris ; (6) Amiens.

Introduction : Les fistules gastro-intestinales (GI) représentent une affection qui met en jeu le pronostic vital et constitue un véritable défi thérapeutique [1]. Les approches endoscopiques comprennent la résection de la muqueuse, la fermeture par clip ou la pose de stent [2], avec des taux de réussite modérés à long terme [3,4]. Nous avons évalué si la stratégie de dissection sous-muqueuse endoscopique de la fistule avec fermeture par clip (fistula endoscopic submucosal dissection with clip closure ou FESDC) pouvait conduire à une résolution complète des fistules, même après échec d'une thérapie endoscopique antérieure.

Patients et Méthodes : Les patients atteints de fistules gastro-intestinales, y compris ceux dont le traitement antérieur avait échoué, ont été inclus rétrospectivement. Le résultat principal était le succès à long terme (>3 mois) de la cicatrisation de la fistule. Les résultats secondaires comprenaient la réussite technique, la sécurité et les facteurs associés à la réussite de la stratégie FESDC.



Résultats : Au total 23 patients (dont 13 avec fistules réfractaires soit 57 %) ont été inclus. L'étanchéité immédiate a été obtenue chez 19 patients (83 % ; intervalle de confiance [IC] de 95 % 61 %-95 %). Une fermeture à long terme a été obtenue chez 14 patients (61 % ; 95 % IC 39 %-80 %), avec un suivi médian de 20 mois. Des complications sont survenues chez deux patients (9 %). Des antécédents de tumeur maligne (p = 0,08) et la radiothérapie (p = 0,047) ont été associées à un risque plus élevé d'échec.

Conclusion : Cette nouvelle stratégie FESDC s'est avérée sûre et réalisable pour la fermeture endoscopique permanente des fistules gastro-intestinales. D'autres études sont cependant nécessaires pour déterminer la place de cette technique dans la prise en charge des fistules gastro-intestinales chroniques.

C-180

Facteurs prédictifs d'efficacité du G-POEM et intérêt de l'Endoflip™ dans le traitement de la gastroparésie

A.M. François [(1)], H. Duboc [(2)], M. Dior [(1)], B. Coffin [(2)], H. Soliman [(1)]

(1) Paris ; (2) Colombes.

Introduction : La gastroparésie est une maladie impactant la qualité et l'espérance de vie des patients. Il existe plusieurs traitements endoscopiques et chirurgicaux à disposition, d'efficacités variables, et dont certains ciblent spécifiquement le pylore dans l'hypothèse d'une dysfonction pylorique au moins partiellement responsable des symptômes. La myotomie endoscopique du pylore (G-POEM) est efficace chez certains malades sans que l'on connaisse de manière formelle ses facteurs prédictifs d'efficacité (1). L'EndoFLIP est quant à lui un outil permettant de mesurer la compliance du pylore grâce à un système d'impédance planimétrie, et des études montrent que la compliance des patients atteints de gastroparésie est inférieure à celle des sujets sains (2). L'objectif de ce travail est donc de voir si une compliance abaissée permettrait de mieux sélectionner des patients éligibles à un traitement ciblant le pylore tel que le G-POEM.

Matériels et Méthodes : Notre étude rétrospective monocentrique a inclus l'ensemble des patients (n=42) atteints de gastroparésie, traités par G-POEM d'octobre 2021 à février 2023. Chaque patient a bénéficié d'une mesure de la compliance pylorique par EndoFLIP avant la myotomie. Les données cliniques des patients (âge, sexe, étiologie de la gastroparésie, type de traitement antérieur, présence d'un soutien nutritionnel), leurs données de scintigraphie de vidange gastrique (temps de rétention des solides et des liquides à H4, temps de demi-vie de vidange des liquides et des solides) ainsi que les compliances pyloriques des patients mesurées par EndoFLIP ont été recueillies afin d'identifier d'éventuels facteurs de réponse à ce traitement. Le succès clinique était défini comme une perte de 1 point de GCSI, ou un GCSI divisé par 2 en cas de GCSI <2.0, à 3 mois du G-POEM.

Résultats : Sur 42 patients traités, nous avons obtenu 52,5% de succès clinique du G-POEM à trois mois. Une seule complication au G-POEM, non sévère de surcroît, a été observée dans notre cohorte. Les patients avec une gastroparésie diabétique avaient un taux de succès plus élevé (7/8, 87,5%), alors que les patients avec une étiologie « autre » avaient un taux de succès plus bas (2/10, 20%). Ceux avec une étiologie post-opératoire ou idiopathique avaient des taux de succès de 60% (6/10) et de 58,3% (7/12) respectivement, et cette différence selon les étiologies est significative (p=0,04). De même la présence d'un support nutritionnel était associée à une moindre efficacité du traitement (1/10, 10% ; p=0,003). L'absence de traitement antérieur semblait être associé à une meilleure réponse au G-POEM de manière non significative. Aucune donnée de scintigraphie de vidange gastrique n'était prédictive d'efficacité, notamment le taux de rétention ou la répartition anatomique des solides. Enfin, les données de compliance du pylore étaient corrélées avec la rétention des solides à 4 heures en scintigraphie (r =-0,410 ; p<0,05) mais pas avec le score GCSI. Cependant, aucune donnée d'EndoFLIP n'était prédictive de réponse au G-POEM.

Conclusion : Le G-POEM est efficace chez 52,5% des patients dans notre cohorte avec peu de complications. La compliance du pylore est corrélée aux données de scintigraphie mais ne permet pas de prédire la réponse au traitement. L'EndoFLIP ne peut donc être utilisé comme outil pour sélectionner les patients éligibles à un traitement par G-POEM.

L'essai HEPYSE : étude ouverte, contrôlée et randomisée comparant une trithérapie de 14 jours guidée par la détection de la résistance à la clarithromycine par PCR à une quadrithérapie concomitante non bismuthée de 14 jours

A. Amiot [1], J. Hacoon [2], F. Heluwaert [3], F. Mion [4], D. Lamarque [5], D. Moussata [6], J.C. Delchier [2], E. Audureau [2], S. Bastuji-Garin [2]

(1) Le Kremlin-Bicêtre ; (2) Créteil ; (3) Annecy ; (4) Lyon ; (5) Boulogne-Billancourt ; (6) Tours.

Introduction : La quadrithérapie concomitante non bismuthée de 14 jours (amoxicilline, clarithromycine et métronidazole et un inhibiteur de la pompe à protons (IPP) à double dose) et la quadrithérapie bismuthée de 14 jours (sous-citrate de Bismuth, tétracycline, métronidazole et un IPP à double dose) sont les traitements de référence en première ligne du traitement d'éradication d'*Helicobacter pylori* (Hp) en l'absence de données microbiologiques disponibles. L'utilisation d'un test déterminant la susceptibilité à la clarithromycine des souches d'Hp permettrait l'utilisation d'une trithérapie ciblée. Néanmoins, l'utilité de ce type de stratégie reste à démontrer.

Patients et Méthodes : Nous avons réalisé une étude ouverte, contrôlée, randomisée, et en groupe parallèle, au sein de 4 centres français. Tout patient adulte (≥18 ans) présentant une gastrite à Hp dans le cadre du soin et n'ayant jamais reçu de traitement d'éradication d'Hp, pouvaient être inclus dans cette étude. Les patients étaient alors randomisés pour recevoir 14 jours d'une quadrithérapie non bismuthée concomitante (EACM14: ésoméprazole 40 mg, amoxicilline 1000 mg, clarithromycine 500 mg et métronidazole 500 mg deux fois par jour) ou un traitement guidé de 14 jours selon un test moléculaire par PCR déterminant la susceptibilité des souches d'Hp à la clarythromycine (trithérapie guidée EAC/L14 : ésoméprazole 40 mg, amoxicilline 1000 mg 2 fois par jour associés à de la clarithromycine 500 mg deux fois par jour pour les souches sensibles à la clarithromycine et à de la lévofloxacine 500 mg deux fois par jour pour les souches résistantes à la clarithromycine). Il s'agissait d'une étude de non-infériorité avec une marge inférieure pré-spécifiée de -5%. Le critère de jugement principal était le taux d'éradication d'Hp évalué par un test respiratoire à l'urée 13C entre 6 et 12 semaines après la fin du traitement d'éradication. Les analyses ont été menées en intention de traiter (ITT) et en analyse per protocol (PP)

Résultats : : 991 patients ont été inclus avant de réaliser une gastroscopie avec des biopsies gastriques à la recherche d'Hp et la réalisation d'un test moléculaire de susceptibilité à la clarithromycine. 241 patients ont été randomisés pour recevoir une quadrithérapie non bismuthée concomitante EACM14 (n = 121) ou une trithérapie guidée EAC/L14 (n = 120).
En analyse PP (excluant les patients qui n'ont pas réalisé le test respiratoire à l'urée 13C 6 à 12 semaines après la fin du traitement d'éradication et/ou qui n'ont pas reçu la totalité des 14 jours du traitement alloué), le taux d'éradication d'*Helicobacter pylori* était de 98,8% dans le bras trithérapie guidée EAC/L14 et de 96,5% dans le bras quadrithérapie concomitante non bismuthée EACM14 avec une différence de +2,35% (borne inférieure de l'intervalle de confiance de -3,33%) en faveur de la trithérapie guidée EAC/L14, confirmant l'hypothèse de non-infériorité. La conclusion était similaire en analyse en ITT, avec un taux d'éradication d'*Helicobacter pylori* (critère de jugement principal) de 99,2% dans le bras trithérapie guidée EAC/L14 et de 95,9% dans le bras quadrithérapie concomitante non bismuthée EACM14 avec une différence de +3,30% (borne inférieure de l'intervalle de confiance de -0,68%) en faveur de la trithérapie guidée EAC/L14. Les deux bras de traitement étaient bien tolérés avec un profil de tolérance plus favorable dans le bras trithérapie guidée EAC/L14 (survenue d'évènement indésirable de 41,2% [EAC/L14] vs. 61,4% [EACM14], p = 0.003). Les évènements indésirables les plus fréquents étaient d'ordre digestif chez 107 (46,9%) patients dont 41 (36,0%) dans le bras trithérapie guidée EAC/L14 et 66 (57,9%) dans le bras quadrithérapie concomitante non bismuthée EACM14 (p = 0,001).

Conclusion : Dans un pays à forte de prévalence de résistance à la clarithromycine, nous avons montré qu'une trithérapie de 14 jours guidée par un test de susceptibilité à la clarithromycine était non inférieure en terme d'efficacité et mieux tolérée qu'une quadrithérapie concomitante non bismuthée de 14 jours en première ligne de traitement d'éradication d'Hp (ClinicalTrials.gov, number NCT02576236.).

Remerciements, financements, autres :
PHRC 2014-0411

C182 Plénière

Intérêt du dépistage des troubles du comportement alimentaire au cours du syndrome de l'intestin irritable

F. Wuestenberghs [1], N. Demaré [1], P. Jouët [1], M. Benallaoua [1], N. Ezratty [1], J.J. Raynaud [1], R. Benamouzig [1], J.M. Sabaté [1]
(1) Bobigny.

Introduction : Le syndrome de l'intestin irritable (SII) fait partie des désordres de l'axe intestin-cerveau dans la classification de Rome IV et associe douleurs abdominales et troubles du transit. Les symptômes digestifs sont fréquemment déclenchés ou accentués par les prises alimentaires, et les régimes font parties des traitements conseillés en première intention. Cependant, des études ont rapporté une fréquence élevée de troubles du comportement alimentaire (TCA) chez des patients avec SII en utilisant un score de dépistage, contre-indiquant alors les régimes (1). Le but de cette étude est d'évaluer la prévalence des TCA chez des patients avec SII en comparant le score de SCOFF et l'entretien avec une diététicienne, et de chercher des liens entre la présence de TCA, le phénotype clinique, le niveau d'anxiété-dépression et la sévérité de la maladie.

Patients et Méthodes : Cette étude a été réalisée, après accord d'un comité d'éthique local, entre janvier et août 2023 chez des patients consécutifs avec SII évalués dans une structure d'hôpital de jour multidisciplinaire (avec neurogastroentérologue, diététicienne et psychologue). Les caractéristiques cliniques (âge, genre, IMC, niveau d'activité physique (IPAQ - International Physical Activity Questionnaire, en MET-minutes par semaine), type de SII selon le transit, traitements antérieurs et durée d'évolution), niveau d'anxiété-dépression (score HAD), qualité de vie (score de santé de l'EQ-5D numéroté de 0 à 100, avec 100 correspondant à la meilleure santé que l'on puisse imaginer), présence d'un TCA (score de SCOFF de 5 questions, anormal si >2, ou évaluation par une diététicienne), et sévérité du SII (IBS-SSS) ont été enregistrées.

Résultats : Nous avons inclus 65 patients pour analyse (70,8% de femmes ; âge de 48,5 ± 17,3 ans, IMC de 21,8 ± 3,8 kg/m² ; durée d'évolution médiane de 13,1 ans (IQR 6,6-27,6) ; 29,2% de SII-D, 52,3% de SII-C, 16,9% de SII-M et 1,6% de SII-I ; 36,9% avaient une dyspepsie associée ; 83,3% avaient adapté leur alimentation et 51,6% avaient déjà testé un régime pauvre en FODMAPs). Le score de sévérité était de 332,2 ± 80,7 points (formes de sévérité minime chez 1,5%, moyenne chez 38,5%, et sévère chez 60,0%). Le score moyen de qualité de vie était de 49,7 ± 20,8. Le score HAD moyen était de 17,7 ± 6,3 points, avec 52,5% d'anxiété et 8,5% de dépression confirmées (scores >11). Le score moyen de SCOFF était de 1,5 ± 1,1 points, avec un score considéré comme anormal chez 18,5%. Parmi les 41 patients qui ont eu une évaluation par la diététicienne, 6 avaient un TCA (14,6%), soit une sensibilité de 100% (IC à 95% : 61,0-100,0), une spécificité de 91,4% (IC à 95% : 77,6-97,0), une valeur prédictive positive de 66,7% (IC à 95% : 35,4-87,9) et une valeur prédictive négative de 100% (IC à 95% : 89,3-100,0) pour la présence d'un TCA dans le SII en cas de score de SCOFF >2. La 5ème question du SCOFF (« Diriez-vous que la nourriture est quelque chose qui occupe une place dominante dans votre vie ? ») était la moins discriminante, avec 63,1% de réponses positives dans notre cohorte. Diminuer le cut-off d'un point diminue la spécificité à 60% (IC à 95% : 43,6-74,5) et la valeur prédictive positive à 30,0% (IC à 95% : 14,6-51,9). Les patients avec SCOFF anormal étaient plus jeunes (30 vs 50 ans d'âge médian, p = 0.0011), mais il n'y avait pas de différences dans leur IMC, leurs niveaux d'anxiété-dépression ou d'activité physique, la sévérité du SII, de qualité de vie ou de chevauchement avec une dyspepsie. Avant la prise en charge dans notre structure, 66,6% des patients avec SCOFF anormal s'étaient vus proposer un régime pauvre en FODMAPs (50,0% de ceux avec un TCA confirmé par la diététicienne).

Conclusion : Dans cette série de patients avec SII d'intensité moyenne-sévère et avec tous types de troubles du transit, un TCA anormal était dépisté dans 19% des cas par un score de SCOFF anormal et confirmé par une diététicienne dans 2/3 des cas. Un régime restrictif comme le régime pauvre en FODMAPs avait été proposé à tort chez 50% des patients avec TCA. Ces résultats plaident, en l'absence d'évaluation par une diététicienne, pour l'utilisation du score de SCOFF (5 questions, prenant <1 min) avant de proposer une stratégie diététique.

Remerciements, financements, autres :
Nous remercions les patients ayant été évalués dans notre structure d'hôpital de jour.

Étude multicentrique évaluant une désescalade thérapeutique dans la rectocolite hémorragique après obtention d'une réponse clinique continue grâce à un traitement par golimumab optimisé

L. Vuitton [1], F. Poullenot [2], Y. Bouhnik [3], P. Wils [4], A. Buisson [5], S. Viennot [6], G. Bouguen [7], X. Hébuterne [8], C. Gilletta de Saint-Joseph [9], S. Nancey [10], A. Bourreille [11], M. Amil [12], R. Altwegg [13], G. Fotsing [14], F. Goutorbe [15], L. Caillo [16], L. Plastaras [17], H. Brixi [18], M. Simon [6], M. Serrero [19], M. Fumery [20], J.F. Rahier [21], A. Aubourg [22], M. Kaassis [23], C. Painchart [24], E. Vicaut [6], L. Peyrin-Biroulet [25]

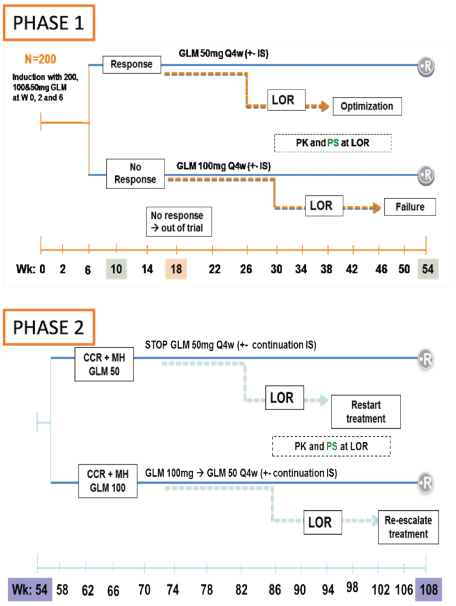
(1) Besançon ; (2) Bordeaux ; (3) Neuilly-sur-Seine ; (4) Lille ; (5) Clermont-Ferrand ; (6) Paris ; (7) Rennes ; (8) Nice ; (9) Toulouse ; (10) Lyon ; (11) Nantes ; (12) La Roche-sur-Yon ; (13) Montpellier ; (14) Poitiers ; (15) Bayonne ; (16) Nîmes ; (17) Colmar ; (18) Reims ; (19) Marseille ; (20) Amiens ; (21) Namur, BELGIQUE ; (22) Tours ; (23) Cholet ; (24) Valenciennes ; (25) Nancy.

Introduction : Obtenir une rémission profonde et maintenue dans le temps grâce à un contrôle serré pourrait permettre d'envisager une désescalade thérapeutique chez les patients avec une rectocolite hémorragique (RCH). L'étude in-Target était une étude prospective en deux phases chez des patients atteints de RCH initiant un anti-TNF, le golimumab (GLM), qui visait à évaluer le devenir à un an d'une stratégie d'optimisation du traitement selon la réponse après l'induction (phase 1) ; puis de réaliser une désescalade de l'anti-TNF en cas d'obtention d'une rémission profonde à un an et de suivre ces patients jusqu'à deux ans (phase 2) (Figure 1).

Patients et Méthodes : Il s'agissait d'une étude interventionnelle multicentrique. Les patients adultes inclus avaient une RCH active (Score de Mayo ≥6 avec un sous score endoscopique ≥2), étaient naïfs de biothérapie, et en échec ou intolérants au traitement conventionnel et aux corticoïdes. Dans la première partie de l'étude, les patients recevaient un schéma d'induction classique par GLM, selon leur poids (<80 kg, 200/100/50 sem 0, 2 et 6 ; ≥80 kg, 200/100/100 sem 0, 2 et 6). A la semaine 10, les patients répondeurs primaires (selon score de Mayo clinique ET endoscopique) poursuivaient le schéma d'entretien standard (<80 kg, 50 mg /4 sem ; ≥80 kg 100 mg/4 sem) et les patients non répondeurs primaires avaient une optimisation systématique du traitement (<80 kg, GLM 100mg/4 sem ; ≥80kg, introduction d'un immunosuppresseur). Dans la deuxième partie de l'étude, les patients en réponse clinique continue (de la sem 10-18 à la sem 54) et en rémission endoscopique (sous score endoscopique Mayo<2) à la sem 54, avaient un désescalade du traitement, à savoir un arrêt du GLM pour les patients qui recevaient 50mg, et une désescalade de dose à 50 mg pour ceux qui recevaient 100mg.
L'objectif principal de l'étude était de déterminer la proportion de patients en réponse clinique continue et rémission endoscopique à un an. Le principal objectif secondaire était de déterminer la proportion de patients en rémission clinique et endoscopique à la sem 108, à un an de la désescalade du GLM.

Résultats : Au total, 197 patients ont été analysés. La durée moyenne d'évolution de la RCH était de 75,9 (± 95.3) mois, la topographie était E1 pour 14%, E2 pour 58,9%, et E3 pour 27,1% des patients et le score Mayo total moyen était de 8,4 (± 1.7). A la semaine 10, 14 patients avaient arrêté le traitement pour échec, 83 (42,1%) avaient une réponse primaire, et 100 (50,7%) patients non répondeurs primaires ont eu une optimisation de traitement. A la semaine 54, 95 (48,2%) patients étaient toujours traités par GLM ; parmi eux 64 (32,5%) patients étaient en réponse clinique continue et rémission endoscopique, 69 patients avaient une rémission endoscopique. En analyse univariée et multivariée aux semaines 0 et 10, il n'y avait pas de facteur prédictif de réponse clinque continue + rémission endoscopique à S54. Le taux sérique de GLM après la S10 n'était pas associé à la réponse clinique continue ou à la rémission endoscopique à S54. Aucun patient n'a présenté d'Ac anti-GLM entre S0 et S54.

Soixante patients ont participé à la deuxième phase de désescalade de l'étude : chez 18 patients le GLM a été interrompu, chez 38 patients la dose de GLM a été désescaladée de 100 à 50mg/4 sem, 4 patients ont refusé la désescalade de dose. A la semaine 108, 34/56 (60,7%) patients étaient en rémission clinique continue et rémission endoscopique, sans changement de traitement. Il n'a pas été mis en évidence de facteur prédictif de rémission à la semaine 108, en particulier concernant les scores Mayo, le score endoscopique UCEIS, la calprotectine fécale, le taux de GLM à S54 (l'analyse ne prenait pas en compte l'histologie).
A la semaine 108, 23 patients avaient présenté une rechute : 4/18 (22,2%) parmi les arrêts de GLM, 19/38(50%) parmi les patients désescaladés de 100 à 50 mg/ 4 semaines.
Au cours de l'étude, aucun patient n'a eu de colectomie, 14 événements indésirables sévères hors poussée de la maladie sont survenus dont trois infections sévères, deux anémies sévères, et une linite du rectum.



Conclusion : Un tiers des patients avec une RCH ont obtenu une réponse clinique continue associée à une rémission endoscopique à un an grâce à un traitement par GLM optimisé. Après désescalade du GLM 60 % des patients en rémission à un an ont maintenu cette rémission à deux ans.

Résistance primaire à l'immunothérapie chez les patients atteints d'un cancer digestif métastatique dMMR/MSI : qui est à risque ? Une étude en vie réelle de l'AGEO

C. Flecchia [1], E. Auclin [1], E. Alouani [2], M. Mercier [3], A. Hollebecque [4], A. Turpin [5], T. Mazard [6], S. Pernot [7], M. Dutherage [8], R. Cohen [1], C. Borg [9], V. Hautefeuille [10], F. Sclafani [11], M. Ben Abdelghani [12], T. Aparicio [1], C. de la Fouchardière [13], C. Herve [14], G. Perkins [15], K. Heinrich [16], V. Kunzmann [17], C. Gallois [1], R. Guimbaud [2], D. Tougeron [3], J. Taïeb [1]

(1) Paris ; (2) Toulouse ; (3) Poitiers ; (4) Villejuif ; (5) Lille ; (6) Montpellier ; (7) Bordeaux ; (8) Rouen ; (9) Besançon ; (10) Amiens ; (11) Anderlecht, BELGIQUE ; (12) Strasbourg ; (13) Marseille ; (14) Grenoble ; (15) Rennes ; (16) Munich, ALLEMAGNE ; (17) Wurtzbourg, ALLEMAGNE.

Introduction : Le traitement des cancers digestifs métastatiques avec défaut de mésappariement de l'ADN (dMMR/MSI) a été révolutionné par l'arrivée des inhibiteurs de point de contrôle immunitaire (ICI). Cependant, jusqu'à 30% des patients présentent une résistance primaire aux ICIs (ICIPR). L'identification des patients présentant un risque élevé d'ICIPR est indispensable afin de pouvoir proposer d'autres stratégies thérapeutiques plus efficaces.
Les principaux objectifs de notre étude étaient d'identifier des marqueurs cliniques associés à l'ICIPR et de générer des preuves de l'efficacité et de la tolérance des ICIs, chez les patients avec un cancer digestif métastatique dMMR/MSI.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective multicentrique menée en France et en Europe. Les patients inclus sont porteurs d'un cancer digestif avancé ou métastatique, dMMR et/ou MSI, traité par ICI entre 2015 et 2022. La résistance primaire est définie comme une progression de la maladie à la première évaluation, après exclusion des pseudoprogressions. Des analyses univariée puis multivariée ont été réalisées pour déterminer les facteurs prédictifs de résistance primaire et constituer un score clinique permettant de stratifier les patients selon leur risque d'ICIPR. Les données ont été analysées à l'aide du logiciel R. Les survies ont été calculées par la méthode de Kaplan-Meier.

Résultats : Dans cette étude, 399 patients sont inclus, 284 porteurs d'un CCR, 115 porteurs d'un autre cancer digestif. La majorité des patients a reçu une simple immunothérapie (88,0%) et a eu une double confirmation immunohistochimique et en biologie moléculaire du statut dMMR/MSI (78,1%). À l'introduction des ICIs, 18,4% étaient ECOG-PS 2-3 et 78,6% avaient >2 sites métastatiques (hépatique 34,1%, péritonéal 51,4% et/ou ganglionnaire 56,4%). Les taux de survie sans progression à 24 mois était de 55,8% et de survie globale à 48 mois était de 59,1%. Le taux de réponse objective était de 51,0%. Le profil de tolérance était acceptable, chez les patients traités par simple et double immunothérapie. Il n'y avait pas de différence significative de réponse aux ICIs entre les patients porteurs d'un CCR ou non-CCR.
L'ICIPR a été observée chez 98 patients (25,1%). En analyse univariée, les variables significativement associées à un risque plus élevé d'ICIPR étaient l'âge ≤ 50 ans, la mutation BRAF, l'ECOG-PS ≥ 2, les métastases hépatiques, les métastases péritonéales, le nombre de sites métastatiques >2 et le fait d'avoir reçu au moins une ligne de traitement antérieur. Le traitement par la double immunothérapie anti-PD(L)1 + anti-CTLA4 était associé à un risque plus faible d'ICIPR. Trois modèles multivariés ont été créés pour déterminer la meilleure base d'un score prédictif cliniquement pertinent pour l'ICIPR chez les patients atteints de tumeurs digestives dMMR/MSI, avec des AUCs et des analyses de colinéarité satisfaisantes.
Les facteurs associés à l'ICIPR dans le dernier modèle ayant servi à construire le score sont : l'âge ≤ 50 ans (OR=1,76 95%IC (1,01-3,02)), l'ECOG-PS ≥ 2 (OR=3,36 95%IC (1,91-5,94)), les métastases hépatiques (OR=2,19 95%IC (1,32-3,67)), les métastases péritonéales (OR=2,00 95%IC (1,21-3,34)) et le fait d'avoir reçu au moins une ligne de traitement antérieur (OR=1,83 95%IC (1,04-3,31)). L'ICIPR a été observée chez 11,5 % des patients avec 0-1 facteur de risque contre 58,1 % chez ceux avec 4-5 facteurs de risque (p<0,001). De même, le taux de décès prématuré (EDR) a été observé chez 2,1 % et 38,7 % des patients présentant respectivement 0-1 et 4-5 facteurs de risque. Des ana de sensibilité ad hoc ont été réalisées dans certains groupes. Aucune différence significative d'ICIPR observée entre les patients avec un CCR ou non CCR.

A.

	Cohorte complète	Accumulation des facteurs de risque		
		0 - 1	*2 - 3*	*4 - 5*
	N=399	N=144	N=221	N=31
ICIPR (meilleure réponse = PD) - no. (%)	98 (25,1)	16 (11,5)*	64 (29,4)*	18 (58,1)*
Meilleure réponse = CR - no. (%)	72 (18,5)	34 (24,5)**	36 (16,5)**	2 (6,5)**
ORR - no. (%)	199 (51,0)	88 (63,3)*	100 (45,9)*	9 (29,0)*
EDR - no. (%)	35 (8,8)	3 (2,1)*	20 (9,1)*	12 (38,7)*

B.



Figure – Facteurs de risque d'ICIPR : (A) Odds ratio et (B) radar plots de la réponse à l'immunothérapie selon le nombre de facteurs de risque (*p-value<0.001 ; ** p-value = 0.03).
Data indisponible chez 3 patients

Conclusion : Les 5 facteurs associés à l'ICIPR devraient être pris en compte par les cliniciens pour guider le choix du traitement chez les patients atteints de cancer digestif métastatique dMMR/MSI.

Impact du volume des centres sur les résultats de la dissection sous-muqueuse colorectale : analyse de 3 770 lésions réséquées au sein de la cohorte FECCO

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

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

Introduction : L'adoption de la dissection sous-muqueuse endoscopique (ESD) comme traitement de référence des grandes lésions colorectales est encore limitée en occident. Grâce à la mise en œuvre de nouvelles stratégies et de programmes de formation, l'ESD s'est avérée plus efficace que la mucosectomie piece-meal pour les grandes lésions colorectales, sans risque significativement plus élevé d'événements indésirables, selon un essai randomisé français présenté récemment. La reproductibilité en dehors des centres d'experts a été remise en question. C'est pourquoi nous avons évalué les résultats en fonction du volume de cas par an dans une grande cohorte prospective multicentrique d'ESD colorectales.

Patients et Méthodes : Les patients référés pour une ESD colorectale ont été inclus consécutivement dans cette cohorte prospective multicentrique (FECCO NCT04592003) entre 09/2019 et 09/2022. Les centres participants ont été classés en centres à faible volume (LV) (<50 ESDs colorectales/an), à volume moyen (MV) (50-100 ESDs colorectales /an) et à volume élevé (HV) (>100 ESDs colorectales/an). L'efficacité a été évaluée en termes de taux de résection en bloc, R0 et curative et de vitesse de dissection, tandis que les taux de complications et la nécessité d'une intervention chirurgicale pour une complication constituaient les principaux critères de sécurité. Des analyses univariées et multivariées ont été réalisées.

Résultats : 3770 ESD colorectales réalisées dans 13 centres par 29 opérateurs ont été incluses. 62,4 % des lésions étaient situées dans le côlon et 37,6 % dans le rectum. Les grands et petits diamètres médians étaient respectivement de 50 mm et 40 mm. Le groupe HV a réalisé significativement plus de cas coliques (68,6 %) que les groupes MV et LV (61,6 % et 40,5 %, respectivement) (p<0,0001).
Les lésions étaient significativement plus grandes dans les centres HV et MV (50 x 40 mm pour les deux) par rapport aux centres LV (45 x 35 mm) (p<0,0001). Le taux global de résection en bloc était de 95,2 % ; les centres HV ont obtenu un taux significativement plus élevé (96,3 %) que les centres MV et LV (92,9 % et 93,9 %, respectivement) (p<0,01). Le taux de résection R0 regroupé était de 87,4 % ; il était meilleur dans les centres HV que dans les centres MV et LV (88,7 % contre 83,8 % et 86,8 %, respectivement). De même, le taux de résection curative, qui était globalement de 83,2 %, était plus faible dans les centres MV (79 %) que dans les groupes HV et LV (84,7 % (p<0,01) et 82,5 % (p= 0,10), respectivement).
La durée médiane de la procédure était de 57 min (IQR 35-90) et était plus courte dans les centres HV (48 min, IQR 30-80) que dans les groupes LV et MV (75 min, IQR 45-120 et 70 min, IQR 42,8-120,5, respectivement) (p<0,0001). La vitesse de dissection était de 28,7 mm²/min (IQR 16,8-45,8), plus élevée dans les centres HV (34,8 mm²/min, IQR 21,3-51,4) et plus faible dans les centres MV (22,9 mm²/min, IQR 14,7-34-5) (p<0,0001) et LV (18,1 mm²/min, IQR 10,5-28,6) (p<0,0001). Les trois groupes dépassent les seuils d'acceptabilité recommandés par la société européenne avec une vitesse satisfaisante.
Globalement, les saignements retardés et les interventions chirurgicales dues à des complications sont survenus dans 5,4 % et 0,8 % des cas, respectivement, sans différence significative entre les trois groupes. Le taux de perforation, globalement de 9 %, était plus élevé dans les centres MV (11,1 %) que dans les groupes LV et HV (7,5 % (p= 0,02) et 8,7 % (p= 0,06), respectivement). L'analyse multivariée a révélé que la taille >50 mm, la faible manœuvrabilité, les lésions récurrentes et appendiculaires, mais pas le volume du centre, étaient des facteurs de risque pour la résection R1 (p<0,001) et la perforation (p<0,001), ce qui suggère que les différences de résultats peuvent être expliquées par les caractéristiques de la lésion et non par le volume du centre.

Conclusion : Dans un système de référence organisé, l'ESD colorectale peut être largement mise en œuvre en occident avec de bons résultats, même dans les centres à plus faible volume. Ainsi, dans ces conditions, l'ESD devrait être adoptée comme traitement de première intention pour les grandes lésions colorectales, y compris en occident. Néanmoins, nos résultats suggèrent que les lésions difficiles devraient toujours être adressées aux centres les plus experts.

Hépatites alcooliques sévères et infections fongiques invasives : données nationales entre 2012 et 2021

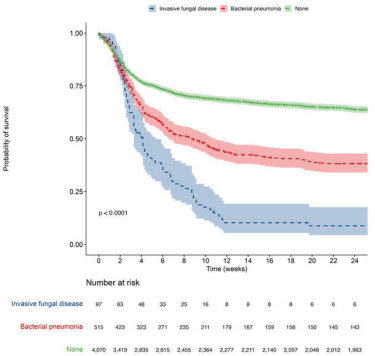
C. Mouliade [1], L. Parlati [1], S. Bouam [1], E. Nguyen-Khac [2], M. Corouge [1], D. Karinthi [1], A. Vallet-Pichard [1], V. Dhalluin [1], P. Sogni [1], S. Pol [1], A. Alanio [1], V. Mallet [1]

(1) Paris ; (2) Amiens.

Introduction : Les données sur les infections fongiques invasives (IFI) chez les patients atteints d'une hépatite alcoolique sévère (HAS) sont limitées.

Patients et Méthodes : Nous avons mené une étude rétrospective de 2012 à 2021 portant sur l'ensemble des patients diagnostiqués avec une hépatite alcoolique et un ictère, ainsi qu'au moins l'un des critères suivants : insuffisance hépatique, cirrhose décompensée, défaillance d'organe extra-hépatique ou biopsie hépatique transjugulaire. L'objectif principal était d'étudier l'incidence des IFI chez les patients atteints d'HAS, avec comme critère principal de jugement la mortalité à 6 mois. La principale variable d'exposition était la survenue d'une IFI, tandis que la survenue d'une pneumonie bactérienne servait de témoin. Les associations ont été évaluées par modèles de régression logistique et régression de Cox stratifiés sur l'âge, la présence de défaillances d'organes, le sepsis, la réalisation d'une biopsie hépatique transjugulaire, les comorbidités sévères et les caractéristiques démographiques.

Résultats : L'étude a inclus 4,682 patients d'âge médian de 54 ans (écart interquartile : 47-61), dont 70,4 % étaient des hommes. Les IFI, comprenant la candidose invasive, l'aspergillose et la pneumocystose, ont été diagnostiquées chez 97 (2,07 %) patients. La pneumonie bactérienne a été diagnostiquée chez 566 (12,09 %) patients. En analyse multivariée, les facteurs associés avec les IFI comprenaient : l'âge jeune [aOR 0,73 par décennie, IC à 95 % (0,61-0,87), p < 0,001], le sepsis [aOR 3,35 (2,23-5,10), p < 0,001], la pneumonie bactérienne [aOR 3,38 (2,31-4,94), p < 0,001], la présence d'une défaillance d'organe extra-hépatique [aOR 1,88 (1,26-2,83)] et la mortalité à 6 mois [aOR 6,73 (3,99-11,9), p < 0,001]. Les probabilités de survie à 6 mois (IC à 95 %) étaient de 40,5 % (35,9-45,9 %), 63,2 % (61,7-64,6 %) et 72.2 % (71,7-72,2 %) respectivement chez les patients atteints d'IFI, de pneumonie bactérienne ou atteint d'aucune infection (p < 0,001). En modèle de régression (Figure 1) et en modèle de Cox, les IFI étaient indépendamment associées à un risque accru de mortalité à 6 mois de 55 % [aHR 1,59, IC à 95 % (1,23-2,05), p < 0,001], contrairement à la pneumonie bactérienne qui n'était pas un facteur de risque indépendant de décès (p = 0,6).



Conclusion : Les IFI ont été observées chez environ 2% des patients dans cette cohorte nationale de patients avec une HAS. Les IFI étaient associées à un surrisque de décès, contrairement aux pneumopathies bactériennes. Nos données posent la question de stratégies diagnostiques et prophylactiques antifongiques spécifiques chez les patients avec HAS.

JOURNEES FRANCOPHONES D'HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE ET D'ONCOLOGIE DIGESTIVE

JFHOD

JFHOD.COM



Posters

MEILLEURS POSTERS

Efficacité de l'association sorafénib-célécoxib chez des patients suivis pour polypose adénomateuse familiale présentant des tumeurs desmoïdes mésentériques menaçantes : expérience lyonnaise chez 11 patients consécutifs

R. L'Huillier [(1)], N. Benech [(1)], L. Calavas [(1)], L. Milot [(1)], A. Pasquer [(1)], T. Walter [(1)], J.C. Saurin [(1)]

(1) Lyon.

Introduction : Les tumeurs desmoides de la polypose adénomateuse familiale (PAF) sont une complication fréquente et grave : 1 patient sur 10 développera une tumeur périphérique ou mésentérique au cours de sa vie. Les tumeurs desmoïdes mésentériques surviennent habituellement après colectomie. Le Sorafenib est le traitement le mieux validé au niveau scientifique, et le Celecoxib est le traitement recommandé en première intention au Japon. Nous utilisons depuis plusieurs années l'association de ces deux traitements chez des patients présentant une (ou plusieurs) tumeur(s) mésentérique(s) menaçante(s) (taille > 5 cm ou en croissance rapide). Nous rapportons ici une expérience prospective de patients inclus dans le registre national des polyposes (Renapol).

Patients et Méthodes : Entre Janvier 2014 et Septembre 2023, 12 patients porteur d'une PAF ont été pris en charge pour une tumeur desmoïde mésentérique menaçante. Deux patients avaient reçu auparavant un traitement associant Vinorelbine et Radiothérapie, sans effet. Un patient est décédé avant l'introduction du traitement (sepsis sur fistulisation cutanée). L'association (Sorafenib/Celecoxib) était validée en réunion de concertation pluridisciplinaire. Les patients avaient une IRM juste avant l'introduction du traitement, puis une IRM tous les 2 mois pendant 1 an puis semestrielle. La réponse au traitement était évaluée selon RECIST 1.1 et des mesures de signal tumoral en pondération T2, normalisées par le signal musculaire ont été réalisées.
Les patients avaient un suivi biologique mensuel, une consultation couplée à l'imagerie tous les deux mois. La concentration plasmatique de Sorafenib était suivie au cours du traitement (1 à 3 dosages selon les patients) . Les données cliniques, biologiques et d'imagerie ont été renseignées dans le registre national des polyposes (Renapol).

Résultats : Onze patients ont reçu l'association Sorafenib (à dose progressive, jusqu'à 800mg/j /Celecoxib (400 mg/j). La durée moyenne de traitement était de 21,5 mois. La tolérance était : asthénie (4), troubles digestifs (4), rash cutané (1), perte de cheveux (5) tous effets secondaires de grade 1. Une patiente a été opérée sur un abcès péritonéal en relation avec la nécrose de la tumeur desmoïde mésentérique. Les 11 patients traités sont en vie avec un excellent résultat fonctionnel : 8 sans traitement avec un recul moyen 40.1 mois sans croissance tumorale (1 avec une réactivation limitée justifiant une reprise du traitement) ; 3 en cours de traitement dont 2 en réponse objective.
L'association médicamenteuse a permis d'arrêter la croissance tumorale dans 100% des cas. Après un an de traitement, le grand axe des tumeurs desmoïdes mésentériques avait diminué 23% en moyenne et 40% des lésions présentaient une réponse objective (diminution de plus de 30% du grand axe). Le signal tumoral normalisé en T2 (signal tumoral/signal musculaire) chute au cours du traitement passant de 3,69 à 0,93 (soit une diminution moyenne du signal tumoral en pondération T2 de 70%) après un an de traitement. La chute du signal en T2 est plus précoce que la diminution en taille de la tumeur (Figure 1) Après arrêt du traitement : nous n'avons pas observé de ré-augmentation de la taille des tumeurs, et le signal en T2 ne varie pas au cours du suivi (Figure 2).

Conclusion : L'association Sorafenib/Celecoxib est remarquablement efficace et bien tolérée dans le traitement des tumeurs desmoïdes mésentériques menaçantes chez les patients avec polypose adénomateuse familiale. En IRM, la diminution du signal en T2 semble un marqueur de réponse précoce, avant la diminution en taille. Cette association peut devenir un standard de traitement chez les patients atteints d'une polypose adénomateuse familiale présentant une tumeur mésentérique de grande taille ou rapidement progressive.

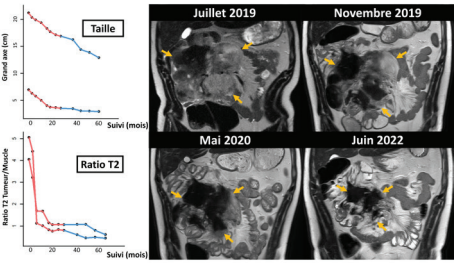


Figure 1 – Patient de 25 ans, présentant deux tumeurs desmoïdes mésentériques (une seule est montrée ici) traité par l'association Sorafenib/Celecoxib entre Juillet 2019 et Juillet 2021). Les portions rouges des courbes correspondent à l'évolution des tumeurs au cours du traitement et les portions bleues des courbes correspondent à l'évolution après arrêt du traitement.
La diminution en taille de la plus volumineuse lésion (dont l'évolution en IRM est montrée) se fait progressivement ; la chute du signal en T2 (normalisé sur celui du muscle) est plus précoce et plus marquée.

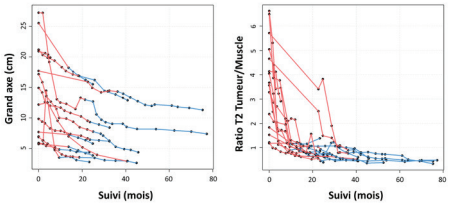


Figure 2 – Evolution en taille (à gauche) et en signal T2 (à droite) des tumeurs desmoïdes mésentériques au cours du temps. Les portions rouges des courbes correspondent à des tumeurs desmoïdes mésentériques chez des patients sous traitement et les portions bleues des courbes correspondent à l'évolution après arrêt du traitement. Si le grand axe des tumeurs desmoïdes continu à décroître à l'arrêt du traitement, le signal en T2 ne varie plus significativement.

P002

Epidémiologie, prise en charge thérapeutique et pronostic des adénocarcinomes de l'estomac (G) et de la jonction œsogastrique (JOG) au stade LANRM en France : une étude en vie réelle à partir de la base clinico-biologique FREGAT chaînée au SNDS

O. Bouché [1], E. Samalin [2], M. Laborey [3], G. Piessen [4], A. Chilelli [5], A. Lajoinie [3], J. Freilich [6], M. Stolzel [7], E. Roncancio-Díaz [5], E. Margina [8], M.C. Thomas [8], R. Minacori [8]

(1) Reims ; (2) Montpellier ; (3) Lyon ; (4) Lille ;
(5) Addlestone, ANGLETERRE ; (6) Stockholm, SUÈDE ;
(7) Leyde, PAYS-BAS ; (8) Levallois-Perret.

Introduction : Le cancer de l'estomac et de l'œsophage se situent respectivement au 3ème et au 6ème rang des causes de décès par cancer en France. Malgré les avancées thérapeutiques récentes, incluant les thérapies ciblées pour les adénocarcinomes G/JOG surexprimant HER2 (HER2+) et l'arrivée de l'immunothérapie en combinaison avec la chimiothérapie chez les patients HER2- surexprimant PD-L1, le besoin médical reste à ce jour non couvert chez les patients atteints d'un adénocarcinome G/JOG, HER2- (HER2 négatif) au stade localement avancé non résécable ou métastatique (LANRM). De plus, peu de données françaises sont disponibles afin d'en décrire l'épidémiologie, la survie globale ainsi que les modalités de prise en charge thérapeutique. L'objectif principal de l'étude était d'estimer l'incidence et la prévalence des adénocarcinomes G/JOG en France. Les objectifs secondaires étaient de décrire les caractéristiques démographiques et cliniques, la prise en charge thérapeutique et la survie globale (SG) de la population LANRM incluse dans la base clinico-biologique FREGAT(1).

Matériels et Méthodes : BECOME est une étude non-interventionnelle, rétrospective, longitudinale, descriptive réalisée à partir de la base clinico-biologique française des tumeurs œsogastriques FREGAT (French EsoGastric Tumours) chaînée par appariement indirect (i.e., variables communes) avec les données de remboursement de soins du Système National des Données de Santé (SNDS). La population d'analyse correspondait aux patients diagnostiqués dans FREGAT et couplés avec succès au SNDS avec un adénocarcinome G/JOG, HER2- (HER 0, +, ++ FISH négative) au stade LANRM entre le 1er janvier 2015 et le 30 décembre 2019. Afin de corriger le biais de sélection des patients inclus dans FREGAT, les estimations ont été redressées sur les caractéristiques de l'ensemble des patients avec un adénocarcinome G/JOG en France.

Résultats : Parmi les 1 617 patients identifiés dans FREGAT avec un diagnostic d'adénocarcinome G/JOG, 1 385 (85,7%) ont pu être appariés avec le SNDS. La prévalence et l'incidence de l'adénocarcinome G/JOG, HER2- au stade LANRM ont été estimés respectivement à 5 577 patients au 31 décembre 2019 (8 cas pour 100 000 habitants) et 3 270 patients en 2019 (5 cas pour 100 000 habitants). Parmi les patients inclus dans FREGAT et appariés au SNDS, 380 patients étaient HER2- au stade LANRM et 48% (n=184) présentaient une tumeur de l'estomac avec une localisation prédominante au niveau de l'antre (35%). Une tumeur de la JOG était observée chez 52% (n=196) des patients. L'âge moyen des patients au diagnostic était de 62,3 ans (ET=12,5) avec une majorité d'hommes (72%). Les principaux facteurs de risques reportés dans FREGAT étaient le tabagisme (59%), la consommation d'alcool (30%) et des antécédents de reflux gastro-œsophagien (26%). Sur une durée médiane de suivi de 14 mois (ET=11), 49% des patients avaient reçu une chimiothérapie dont 55% à base de FOLFOX en 1ère ligne de traitement au stade LANRM. La médiane de survie a été estimée à 13.0 mois (IC95% [12,2 ;14,1]) depuis le diagnostic dans l'ensemble de la population (N=380).

Conclusion : Cette étude est la source de données la plus récente sur l'une des plus importantes cohortes jamais décrites permettant de disposer des données de suivi et de survie chez les patients atteints d'un adénocarcinome G/JOG, HER2- au stade LANRM en France. Dans cette population, le besoin médical reste important avec une médiane de survie limitée.

Remerciements, financements, autres : CHU Lille (promoteur de la base clinico-biologique FREGAT), INCA (financement de la création de la base clinico-biologique FREGAT), FREGAT working-group. L'étude BECOME a été financée par Astellas Pharma, Inc.

P003

Facteurs prédictifs et pronostiques de l'efficacité d'un traitement de 3ème ligne chez les patients atteints d'un adénocarcinome du pancréas non résécable

C. Evrard [1], S. Rivet [1], W. Lahlou [2], A. Pozet [3], O. Dubreuil [2], R. Abdallah [2], A.L. Pointet [2], J. Taïeb [2], A. Portal [2], T. Lecomte [4], R. Chautard [4], N. Williet [5], J.M. Phelip [5], C. de la Fouchardière [6], E. Soularue [7], A. Thirot-Bidault [8], P. Artru [9], J. Desrame [9], B. Le Roy [10], P. Hammel [11], I. Trouilloud [2], N. Lourenço [2], V. Hautefeuille [12], L. Dahan [6], S. Pernot [13], D. Béchade [13], B. Tchoundjeu [14], R. Coriat [2], J.B. Bachet [2], D. Tougeron [1]

(1) Poitiers ; (2) Paris ; (3) Besançon ; (4) Tours ; (5) Saint-Etienne ; (6) Marseille ; (7) Le Kremlin-Bicêtre ; (8) Antony ; (9) Lyon ; (10) Clermont-Ferrand ; (11) Villejuif ; (12) Amiens ; (13) Bordeaux ; (14) Orléans.

Introduction : L'adénocarcinome pancréatique (AP) est un cancer de mauvais pronostic avec une médiane de survie globale (SG) de moins de 12 mois en cas de tumeur métastatique. En 1ère ligne de traitement, les facteurs pronostiques les plus importants sont l'âge, l'état général, le taux d'albumine, la présence de métastases hépatiques et le nombre de sites métastatiques. Les facteurs pronostiques des lignes ultérieures (2ème et 3ème (L3)) sont quant à eux très peu étudiés dans la littérature mais seraient très utiles pour savoir quels patients ont un gain de survie de la L3.

Patients et Méthodes : Cette étude multicentrique rétrospective avait pour but d'évaluer l'efficacité d'un traitement de L3. Les données cliniques et biologiques de patients atteints d'un AP non résécable entre janvier 2011 et mars 2022 traités par au minimum 3 lignes de chimiothérapie ont été collectées. L'objectif principal était de déterminer les facteurs prédictifs de la survie sans progression (SSP).

Résultats : Les données de 202 patients atteints d'un AP non résécable, ayant reçu 3 lignes de chimiothérapie ou plus, suivis dans 15 centres français, ont été recueillies. L'âge median au diagnostic était de 63,1 ± 10,8 ans et 24,8% des patients avaient eu une résection de la tumeur primitive pancréatique. Dans la majorité des cas, les patients avaient des métastases synchrones (69,3%). La survie globale (SG) médiane depuis le diagnostic était de 21,4 ± 1,6 mois. En début de L3, l'âge médian était de 64,4 ± 10,7 ans, avec un ECOG PS 0-1 pour 63,5% des patients. Les principaux sites métastatiques étaient le foie (78,3%), le péritoine (43,8%) et les poumons (36,7%). La majorité des patients avaient plus d'un site métastatique (62,3%). Les protocoles les plus fréquemment utilisés en L3 étaient le FOLFIRI (24,8%), le FOLFOX (17,8%) et le 5FU-cisplatine (16,8%). Les médianes de SSP et de SG en L3 étaient de 3,6 ± 0,4 et 7,1 ± 0.8 mois, respectivement. En analyse univariée, les facteurs prédictifs de la SSP étaient le statut ECOG (p=0.0006), la résection de la tumeur primitive (p=0.0006), le nombre de sites métastatiques (p=0.013), la présence de métastases hépatiques (p=0.0006), le taux de phosphatases alcalines (p=0,0019), le taux de bilirubine (p=0,0038) et la longue durée de la 2ème ligne (p<0,001). Pour la SG, les facteurs significatifs étaient la perte de poids entre la 1ère et la 3ème ligne (p=0.0052), le statut ECOG (p=0.0004), la résection de la tumeur primitive (p=0.0008), le nombre de sites métastatiques (p=0.0011), la présence de métastases hépatiques (p=0.034), la présence de métastases péritonéales (p=0,013), le taux de phosphatases alcalines (p=0,0033), le taux de bilirubine (p=0,001), le taux d'antigène carcino-embryonnaire (p=0,0006) et la longue durée de la 2ème ligne (p<0,0001). En analyse multivariée, la chirurgie de la tumeur primitive (p=0.0058, HR=1,84, IC95% [1.19-2.83]), la présence de métastases hépatiques (p=0.0007, HR=0,43, [0.26-0.70]) et la durée longue de la 2ème ligne de traitement (p=0.036, HR=1,49, [1.03-2.16]) étaient associées à une SSP plus longue. Concernant la SG en L3, seule la durée longue de la 2ème ligne de traitement était statistiquement significative (p=0.03, HR=1,62, [1.05-2.51]).

Conclusion : Trois facteurs cliniques facilement évaluables ont été identifiés pour aider les cliniciens à la décision d'une 3ème ligne de chimiothérapie ou non chez des patients atteints d'AP avancé et dont le rapport bénéfice/risque est souvent incertain. Une cohorte de validation externe est en cours d'analyse afin de valider ces facteurs prédictifs de même que la constitution d'un score prédictif de SSP supérieure à 3 mois utilisable facilement en routine clinique pour guider la décision de réalisation ou non de L3 (ces résultats seront présentés lors du congrès).

Nivolumab + chimiothérapie *versus* chimiothérapie, en première ligne (1L), dans le traitement des patients atteints d'adénocarcinome gastrique/de la jonction gastro-œsophagienne/de l'œsophage (CG/GEJC/EAC) avancé : suivi à 4 ans de l'étude CheckMate 649

L. Evesque [1], K. Shitara [2], M. Moehler [3], J. Ajani [4], L. Shen [5], M. Garrido [6], C. Gallardo [7], L. Wyrwicz [8], K. Yamaguchi [9], J. Cleary [10], E. Elimova [11], R. Bruges [12], M. Karamouzis [13], T. Skoczylas [14], A. Bragagnoli [15], L. Tianshu [16], M. Tehfe [17], K. Feeney [18], R. Wang [19], R. Nathani [19], Y. Janjigian [20]

(1) Nice ; (2) Kashiwa, JAPON ; (3) Mayence, ALLEMAGNE ; (4) Houston, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (5) Pékin, CHINE ; (6) Santiago, CHILI ; (7) Providencia, CHILI ; (8) Varsovie, POLOGNE ; (9) Tokyo, JAPON ; (10) Boston, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (11) Toronto, CANADA ; (12) Bogota, COLOMBIE ; (13) Athènes, GRÈCE ; (14) Lublin, POLOGNE ; (15) Barretos, BRÉSIL ; (16) Shanghai, CHINE ; (17) Montréal, CANADA ; (18) Murdoch, AUSTRALIE ; (19) Princeton, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (20) New York, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE.

Introduction : Nivolumab (NIVO) + chimiothérapie (chimio) a démontré une survie globale (OS) supérieure et une survie sans progression (PFS) cliniquement significative par rapport à la chimio, ainsi qu'un profil de tolérance acceptable chez les patients atteints d'un GC/GEJC/EAC avancé, non HER2+, non prétraité, ce qui a conduit à l'obtention de son approbation dans de nombreux pays. NIVO + chimio a continué à démontrer une amélioration cliniquement significative de l'efficacité à 2 et 3 ans de suivi. Nous présentons les résultats du suivi à 4 ans pour NIVO + chimio par rapport à la chimio dans le cadre de l'étude CheckMate 649.

Patients et Méthodes : Des adultes atteints de GC/GEJC/EAC non prétraités, non résécables, avancés ou métastatiques ont été recrutés, indépendamment de l'expression de PD-L1. Les patients HER2+ ont été exclus. Les patients randomisés ont reçu NIVO (360 mg toutes les 3 semaines ou 240 mg toutes les 2 semaines) + chimio (XELOX toutes les 3 semaines ou FOLFOX toutes les 2 semaines), NIVO + ipilimumab, ou chimio. Les deux critères d'évaluation principaux pour NIVO + chimio *versus* chimio étaient l'OS et la PFS (après relecture centralisée) chez les patients dont les tumeurs expriment PDL-1 avec score combiné positif (CPS) ≥ 5.

Efficacité	PD-L1 CPS ≥ 5		Tous les patients randomisés	
	NIVO + chimio (n = 473)	Chimio (n = 482)	NIVO + chimio (n = 789)	Chimio (n = 792)
Médiane d'OS (IC 95%) mois	14,4 (13,1–16,2)	11,1 (10,1–12,1)	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)	
Taux d'OS à 28 mois (IC 95%) %	17 (14–21)	8 (6–11)	13 (11–16)	8 (6–10)
Médiane de PFS* (IC 95%) mois	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%)	0,71 (0,61–0,82)		0,80 (0,71–0,89)	
ORR** (IC 95%) %	60 (55–65)	45 (40–50)	58 (54–62)	46 (42–50)
Médiane de durée de réponse** (IC 95%) mois	9,6 (8,3–12,4)	7,0 (5,7–8.0)	8,5 (7,7–9,9)	6,9 (5.9–7,6)

*Par relecture centralisée; ᵇChez les patients présentant des lésions cibles mesurables au départ; ᶜChez les répondeurs.

Résultats : 1581 patients ont été randomisés entre NIVO + chimio et chimio. Lors du suivi minimal de 48 mois, NIVO + chimio a continué de présenter un avantage en termes d'OS et de PFS par rapport à la chimio chez les patients dont le CPS PD-L1 était ≥ 5 et chez tous les patients randomisés (tableau). Le bénéfice en termes d'OS de NIVO + chimio a été observé dans la plupart des sous-groupes préspécifiés. Les taux de réponse objective (ORR) étaient plus élevés et les réponses étaient plus durables avec NIVO + chimio vs chimio chez les pts avec PD-L1 CPS ≥ 5 et tous les pts randomisés (Tableau). Dans l'analyse exploratoire de l'OS en fonction de la réponse à 18 semaines, le nombre de patients ayant obtenu une réponse avec NIVO + chimio était numériquement plus élevé que celui des patients ayant obtenu une réponse avec la chimio, et la médiane d'OS (IC à 95 %) avec NIVO + chimio était numériquement plus élevée chez les patients ayant obtenu une réponse que chez les patients n'ayant pas obtenu de réponse, aussi bien chez les patients avec PD-L1 CPS ≥ 5 (20. 5 [17,5-25,0] *versus* 14,0 [11,6-15,7]) que chez tous les patients randomisés (19,4 [17,5-21,7] *versus* 13,1 [11,6-14,4]). Aucun nouveau signal de toxicité n'a été identifié, ce qui reste cohérent avec le suivi à 3 ans.

Conclusion : NIVO + chimio est la première combinaison d'inhibiteur PD-1/chimio à démontrer une efficacité à long terme et une tolérance acceptable après 4 ans de suivi chez les patients atteints de GC/GEJC/EAC avancés, non précédemment traités. Ces résultats sont cohérents avec ceux des suivis antérieurs, ce qui conforte NIVO + chimio en 1L comme traitement standard chez ces patients.

Remerciements, financements, autres :
© 2024 American Society of Clinical Oncology, Inc. Réutilisé avec permission. Cet abstract a été accepté et présenté précédemment lors de la Réunion annuelle ASCO 2024. Tous droits réservés.

P005

Tislelizumab plus chimiothérapie vs placebo plus chimiothérapie en traitement de première ligne de l'adénocarcinome avancé de l'estomac ou de la jonction œsogastrique : résultats de l'analyse finale de l'étude RATIONALE-305

D. Smith [1], R.H. Xu [2], D.Y. Oh [3], K. Kato [4], H.T. Arkenau [5], J. Tabernero [6], M. Cruz-Correa [7], A. V. Zimina [8], Y. Bai [9], J. Shi [10], K.W. Lee [11], H. Hirano [4], D. R. Spigel [12], L. Wyrwicz [13], R.A. Pazo Cid [14], L. Li [15], Y. Xu [16], B. McHenry [17], S. Yang [15], M. Moehler [18]

(1) Bordeaux ; (2) Canton, CHINE ; (3) Séoul, RÉPUBLIQUE DE CORÉE ; (4) Tokyo, JAPON ; (5) Londres, ANGLETERRE ; (6) Barcelone, ESPAGNE ; (7) San Juan, PORTO RICO ; (8) Omsk, RUSSIE ; (9) Harbin, CHINE ; (10) Linyi, CHINE ; (11) Seongnam, RÉPUBLIQUE DE CORÉE ; (12) Nashville, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (13) Varsovie, POLOGNE ; (14) Saragosse, ESPAGNE ; (15) Pékin, CHINE ; (16) Shanghai, CHINE ; (17) Cambridge, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (18) Mayence, ALLEMAGNE.

Introduction : Le tislelizumab (anticorps anti-protéine 1 de la mort cellulaire programmée) plus chimiothérapie a montré un bénéfice significatif sur la survie globale par rapport au placebo plus chimiothérapie en traitement de première ligne chez des patients présentant un adénocarcinome avancé de l'estomac ou de la jonction œsogastrique lors d'une analyse intermédiaire pré-spécifiée de la population positive au ligand de mort cellulaire programmée 1 (score de positivité de la surface tumorale ≥ 5 %) dans l'étude mondiale de phase 3 RATIONALE-305 (NCT03777657). Nous présentons ici les résultats de l'analyse principale de la population en intention de traiter lors de l'analyse finale pré-spécifiée.

Patients et Méthodes : Des patients adultes présentant un adénocarcinome localement avancé, non résécable ou métastatique, HER2 négatif, non précédemment traité, de l'estomac ou de la jonction œsogastrique, quel que soit le statut d'expression du ligand de mort cellulaire programmée 1, ont été randomisés (1:1) pour recevoir le tislelizumab 200 mg ou un placebo par voie intraveineuse une fois toutes les trois semaines plus une chimiothérapie choisie par l'investigateur (5-FU plus cisplatine ou capécitabine plus oxaliplatine). Les critères d'évaluation principaux étaient la survie globale dans les populations positives au ligand de mort cellulaire programmée 1 et en intention de traiter. Les critères d'évaluation secondaires étaient les suivants : survie sans progression, taux de réponse objective et durée de la réponse évaluée par l'investigateur selon les critères d'évaluation de la réponse dans les tumeurs solides (Response Evaluation Criteria in Solid Tumors v1.1) et sécurité d'emploi.

Résultats : Lors de la date limite de collecte des données, 997 patients avaient été randomisés (501 patients dans le groupe tislelizumab plus chimiothérapie ; 496 patients dans le groupe placebo plus chimiothérapie). Le suivi minimum dans l'étude a été de 24,6 mois. La survie globale dans le bras tislelizumab a été significativement améliorée par rapport au bras placebo dans la population en intention de traiter (survie globale médiane : 15,0 mois vs 12,9 mois respectivement ; hazard ratio = 0,80 [intervalle de confiance à 95 % : 0,70 ; 0,92] ; valeur de p unilatérale = 0,0011). Présentation des principaux résultats d'efficacité additionnels dans le Tableau. Des événements indésirables liés au traitement de grade ≥ 3 sont survenus chez 268 patients (53,8 %) dans le bras tislelizumab et chez 246 patients (49,8 %) dans le bras placebo ; des événements indésirables liés au traitement ont entraîné son interruption respectivement chez 16,1 % vs 8,1 % des patients, et le décès respectivement 1,2 % vs 0,4 %.

Critère d'évaluation	Tislelizumab plus chimiothérapie (n = 501)	Placebo plus chimiothérapie (n = 496)
Survie globale		
médiane, mois (intervalle de confiance à 95 %)	15,0 (13,6 ; 16,5)	12,9 (12,1 ; 14,1)
Hazard ratio (intervalle de confiance à 95 %)	0,80 (0,70 ; 0,92)	
Valeur de p	0,0011	
Survie sans progression		
médiane, mois (intervalle de confiance à 95 %)	6,9 (5,7 ; 7,2)	6,2 (5,6 ; 6,9)
Hazard ratio (intervalle de confiance à 95 %)	0,78 (0,67 ; 0,90)	
Taux de réponse objective, % (intervalle de confiance à 95 %)	47,3 (42,9 ; 51,8)	40,5 (36,2 ; 45,0)
Durée de la réponse médiane, mois (intervalle de confiance à 95 %)	8,6 (7,9 ; 11,1)	7,2 (6,0 ; 8,5)

Population en intention de traiter. Date limite de recueil des données : 28 février 2023.

Conclusion : Dans la population en intention de traiter, l'association de tislelizumab à la chimiothérapie a démontré une amélioration statistiquement significative et cliniquement pertinente de la survie globale par rapport au placebo associé à la chimiothérapie, et a été bien tolérée. Ces données soutiennent l'utilisation potentielle de l'association tislelizumab-chimiothérapie dans le traitement de première intention pour les patients atteints d'adénocarcinome gastrique avancé ou de la jonction gastro-œsophagienne.

Remerciements, financements, autres : Cette étude a été parrainée par BeiGene, Ltd. Un soutien à la rédaction médicale, sous la direction des auteurs, a été fourni par Fiona Neylon, BSc, d'Ashfield MedComms, une société Inizio, et a été financé par BeiGene, Ltd. Précédemment présenté à l'ESMO, NPF (numéro de publication final) : LBA80, Rui-Hua Xu et al. Réutilisé avec autorisation.

Étude internationale de phase 3 comparant le tislelizumab *versus* placebo en association avec la chimiothérapie en traitement de première ligne du carcinome épidermoïde de l'œsophage avancé/métastatique : résultats à long terme de l'essai RATIONALE-306

D. Tougeron [1], R. Hubner [2], J. Xu [3], K. Kato [4], E. Raymond [5], Y. Shu [6], Y. Pan [7], Y. Jiang [8], J. Zhang [9], S.R. Park [10], T. Kojima [11], C.Y. Lin [12], E. Gotovkin [13], L. Wyrwicz [14], R. Ishihara [15], L. Li [3], H. Wu [16], Y. Peng [17], L. Wang [3], H. Yoon [18]

(1) Poitiers ; (2) Manchester, ANGLETERRE ; (3) Pékin, CHINE ; (4) Tokyo, JAPON ; (5) Paris ; (6) Nankin, CHINE ; (7) Hefei, CHINE ; (8) Shantou, CHINE ; (9) Shenyang, CHINE ; (10) Séoul, RÉPUBLIQUE DE CORÉE ; (11) Chiba, JAPON ; (12) Taichung, TAÏWAN ; (13) Ivanovo, RUSSIE ; (14) Varsovie, POLOGNE ; (15) Osaka, JAPON ; (16) Ridgefield Park, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (17) Shanghai, CHINE ; (18) Rochester, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE.

Introduction : L'association en première ligne du tislelizumab à la chimiothérapie a démontré une amélioration statistiquement significative et cliniquement pertinente de la survie globale par rapport au placebo associé à la chimiothérapie, avec un profil de sécurité acceptable, chez les patients atteints d'un carcinome épidermoïde de l'œsophage avancé ou métastatique. Nous rapportons ici les données actualisées de l'efficacité et la tolérance avec un suivi minimum de deux ans.

Patients et Méthodes : Les patients adultes atteints d'un carcinome épidermoïde de l'œsophage localement avancé, récurrent ou métastatique non résécable, et n'ayant pas reçu de traitement systémique préalable pour la maladie avancée, ont été inclus et randomisés (1:1 ; stratifiés selon la région, le traitement antérieur et la chimiothérapie choisie par l'investigateur) pour recevoir du tislelizumab à une dose de 200 mg (Bras A) ou un placebo (Bras B) par voie intraveineuse toutes les trois semaines, en association avec une chimiothérapie (platine associé à une fluoropyrimidine ou platine associé au paclitaxel), jusqu'à progression de la maladie, toxicité inacceptable ou arrêt du traitement. Le critère principal d'évaluation était la survie globale dans la population en intention de traiter. Les critères secondaires comprenaient la survie sans progression, le taux de réponse objective, la durée de la réponse évaluée par l'investigateur, ainsi que la sécurité du traitement.

Résultats : 649 patients ont été randomisés (Bras A : n = 326 ; Bras B : n = 323). À la date de collecte des données (31 décembre 2022), le suivi minimum dans l'étude était de 25,2 mois ; les gains en survie globale, survie sans progression, taux de réponse objective et durée de la réponse dans le Bras A vs B (Tableau) ont été maintenues par rapport à l'analyse intermédiaire. Comme dans l'analyse intermédiaire, les incidences des événements indésirables liés au traitement de tous grades (96,6 % vs 96,3 %) ou de grade ≥ 3 (66,7 % vs 64,5 %) ont été comparables entre les Bras A et B, respectivement. Les événements indésirables émergents ayant entraîné l'interruption du traitement ont été plus nombreux dans le Bras A (31,8 %) vs B (22,1 %). Respectivement dans le Bras A vs B, des événements indésirables graves liés au traitement sont survenus chez 29,3 % vs 19,6 % des patients ; des événements indésirables liés au traitement ayant entraîné le décès sont survenus chez 1,9 % et 1,2 % d'entre eux.

	Bras A : Tislelizumab plus chimiothérapie (n = 326)	Bras B : Placebo plus chimiothérapie (n = 323)
Survie globale médiane, mois (intervalle de confiance à 95 %)	17,2 (15,8 ; 20,1)	10,6 (9,3 ; 12,1)
Hazard ratio (intervalle de confiance à 95 %)	0,67 (0,56 ; 0,80)	
Survie globale à 24 mois (intervalle de confiance à 95 %)	37,9 (32,5 ; 43,2)	25,0 (20,2 ; 30,0)
Survie sans progression médiane, mois (intervalle de confiance à 95 %)*	7,3 (6,9 ; 8,3)	5,6 (4,9 ; 6,0)
Hazard ratio (intervalle de confiance à 95 %)	0,61 (0,51 ; 0,73)	
Survie sans progression à 24 mois (intervalle de confiance à 95 %)	18,1 (13,6 ; 23,1)	7,2 (4,4 ; 11,0)
Taux de réponse objective, % (intervalle de confiance à 95 %)*	63,5 (58,0 ; 68,7)	42,4 (37,0 ; 48,0)
Durée de la réponse médiane, mois (intervalle de confiance à 95 %)*	7,1 (6,1 ; 8,1)	5,7 (4,4 ; 7,1)
Durée de la réponse à 24 mois (intervalle de confiance à 95 %)	19,6 (13,9 ; 25,9)	10,1 (5,0 ; 17,1)

* Évaluation par l'investigateur.

Conclusion : Après un suivi d'au moins 2 ans, le tislelizumab en association avec une chimiothérapie en première ligne démontre toujours des améliorations cliniquement significatives de la survie globale, de la survie sans progression et des réponses tumorales prolongées par rapport à un placebo plus chimiothérapie chez les patients atteints d'un carcinome épidermoïde de l'œsophage avancé/métastatique, sans signal de sécurité nouveau.

Remerciements, financements, autres : Cette étude a été parrainée par BeiGene, Ltd. Un soutien à la rédaction médicale, sous la direction des auteurs, a été fourni par Fiona Neylon, BSc, d'Ashfield MedComms, une société Inizio, et a été financé par BeiGene, Ltd. Les auteurs tiennent à remercier les patients pour leur participation à l'étude, ainsi que les investigateurs internationaux et le personnel des sites pour leur contribution à la réalisation de l'étude. Précédemment présenté à l'ESMO, NPF (numéro de publication final) : 1514P, Richard Hubner et al. Réutilisé avec autorisation.

P007

Pemigatinib dans les cholangiocarcinomes avancés avec fusion/réarrangement de FGFR2 : étude conjointe de « vraie vie » franco-italienne des cohortes PemiBil et Pemireal

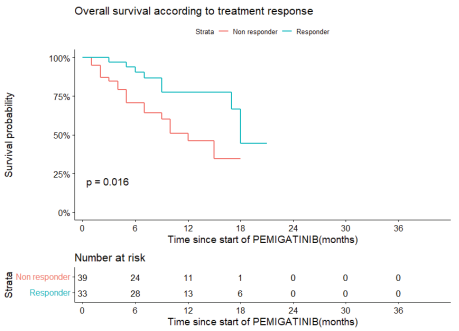
B. Delaunay [1], A. Parisi [2], G. Pinterpe [2], A. Hollebecque [3], M. Bouattour [4], J.F. Blanc [5], E. Assenat [6], A. Turpin [7], M. Sarabi [8], G. Roth [9], D. Tougeron [10], J. Edeline [11], M. Ben Abdelghani [12], A. Vienne [13], S. Hiret [14], P. Artru [8], M. Stacoffe [15], D. Malka [16], C. Neuzillet [17], A. Lièvre [11], R. Guimbaud [1], N. Fares [1]

(1) Toulouse ; (2) Ancône, ITALIE ; (3) Villejuif ; (4) Clichy-la-Garenne ; (5) Bordeaux ; (6) Montpellier ; (7) Lille ; (8) Lyon ; (9) Grenoble ; (10) Poitiers ; (11) Rennes ; (12) Strasbourg ; (13) Saint-Pierre, Réunion ; (14) Saint-Herblain ; (15) Tours ; (16) Paris ; (17) Saint-Cloud.

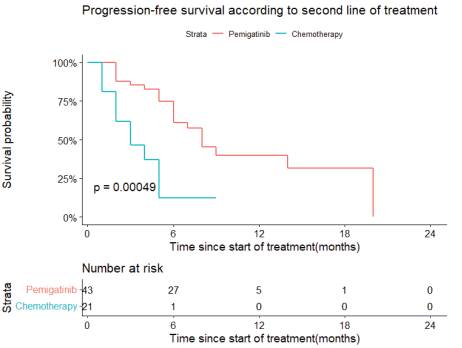
Introduction : Jusqu'à 14% des cholangiocarcinomes intra-hépatiques (iCCA) présentent une fusion/réarrangement (f/r) de FGFR2. Le PEMIGATINIB, inhibiteur oral de FGFR1-3 est autorisé pour les patients atteints de CCA localement avancés, prétraités, porteurs d'une f/r de FGFR2 selon les données de l'essai de phase 2 FIGHT-202 où il a montré un taux de réponse de 35.5%. L'objectif de notre étude était d'évaluer l'efficacité et la tolérance du PEMIGATINIB en vie réelle dans cette population rare.

Patients et Méthodes : Une analyse conjointe des données de deux études de cohortes rétrospectives observationnelles multicentriques, menées indépendamment en France et en Italie, a été réalisée. Les patients français et italiens porteurs d'un CCA avancé avec f/r de FGFR2 ont été inclus. Ces patients devaient avoir reçu au moins un cycle de PEMIGATINIB en 2ème ligne ou plus, dans le cadre de l'accès précoce en France ou dans le cadre du programme européen d'accès élargi (EEAP). Le critère de jugement principal était le taux de réponse objective. Les critères secondaires étaient la survie sans progression, la survie globale et l'évaluation du profil de tolérance.

Résultats : Entre juillet 2020 et septembre 2022, 72 patients ont été inclus (49 en France dans 25 centres et 23 en Italie dans 12 centres différents). 76% des patients étaient des femmes, avec un âge moyen de 56.9 ans, principalement ECOG 0-1 (81%) et atteints d'un iCCA (97%). 96% étaient métastatiques, dont 74% avec plus de 2 sites métastatiques différents, principalement hépatique (78%), ganglionnaire (54%) et pulmonaire (49%). Au plan moléculaire, BICC1 était le partenaire de fusion le plus fréquent (31%).



Le taux de réponse objective dans les 2 cohortes poolées était de 45.8% et le taux de contrôle de la maladie de 84.7%. Après un suivi médian de 19.5 mois (IC95% 15.0-30.5), la survie sans progression médiane (SSP) était de 8.7 mois (IC95% 7.3-11.8) et la survie globale (SG) de 17.1 mois (IC95% 12.7-NA). Les patients répondeurs avaient une meilleure SG que les non-répondeurs (SG médiane 18.7 vs 12.7 mois, HR 0.38 [IC95% : 0.2-0.9], p=0.016) (Figure 1). La SSP n'était pas différente chez les patients ayant nécessité des réductions de dose. Elle n'était également pas différente entre les patients ayant reçu le PEMIGATINIB en 2ème ligne ou en ligne ultérieure. Les patients ayant reçu le PEMIGATINIB en 2ème ligne (n=43) avaient une SSP significativement plus longue que ceux ayant reçu un traitement par chimiothérapie en 2ème ligne (8.6 vs 3.4 mois, HR 3.88 [IC95% 1.81-8.31], p<0.001) (Figure 2). L'incidence globale des EI de tout grade était de 97,2 % avec 22.2% de toxicités de grade 3. La fatigue (69,4 %), les toxicités oculaires (68 %), les toxicités unguéales (61,1 %), l'hyperphosphorémie (55,6), la mucite (48,6), les toxicités dermatologiques (41,6 %) et la diarrhée (36,1 %) ont été les effets indésirables (EI) les plus fréquents, principalement de grade 1-2. 33.3% et 40.3% des patients ont nécessité une réduction de dose et une pause thérapeutique respectivement.



Conclusion : L'analyse conjointe des ces 2 études de cohorte en « vraie vie » confirme l'efficacité et la bonne tolérance du PEMIGATINIB chez des patients prétraités atteints d'un CCA avancé avec f/r de FGFR2. Le taux de réponse objectif était comparable à celui des données de l'étude de phase 2 FIGHT 202. Le bénéfice en termes de survie sans progression en 2ème ligne incite à proposer un ciblage anti FGFR2 dès la 2ème ligne conformément aux recommandations récentes françaises ((TNCD, AFEF) et européennes (ESMO).

P008

Impact du site métastatique sur la survie globale des patients atteints d'adénocarcinome pancréatique métastatique synchrone : une étude prospective nationale BACAP

E. Alouani [1], C. Canivet [1], B. Bournet [1], J. Selves [1], L. Buscail [1], B. Napoléon [2], L. Palazzo [3], N. Flori [4], P. Guibert [2], A.C. Brunac [1], F. Muscari [1], C. Maulat [1], F. Mokrane [1], S. Gourgou [4], L. Roca [4], R. Guimbaud [1], N. Fares [1]

(1) Toulouse ; (2) Lyon ; (3) Paris ; (4) Montpellier.

Introduction : Le pronostic de l'adénocarcinome pancréatique métastatique est sombre, avec un taux de survie à 5 ans de 3 %. Bien que les patients soient traités de manière uniforme quelle que soit la présentation métastasique, des études rétrospectives antérieures ont suggéré des taux de survie significativement différents pour les patients ayant des métastases pulmonaires uniquement par rapport aux autres patients. Ces études sont souvent monocentriques et rétrospectives et concernent essentiellement les métastases métachrones. Notre étude a pour objectif d'explorer de manière prospective la différence de survie globale en fonction du site initial des métastases dans les adénocarcinomes pancréatiques métastatiques synchrones.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude observationnelle prospective incluant tous les patients adultes atteints d'adénocarcinomes pancréatiques métastatiques synchrones dans la base BACAP (base de données anatomo-cliniques nationale sur l'adénocarcinome pancréatique) diagnostiqués entre 2015 et 2021. Les données concernant les caractéristiques démographiques, tumorales et de survie des patients ont été analysées. Les patients étaient répartis en quatre groupes en fonction de la localisation métastatique au diagnostic : pulmonaire uniquement, péritonéales uniquement, hépatiques uniquement et multisite. Le critère d'évaluation principal était la survie globale, définie comme le temps entre le diagnostic et la date de décès ou la date de dernières nouvelles du patient.

Résultats : Au total, 504 patients ont été inclus [52,4 % d'hommes, âge médian 69 ans] dont 31 (6,2 %), 58 (11,5 %), 363 (72 %) et 51 (10,1 %) avaient des métastases pulmonaires uniquement, péritonéales uniquement, hépatiques uniquement et multisites au moment du diagnostic, respectivement. La plupart des patients (79,2 %) avaient reçu au moins une ligne de chimiothérapie. Les patients atteints de métastases pulmonaires uniquement étaient plus âgés (38,7 % de plus de 75 ans), principalement de sexe masculin (61,3 %) et 22,6 % avaient reçu au moins trois lignes de chimiothérapie (contre 15,5 % pour les autres patients). La survie globale médiane était significativement différente selon le site des métastases (p=0.003) avec une meilleure survie pour le poumon de 11,7 mois contre 7,2 mois pour l'ensemble de la cohorte (Figure 1). La survie sans progression n'était pas significativement différente de 6,3 mois en cas de métastases uniquement pulmonaires vs 5,4, 4,5 et 2,4 mois en cas de métastases péritonéales seules, hépatiques seules et multisites, respectivement (p=0,188).

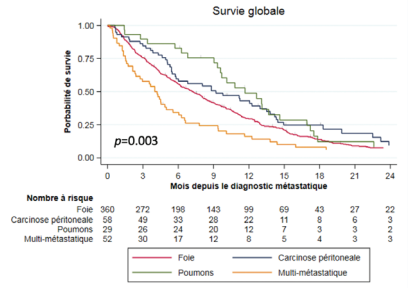


Figure 1 : Survie globale en fonction du site métastatique initial dans les adénocarcinomes pancréatiques métastatiques synchrones

Conclusion : Les patients ayant des métastases uniquement pulmonaires représentaient 6,2 % des patients atteints d'adénocarcinomes pancréatiques métastatiques synchrones et présentaient une meilleure survie. Ces résultats suggèrent qu'un sous-groupe de patients atteints d'adénocarcinomes pancréatiques métastatiques synchrones pourrait bénéficier de traitements locorégionaux plus agressifs. Les mécanismes biologiques sous-jacents contribuant à la différence de survie sont en cours d'investigation.

P009

MEILLEURS POSTERS

Impact de l'alimentation sur le taux d'uracile plasmatique, marqueur pour la sécurisation de l'utilisation des fluoropyrimidines en oncologie

F. Bouchenak [1], N.E.H. Bouaoud [1], N.R. Laoufi [1], K. Sobhi [1], K. Bouzid [1]

(1) Alger, ALGÉRIE.

Introduction : Le but de cette étude est de déterminer l'effet d'un apport alimentaire ainsi que l'impact de l'horaire de prélèvement sur les taux plasmatiques d'uracile. Ce taux est actuellement le marqueur de l'activité de la dihydropyrimidine déshydrogénase (DPD) permettant d'individualiser les thérapies anticancéreuses à base de fluoropyrimidines [1,2], et surtout, d'éviter la survenue de toxicité exacerbée par la présence d'un déficit en DPD.

Patients et Méthodes : Une étude randomisée, en chassé croisée a été réalisée grâce au concours de 21 volontaires sains. Les niveaux plasmatiques d'uracile (uracilémies) ont été mesurés sur deux jours distincts, à l'état de jeûne et de réalimentation, notés jour A et jour B respectivement. Un petit déjeuner riche en graisses et en calories a été pris le Jour B, entre 8h00 et 8h30. La détermination du taux d'uracilémie a été réalisé à partir de prélèvements de sang total à 8h, 10h30 et 13h, les jours A et B. Le dosage de l'uracilémie a été effectué par chromatographie liquide ultra haute performance couplée à un spectromètre à barrettes de diode (UPLC-DAD). La méthode analytique a été validée au préalable selon les recommandations de l'ICH M10. Le traitement d'échantillons consiste en une extraction liquide/liquide via un mélange Ethyl Acétate/Isopropanol (85/15, v/v). L'élution est réalisée selon un mode gradient en utilisant un tampon phosphate 10mM à pH=3.0 et du méthanol à un débit de 0,2ml/min. La limite de quantification est de 5 ng/mL.

Résultats : Les taux d'uracile étaient significativement différents entre l'état de jeûne et l'état d'alimentation (Figure 1). À 10 h, le niveau moyen d'uracilémie à jeun était de 11,2 ± 2,2 ng/ml contre 10,0 ± 0,6 ng/ml après un repas test (P = 0,025). À 13 h, le niveau moyen d'uracilémie à jeun était de 10,9 ± 2,1 ng/ml contre 8,2 ± 1,9 ng/ml après un repas test (P<0,001). Cela concorde avec les données de la littérature qui décrivent des niveaux d'uracilémies plus élevés à l'état de jeûne comparativement à l'état d'alimentation. Cela serait dû au taux d'uridine plasmatique (précurseur de l'uracile) qui diminue après la prise d'aliments [3,4]. Aucune différence significative n'a été décelée entre les taux d'uracilémie à 8h et à 10h le jour A.

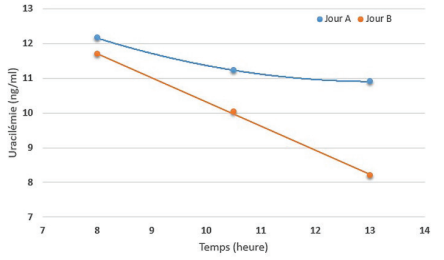


Figure 1. Répartition des uracilémies moyennes (ng/ml) à 8h, 10h30 et 13h les jours A (bleu) et B (orange).

Conclusion : Ces résultats montrent que, lors de la détermination des taux d'uracilémie pour le dépistage d'un déficit en DPD et l'adaptation posologique des fluoropyrimidines dans la pratique clinique, l'échantillonnage devrait être effectué entre 8 h et 9 h après le jeûne depuis 22h la veille, afin d'éviter les biais causés par le rythme circadien et les effets de la alimentation.

P010

MEILLEURS POSTERS

Stratégies néo-adjuvantes RAPIDO et PRODIGE 23 dans le cancer du rectum localement avancé : étude en vie réelle AGEO-GRECCAR

J. Palle [1], A. Sabouret [1], H. Meillat [2], M. Rivoire [3], M. Muller [4], A. Dupré [3], E. Spitzer [1], A. Boileve [5], P. Rouanet [6], O. Dubreuil [1], A. Turpin [7], V. Hautefeuille [8], G. Goujon [1], A. Thirot-Bidault [9], N. Hammoudi [1], G. Perkins [1], P. Artru [3], R. Coriat [1], A. Zaanan [1], G. Manceau [1]

(1) Paris ; (2) Marseille ; (3) Lyon ; (4) Nancy ; (5) Villejuif ; (6) Montpellier ; (7) Lille ; (8) Amiens ; (9) Antony.

Introduction : La prise en charge pré-opératoire des adénocarcinomes (ADK) du rectum localement avancés (LA) a considérablement évolué ces dernières années, avec l'apparition de nouvelles stratégies thérapeutiques incluant une séquence de chimiothérapie (CT) néo-adjuvante (NA) avant ou après une radio(chimio)thérapie (RT/RCT) pré-opératoire. Les stratégies RAPIDO (RT première puis CT par 9 FOLFOX ou 6 CAPOX) et PRODIGE 23 (CT première par 6 FOLFIRINOX puis RCT) sont ainsi devenues de nouveaux standards thérapeutiques pour la prise en charge des ADK cT3-T4 et/ou N+ (1)(2). L'objectif de cette étude observationnelle multicentrique AGEO-GRECCAR était de décrire les pratiques françaises concernant les stratégies RAPIDO et PRODIGE 23 et d'étudier, en vie réelle, la tolérance et l'efficacité à court terme de ces 2 schémas de traitement.

Patients et Méthodes : Tous les patients présentant un ADK du bas ou moyen rectum LA (cT3 ou T4 et/ou N+) pour lesquels une décision de traitement NA selon RAPIDO ou PRODIGE 23 était prise en RCP dans les 32 centres français participants ont été inclus. Les caractéristiques initiales, la tolérance et la compliance aux différentes séquences thérapeutiques, ainsi que les réponses cliniques, radiologiques et histologiques ont été recueillies rétrospectivement. Cette étude a été approuvée par un comité d'éthique (CERAPHP#00011928) et déclarée à la CNIL.

Résultats : Entre juin 2020 et mars 2023, 482 patients ont été inclus. Le schéma PRODIGE 23 était utilisé chez 89% des patients (431 vs 51). Les patients PRODIGE 23 étaient significativement plus jeunes (63 [IQR: 55-70] vs. 78 ans [IQR: 72-81], p<0,0001) et en meilleur état général (OMS 0-1: 97% vs. 78%, p<0,0001). Les caractéristiques initiales étaient similaires dans les 2 groupes en termes de localisation tumorale au bas rectum (56% vs. 63%, p=0,45), stade initial cT3-4 (90% vs. 84%, p=0,18) et cN+ (78% vs. 72%, p=0,37), taille tumorale (5 [IQR: 4-6,9] vs. 4,5cm [4-6,9], p=0,46) et présence d'une marge circonférentielle ≤1mm (53% vs. 67%, p=0,074). 23 patients avaient une tumeur métastatique (représentant 5% des patients PRODIGE 23 (n=20), et 4% des patients RAPIDO (n=3), p=1). Sur les 431 patients PRODIGE 23, 90% (392) ont reçu un schéma complet (6 FOLFIRINOX puis RCT CAP50) dont 35% (138) avec une diminution de dose. Soixante patients (14%) ont présenté une toxicité de grade ≥3. Dans le groupe RAPIDO, seuls 10 patients sur 51 (20%) ont reçu un schéma complet (RT 5X5 puis 9 FOLFOX/6 CAPOX). 11 patients ont présenté une toxicité de grade≥3 (22%). A la date de clôture des données (30/09/2023), 329/482 patients avaient été opérés de leur tumeur primitive, 65 patients étaient toujours en cours de traitement NA, et 88 patients n'avaient pas été opérés, dont 57 en raison d'une stratégie de watch-and-wait (WW), 13 en raison d'une progression avant la chirurgie (8 PRODIGE 23 et 5 RAPIDO) et 18 pour des raisons autres. Les patients sélectionnés pour une stratégie de WW (8 RAPIDO et 49 PRODIGE 23) avaient en majorité une tumeur du bas rectum (n=44, 77%) de stade T3 (n=36, 63%), T4 (n=7, 12%) et/ou N+ (n=29, 51%) au diagnostic. Pour les patients opérés, une chirurgie carcinologique avec curage a été réalisée pour 304 patients et une exérèse locale par TEM ou tumorectomie pour 25 patients (dont 2 RAPIDO et 23 PRODIGE 23). Parmi les 329 patients opérés, 16% présentaient une réponse histologique complète (RHC), dans les 2 groupes.

Conclusion : Cette étude de pratique française est la première à décrire en vie réelle l'efficacité et la tolérance des schémas thérapeutiques NA (PRODIGE 23 et RAPIDO)

utilisés dans la prise en charge des patients atteints d'ADK rectal LA. La stratégie PRODIGE 23 représente le traitement NA prescrit pour la grande majorité des patients alors que le schéma RAPIDO n'est utilisé que pour 11% des patients et pour des populations plus âgées et en moins bon état général. En vie réelle, le schéma PRODIGE 23 est associé à une bonne compliance au traitement et des toxicités acceptables. Des RHC étaient observées avec des taux similaires dans les 2 groupes. La place de ces 2 stratégies NA dans un objectif de conservation d'organe reste à définir.

P011

Prévalence du phénotype dMMR/MSI et des mutations BRAF V600E chez les patients âgés de 70 ans et plus atteint d'un cancer colorectal métastatique : étude AGEO

E. Capelle [1], E. Boisteau [2], P.L. Blot [1], Y. Ben Merabet [3], B. Poirot [1], P. Hammel [3], M. Fleury [4], M. Bendaoud [4], D. Pho [4], C. Locher [4], N. Lourenço [1], J.M. Gornet [1], N. Hammoudi [1], N. Asesio [1], M. Allez [1], J. Lehmann-Che [1], T. Aparicio [1]

(1) Paris ; (2) Rennes ; (3) Villejuif ; (4) Meaux.

Introduction : L'incidence du phénotype dMMR/MSI augmente avec l'âge dans les cancers colorectaux (CCR) localisés (19% chez les plus de 75 ans vs 10% chez les moins de 75 ans) et chez les patients âgés le phénotype dMMR/MSI est associé à une mutation BRAFV600E dans 72% des cas*. La prévalence de ces altérations moléculaires est inconnue chez les patients âgés atteints de CCR métastatiques (CCRM). L'objectif principal de cette étude est d'évaluer la prévalence du phénotype dMMR/MSI et de la mutation BRAF V600E chez les patients atteint d'un CCRM âgé de 70 ans et plus. Les objectifs secondaires sont d'évaluer le pronostic des CCRM dMMR/MSI comparé au pMMR/MSS et d'évaluer la valeur pronostique de la mutation BRAF V600E.

Patients et Méthodes : Etude rétrospective multicentrique incluant les patients de 70 ans et plus consécutifs ayant eu un diagnostic de CCRM entre 2010 et 2022, avec une détermination des statuts dMMR/MSI et BRAF déjà disponibles. Les survies ont été calculées par la méthode de Kaplan-Meier et les comparaisons ont été faites avec un test du logrank.

Résultats : La prévalence et l'âge médian au diagnostic des différents groupes sont présentés dans le tableau 1 (cf image).

	BRAF*V600E* muté (%)	BRAF*V600E* sauvage (%)	Total
MSI/âge médian	15 (48,4%)/76,3 ans	16 (51,6%)/77,5 ans	**31 (8,3%)**
MSS/âge médian	24 (7%)/74,7 ans	318 (93%)/76,6 ans	**342 (91,7)**
Total	**39 (10,4%)**	**334 (89,6%)**	**373**

La localisation tumorale principale était le colon droit (67,7%) pour les patients avec une tumeur dMMR/MSI, quel que soit le statut BRAFV600E. Pour les patients avec une tumeur pMMR/MSS, la localisation tumorale principale était le colon droit (67%) en cas de mutation BRAFV600E associée ; en l'absence de mutation BRAFV600E associée, la localisation tumorale était le colon gauche dans 37% des cas, le colon droit dans 32% et le rectum dans 30% des cas La localisation secondaire principale était le foie pour les patients avec une tumeur pMMR/MSS quelques soit le statut BRAFV600E (71,9%) et pour les patients avec une tumeur dMMR/MSI BRAFV600E sauvage (56,2%). En cas de mutation BRAFV600E associée au phénotype dMMR, la localisation secondaire principale était le péritoine (53,3%).
Chez les patients avec une tumeur dMMR/MSI : en l'absence de mutation BRAFV600E, la durée médiane de suivi (DS) était de 19.56 mois [IC 95% : 7.86 ; 34.38], la survie globale (SG) médiane était de 157 mois [NA ; NA] et la survie sans progression (SSP) après 1ère ligne de chimiothérapie était de 51,9 mois [6.26, NA] ; en cas de mutation BRAFV600E associée, la DS était de 5.15 mois [3.11, 12.84], la SG était de 12 mois [3.44 ; NA] et la SSP était de 7,9 mois [3.44 ; NA].
Chez les patients avec une tumeur pMMR/MSS : la DS était de 21.90 mois [10.98 ; 39.44], la SG était de 31,5 mois [26.95 ; 39.01] et la SSP était de 12,9 mois [11.967213 ; 14.06557], en l'absence de mutation BRAFV600E ; en cas de mutation BRAFV600E associée, la DS était de 12.08 [6.10 ; 25.23]la SG était de 15,9 mois [9.57 ; 44.62] et la SSP était de 9 mois [6.78 ;12.95]
Concernant la première ligne de chimiothérapie, 222/342 patients avec une tumeur MSS ont reçu une bichimiothérapie (Folfox (N=189) ; Folfiri (N=31) ; Tomox (N=1) ; Xelox (N=1)) ; 55 patients une monochimiothérapie par LV5FU2 ; 5 patients ont reçu une trichimiothérapie par Folfirinox ; 57 patients ont eu des soins palliatifs exclusifs d'emblée ; les données

étaient manquantes pour 3 patients. Parmi les 31 patients avec une tumeur dMMR/MSI, seulement 15 patients ont reçu une immunothérapie par pembrolizumab ; 3 patients ont eu des soins palliatifs exclusifs d'emblée ; 10 patients ont reçu une bichimiothérapie (Folfox (N=9) ou Folfiri (N=1)) ; 1 patient a reçu du Folfirinox et 2 patients ont reçu une monothérapie par LV5FU2. Les patients ayant reçu du pembrolizumab ont une survie globale de médiane >36 mois contre 15 mois en l'absence de pembrolizumab (p=0,352).

Conclusion : Cette étude multicentrique montre une prévalence de la mutation dMMR/MSI de 8,3% et une prévalence de la mutation BRAFV600E de 10,5% chez les patients âgés de 70 ans atteint d'un CCRM. Les mutations BRAFV600E sont associées à un phénotype dMMR/MSI dans 38,9% des cas. La mutation BRAFV600E semble être de mauvais pronostique quelquesoit le statut MMR cette population. Ces résultats ont été obtenus avant la généralisation du traitement par immunothérapie et par encorafénib. Il s'agit d'analyses de survie préliminaires, qui seront recalculées après allongement de la durée de suivi.

P012

Etude AGEO évaluant la tolérance et l'efficacité de l'immunothérapie chez les patients de 70 ans et plus traités pour un cancer digestif

C. Dupuis [1], C. Flecchia [1], Y. Ben Merabet [2], J. Boilève [3], E. Boisteau [4], J.C. Nault [5], E. Alouani [6], M. Mercier [7], C. Matray [8], I. Clément [1], J. Desrame [9], A. Aregui [1], N. Lourenço [1], P.L. Blot [1], T. Aparicio [1]

(1) Paris ; (2) Villejuif ; (3) Nantes ; (4) Rennes ; (5) Bobigny ; (6) Toulouse ; (7) Poitiers ; (8) Clamart ; (9) Lyon.

Introduction : Des AMM ont été obtenues récemment pour des inhibiteurs de points de contrôle immunitaires (ICI) dans plusieurs cancers digestifs. Les études d'enregistrement ont inclus peu de patients âgés. Il existe des interrogations sur la tolérance liée au risque auto-immun augmenté chez les patients âgés et sur l'efficacité des ICI liée à l'immunosenescence. Le but de cette étude rétrospective est d'évaluer la tolérance et l'efficacité des ICI chez les patients ≥70 ans traités pour un cancer digestif.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une cohorte multicentrique rétrospective AGEO ayant inclus les patients ≥70 ans traités par ICI pour un cancer digestif entre janvier 2015 et septembre 2022. Tous les patients consécutifs traités par ICI ont été inclus quelle que soit la ligne de traitement. Les critères de jugement principaux étaient la survie sans progression (SSP), la survie globale (SG) toutes causes et la survenue d'effet indésirable sévère (grade 3 ou 4) imputés à l'immunothérapie (EII). Des données issues des évaluations gériatriques réalisées ont été recueillies. Les données ont été analysées à l'aide du logiciel R. Les survies ont été calculées par la méthode de Kaplan-Meier. Des analyses exploratoires des facteurs prédictifs de survie et de toxicité sévère immunologique ont été réalisées.

Résultats : Nous avons inclus 404 patients, d'âge médian 76 ans (extrêmes : 70-94 ans), dont 148 (37%) avec un cancer colorectal (CCR) avec instabilité microsatellite (MSI), 60 (15%), avec un cancer MSI non CCR (4 adénocarcinomes (ADK) de l'œsophage, 25 ADK de l'estomac, 7 ADK pancréatiques, 10 cholangiocarcinomes, 6 ADK du duodénum et 6 du grêle et 2 non classés), 12 (3%) avec un cancer MSS non CCR et 183 (45%) avec un carcinome hépato-cellulaire (CHC). Parmi les 208 patients avec cancers MSI, 182 patients (87,5%) avaient reçu une mono-immunothérapie par pembrolizumab (58%) et nivolumab (22%), et 20 patients (10%) une double immunothérapie par nivolumab + ipilimumab. Seulement 13 patients (3%) avaient eu une consultation d'oncogériatrie avant le traitement.
À l'initiation des ICI, 307 patients (78%) étaient OMS 0 ou 1, 74 (19%) OMS 2 et 13 (3%) OMS 3. 56 patients (14%) ont eu un EII sévère, majoritairement hépatique (20%) ou entéro-colique (20%), qui a abouti à la suspension du traitement dans 89% des cas. La double immunothérapie était associée au risque de survenue d'un EII sévère (30% vs 13%, p = 0,04).
Les données de survie sont présentées dans le tableau 1.
Concernant les CCR MSI, 18% des patients ont eu un EII sévère, dont 26% digestif et 15% musculosquelettique. Un arrêt de l'ICI pour toxicité a été effectué chez 14% des patients. Un IMC <22 et l'albumine <30 g/L étaient associés au décès (p<0,05).
Parmi les cancers MSI non CCR, la survenue d'EII sévère a concerné 15% des patients aboutissant à l'arrêt de l'ICI pour 13% des patients.
Parmi les CHC, 11% des patients ont eu un EII sévère et tous ont arrêté l'ICI au décours. Parmi ces EII, il y avait 38% d'hépatite et 15% d'atteinte cutanée, digestive ou hématologique.

	SSP médiane	Taux SSP à 2 ans	SG médiane	Taux SG à 2 ans	Suivi médian
CCR MSI	28,5	57%	NA	66%	19
MSI non CCR	NA	53,5%	NA	63%	21
CHC	13,5	20,5%	18,8	46,5%	11

Discussion : La tolérance et les résultats de SG à 2 ans observés dans notre étude sont comparables pour les CCR MSI et les tumeurs MSI non CCR à ceux rapportés dans

la littérature dans les essais d'enregistrement. Concernant les SSP, elles sont plus élevées dans notre étude pour les tumeurs MSI non CCR et le CHC, avec possiblement un biais rétrospectif. Les évaluations gériatriques ont été peu nombreuses et n'ont pas permis de retrouver des paramètres gériatriques prédictifs.

Conclusion : Les profils de tolérance et d'efficacité des ICI dans le traitement des cancers digestifs MSI et CHC ne sont pas moins bons chez les patients âgés que ceux observés chez des patients plus jeunes. Certains paramètres de fragilité gériatrique (dénutrition, polymédication, sarcopénie) ne semblent pas être associés à l'apparition d'EI sévères ou une moins bonne efficacité des ICI.

P013

Triplet de chimiothérapie avec ou sans bévacizumab comme traitement de première ligne du cancer colorectal métastatique : une étude multicentrique en vie réelle

R. Varnier [1], C. Toullec [2], S. Philonenko [3], A. Dupré [1], P. Artru [1], E. Hafliger [3], A. Drouillard [4], C. Torregrosa [3], S. Pernot [5], P. McLellan [3], T. Lecomte [6], V. Moulin [7], C. Lecaille [5], Y. Touchefeu [8], C. Locher [9], J. Taïeb [3], C. Coutzac [1]

(1) Lyon ; (2) Avignon ; (3) Paris ; (4) Dijon ; (5) Bordeaux ; (6) Tours ; (7) La Rochelle ; (8) Nantes ; (9) Meaux.

Introduction : L'association d'un triplet de chimiothérapie (FOLFOXIRI ou FOLFIRINOX) au bevacizumab est devenue un standard de traitement du cancer colorectal métastatique (CCRm) en 1ère ligne. Cependant, les pratiques demeurent hétérogènes et certains patients reçoivent un triplet de chimiothérapie sans thérapie ciblée associée. Par ailleurs, l'efficacité ainsi que la tolérance des triplets de chimiothérapie restent peu étudiées en vie réelle, en particulier chez les patients pouvant bénéficier d'un traitement multimodal.

Patients et Méthodes : L'étude COLOTRIP était une étude rétrospective menée dans 14 centres français. L'ensemble des patients atteints de CCRm ayant reçu un traitement de première ligne par triplet de chimiothérapie seul (groupe Tri-CT) ou associé au bevacizumab (groupe Tri-CT + bevacizumab) entre 2014 et 2019 ont été inclus. Les objectifs étaient de déterminer les facteurs associés au choix du traitement de première ligne ainsi que d'évaluer l'efficacité (survie globale, survie sans progression et taux de résection des métastases) et la tolérance (toxicités de grade ≥ 3) dans les deux groupes de traitement.

Résultats : Sur 299 patients inclus (57% d'hommes, âge médian 60 ans, 81% PS 0-1, 58% avec tumeurs RAS mutées et 19% BRAF mutées) 51% appartenaient au groupe Tri-CT et 49% au groupe Tri-CT + bevacizumab. Les métastases étaient considérées résécables d'emblée, potentiellement résécables et non résécables chez 6,5%, 40% et 54% des patients, respectivement.
La présence d'une mutation RAS (OR 2,1 [IC95% 1,1-4,0]) ou BRAF (OR 5,1 [2,2-12,6]) et un nombre élevé de métastases (OR 2,3 [1,0-5,4] si 3-8 métastases ; OR 3,0 [1,4-6,9] si > 8 métastases) étaient associés à la prescription d'un triplet de chimiothérapie + bevacizumab, tandis que les primitifs rectaux (OR 0,4 [0,2-0,8]) et du colon gauche (OR 0,7 [0,4-1,2]) étaient associés à la prescription d'un triplet de chimiothérapie seul.
La médiane de survie globale était de 33,5 mois dans le groupe Tri-CT et de 23,9 mois dans le groupe Tri-CT + bevacizumab. La médiane de survie sans progression était de 14,5 mois dans le groupe Tri-CT et de 11,4 mois dans le groupe Tri-CT + bevacizumab. Après ajustement sur le statut moléculaire (mutations RAS et BRAF), le nombre de métastases et l'évaluation initiale de la résécabilité des métastases, le choix du traitement n'influençait pas de manière significative la survie globale ni la survie sans progression.
Le taux de résection des métastases était de 42%, sans différence significative entre les deux groupes, tandis que le taux de résection du primitif était de 43% dans le groupe Tri-CT contre 19% dans le groupe Tri-CT + bevacizumab.
En termes de tolérance, 30% des patients ont présenté au moins une toxicité de grade ≥ 3. Les toxicités étaient similaires entre les deux groupes, à l'exception de la neuropathie périphérique qui était plus fréquente chez les patients du groupe Tri-CT.

Conclusion : L'étude COLOTRIP met en évidence que le choix d'associer ou non le bevacizumab à un triplet de chimiothérapie comme traitement de 1ère ligne dans le CCRm est impacté par le statut moléculaire, la latéralité du primitif et le nombre de métastases, et potentiellement par le projet de résection ultérieure du primitif. Dans cette étude en vie réelle, malgré un nombre important de patients présentant des facteurs pronostiques défavorables, les résultats en termes d'efficacité et de tolérance étaient similaires à ceux des essais randomisés.

P014

Métastases cérébrales dans les cancers digestifs : facteurs pronostiques et comparaison des scores pronostiques spécifiques et non spécifiques des cancers digestifs

J. Bertrand [1], D. Tougeron [1], A. Ferru [1], C. Boyer [1], A. Guyot d'Asnières de Salins [1], V. Randrian [2]
(1) Poitiers ; (2) Clermont-Ferrand.

Introduction : Les métastases cérébrales (MC) des tumeurs digestives sont rares avec une incidence estimée à 2% dans les cancers colorectaux (CCR) et 3% dans les adénocarcinomes œso-gastriques. Leur survenue tend à augmenter et leur pronostic reste sombre avec une SG d'environ 4 mois pour les adénocarcinomes œso-gastriques et 6 mois pour les adénocarcinomes colorectaux (CCR). Plusieurs scores pronostiques de métastases cérébrales ont été mis en place, certains spécifiques des tumeurs digestives : score GI-GPA (Graded Prognostic Assesment for GastroIntestinal Cancer) et Pietrantonio et d'autres non spécifiques : score GPA (Graded Prognostic Assesment) et le RPA (Recursive partitioning analysis).Les variables communes à ces scores sont l'âge et le KARNOFSKY. L'objectif principal était d'identifier les facteurs pronostiques des CCR, cancers œso-gastriques et du grêle avec MC. L'objectif secondaire était d'évaluer et comparer dans notre cohorte la validité des scores spécifiques et non spécifiques des cancers digestifs.

Patients et Méthodes : Cette étude rétrospective, monocentrique, a inclus des patients atteints de MC ou méningites carcinomateuses liées à un CCR, carcinome œso-gastrique ou du grêle, diagnostiqués entre 2000 et 2022. Les survies ont été calculées selon la méthode de Kaplan Meier. Les facteurs pronostiques ont été analysés en analyse univariée (test du Log-rank) et multivariée (modèle de régression de Cox).

Résultats : Au total, 222 patients ont été inclus, 70% avaient un CCR, 22% un cancer de l'œsophage, 7% un cancer de l'estomac et 1% un cancer de l'intestin grêle. L'âge moyen était de 63,3 ans. Au diagnostic des MC, 48% étaient OMS 0-1. Concernant les CCR, 40% étaient des cancers du rectum, 55% avaient une mutation KRAS, 50% avait au moins reçu deux lignes de chimiothérapies. Concernant les cancers œso-gastriques et du grêle, 68% étaient des adénocarcinomes, 28% des carcinomes épidermoïdes et 3% des carcinomes indifférenciés. Parmi les adénocarcinomes œso-gastriques, 21% présentaient une surexpression de HER2. Les MC étaient uniques dans 51% des cas, de localisation sus-tentorielle dans 54% des cas, sous-tentorielle dans 18% des cas, sus et sous dans 23% des cas. Les méningites carcinomateuses représentaient 5% des patients. Les MC survenaient en moyenne 33,9 mois après le diagnostic du cancer primitif: 42mois en cas de CCR et 14 mois en cas de cancer œso-gastrique. Au diagnostic des MC, 90% des patients avaient des métastases extra-cérébrales dont 65% au niveau pulmonaire. Parmi les patients ayant reçus un traitement local de la maladie cérébrale, 92% avaient reçu de la radiothérapie seule ou en association, parmi eux, 57% avaient reçu une irradiation in toto seule. Une prise en charge chirurgicale avait été réalisée dans 65% dont 57% avec une radiothérapie associée. La SG à partir du diagnostic des MC était de 3,7mois toutes localisations confondues, 3.9mois pour les CCR et 3mois pour les cancer œsogastriques et du grêle. En analyse univariée, l'âge <65 ans, l'OMS 0 ou 1 et la localisation supra-tentorielle étaient associés à une meilleure SG. A l'inverse, le pronostic était défavorable en cas de métastases hépatiques, de métastases ganglionnaires et de tumeur BRAF mutée. En analyse multivariée, seuls les statuts OMS et BRAF étaient significativement associés à la SG. Concernant les scores, la SG médiane prédite par le GI-GPA était de 9 mois, 6 mois pour le score de Pietrantonio, 6,5 mois pour le score GPA et 4,2 mois pour le RPA. Il existait une différence de plus de 3 mois entre la survie prédite et observée dans 55% des cas pour le GI-GPA, 50% pour le score de Pietrantonio, 43% pour le GPA et 30% pour le RPA.

Conclusion : Cette étude confirme le pronostic très sombre des MC de cancers digestifs et l'OMS est le facteur pronostique le plus robuste. Bien que construits à partir de variables pronostiques fiables, les scores proposés pour évaluer la survie au diagnostic de MC semblent peu fiables pour les cancers digestifs. Le RPA, score le plus ancien et le plus centré sur la prise en compte de l'état général, est celui qui fournit dans cette cohorte une SG prédite au plus proche de la SG observée.

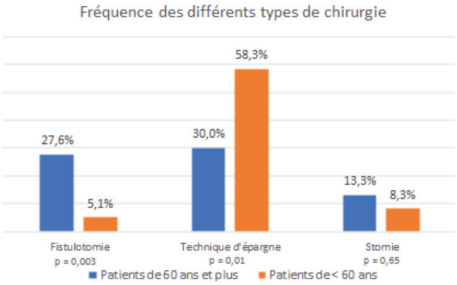
Moins de combothérapie et plus de fistulotomie dans la maladie de Crohn ano-périnéale fistulisante du sujet âgé

O. Arjafallah [1], C. Brochard [2], P. Atienza [1], N. Rabahi-Louanchi [1], S. Taieb [1], L. Siproudhis [2], I. Etienney [1]
(1) Paris ; (2) Rennes.

Introduction : La prévalence de la maladie Crohn chez le sujet âgé est en augmentation. Parmi les patients âgés de plus de 60 ans atteints d'une maladie de Crohn, les lésions anopérinéales fistulisantes (LAP) affecteraient près d'un patient sur cinq. Si des particularités ont pu être décrites pour la maladie luminale chez le sujet âgé, peu d'études se sont intéressées à la prise en charge des lésions anopérinéales fistulisantes dans cette population. Le but de cette étude était de décrire les formes anopérinéales fistulisantes de la maladie de Crohn chez des patients opérés après 60 ans et de les comparer en terme de présentation, de prise en charge et d'évolution, à des patients plus jeunes opérés à la même période.

Patients et Méthodes : Tous les patients, âgés de 60 ans ou plus lors de leur première prise en charge chirurgicale, opérés d'une fistule anale entre Janvier 2012 et Décembre 2022, ayant une maladie de Crohn connue ou confirmée au cours du suivi dans 2 centres ont été inclus. Ont été appariés à chaque cas, deux patients de moins de 60 ans opérés à la même période.

Résultats : Parmi les 536 patients opérés entre Janvier 2012 et Décembre 2022, 30 (6%) avaient 60 ans et plus lors de leur prise en charge chirurgicale initiale et étaient suivis au moins 3 mois après leur dernière chirurgie. Dix-sept patients (63%) de plus de 60 ans ont déclaré leur fistule anale et leur maladie de Crohn dans la même année, alors que 52% (31/60) des patients de moins de 60 ans déclaraient leur fistule anale plus d'un an après leur diagnostic de maladie de Crohn. L'atteinte colique L2 était plus fréquente chez les sujets âgés (70 *vs* 33%), et les formes iléales étaient plus fréquentes chez les sujets jeunes (23 *vs* 3%) ainsi que les manifestations extra intestinales (30 *vs* 3%). Il s'agissait de fistules complexes dans 93% des cas dans les deux groupes. Le recours aux biothérapies était similaire (96,7% chez les sujets jeunes vs 86,7% d'utilisation d'anti-TNF alpha (p=0,07)) et 40% d'autres biothérapies dans les deux groupes. Cependant, chez les patients de plus de 60 ans, l'optimisation et l'utilisation des anti-TNF alpha en combothérapie était moins fréquente (p=0,0002 et p=0,0001) ainsi que l'utilisation des immunosuppresseurs (33% des cas) avec une large majorité d'azathioprine. Ces patients avaient moins d'interventions chirurgicales dans le centre (3 vs 4,5, p=0,008), avaient moins souvent une chirurgie d'épargne (30 *vs* 58%, p=0,01) et avaient plus souvent une fistulotomie (27 *vs* 5%, p=0,003). Les taux de fermeture des fistules anales étaient cependant comparables entre les deux groupes (60 *vs* 62%).



Conclusion : Le diagnostic synchrone de fistule anale et de maladie de Crohn lors de la première année de prise en charge n'est pas rare chez le patient de plus de 60 ans, ce qui incite à ne pas méconnaitre une maladie de Crohn chez le sujet âgé lors d'un diagnostic de fistule anale. Bien que la stratégie globale de prise en charge médico-chirurgicale apparaisse dans notre étude différente en fonction de l'âge et que les patients de plus de 60 ans présentaient davantage de comorbidités notamment cardiovasculaires et néoplasiques, le recours aux biothérapies était globalement identique dans les deux groupes, et les taux d'assèchement et de fermeture des fistules en fin de suivi comparables dans les deux populations.

P016

Intérêt et validation de l'index de sévérité de la gangrène de Fournier dans la prédiction des facteurs pronostiques de la mortalité

N. Essid [1], A. Mabrouk [1], A. Ben Dhaou [1], M. Ben Moussa [1]
(1) Tunis, TUNISIE.

Introduction : La gangrène de Fournier est une fasciite nécrosante rapidement progressive , grevée d'une mortalité pouvant dépasser les 80%. L'objectif de notre étude était de valider l'ISGF afin de standardiser son utilisation pratique pour chaque malade et prédire le risque de mortalité.

Patients et Méthodes : Étude observationnelle rétrospective, menée à un service de chirurgie ayant colligé les patients prise en charge pour gangrène de Fournier entre le premier janvier 2012 et le 31 décembre 2021. Le critère de jugement était la mortalité.
La validation de l'ISGF a été faite en mesurant la discrimination par la réalisation de la courbe ROC, le valeur seuil a été calculée puis comparée à la valeur originelle de Laor.La calibration de notre index, étape finale de la validation, a été faite en réalisant de test de Hosmer et Lemeshow.

Résultats : Cinquante patients ont été pris en charge pour gangrène périnéale. L'âge moyen était de 50 ans (±14,56) avec un sexe ratio de 3,54. L'ISGF moyen était de 5,96±4,04. La mortalité avait atteint 22%. En analyse multivariée, les facteurs prédictifs indépendants identifiés étaient le tabagisme (p=0,008), l'instabilité hémodynamique (p<0,001), l'étendue de la nécrose (p=0,049), l'ISGF (p=0,004), les bicarbonates sériques (p=0,006), la créatininémie (p=0,024) et la kaliémie (p=0,004). La validation de l'ISGF a été faite en mesurant sa discrimination par la courbe ROC (L'AUC= 0,970 [0,925-1]) puis sa calibration par le test d'adéquation (p=0,887, chi2=2.982). Un index supérieur à neuf était associé à une mortalité de 81,8% et qu'un index inferieur à neuf était associé à 94,9% de survie.

Discussion : L'ISGF était mesuré chez tous nos patients au moment de l'admission avec une moyenne de 5,96±4,04. Il était significativement associé à la mortalité (p<0,001). Parmi les neufs paramètres de cet index, seules la fréquence cardiaque (p<0,001), la fréquence respiratoire (p=0,007), l'hématocrite (p=0,036) et les bicarbonates (p<0,001) étaient significativement associées à la mortalité. L'analyse multi-variée a révélé les facteurs prédictifs indépendants suivants : l'ISGF (p=0,004), le tabagisme (p=0,008), l'instabilité hémodynamique (p<0,001), l'étendue de la nécrose (p=0,049), les bicarbonates sériques (p=0,006), la créatininémie (p=0,024) et la kaliémie (p=0,004).
La courbe ROC de l'ISGF pour la mortalité a été réalisée. L'aire sous la courbe avait été mesurée à 0,970 [0,925-1] témoignant d'une très bonne capacité discriminatoire.
Pour une valeur seuil calculée à 8,5, la sensibilité a été évaluée à 90,9%, la spécificité à 92,3%, la valeur prédictive positive à 76,92%, la valeur prédictive négative à 97,29%, l'Odds ratio à 120 et le hasard ratio à 25,689.La comparaison entre notre valeur seuil et celle de Laor (fixée à « 9 ») a montré un chevauchement des intervalles de confiances concernant la sensibilité, la spécificité, l'Odds ratio et le hasard ratio pour chaque valeur, ce qui prouve la validité de la valeur seuil « neuf ». Un index supérieur à neuf a été associé à une mortalité de 81,8% et un index inférieur ou égal à neuf a été associé à 94,9% de survie. La calibration de l'ISGF a été mesurée via le test d'adéquation d'Hosmer et Lemeshow. Il a montré un résultat non significatif avec une p égale à 0,887 ce qui présume d'un bon ajustement du modèle statistique.
A la lumière de nos résultats on conclut que l'ISGF est un score pronostique valide avec une bonne calibration et une forte capacité discriminatoire . Son utilisation devrait être systématiquement recommandée pour chaque patient hospitalisé pour une gangrène périnéale afin d'en adapter la prise en charge en fonction de la sévérité.

Conclusion : l'ISGF est un outil valide, fiable, simple et pratique pour la prédiction de la mortalité de la gangrène de fournier. Son utilisation permettra d'adapter la prise en charge des malades et d'améliorer la survie.

P017

Traitement de la fissure anale chronique par la toxine botulique

S. Kordjani [1], S. Guelmami [1], F. Senoussi [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

P018

La fissurectomie avec anoplastie est-elle meilleure que la fissurectomie seule ?

S. Mechhor [(1)], M. Cherkaoui [(1)], H. El Bacha [(1)], N. Benzzoubeir [(1)], I. Errabih [(1)]
(1) Rabat, MAROC.

Introduction : La fissure anale est un motif fréquent de consultation en proctologie. La chirurgie est proposée en cas de fissure anale chronique, compliquée ou récidivante . La fissurectomie peut être pratiquée seule (FS) ou être associée à une anoplastie (F+A) . L´intérêt de celle-ci par rapport à la fissurectomie seule n'a jamais été démontré. L'objectif de l'étude était de comparer l'efficacité et la tolérance des deux techniques.

Matériels et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive et analytique menée sur une période de 18 ans allant de janvier 2005 à Aout 2023 portant sur 2070 patients traités chirurgicalement pour fissure anale. Nous avons inclus tous les patients sans antécédent chirurgical proctologique ayant été opérés pour une fissure anale idiopathique, unique, non infectée. Nous avons évalué la douleur post-opératoire, les complications (saignements, dysurie, constipation, surinfection) post-opératoires précoces (<30 jours) et le délai de cicatrisation . L´analyse statistique a été réalisée grâce au logiciel SPSS 20.0. Les variables qualitatives ont été comparées au moyen du test du Chi2 . Les facteurs prédictifs de cicatrisation ont été identifiés grâce à un modèle de régression logistique binaire en analyse univariée et multivariée.

Résultats : La prévalence globale des fissures anales par rapport aux autres motifs de consultation en proctologie était de 55.9 %. La médiane d´âge des patients était de 40 [21-69], le sexe ratio F/H = 0,85. La fissure anale était postérieur chez patients 1493 (72.1%) patients et antérieur chez 577 (27.9%) patients . D´autres pathologies proctologiques (fistule anale, maladie hémorroïdaire) étaient associées chez 358 cas (17.3 %). La FS a été effectué chez 1304 patients (62.9%) et la F+A chez 766 patients (37 %). Une sphinctérotomie était associée chez 357 patients (17.24%). La médiane de suivi postopératoire était de 2 [1-3,9] mois. La continence était respectée chez tous les patients. Le délais de disparition de la douleur post opératoire était le même pour les deux procédures 1,1 +/- 0.5 mois Vs 1,0 +/- 1,2 mois, p=0,51 respectivement pour la FS et F +A . Le taux globale de complications précoces était de 5,29 %, celle-ci étaient plus fréquentes en cas de F +A : 7,1% vs 2,3%, p=0,031 . Le taux de cicatrisation était similaire dans les deux procédures 92,9% vs 97,7%, p=0,31 . Le délai médian de cicatrisation était plus court chez les patients qui ont bénéficié d´une F +A : 1.5 +/- 0.2 mois Vs 2.8 +/- 0.4 mois p = 0.0003. En analyse multivariée les facteurs de risque indépendants associés au retard de cicatrisation étaient un l´âge ≥ 40 ans [OR =3,1 ; IC à 95 [1,1 à 14,1] p = 0.004) et les antécédents de diabète [OR à 6,5 IC [1,7 à 43,2] p <0.001 . Le taux de récidive post opératoire était similaire dans les deux procédure 2.1% en cas de FS Vs 3,2 % en cas de F+A, p=0.1.

Conclusion : La fissurectomie reste un geste efficace dans la prise en charge des fissures anales. Notre étude a montré que la fissurectomie avec anoplastie a l´avantage d´accélérer la cicatrisation. Cependant à l´heure actuelle aucune technique n'est consensuelle d'où l'intérêt d'études randomisées multicentriques évaluant le deux techniques chirurgicales

P019

L'arrivée des modèles de dissection sous-muqueuse modifie-t-elle la formation ? Comparaison des différents modèles existants

C. Yzet [(1)], J. Jacques [(2)], P. Lafeuille [(3)], J. Albouys [(2)], M. Schaefer [(4)], J.B. Chevaux [(4)], G. Rahmi [(5)], S. Chaussade [(5)], S. Leblanc [(3)], V. Lepilliez [(3)], T. Wallenhorst [(6)], T. Ponchon [(3)], J. Rivory [(3)], R. Legros [(2)], M. Pioche [(3)]
(1) Amiens ; (2) Limoges ; (3) Lyon ; (4) Nancy ; (5) Paris ; (6) Rennes.

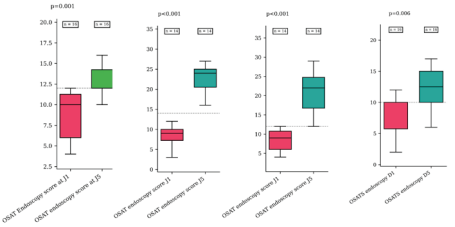
Introduction : La dissection sous muqueuse (DSM), s'est progressivement imposée comme la technique de référence pour la résection des tumeurs digestives superficielles de plus de 20 mm. L'accès à la formation de la DSM reste limité. Différents modèles animaux existent et récemment des modèles artificiels sont apparus. L'objectif de cette étude était de comparer les performances des différents modèles existant et la progression des étudiants sur ces derniers.

Matériels et Méthodes : Quatre modèles de formation ont été évalués : le colon de vache (ex-vivo), l'estomac de cochon (ex-vivo), estomac de cochon vivant et un modèle artificiel (Endogel). L'évaluation avait lieu lors d'une semaine de formation de gastroentérologues novices en DSM. Chaque participant était évalué au début (J1) et à la fin de sa formation (J5). Les apprenants pratiquaient sur les 4 modèles dans un ordre randomisé une DSM qui consistait en la réalisation d'une dissection standardisée de 2 cm préalablement marquées par les formateurs experts (n=4). Les items suivants étaient recueillis par les experts : incision complète (Oui/non), accès sous muqueux (Oui/non), dissection de plus de 50% (Oui/non), dissection totale (oui/non), et le score OSAT endoscopique.

	Incision complète		Accès sous muqueux		Dissection >50%		Dissection totale		Score OSAT moyen	
	J1	J5	J1	J5	J1	J5	J1	J5	J1	J5
Colon ex vivo	18,8%	93,7%	12,5%	81,2%	6,2%	6,2%	0%	0%	8,6	23,3
Estomac ex vivo	60%	56,2%	66,7%	68,7%	13,3%	0%	6,7%	0%	10,7	12,9
Estomac Cochon vivant	68,8%	71,4%	37,5%	69,2%	18,8%	38,5%	6,3%	10%	8,8	21,3
Endogel	100%	87,5%	75%	75%	37,5%	43,8%	31,2%	81,3%	8,2	12,5

La satisfaction de l'apprenant pour chacun de ses modèles était évaluée à l'aide d'une échelle numérique allant de 0 (médiocre) à 10 (excellent).

Résultats : 16 étudiants ont participé à la semaine de formation, majoritairement des hommes (11/16, 68%) avec une moyenne d'âge de 35,6 ans (+/- 4,6) et pratiquaient l'endoscopie en moyenne depuis 10 ans (+/-5,3). Un quart des participants n'avaient jamais pratiqué de DSM, 56,2% moins de 10, et un participant déclaré la réalisation de plus de 20 DSM. Les étudiants avaient une préférence pour le modèle de cochon vivant avec respectivement une échelle numérique médiane de 8 (IQR 7,5-8,7), 7 (IQR 6,4-7,5), 6 (IQR 5,6-6,9) et 5/10 IQR (3,7-5,6) pour les modèles : estomac de cochon vivant, estomac *ex vivo*, colon de vache et endogel. Les résultats à J1 et J5 concernant l'incision complète, l'accès sous muqueux, une dissection de plus de 50%, une dissection totale, et du score médian OSAT pour chacun des modèles sont résumés dans le tableau 1. Au cours de la semaine de formation le score OSAT augmentait de manière statistiquement significative sur chacun des modèles avec en moyenne des scores passant de 8,6 à 23,3, de 10,7 à 12,9, de 8,8 à 21,3 et de 8,2 à 12,5 pour les modèles colon de vache, estomac de cochon, le cochon vivant et Endogel, respectivement. La progression était plus importante sur le modèle de colon de vache comparativement aux autres modèles (Figure 1). Il existait une corrélation parfaite entre le score OSAT endoscopique et l'impression subjective de l'expert sur la capacité de l'étudiant à pouvoir pratiquer sur l'humain (ρ=0.98; r2=0.958; p<0.001).



Conclusion : Lors de leur formation en DSM, les apprenants ont une préférence pour les modèles porcin vivant. Les modèles ex-vivo sont des bons modèles pour appréhender l'ensemble de la technique. Le modèle colon de vache semble être le plus discriminant avec le maximum d'écart de compétence entre débutant et aguerris comparativement aux autres modèles. Les modèles synthétiques sont à réserver aux novices et ne semble pas permettre d'acquérir toutes les compétences à la pratique de la DSM du fait de leur simplicité.

P020

Faisabilité du rétablissement de continuité colorectale mini-invasif par écho-endoscopie après chirurgie de Hartmann : étude de preuve de concept sur modèle porcin

M. Schaefer [1], J. Jacques [2], J. Albouys [2], S. Bardet [2], C. Yardin [2], B. Barrat [2], F. Aubry [2], J. Janet [2], R. Legros [2], J.B. Chevaux [1], A. Charissoux [2], A. Taibi [2]

(1) Nancy ; (2) Limoges.

Introduction : La chirurgie de Hartmann est une chirurgie indispensable, le plus souvent en contexte d'urgence. Cependant, en fonction du terrain de chaque patient, le rétablissement ultérieur de continuité peut être compromis et la moitié des patients conserve une stomie définitive. L'objectif de ce travail était d'évaluer la faisabilité d'un rétablissement de continuité colorectal mini-invasif par guidage écho-endoscopique et endoscopique.

Matériels et Méthodes : Nous avons mis au point un modèle porcin expérimental de colostomie terminale et fermeture du moignon rectal ainsi que la technique de rétablissment de continuité colorectale par écho-endoscopie. Des porcs de 20 à 35 kg ont été opérées d'une intervention de Hartmann. Un point de suture d'approximation entre le moignon rectal et le colon pré-stomial était effectué dans 50% des cas. Quatorze jours après, la continuité digestive était rétablie soit par mise en place d'une prothèse d'apposition tissulaire de 20x10 mm par voie transrectale avec guidage écho-endoscopique et contrôle endoscopique, soit par voie chirurgicale par la réalisation d'une anastomose manuelle ou à la pince mécanique circulaire. La fermeture de stomie était réalisée par abord local chirurgical dans les deux groupes. Les sujets étaient ensuite suivis cliniquement et biologiquement deux ou six semaines après le rétablissement de continuité, puis euthanasiés. Le critère de jugement principal était la perméabilité de l'anastomose lors de la nécropsie, définie par son caractère franchissable avec un coloscope. Les anastomoses étaient ensuite prélevées pour analyse anatomo-pathologique, en microscopie multiphotonique et mécanique.

Résultats : 16 animaux ont été opérés d'une chirurgie de Hartmann puis 10 animaux ont été rétablis par anastomose écho-endoscopique (groupe AEE) et 6 animaux par anastomose chirurgicale (groupe AC). Dans le groupe AEE, 5 animaux étaient affectés au groupe suivi long (6 semaines) et 5 animaux étaient affectés au groupe suivi court (2 semaines). Dans le groupe AC, 2 animaux étaient affectés au groupe suivi long et 4 animaux au groupe suivi court.
L'anastomose était perméable dans 70% (n = 7/10) des cas du groupe AEE et 83,3% (n = 5/6) des cas du groupe AC (p = 1). Parmi les 3 échecs, un sujet a présenté une péritonite à J1 par migration de prothèse, un sujet a été euthanasié à J7 en raison d'un syndrome occlusif sans péritonite et un troisième sujet présentait, lors de la nécropsie programmée à J42 une fistule colo-hystéro-rectale avec conservation du transit. La présence d'un point d'approximation entre le colon pré-stomial et le rectum était significativement associée à succès (n = 5/5 (100%) vs n = 2/5 (40%), p = 0,038). 3/6 (50%) des animaux du groupe AC et 2/8 (25%) des animaux du groupe AEE présentaient un abcès péri anastomotique. 0/10 anmiaux du groupe AEE et 5/6 (83,3%) animaux du groupe AC présentaient une déhiscence de la cicatrice de la parotomie de plus de 5 cm.
L'évolution pondérale et biologique était similaire dans les groupes AEE et AC. Dans le groupe AEE, le temps de procédure était significativement plus court que dans le groupe AC, comprenant dans les deux cas la fermeture de stomie par abord local chirurgical (AEE 64,5 minutes (IQR 36,3-78,3) *versus* AC 113,5 minutes (IQR 106,3-138), p = 0,008). La durée médiane de procédure de l'anastomose écho-endoscopique était de 14 minutes (IQR 11,3 – 17,3 minutes).
L'analyse anatomo-pathologique a montré une cicatrisation correcte dans les deux groupes et une stroma fibro-inflammatoire avec infiltrat à polynucléaires neutrophiles moins marqué ainsi qu'une zone de fibrose et néovascularisation plus étendue dans le groupe AEE. La force maximale

appliquée avant rupture de l'anastomose était de 49,2 ±10,5N dans le groupe AEE et 16,6 ±7,6N dans le groupe AC (p = 0,100). L'allongement moyen avant rupture était de 22,9 ±2,9 mm dans le groupe AEE et 20,9 ±9,6 mm dans le groupe AC (p = 1,000).

Conclusion : Cette étude apporte la preuve de concept de faisabilité d'un rétablissement de continuité colo-rectale par voie écho-endoscopique, mais le taux de migration secondaire de prothèse en l'absence de pexie complémentaire est élevé. D'autres travaux sont nécessaires pour évaluer les critères prédictifs d'échec, les techniques de pexie complémentaires, le suivi à long terme et le risque de sténose après retrait de prothèse.

Remerciements, financements, autres :
Remerciements : Société Française d'Endoscopie Digestive (SFED) pour l'attribution d'une bourse Master 2
Financement : Institut de Formation en Endoscopie Digestive (IFRED).

P024

Impact d'un groupe de travail sur un réseau social sur l'amélioration des compétences des gastroentérologues dans la caractérisation des néoplasies colorectales : une étude prospective

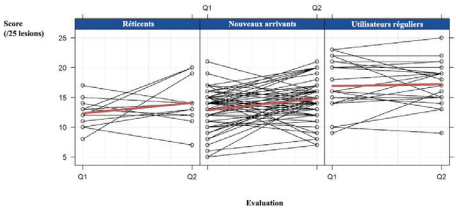
P. Lafeuille [1], J. Rivory [1], L. Héroin [2], O. Gronier [2], T. Wallenhorst [3], J. Albouys [4], R. Legros [4], S. Chaussade [5], T. Ponchon [1], F. Subtil [1], J. Jacques [4], M. Pioche [1]

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

Introduction : La caractérisation endoscopique précise des lésions colorectales est essentielle pour en prédire l'histologie, mais elle est difficile et nécessite une formation spécifique. Nous avons étudié l'impact d'un groupe de travail sur un réseau social sur l'amélioration du niveau de caractérisation des lésions colorectales par les gastroentérologues.

Matériels et Méthodes : Nous avons mené une étude prospective impliquant des gastroentérologues ayant caractérisé 25 à 40 lésions colorectales dans deux questionnaires avant et après un an de suivi. Trois groupes étaient considérés : les utilisateurs réguliers du groupe de travail qui en faisaient déjà partie avant la première évaluation, les nouveaux arrivants qui ont rejoint le groupe pendant l'évaluation et les réticents qui n'ont pas rejoint le groupe. Les participants ont évalué le sous-type histologique de chaque lésion selon la classification CONECCT [1,2]. Le statut histologique correct était défini par les comptes-rendus histologiques ou par des critères combinés entre l'histologie et l'opinion d'experts.

Résultats : Parmi les 127 participants inclus, 83,7% (106/127) ont rempli les deux questionnaires, avec 21,7% (23/106) d'utilisateurs réguliers, 67,0% (71/106) de nouveaux arrivants et 11,3% (12/106) de réticents. Pour des niveaux de départ similaires, la progression de la caractérisation sur un an était de +2,0 [1,1 - 2,9], p<0,001 pour les nouveaux arrivants et de +1,8 (-0,2 [-2,7 - 2,2], p=0,837 par rapport aux nouveaux arrivants) pour les réticents. Les utilisateurs habitués, qui étaient plus expérimentés et faisaient partie du groupe de travail depuis 2 ans en moyenne, avaient un niveau de départ plus élevé avec un score de progression de +0,3 (-1,7 [-3,5 - 0,1], p=0,071 par rapport aux nouveaux arrivants). Le nombre d'épisodes d'un podcast dédié à la caractérisation visionné par les participants était associé à une amélioration du score après un an, à la limite de la significativité, mais le taux de visionnage de moins de 50% était faible.



Conclusion : Le visionnage assidu de vidéos pédagogiques sur la caractérisation permettrait de meilleurs progrès que l'inscription seule à un groupe de travail sur un réseau social, où le degré de participation est faible et irrégulier. Une formation intensive supplémentaire est nécessaire pour améliorer le niveau de caractérisation des gastroentérologues et la participation passive et non supervisée à un réseau social ne semble pas suffisante.

P022

Efficacité et sécurité du clip OTSC Padlock® dans la prise en charge des perforations iatrogènes du côlon : étude monocentrique retrospective sur 4 ans

C. Souaid [(1)], M. Harb [(1)], B. El Khoury [(2)], J.B. Danset [(1)], C. Medlij [(1)], O. Marty [(1)], Y. Le Baleur [(1)]

(1) Paris ; (2) Fanar, LIBAN.

Introduction : Les clips OTSC (disponibles depuis 2010 en France pour le clip OVESCO distribué par la société OVESCO Endoscopy et depuis 2018 pour le clip PADLOCK distribué en France par la société Duomed) ont transformé la prise en charge des perforations coliques iatrogènes per coloscopie ou ils sont équivalents à une suture chirurgicale dans le cas du clip OVESCO. Les clips OVESCO ont été largement étudiés et évalués dans leur profil de sécurité et d'éfficacité dans la réparation des perforations coliques iatrogènes (2), tandis que les données concernant le second clip OTSC Padlock sont beaucoup moins importantes (3). Le but de cette étude rétrospective était d'évaluer l'efficacité et le profil de sécurité des clips OTSC Padlock dans la prise en charge des perforations iatrogènes du colon survenues au cours d'une coloscopie diagnostique ou thérapeutique depuis son introduction en 2019 dans l'unité d'endoscopie.

Patients et Méthodes : Toutes les perforations iatrogènes du colon qui ont été traitées par mise en place d'un clip PADLOCK entre 2019 et 2023 ont été incluses ce qui représentait 20 patients (13 femmes et 7 hommes) d'âge moyen de62.5 ans (+/- 19.5 ans).Toutes les perforations correspondaient à un Type IV de la classification de Sidney (2) soit une rupture de la musculeuse. 19 perforations étaient consécutives à la réalisation d'une résection endoscopique (18 dissections sous muqueuses et 1 mucosectomie) et une était une perforation directe de progression lors d'une coloscopie diagnostique. Les informations suivantes ont été colligées : Le site de survenue de la perforation, la taille de la perforation, la possibilité de réparation endoscopique, la nécessité d'un traitement complémentaire immédiat(endoscopique ou chirurgical) ainsi que l'emploi de petit matériel ancillaire ; le résultat du scanner précoce réalisé après la fermeture, le succès clinique définit par l'absence de chirurgie, les complications en rapport avec la pose du clip OTSC PADLOCK, la mortalité liée à la perforation et la réalisation d'une stomie.

Résultats : 60 % des perforations siégeaient en aval de l'angle colique gauche et 40% dans la partie droite du colon. Les tailles du défect pariétal se répartissaient de la façon suivante : <10 mm : 55 %, 10 - 20 mm 45 %. La réparation endoscopique a été jugée possible et réalisée dans 100 %des cas . La pince Twin Grasper de chez Ovesco Endoscopy a été utilisée pour rapprocher les berges dans 25 % des cas chez des patients qui avaient tous une taille de perforation>10 mm, une technique d'aspiration centrée par une pince a biopsie a été utilisée dans les autres cas. Aucun traitement complémentaire immédiat type clip TTS ou suture chirurgicale n'a été nécessaire . Une opacification par aspersion de 50 ccde produit de contraste dilué était réalisée après la fermeture chez tous les patients et un eventuel pneumopéritoine cliniquement significatif exsufflé si besoin. Un TDM précoce dans les 24 à 48 h de la perforation a été réalisé chez 45 % des patients qui présentaient une douleur abdominale persistante . Tous les patients a été mis a jeun avec une antibiothérapie large spectre . La durée moyenne d'hospitalisation a été de 3.45 (+/-1 jour) . La moyenne post geste de la CRP était de 64,27mg/dl et les leucocytes à 10 G / dl . Chez les 9 patients ayant eu un scanner, aucun épanchement liquidien intraperitonéal ni fuite de produit de contraste aspergé n'était noté avec présence d'un pneumopéritoine de moyenne abondance dans 100 % des cas.Aucun patient n'a été opéré dans les suites immédiates ou retardées de la perforation colique . Aucune re hospitalisation ni mortalité liée à la complication n'a été notée. Il n'y a eu aucunes complications liées à la pose du clip.

Conclusion : Cette série, la plus importante de la littérature à notre connaissance concernant le profil de sécurité et d'efficacité de l'emploi du clip OTSC Padlock dans l'indication de réparation endoscopique d'une perforation colique iatrogène, montre une excellente efficacité et une absence de morbidité de ce matériel dans la prise en charge endoscopique des perforations iatrogènes per coloscopie avec une efficacité comparable à celles des clips OTSC OVESCO.

P023

MEILLEURS POSTERS

Fiabilité des recommandations émises par ChatGPT après une coloscopie de dépistage

E. Mikhael [1], S. El Helou [1], R. Slim [1], M. Khanfour [2], L. Amer [1], E. Mahfouz [1], J. Amara [1], K. Honein [1], C. Yaghi [1]

(1) Beyrouth, LIBAN ; (2) Paris.

Introduction : L'intérêt des malades pour l'obtention d'informations médicales à partir de sources électroniques est en croissance constante. ChatGPT®, un agent conversationnel utilisant l'intelligence artificielle, a été démontré comme étant une source fiable d'information pour les patients avant une coloscopie (1). L'objectif de cette étude est de déterminer la capacité de ChatGPT 3.5® à émettre des recommandations après une coloscopie de dépistage ou de surveillance pour cancer colorectal.

Matériels et Méthodes : Il s'agit d'une étude transversale observationnelle monocentrique menée en 2023. Seules les coloscopies de dépistage ou de surveillance post-polypectomie ont été maintenues. Les coloscopies faites pour saignement digestif, suivi des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin, suivi post-opératoire d'un cancer colorectal, ou chez un patient de moins de 40 ans ont été exclues. Les comptes-rendus de coloscopies ainsi que les rapports d'anatomopathologie correspondants ont été entrés dans une conversation avec ChatGPT 3.5®, en maintenant l'anonymat des patients et des médecins. Le compte-rendu de la coloscopie contient la qualité de préparation colique, le temps de retrait, le résultat et les pièces envoyées en histologie. Il a été demandé à ChatGPT 3.5® de déterminer l'intervalle de temps pour la coloscopie de contrôle en utilisant les recommandations des sociétés américaines de gastroentérologie de 2020 (2). Les réponses de ChatGPT ont été comparées aux recommandations, validées par deux gastro-entérologues.

Résultats : Au total, 300 coloscopies ont été prises en considération. L'âge moyen au moment de la coloscopie est de 58,9 ± 11,2 ans. Parmi les participants, 160 (53,3%) sont des femmes et 140 (46,7%) sont des hommes.
ChatGPT® a émis une recommandation correcte dans 212 cas (70,7%). L'intervalle de surveillance a été sous-estimé dans 54 cas (18,0%) et surestimé dans 34 cas (11,3%). De ces 34 cas, l'intervalle proposé n'appartient pas à l'intervalle recommandé dans 23 cas (7,7% du total). Parmi ces 23 cas, le motif de surveillance rapproché est la mauvaise préparation colique (n = 20, 87,0%), la surveillance post-résection d'un polype festonné traditionnel de plus de 2 cm avec dysplasie par mucosectomie en piecemeal (n = 1, 4,3%), d'un polype hyperplasique de plus de 1 cm (n = 1, 4,3%) et celle d'un adénome tubulo-villeux en dysplasie de haut grade (n = 1, 4,3%).
L'exactitude des recommandations pour chacune des catégories identifiées est représentée dans le tableau ci-dessous.

Tableau 1. Analyse multivariée de la SG des patients avec CHC avancé

	HR	p
Taux initial de l'alpha-foetoprotéine	1.00 (1.00-1.00)	0.007
Deux premiers cycles d'ICI après 13h	2.29 (1.27-4.14)	0.005
PS ≥ 1	2.29 (1.22-4.28)	0.009
Atezolizumab en monothérapie	2.46 (1.29-4.68)	0.006

Conclusion : ChatGPT® semble être un outil pertinent pour l'émission de recommandations après une coloscopie de dépistage ou de surveillance. Il est limité par la reconnaissance d'une mauvaise préparation nécessitant une surveillance rapprochée. L'intelligence artificielle pourrait être exploitée et intégrée dans les programmes de dépistage pour le cancer colorectal. Elle pourrait aussi être utilisée par un patient pour se rappeler de leur prochaine coloscopie, sauf en cas de mauvaise préparation colique.

P024

MEILLEURS POSTERS

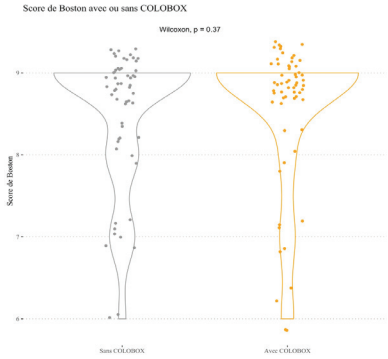
La ColoBox : une méthode innovante pour la préparation des coloscopies

M. Binn [1], P. Dubois [1], A. Attar [1], C. Coutris [1], E. Chanteloup [1], C. Meskens-Spaulding [2], Z. Hassani [1], A. Laurain [1], J. Edery [1], D. Parlier [1], F. Iglicki [3]

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

Introduction : La préparation à la coloscopie repose sur l'association d'un régime sans résidus et d'une purge. Cependant, les régimes sans résidus avant coloscopie ne sont pas standardisés en termes de composition et de durée. La COLOBOX est une boite contenant 3 repas (petit déjeuner, déjeuner, dîner) comprenant dans leur ensemble moins de 10g de fibres et couvrant 24h de régime avant coloscopie. L'objectif de cette étude était d'évaluer l'efficacité d'un régime sans résidus standardisé avec la formule COLOBOX.

Patients et Méthodes : Nous avons mené une étude prospective dans 6 centres français, entre le 22 novembre 2022 et le 10 mars 2023, en incluant des patients consécutifs ayant donné leur consentement éclairé. Chaque investigateur déterminait la durée et le type de régime sans résidus selon ses habitudes de prescription. Le régime comprenait ou non une COLOBOX pour le dernier jour. La qualité de la préparation colique était évaluée selon le score de Boston.



L'objectif principal était de comparer la qualité de la préparation colique des patients ayant utilisé la formule COLOBOX avec celle des patients ayant suivi un régime sans résidus uniquement basé sur les recommandations écrites de l'investigateur. L'objectif secondaire était de comparer le score de Boston des patients ayant suivi un régime sans résidus d'un jour à celui des patients ayant suivi un régime de 2 à 5 jours.

Résultats : L'étude a inclus 117 patients, dont l'âge moyen était de 58 ans et 41% étaient de sexe masculin. 61 patients (52%) étaient dans le groupe COLOBOX. La proportion de patients de sexe masculin et la durée de régime sans résidus étaient équivalentes avec ou sans COLOBOX. L'âge moyen des patients était de 54 ans et 61 ans dans le groupe avec et sans COLOBOX (p=0,003). Le score de Boston était de 8,56 et 8,42 respectivement avec et sans COLOBOX (Figure 1 ; p=0,4). Le score de Boston moyen était significativement plus élevé lorsque la préparation colique ne comportait qu'un jour de régime sans résidus (p=0,008). La probabilité d'avoir un score de Boston de 9 était plus élevée lorsque la préparation colique ne comportait qu'un jour de régime avec un rapport de risque (intervalle de confiance 95%) de 3,42 (1,42 – 8,78 ; p=0,007).

Conclusion : Les résultats de notre étude suggèrent qu'un régime sans résidus standardisé de 24 heures avec la formule COLOBOX est aussi efficace que la feuille de régime remise par le gastro-entérologue pour préparer une coloscopie. De plus, ils indiquent qu'un régime sans résidus de 24 heures la veille d'une coloscopie est plus efficace qu'un régime sans résidus prolongé (2 à 5 jours).

P025

Procédure d'anesthésie générale lors d'une endoscopie gastro-intestinale chez l'adulte : une méta-analyse en réseau

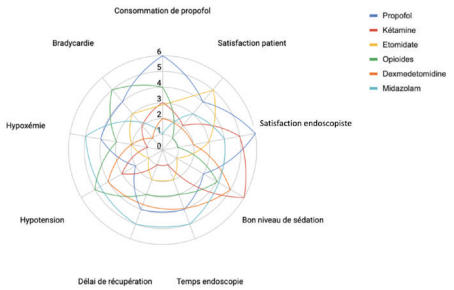
A. Hedjoudje [1], H. Belqechou [1], F. Prat [2], C. Chérifa [1]

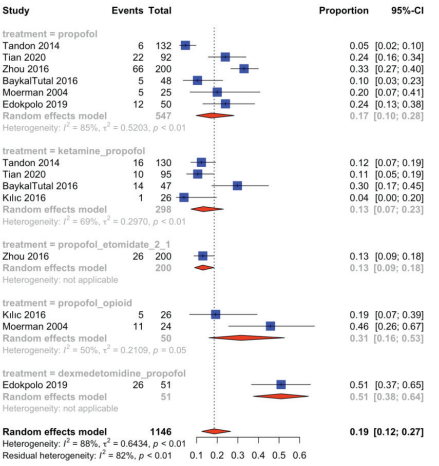
(1) Paris ; (2) Clichy-la-Garenne.

Introduction : L'endoscopie digestive constitue une part importante de l'activité anesthésiqueen France et dans le monde. Différents protocoles de sédation existent mais peu d'étude comparatives comparant les différentes moléculares existent.

Matériels et Méthodes : L'objectif de ce travail est de synthétiser les données de la littérature au moyen d'une méta-analyse en réseau pour comparer l'efficacité et la sécurité de l'usage du propofol seul ou en association avec d'autres agents anesthésiants chez les patients bénéficiant d'une endoscopie œsogastro-duodénale (EOGD) ou d'une coloscopie.Il s'agit d'une revue systématique de la littérature et d'une méta-analyse en réseau portant sur les essais contrôlés randomisés publiés entre 2000 et 2021 et qui comparent le propofol seul à d'autres sédatifs en EOGD et coloscopie chez les adultes. Lescritères évalués étaient la diminution de consommation en propofol, le niveau de satisfactiondu patient et de l'endoscopiste, l'obtention d'un niveau de sédation adéquat, le tempsd'endoscopie, le temps de récupération et les critères de tolérance qu'étaient l'hypoxie,l'hypotension et la bradycardie. La définition des critères d'évaluation a également étérapportée pour chacun. Les caractéristiques du réseau, des interventions, des comparaisonsfaites ainsi que le rang de classement des différentes interventions ont été évalués et rapportéspour chaque critère. L'évaluation du risque de biais a été faite en utilisant l'outils RoB.

Résultats : Sur 853 études identifiées sur PubMed, 14 essais contrôlés randomisés ont été inclus dans l'analyse, soit un total de 2 412 patients. 8 essais portaient sur la coloscopie, 5 portaient sur l'EOGD. Le risque de biais était globalement élevé ou incertain pour la majoritédes études. Aucune différence significative n'a été démontrée pour la consommation de propofol, en comparant propofol et propofol-dexmédetomidine, propofol-kétamine, propofol-midazolam, propofol-lidocaïne, propofol-opioïdes. Il n'y a pas de différence significative pour la satisfaction du patient et de l'endoscopie, le niveau de sédation adéquat, le temps d'endoscopie et le temps de récupération. Les effets secondaires à type d'hypoxie et de bradycardie ne survenaient pas de manière significativement différente dans les différents groupes d'intervention. L'association propofol-étomidate (2 :1) réduit de manière significativela survenue d'hypotension chez les patients par rapport à l'association propofol-opioïdes avec un OR de 0,06 [0,00 ;0,99]. Par ailleurs, les associations étomidate-propofol et kétamine-propofol ont tendance à avoir un meilleur résultat global sur l'ensemble des critères d'évaluation en termes de classement.





Conclusion : Notre revue systématique de la littérature et méta-analyse en réseau comparant la sédation par propofol seul ou en association avec d'autres agents anesthésiants traditionnels chez les patients ayant recours à une EOGD ou une coloscopie ne met pas en évidence de différence sur les critères évalués à l'exception du risque d'hypotension artérielle significativement diminué par l'association propofol-étomidate.

P026

Evaluation de la qualité de la fibroscopie œso-gastroduodénale (FOGD) : impact d'un logiciel de rédaction des comptes-rendus axé sur les critères de qualité

S. Bostani [(1)], A. Nakhli [(1)], A. Jerbi [(2)], N. Hemdani [(1)], B. Bouchabou [(1)], Z. Benzarti [(2)], R. Ennaifer [(1)]
(1) La Marsa, TUNISIE ; (2) Tunis, TUNISIE.

Introduction : L'amélioration de la FOGD nécessite le respect des critères de qualité établis par les différentes sociétés savantes (la société européenne d'endoscopie digestive (ESGE) et la société américaine d'endoscopie digestive (ASGE))(1,2). L'évaluation du taux d'adoption de ces critères constitue un indicateur fiable de la qualité de la pratique de cet examen. Nous avons participé à l'élaboration d'un logiciel de rédaction de comptes rendus axé sur ces critères, dont l'objectif principal est d'amener les endoscopistes à les respecter avec un taux satisfaisant.
Objectif : Evaluer l'impact d'une application de rédaction des comptes rendus axé sur les critères de qualité édités par les différentes sociétés savantes sur l'amélioration de la qualité de la FOGD.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude prospective interventionnelle quasi-expérimentale type avant-après comparant le taux d'adoption des critères de qualité de la FOGD avant et après implémentation d'un logiciel de rédaction des comptes rendus d'endoscopie axé sur ces critères. Nous avons pris en considération les critères suivants : l'obtention du consentement éclairé du patient, la réalisation d'un interrogatoire et d'un examen physique préalable au patient, l'indication appropriée de l'examen, la mention de la qualité de la visualisation de la muqueuse, la mention de la dure de l'examen, le respect d'une durée d'exploration supérieure à 7 minutes, la photodocumentation et l'utilisation d'une terminologie adaptée pour la rédaction des comptes rendus. On n'a pas tenu compte des indicateurs respectés à 100% ou au contraire à 0% (à savoir les instructions appropriées du jeûne délivrées au patients (100%) ou le recours au protocole de Seattle pour la surveillance d'un EBO qui n'est pas respecté dans notre étude). La photodocumentation qui n'était pas réalisable dans notre centre, a été remplacé par une liste de checkpoints à vérifier.
L'étude a été menée en deux phases : une phase « avant implémentation de l'application » pour l'évaluation du respect des critères de qualité, suivie d'une période de deux semaines d'adaptation des endoscopistes au logiciel. Puis une deuxième phase «après implémentation de l'application » a été entamée avec une évaluation du respect des mêmes critères.

Résultats : Un total de 140 FOGD ont été incluses, divisées en 70 avant implémentation du logiciel et 70 après. Ces FOGD ont été réalisées par 8 endoscopistes, quatre expérimentés (ayant totalisé au moins 200 FOGD avec plus que 100 FOGD par an pour maintenir leur niveau de compétence) et quatre novices en cours de formation, accompagnés systématiquement par un senior.
Après l'implémentation de l'application, une amélioration significative a été observée des indicateurs suivants : la mention de la durée (0 % *versus* 67.14%, p=0.00), la durée d'exploration supérieure à 7 minutes (44.28% *versus* 65.71% p=0.011), la vérification des différentes zones à explorer (71.4% *versus* 95.71% avec une p=0.00), la mention de la qualité de la visualisation de la muqueuse (0% *versus* 54.28% p=0.000) et l'utilisation d'une terminologie adéquate (76.66 % *versus* 100%).
Par contre nous n'avons pas remarqué d'amélioration significative en termes d'obtention d'un consentement éclairé du patient (87.14% *versus* 95.71%, p=0.07), de la réalisation d'un interrogatoire et d'un examen physique préalable à la FOGD (90% *versus* 95.71%, p=0.18), d'indications appropriées (75.71% *versus* 84.28% p=0.20) et de surveillance après FOGD thérapeutique (90.90% *versus* 100%).

Conclusion : L'implémentation d'une application numérique de rédaction de comptes rendus d'endoscopie axé les critères de qualité de la FOGD permet d'améliorer efficacement le taux de respect de ces critères.

P027

Élaboration d'une échelle d'évaluation de performance en simulation pour la réalisation d'une endoscopie œso-gastroduodénale

J. Tremblais [(1)], T. Barrioz [(1)], M. Wangermez [(1)], E. Coron [(2)], D. Oriot [(1)], L. Quénéhervé [(2)], R. Olivier [(1)]
(1) Poitiers ; (2) Nantes.

Introduction : L'endoscopie digestive nécessite plusieurs années de pratique pour une maitrise adaptée, sûre et efficace. Le développement de modèles de simulation est en plein essor depuis plusieurs années. Il n'existe pas à notre connaissance de grille d'évaluation de performance validée en endoscopie œsogastroduodénale en séance de simulation. L'objectif est la création d'une échelle d'évaluation dans ce domaine.

Matériels et Méthodes : Création et développement d'une grille d'évaluation de performance en EOGD selon les deux premières étapes du procédé Downing.
Étape 1 : Création du contenu de la grille selon la méthode Delphi : obtention d'un consensus auprès d'un groupe d'experts sur une problématique spécifique par consultation à distance, individuelle et indépendante de ces experts. Les items étaient retenus s'ils faisaient consensus pour plus de 50% des experts, des reformulations d'items ainsi que des ajouts et suppressions étaient également possibles.
Étape 2 : Processus de réponse qui concerne le test de la nouvelle échelle en condition réelle par l'évaluation d'endoscopistes confirmés par des évaluateurs indépendants et en aveugle l'un de l'autre dans le but de rechercher des items discordants afin d'en analyser la raison et pouvant entraîner la modification de certains. On considère une discordance significative au-delà de 10%.

Résultats : Il s'agit d'une étude prospective menée de septembre 2022 à avril 2023 ayant permis la création d'une première pré-échelle par un groupe de réflexion comprenant 4 praticiens de différents niveaux d'expertise en se basant sur la revue de la littérature et les recommandations des sociétés savantes. Puis, en utilisant la méthode Delphi, 26 experts francophones dans le domaine de l'endoscopie digestive ont été contactés par mail, 15 ont répondu positivement et ont été inclus dans l'étude. Parmi les experts, on comptait 7 universitaires [Professeur Universitaire-Praticien Hospitalier (PU-PH), Maitre de Conférence Universitaire-Praticien Hospitalier (MCU-PH)], 6 Praticiens Hospitaliers (PH) et 2 médecins libéraux. Deux tours successifs nous ont permis d'obtenir deux pré-échelles distinctes, une dite « universelle », complète, réalisable en toute condition et reprenant les étapes indispensables du déroulement d'une EOGD et une échelle plus « spécifique » concernant la réalisation de certains gestes spécifiques à visée thérapeutique ou diagnostique, modulables selon les séances de simulation. La dernière étape de l'étude était le « processus de réponse » avec une première évaluation de l'échelle en condition réelle. Évaluation faite sur 10 endoscopistes seniors de notre centre par deux évaluateurs indépendants. Il n'a pas été mis en évidence de discordance significative. Il a finalement été créé 58 items, répartis en deux échelles distinctes permettant de s'adapter à toute séance de simulation. Ces échelles incluent l'importance de la gestuelle endoscopique, la photographie de zones anatomiques d'intérêt et reprennent l'ensemble des étapes techniques indispensables de la réalisation d'une EOGD.

Conclusion : Cette étude a permis la création de 2 échelles d'évaluation de performance en endoscopie digestive haute. Il s'agit d'une étude pédagogique, originale permettant d'harmoniser l'évaluation des performances des apprenants afin d'optimiser leur formation endoscopique. Il s'agit d'un outil pertinent et exhaustif permettant l'évaluation des performances de l'apprenant, applicable dans de nombreuses situations (clinique ou en simulation). Ces grilles nécessitent encore leur validation définitive selon les dernières étapes du procédé de Downing afin d'évaluer leurs reproductibilités, leurs facilités d'utilisation et les bénéfices de leur utilisation pour l'apprenant.

P028

Sécurité du retrait endoscopique de boulettes de cocaïne chez des transporteurs de drogue in corpore

M. Wallyn [1], D. Louvel [2], A. Garioud [3], A. Becar [2], M. Alogo [2], M. Zappa [2], A. Aboikoni [2]

(1) Toulouse ; (2) Cayenne, Guyane Française ; (3) Creil.

Introduction : Au cours des dernières années, il existe une augmentation du transport de cocaïne par voie intracorporelle. Actuellement, les sociétés savantes recommandent une surveillance clinique rapprochée des transporteurs in corpore asymptomatiques. Le retrait endoscopique des boulettes n'est pas recommandé. A Cayenne, le transport in corpore est responsable de la saturation des dispositifs (judiciaire, médical et carcéral). Il a donc été décidé de réaliser une endoscopie en cas de retard d'évacuation. Aucune étude n'a évalué la sûreté du retrait endoscopique des ovules de préparation micro-industrielle.
L'objectif principal de notre étude était de décrire la sécurité d'un retrait endoscopique des boulettes. Les objectifs secondaires étaient de décrire l'efficacité d'une prise en charge endoscopique chez les transporteurs de cocaïne in corpore et de décrire l'état actuel des connaissances des gastro-entérologues français sur la prise en charge des mules.

Patients et Méthodes : L'étude était monocentrique, observationnelle, rétrospective, entre Juillet 2015 et Mai 2023. Les critères d'inclusion étaient la réalisation d'une endoscopie (FOGD ou coloscopie) pour suspicion de persistance de boulette intra-digestive. Les critères d'exclusion étaient la drogue autre que la cocaïne et l'absence de boulette visualisée en endoscopie.
Le critère de jugement principal était l'absence de complication per ou post endoscopique (rupture de boulette, présence de signe d'intoxication aiguë, nécessité d'une réanimation invasive, décès). Les critères de jugement secondaires étaient l'absence de nécessité de réalisation d'une nouvelle endoscopie, l'absence de boulettes résiduelles endoscopique ou radiographique en fin de procédure et l'analyse descriptive d'un questionnaire envoyé aux gastro-entérologues français sur la prise en charge des mules.

Résultats : 110 patients ont été inclus, 83 hommes et 27 femmes, d'âge médian 25 ans. L'endoscopie était réalisée dans les 3 jours après l'admission. 40 patients ont bénéficié d'une FOGD et 88 patients d'une coloscopie. 18 patients ont reçu les 2 examens. En moyenne, une seule boulette était extraite, dans le colon sigmoïde chez 39 patients.
Aucun patient n'a présenté de complication per ou post endoscopique.
Il y a eu 9 échecs endoscopiques. 7 échecs connus lors de l'endoscopie et 2 échecs a posteriori.
Chez 2 patients, il persistait au moins une boulette sur l'imagerie post-endoscopie. 5 patients ont nécessité une seconde endoscopie. L'indication était un échec de franchissement de la bouche œsophagienne lors d'une FOGD sous anesthésie locale pour 2 patients et un nombre trop important d'ovules pour 2 patients. Pour un patient, il a secondairement fallu réaliser une FOGD car une coloscopie seule avait été réalisée et que la TDM post-endoscopie a objectivé une boulette gastrique. Chez 3 patients, il persistait des boulettes à la fin de l'endoscopie, mais du fait des difficultés techniques de la coloscopie et d'un nombre trop important de boulettes résiduelles il a été décidé de poursuivre par traitement médical seul.
Pour tous les patients ayant bénéficié de 2 endoscopies, la deuxième endoscopie ne s'est pas compliquée et a été un succès.
30 gastro-entérologues ont répondu à l'enquête. 47% ont déjà été sollicitées pour la prise en charge d'un body packer, jamais plus de 10 fois par an. 32% estimaient qu'il existe une place pour l'endoscopie dans la prise en charge des mules. 83% ignoraient l'existence de recommandations européennes. 79% considéraient qu'il est dangereux d'extraire par voie endoscopique de la drogue in corpore.

Conclusion : Ce travail est le premier à évaluer la sécurité du retrait endoscopique des boulettes de cocaïne de préparation micro-industrielle. Le retrait par voie endoscopique des ovules de cocaïne était une méthode sûre, n'entraînant pas de complication. Le taux de succès d'une première endoscopie était de 92%, mais il pourrait être amélioré en réalisant d'emblée l'endoscopie sous anesthésie générale et en réalisant une TDM de manière systématique avant toute prise en charge endoscopique. Il pourrait se discuter l'utilisation de matériel d'extraction plus efficace comme des anses à filet double.
A la lumière de ces résultats, la prise en charge endoscopique a certainement une place dans la gestion des body-packers. Néanmoins, bien qu'il s'agisse d'une méthode sûre, l'efficacité n'est pas de cent pour cent et des études de plus grande ampleur devraient être réalisées pour l'intégrer dans l'algorithme de prise en charge des transporteurs de drogue in corpore.

Remerciements, financements, autres :
ANGH

P029

Polypes colorectaux : corrélation entre la classification CONECCT et l'histologie

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 : Les polypes colorectaux représentent une lésion colique fréquemment rencontrée dans la pratique courante d'un gastroentérologue. Cette lésion doit au minimum faire l'objet d'une description de localisation, de taille et de relief selon la classification de Paris dans le compte-rendu d'endoscopie. L'utilisation de la chromoscopie et la bonne connaissance des différentes classifications endoscopiques (Paris, LST, Wasp, Kudo, Sano, Nice, Basic) sont importantes pour une meilleure caractérisation de ces lésions. Récemment la classification CONECCT (Colorectal Endoscopic Classification to choose the Treatment) a été proposée dans un but de simplification puisqu'elle regroupe plusieurs lésions dans un seul tableau. Le but de notre travail était de rechercher une corrélation entre la classification CONECCT et l'histologie.

Patients et Méthodes : Pour parvenir à notre objectif nous avons mené une étude rétrospective colligeant les patients consécutifs qui ont eu une coloscopie avec une polypectomie dans notre service entre le 1er janvier 2023 et le 30 mai 2023.

Résultats : Au total 165 patients d'âge moyen de 59,5 ans [28-87 ans] et de sexe ratio (H/F) de 1,6 ont été inclus. L'étude a portée sur 275 polypes rectocoliques. La taille moyenne des polypes était de 5,8 mm [1-30 mm]. Selon la classification de Paris, les polypes étaient classés 0-Is dans 82,8% des cas, 0-Ip dans 8,9% des cas, 0-IIa dans 6,5% des cas et 0-IIb dans 1.8% des cas. Quand à la classification CONNECT, 65.1% des polypes étaient classés IIA, 30.6% étaient classés IH, 0.7% classés IIC, 0.7% classés IS et 1.1% classés III. Parmi les polypes reséqués, environ 93.5% (257) ont été récupérés pour un examen histologique. Une corrélation statistiquement significative a été retrouvée entre la classification CONNECT et l'histologie (p=0,025). Cette association était fortement significative surtout pour les polypes rectocoliques dont la taille dépasse 5 mm (p<0,0001).

Conclusion : Selon notre étude, la classification CONECCT avait une corrélation avec l'histologie particulièrement pour les polypes rectocoliques de plus que cinq mm.

P030

Comparaison directe du double stenting métallique simultané et séquentiel dans la prise en charge palliative des obstructions malignes du hile hépatique

T. Guilmoteau [(1)], O. Rouquette [(1)], G. Mathivon [(1)], A. Abergel [(1)], L. Poincloux [(1)]
(1) Clermont-Ferrand.

Introduction : Le drainage biliaire endoscopique bilatéral des obstacles malins non résécables du hile hépatique est un traitement de première ligne, bien que rendu difficile par sa technicité, même pour un opérateur expérimenté. L'émergence de nouvelles prothèses métalliques, montées sur des cathéters porteurs extra-fins (6Fr et moins) a permis le développement du drainage simultané parallèle. A ce jour, peu d'études ont comparé cette nouvelle méthode aux techniques conventionnelles de drainage séquentiel. Nous avons réalisé une étude rétrospective monocentrique ayant pour objectif d'évaluer la supériorité du drainage simultané parallèle.

Matériels et Méthodes : Nous avons identifié 135 patients qui ont bénéficié d'un drainage bilatéral du hile hépatique par prothèse métallique entre 2010 et 2023. Parmi eux, 62 ont bénéficié d'un drainage simultané entre 2017 et 2023, et 73 ont bénéficié d'un drainage séquentiel (38 par méthode « croisée », 35 par méthode « parallèle », entre 2010 et 2017).

Résultats : Le succès technique était significativement plus important dans le groupe simultané, en comparaison au groupe séquentiel (94% vs 75%, p=0.008). Cependant, le drainage simultané et le drainage séquentiel « croisé » avaient un taux de succès technique similaire (94% vs 95%). Nous n'avons observé aucune différence concernant le taux de succès clinique, la durée de procédure et le taux de ré-obstruction biliaire. Le temps avant ré-obstruction biliaire était plus court chez les patients bénéficiant d'un drainage séquentiel « croisé » en comparaison au groupe simultané (103 vs 144 jours).
La survenue d'effets indésirables précoces était plus fréquente dans le groupe séquentiel (31 vs 21%, p=0.205), quelle que soit la méthode séquentielle employée (« croisée » (29%) ou parallèle (34%)). L'échec technique était associé à un taux de complications infectieuses fatale plus important (9.5% vs 1.7%, p=0.02).
La réintervention après ré-obstruction biliaire semblait plus souvent être un succès dans le groupe de drainage parallèle (séquentiel ou simultané) que dans le groupe de drainage « croisé » (83% vs 75%, p=0.53).

Conclusion : Le drainage endoscopique bilatéral en parallèle simultané, réalisé à l'aide de prothèses métalliques montées sur des cathéters porteurs extra-fins (5 ou 6Fr), est plus facilement réalisable et tout aussi efficace que le drainage bilatéral séquentiel, en cas d'obstacle malin non résécable du hile hépatique.
La procédure par stent croisé reste une bonne option dans cette situation, mais la réalisation d'études prospectives multicentriques aiderait à définir sa place face au drainage simultané parallèle.

P031

Les biopsies et frottis endo-biliaires par CPRE restent une solution efficace pour le diagnostic de cholangiocarcinome

A. Martin [1], T. Wolf [1], C. Bellanger [1], T. Lazure [1], A. Amiot [1], A. Meyer [1], I. Boytchev [1]

(1) Le Kremlin-Bicêtre.

Introduction : En cas de sténose biliaire indéterminée, la cholangioscopie n'est recommandée qu'en seconde intention après la réalisation d'un frottis et de biopsies endo-biliaires lors d'une CPRE. L'utilisation en première intention de la cholangioscopie est parfois discutée. L'intérêt des biopsies endo-biliaires par CPRE réside dans l'obtention de biopsies de plus grande taille (diamètre d'une micro-pince en cholangioscopie de 2 mm, contre 7 mm pour une pince à biopsie adulte standard et 3,6 mm pour une pince pédiatrique). L'intérêt de la cholangioscopie réside dans un meilleur guidage de la pince à biopsie sous contrôle visuel direct. Dans la littérature, la sensibilité des biopsies endo-biliaires est très variable que ce soit au cours d'une cholangioscopie (entre 25 et 86%) ou au cours d'une CPRE classique (60 à 73%). Par ailleurs, la sensibilité du frottis seul est comprise entre 35 et 68%, biopsies et frottis entre 50 et 76%. Le but de cette étude est d'évaluer le taux de positivité du frottis et des biopsies endo-biliaires per CPRE dans notre centre chez des patients adressés pour une sténose biliaire suspecte de cholangiocarcinome.

Matériels et Méthodes : Toutes les CPRE consécutives pour une sténose de la voie biliaire principale secondaire à un cholangiocarcinome, sans diagnostic histologique au moment de la CPRE et réalisées dans notre centre, ont été inclues dans cette étude. Les compte-rendus anatomopathologiques ont été relus de façon à distinguer les performances diagnostiques du frottis et des biopsies endo-biliaires de façon indépendante. Le diagnostic final de cholangiocarcinome reposait sur un gold standard anatomopathologique : prélèvement positif après CPRE, biopsies de métastases ou pièce opératoire. L'utilisation du matériel a été constante au cours du temps lors du recueil : pince à biopsie Radial Jaw 4 avec aiguille adulte ou pédiatrique (Boston Scientific), et cytobrosses Cytology Brush (Boston Scientific) ou Cytomax II Double Lumen (Cook medical). L'utilisation du matériel était laissée à la discrétion de l'endoscopiste. Lors d'un frottis, au moins 10 passages dans la sténose était réalisé ; lors de biopsies, au moins deux passages.
Les variables qualitatives ont été décrites par des effectifs et des pourcentages, et les variables quantitatives par des médianes et intervalles interquartiles. Nous avons calculé le taux de positivité (sensibilité du test) des frottis et ou des biopsies endo-biliaires et donné leur intervalle de confiance.

Résultats : Entre Janvier 2015 et juillet 2023, 152 patients ont été inclus. L'âge médian était de 68 ans (+/- 13 ans), 59 étaient des femmes. La sténose tumorale était hilaire chez 102 patients (67%). Tous les patients étaient ictériques et ont donc eu un drainage biliaire par pose de prothèse plastique ou métallique après sphinctérotomie, biopsies et/ou frottis endo-biliaire. Cent pourcents des prélèvements ont ramené du matériel histologique ou cytologique analysable.
Cent-dix-sept patients ont eu un frottis (sensibilité de 81% (IC95% 74-88%)), 84 avec localisation hilaire (sensibilité 80% (IC 71-89%)), 33 pour localisation dans la voie biliaire principale (sensibilité 85% (IC 73-97%)).
Cent-quarante trois patients ont une série de biopsies endo-biliaires (sensibilité de 79% (IC 72-86%)), 94 avec localisation hilaire (sensibilité de 74% (IC 65-83%)), 49 pour localisation dans la voie biliaire principale (sensibilité de 88% (IC 79-97%)).
Cent-huit patients ont eu un frottis et biopsies (sensibilité combinée 92% (IC 87-97%)), 76 avec localisation hilaire (sensibilité combinée 89% (IC 82-96%)), 32 pour localisation dans la voie biliaire principale (sensibilité combinée 97% (IC 91-100%)). Parmi les patients avec frottis et biopsies, 13 (12%) ont eu des biopsies endo-biliaires négatives (absence de signes de malignité sur le prélèvement) mais un diagnostic positif grâce au frottis. Aucune complication liée au prélèvement histologique n'a été relevée.

Conclusion : Cette étude rétrospective évaluant le taux de positivité de prélèvements histologiques endo-biliaires pour cholangiocarcinome comporte un des effectifs les plus importants de la littérature. Le bon rendement diagnostic de la combinaison frottis et biopsies devrait continuer à inciter à pratiquer les deux systématiquement en première intention pour une sténose suspecte biliaire, d'autant plus que dans cette série le frottis permet un gain diagnostic de 12% en cas de prélèvement négatif par biopsie endo-biliaire.

P032

MEILLEURS POSTERS

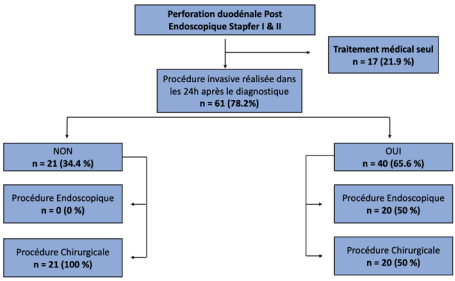
Perforation duodénale endoscopique Stapfer I ou II : impact du délai de prise en charge sur la morbi-mortalité

Q. Chenevas Paule [1], A. Palen [1], M. Giovannini [1], J. Ewald [1], J.P. Ratone [1], F. Caillol [1], S. Hoibian [1], Y. Dahel [1], O. Turrini [1], J. Garnier [1]
(1) Marseille.

Introduction : Les perforations duodénales endoscopiques sont une complication rare dont la prise en charge est difficile en raison du manque de directives claires. Les résultats sont principalement liés aux caractéristiques du patient, à l'indication endoscopique, au mécanisme de la lésion et au retard de prise en charge de la perforation.

Patients et Méthodes : Sur une période de 20 ans, 78 patients consécutifs présentant une perforation duodénale post-endoscopique ont été analysés. Seules les perforations Stapfer I (paroie duodénale) ou II (périampullaire) ont été étudiées. Les perforations Stapfer III (voie biliaire) ont été exclues car leur prise en charge est quasi exclusivement endoscopique et bien codifiée. Les perforations de type IV (rétro pneumopéritoine seule) ont été exclues car il s'agit d'un stade d'exclusion peu utile en pratique clinique. Nous décrivons les caractéristiques des patients qui subissent un traitement médical seul ou une procédure interventionnelle. Parmi les patients bénéficiant d'une prise en charge chirurgicale ou endoscopique, nous avons analysé les résultats après des procédures immédiates ou différées, définies 24 heures après le diagnostic de perforation duodénale.

Résultats : De septembre 2003 à septembre 2022, 78 patients présentant une perforation duodénale après endoscopie ont été identifiés. Vingt-deux pour cent des patients ont eu une prise en charge médicale seule, 78 % présentant une péritonite ou des caractéristiques cliniques indésirables ont été traités par des procédures endoscopiques ou chirurgicales. Parmi ces patients, 65 % ont bénéficié d'interventions invasives immédiates soit chirurgicales (50 %), soit endoscopiques (50 %). Les patients dont les procédures ont été retardées ont présenté davantage de complications majeures, Dindo-Clavien ≥ 3 (57 % contre 25 % ; p = 0,013) et une augmentation de l'indice global de complications (CCI) médian (42,2 contre 20,9 ; p = 0,001). La mortalité globale était de 8,9 % dans l'ensemble de la cohorte et de 14,3 % pour les patients ayant subi des procédures invasives retardées.



Discussion : Malgré le nombre restreint de patients, il s'agit de la plus grande cohorte de patients avec perforation duodénale Stapfer I ou II post endoscopique. La faible incidence de cette complication endoscopique rend difficile la construction d'un essai prospectif.

Conclusion : Le retard du diagnostic est généralement considéré comme un facteur clé de perforation duodénale après endoscopie. Dans les cas de conditions défavorables nécessitant une procédure supplémentaire, une procédure invasive doit être réalisée rapidement, idéalement dans les 24 heures suivant le diagnostic de perforation.

P033

MEILLEURS POSTERS

Intérêt de la pancréatoscopie dans la prise en charge endoscopique de la pancréatite chronique : résultats d'une étude prospective

A. Laquière [1], D. Peyret [1], F. Sellier [1], O. Piétri [1], X. Adhoute [1], C. Boustière [1]
(1) Marseille.

Introduction : Lors de la pancréatite chronique, les calculs et les sténoses du canal pancréatique principal (CPP) peuvent être à l'origine de douleurs abdominales chroniques et de pancréatites aiguës récidivantes. Dans certains cas, le traitement endoscopique peut être indiqué avec une efficacité aléatoire en raison d'un risque important de récidive. Ce risque est corrélé aux calculs et sténoses résiduels dans le CPP. Le but de cette étude était de comparer la performance de la pancréatoscopie par rapport à la pancréatographie pour le diagnostic de calculs et de sténoses résiduelles du CPP, à la fin du traitement endoscopique

Patients et Méthodes : Dans cette étude prospective et monocentrique, 27 patients nécessitant un traitement endoscopique de leur pancréatite chronique symptomatique ont été inclus de juillet 2021 à février 2023 . Le critère de jugement principal était l'absence ou la présence de calcul et/ou de sténose du CPP. Lors du retrait définitif de la prothèse pancréatique, une pancréatographie puis une pancréatoscopie étaient réalisées lors de la même endoscopie. Les patients ont été suivis pendant 2 ans, afin d'évaluer l'efficacité clinique du traitement endoscopique.

Résultats : 23 patients avaient une pancréatite chronique calcifiante (PCC) d'origine alcoolique et 4 d'origine indéterminée. Tous les patients avec des calculs et des sténoses du CPP responsables de douleurs abdominales chroniques. 2 patients ont été perdus de vue. L' âge moyen était de 60,07 (28-82) ans. Les calculs ou les sténoses symptomatiques étaient situés dans la tête (65%), le corps (35%) et la queue (10%). La durée du traitement endoscopique a été de 16,8 (10-24) mois et le nombre de CPRE par patient était de 3,4 (1-8). Le traitement endoscopique était efficace pour 80% des patients. La pancréatoscopie complète n'a pas été possible pour 3 patients en raison de sténose du CPP infranchissable après dilatation. La pancréatoscopie a mis en évidence des calculs résiduels dans le CPP non visualisés par la pancréatographie pour 13 patients (48%). Tous les calculs ont été retirés grâce à la spybasket (3 patients après une 2e pancréatoscopie). La pancréatoscopie a permis de modifier la prise en charge thérapeutique pour de 15 patients (55 %) : 2 pour le traitement de sténoses résiduelles du CPP par dilatation et insertion de nouvelles prothèses pancréatiques et 13 pour le traitement de calculs pancréatiques résiduels. Il ne semblait pas avoir de morbidité ajoutée par la pancréatoscopie.

Conclusion : La pancréatoscopie a peut-être un intérêt en fin de traitement endoscopique de la pancréatite chronique, car elle est plus performante que la pancréatographie pour diagnostiquer les calculs résiduels pancréatiques dans le CPP.

P.034

Modalité et évaluation des facteurs d'échec et de réussite des traitements endoscopiques des sténoses de l'anastomose cholédoco-cholédocienne après transplantation hépatique orthotopique : étude monocentrique au CHRU de Lille entre 2011 et 2021

G. Walraeve [1], R. Gérard [1]
(1) Lille.

Introduction : La transplantation hépatique est le traitement de référence des insuffisances hépatiques terminales et du carcinome hépatocellulaire. La sténose anastomotique cholédoco-cholédocienne post-transplantation hépatique est la complication biliaire la plus fréquente. La prise en charge de cette complication s'est modifiée au cours des quinze dernières années grâce au développement de l'endoscopie interventionnelle. L'objectif de cette étude est de relever les modalités de prise en charge endoscopique des sténoses biliaires anastomotiques post transplantation hépatique orthotopique et d'ainsi d'identifier les facteurs prédictifs de succès ou d'échec.

Matériels et Méthodes : Nous avons mené une étude observationnelle rétrospective monocentrique de janvier 2011 à janvier 2021 dans le service d'hépato-gastro-entérologie du CHU de Lille chez tous les patients présentant une sténose de l'anastomose cholédoco-cholédocienne symptomatique sur le plan clinique ou biologique et ayant eu recours à une prise en charge endoscopique.

Résultats : Sept cent vingt-quatre patients ont bénéficié d'une transplantation hépatique entre janvier 2011 et janvier 2021. Quarante-six patients ont été inclus. Une réussite de la procédure endoscopique était observée chez 26 (57%) patients. La dilatation d'amont constitue un facteur prédictif d'échec du traitement endoscopique. Une dilatation médiane chez les patients en échec de prise en charge était de 13 mm contre 10 mm dans le groupe réussite du traitement (p = 0,012). Aucun lien entre le délai de la prise en charge endoscopique et la date de la transplantation hépatique ou le diagnostic de la sténose n'a été démontré. La mise en place d'une prothèse métallique ou plastique n'a pas d'impact sur le taux de complication ni d'échec de la prise en charge endoscopique, ainsi que la survie des patients. Le taux de complications sévères de la prise en charge endoscopique est de 5,6%. Il n'est pas retrouvé de différence statistiquement significative du taux de migration selon l'usage d'une prothèse métallique ou plastique. La survie à 5 ans, sans re-transplantation hépatique n'est pas altérée par l'apparition d'une complication du traitement endoscopique, d'un échec du traitement endoscopique ou du type de prothèse posée.

Conclusion : La prise en charge endoscopique est une technique fiable et sûre pour le traitement des sténoses de l'anastomose cholédoco-cholédocienne. Le choix d'un type de prothèse ne semble pas avoir d'impact sur l'efficacité du traitement, les complications associées ainsi que la survie des patients. Une attention particulière doit être portée à certains facteurs notamment morphologiques qui pourraient justifier d'une prise en charge chirurgicale première.

P.035

L'apparence macroscopique de la papille duodénale majeure peut influencer la canulation des voies biliaires et les complications post-CPRE : étude prospective monocentrique

K. Amalou [1], F. Belghanem [1], M.T. Medkour [1], C. Helis [2], R. Mabizari [1], A. Soualmia [1], S. Kordjani [1], K. Saidani [1], K.N. Benmelouka [1]
(1) Alger, ALGÉRIE ; (2) Blida, ALGÉRIE.

Introduction : Certains aspects de la papille duodénale principale ont été présentés comme rendant la canulation plus difficile au cours de la CPRE. Nous avons cherché à savoir si la morphologie de la papille pouvait être un facteur de risque d'échec de la canulation biliaire sélective et de complications post CPRE, en utilisant une classification validée de l'aspect endoscopique de la papille principale.

Patients et Méthodes : Les patients ayant une papille naïve et devant bénéficier d'une CPRE ont été inclus. La papille a été classée selon la classification de Haraldsson: Régulière (type 1), petite (type 2), saillante ou pendante (type 3) et plissée ou striée (type 4). Le temps nécessaire à la canulation des voies biliaires, les tentatives et le nombre de passages dans le canal pancréatique ont été enregistrés. Une canulation difficile a été définie par une durée de canulation supérieure à 5 minutes, 5 tentatives ou 2 passages du fil-guide dans le pancréas. Les facteurs de risque d'échec de la canulation biliaire selective et de complications post-ERCP ont été étudiés par analyse multivariée.

Résultats : Au total, 286 cas ont été inclus. L'âge, le sexe, les indications et les procédures thérapeutiques ne différaient pas entre les quatre types de papilles. Les taux d'échec de la canulation sélective avec une papille de type 3 et une papille de type 4 étaient respectivement de 9,31 % et de 4,35 %. Dans l'analyse multivariée, la papille de type 2 (OR= 6,05, p = 0,045) et la papille de type 3 (OR= 7,12, p = 0,013) ont été associées à un plus grand nombre d'échecs de canulation sélective par rapport à la papille de type 1. L'obstruction maligne par rapport au calcul (OR= 4,45, p = 0,014) et l'âge (OR = 1,06, p = 0,010) étaient également des facteurs de risque d'échec de la canulation. Si un endoscopiste inexpérimenté commençait la canulation, la fréquence des échecs de canulation augmentait de 1,9 % à 6,3 % (P < 0.001), même s'il était remplacé par un endoscopiste plus expérimenté après 5 minutes. La papille de type 2 était corrélée à un taux plus élevé de pancréatite post-CPRE (11 %, p = 0,020) par rapport aux autres types de papille. Cependant, la morphologie de la papille n'était pas un facteur de risque significatif pour les complications dans l'analyse multivariée.

Conclusion : L'aspect endoscopique de la papille duodénale principale influence la canulation des voies biliaires. Les petites papilles de type 2 et les papilles saillantes ou érectiles de type 3 sont le plus souvent difficiles à canuler. Une petite papille est associée à un taux plus élevé de pancréatite post-CPRE. En outre, la canulation peut même échouer plus fréquemment si un débutant commence à canuler. Ces résultats devraient être pris en considération lors de la réalisation d'études sur la canulation des voies biliaires et lors de la formation des futures générations d'endoscopistes.

P036

MEILLEURS POSTERS

Impact de la crise sanitaire liée à la Covid-19 sur la prise en charge des sepsis biliaires sévères en dehors des heures « ouvrables ». Etude rétrospective sur 70 cas consécutifs entre janvier 2018 et juin 2022

A.S. Lion [1], S. Villard [1], C. Duburque [2], S. Decoster [2], N. Kassar [2], T. Cretin [2], N. Lee [2], C. Lucidarme [2], T. Vanderlinden [2], D. Lucidarme [2]
(1) Lille ; (2) Lomme.

Introduction : Le traitement des formes sévères de l'angiocholite repose sur la Cholangio-Pancréatographie Rétrograde Endoscopique (CPRE) précoce avec l'évacuation de l'obstacle lithiasique associée à une antibiothérapie, et sur le traitement des défaillances d'organes dans les formes les plus graves. Cette prise en charge en urgence est donc un défi à la fois médical et logistique. L'impact de la crise sanitaire liée à la Covid-19 sur la prise en charge des sepsis biliaires sévères, en désorganisant de façon durable le fonctionnement des hôpitaux, n'a à notre connaissance pas été évalué. Le but de cette étude était d'évaluer le retentissement de cette crise sanitaire sur la prise en charge des sepsis biliaires sévères en dehors des heures dites « ouvrables ».

Matériels et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective monocentrique à partir des données PMSI, dont le geste endoscopique interventionnel a été réalisé le week-end ou les jours fériés et qui a distingué deux périodes de janvier 2018 au 17 mars 2020 et du 18 mars 2020 à juin 2022. Les prises en charge ont été effectuées par 4 praticiens séniors assistés par une infirmière d'endoscopie d'astreinte de 10h à 20h. Le critère de jugement principal était la mortalité à J30.

Résultats : Entre janvier 2018 et juin 2022, 70 patients consécutifs ont été inclus. Il s'agissait de 39 hommes (55,7%) et 31 femmes (44,3%), d'âge moyen 68 ans (47,5-88,3) issus de 18 hôpitaux ou cliniques de la région. Il s'agissait principalement d'une angiocholite lithiasique dans 55 cas (79%) et d'une pancréatite aiguë biliaire dans 9 cas (13%). Un transfert SAMU était réalisé dans 46 cas (66%) avec hospitalisation en unité de soins continus ou en réanimation dans 23 cas (33%). Trois patients étaient sous Clopidogrel et 17 étaient sous anticoagulants oraux avant l'hospitalisation. Quinze patients (21%) nécessitaient un support par amines vasopressives à l'admission. Le traitement endoscopique a été évalué efficace dans 67 cas (96%). Sept complications liées au geste dont 4 hémorragies ont été recensées. Dans 7 cas, l'angiocholite a été traitée par pose de prothèse téflonnée sans sphinctérotomie. Neuf prothèses métalliques ont été posées dont 5 à visée préventive et 4 à visée curative de l'hémorragie. Six patients (9%) étaient décédés à J30, dont un seul décès secondaire à une hémorragie liée au geste.
33 patients ont été pris en charge avant le 17 mars 2020 et 37 après (p=NS). L'âge moyen des patients pris en charge avant le 17 mars 2020 était de 64,4 ans et de 70,9 ans après (P=NS). L'origine géographique des patients n'était pas significativement différente entre les deux périodes. 3/33 patients (9%) avaient un support par amines vasopressives au début de la procédure endoscopique avant le 17 mars 2020 et 12/37 (32,4%) après (P<0,05). Aucun patient n'est décédé à J30 avant le 17 mars 2020 contre 6/37 après (P<0,05).

Discussion : Le nombre de cas a été stable dans les deux périodes étudiées. Un probable retard au diagnostic et au transfert ont été à l'origine de cas significativement plus graves à l'admission dans notre centre et d'une mortalité significativement plus élevée au décours du geste. La principale complication est l'hémorragie, justifiant la réalisation de sphinctérotomies avec discernement et l'utilisation fréquente de prothèses métalliques prophylactiques.

Conclusion : La crise sanitaire liée à la Covid-19 semble avoir impacté négativement la prise en charge des sepsis biliaires sévères au sein de notre institution.

P037

MEILLEURS POSTERS

Accès à l'immunothérapie après chimioembolisation chez les patients traités pour un carcinome hépatocellulaire de stade intermédiaire : étude rétrospective monocentrique de 122 patients consécutifs entre 2019 à 2021

C. Cussac [1], A. Cabrol [1], C. Vignon [1], M.A. Robic [1], C. Zadro [1], T. Izopet [1], A. Modesto [1], F. Muscari [1], N. Fares [1], C. Bureau [1], J.M. Péron [1]
(1) Toulouse.

Introduction : La chimioembolisation est le traitement de référence du carcinome hépatocellulaire au stade intermédiaire. Les inhibiteurs de points de contrôle immunitaires sont proposés aux patients de stade intermédiaire en cas d'échec de CEL. La CEL peut dégrader les fonctions hépatocellulaires et avoir un impact négatif sur le pronostic des patients indépendamment de la progression de la tumeur. L'objectif principal de notre étude est d'identifier précocement les patients traités par CEL qui ne pourront pas accéder au traitement systémique ultérieur.

Matériels et Méthodes : 232 patients consécutifs porteurs de CHC au stade intermédiaire et discutés en RCP régionale de 2019 à 2021 ont été étudiés. Le stade intermédiaire était défini selon la classification BCLC, par un foie multinodulaire, sans invasion vasculaire, ni extension à distance, associé à des fonctions hépatocellulaires préservées, et un statut OMS 0 ou 1. Le diagnostic de CHC pouvait être posé sur des données radiologiques (hypervascularisation et lavage au temps portal). La réponse complète était définie en RCP par la disparition de tout rehaussement artériel intratumoral dans les lésions cibles. L'échec de traitement était défini par l'absence de réponse complète après plusieurs cycles de CEL validé en RCP.

Résultats : la population de l'étude était essentiellement des hommes (84%) d'une médiane d'âge de 69 ans, la majorité avaient une cirrhose (83%) d'origine alcoolique (40%) et compensée Child Pugh A (61%).
Le diagnostic était posé de manière radiologique dans 67% des cas, et dans le cadre d'un dépistage dans 70 % des cas. 221 patients ont été traités par chimioembolisation, 71 étaient en réponse complète et 150 en échec de traitement. Les patients en échec de traitement avaient un taux d'AFP plus élevé à 17 ng/ml contre une médiane de 8 ng/ml chez les patients en réponse complète (p = 0,041), et avaient un volume tumoral plus important à 43 mm vs 39 mm (p = 0,018). Sur les 122 patients en échec de traitement 52 % ont pu avoir un traitement systémique. La seule différence avec les patients qui n'ont pas pu avoir accès au traitement était l'âge de 67 contre 70 ans (p =0,034), et le délai plus court de 21 jours (p=0,01) entre la suspicion de CHC et le traitement.
Le groupe traité par immunothérapie après CEL avaient une survie médiane allongée (954 jours vs 581 jours p= 0,0020) par rapport au groupe qui n'a pas pu accéder à l'immunothérapie. Cette survie était d'autant plus courte que le nombre de cycle CEL était élevé. La médiane de survie pour le groupe avec une seule séance de CEL précédant l'immunothérapie n'a pas été atteinte, celle du groupe avec au moins deux séances de chimioembolisation était de 824 jours (p = 0,0321).

Conclusion : Sur les 221 patients consécutifs avec un CHC au stade intermédiaire traités par CEL, 32% ont eu une réponse complète. Les patients en échec de traitement avaient un taux d'AFP plus élevé, et une tumeur de taille significativement supérieure au groupe en réponse complète. Sur les 122 patients en échec de CEL, 52% ont pu accéder à un traitement systémique. La population qui a pu bénéficier d'un traitement systémique était plus jeune, et présentait un délai entre la suspicion de CHC et le traitement plus court. Le groupe traité par immunothérapie après CEL a présenté une survie allongée en comparaison au groupe qui n'a pas pu accéder à l'immunothérapie. Cette survie était d'autant plus courte que le nombre de CEL était élevé. Ces résultats confirment l'importance d'un accès au traitement systémique en cas d'échec de la CEL. Ils posent la question fondamentale de la chronologie du début d'une immunothérapie par rapport au début de la CEL chez les patients présentant un CHC à un stade intermédiaire.

P038

L'ajout d'atézolizumab-bévacizumab en combinaison à la radioembolisation est associée à une meilleure survie globale et sans progression que le traitement par radioembolisation seule

A.F.Z. Mejait [1], C. Roux [2], E. Larrey [1], M. Wagner [1], M. Soret [1], J.C. Bijot [1], C. Lussey [1], D. Thabut [1], C. Goumard [1], P. Maksud [1], M. Allaire [1]

(1) Paris ; (2) Villejuif.

Introduction : L'intégration de l'immunothérapie en combinaison aux thérapies locorégionales constitue un nouvel axe de recherche dans le traitement du carcinome hépatocellulaire (CHC). Cette étude visait à évaluer l'impact de l'ajout d'Atezolizumab-Bevacizumab (AtezoBev) en cas de traitement par radioembolisation intra-artérielle hépatique Y90 (REL).

Matériels et Méthodes : Nous avons mené une étude rétrospective incluant tous les patients Child-Pugh A traités par REL depuis 2017. Nous avons examiné les effets de l'ajout de 3 perfusions d'AtezoBev avant la procédure de REL et après celle-ci (au moins 6 cures d'AtezoBev supplémentaires et poursuivies jusqu'à réponse complète) (groupe AtezoBev-REL) sur la survie globale (SG) et la survie sans progression (SSP). Les données de survie ont été analysées à l'aide de Kaplan-Meier avec le test du log-rank.

Résultats : Les données de 35 patients traités par REL ont été analysées (âge médian 72 ans, 17 % de femmes, 78 % de patients cirrhotiques), dont 23 % ont également reçu des perfusions d'AtezoBev. Les facteurs de risque de cirrhose étaient une infection virale dans 37 % des cas, une consommation excessive d'alcool dans 46 % et un MASLD dans 17 %. À l'inclusion, 29 % des patients présentaient des varices œsophagiennes (VO) (6 % de VO de grande taille). Le jour du traitement, 63 % des patients étaient BCLC-B et 74 % étaient naïfs de traitement pour le CHC. Le CHC était multinodulaire dans 51 % des cas, avec une taille médiane de 80 mm pour la lésion la plus importante, 20 % présentaient un CHC infiltrant et 11 % une invasion vasculaire. Parmi les patients, 3 % présentaient un score ALBI de 3 et 20 % avaient un AFP > 100 ng/ml. Les deux groupes n'étaient pas différents en termes de fonction hépatique et de paramètres de CHC. Au sein de la cohorte, 75% des patients AtezoBev-REL ont bénéficié d'une dosimétrie personnalisée vs 48% dans le groupe SIRT (p=0.23), et la dose reçue à la tumeur était similaire entre les deux groupes 1.7 Gy [1.4 – 2.2] *versus* 1.6 Gy [1.0 – 3.15], (p=0.93).
La survie médiane n'a pas été atteinte et était de 14 mois (p=0,04) pour les patients ayant reçu ou non de l'AtezoBev en combinaison avec la REL, respectivement. La SSP médiane était plus élevée dans le groupe AtezoBev-REL (11,3 vs 5,8 mois, p=0,04). La survenue d'encéphalopathie hépatique, d'ascite et de saignement liée à l'hypertension portale était similaire entre les 2 groupes. Aucun effet secondaire immuno-médié n'a été observé dans le groupe AtezoBev-REL. Dans la cohorte globale, 8 patients présentaient un downstaging (23 %), 4 ont subi une chirurgie hépatique (1 dans le groupe AtezoBev-REL) et 4 une transplantation hépatique (1 dans le groupe AtezoBev-REL).

Conclusion : L'administration d'AtezoBev en combinaison à la REL (avant et après), semble associée à une meilleure SG et SSP par rapport à la REL seule pour le CHC non résécable.

P039

Identification de nouveaux marqueurs pour le CHC-MASLD selon les critères de fibrose, du degré de différenciation et de la stéatose

F. Dahboul [1], J. Sun [1], B. Buchard [1], D. Weil Verhoeven [2], V. Di Martino [2], A. Demidem [1], A. Abergel [1]

(1) Clermont-Ferrand ; (2) Besançon.

Introduction : La stéatose hépatique d'origine métabolique (MASLD, Metabolic-dysfunction-Associated Steatotic Liver Disease) constitue le premier stade des atteintes métaboliques du foie. Cette stéatose peut progresser vers une stéatohépatite (MASH, Metabolic-dysfunction-Associated Steato-Hepatitis). Jusqu'en juin 2023, la MASLD et la MASH étaient respectivement nommées NAFLD et NASH [1]. Les atteintes métaboliques du foie concernent aujourd'hui 25% de la population mondiale, tous stades confondus. Précédemment, nous avons rapporté l'existence de 2 phénotypes de CHC-MASLD, par analyse de métabolomique, selon la sévérité de la fibrose (F0F1 vs. F3F4) [2]. L'objectif de cette étude est d'explorer les voies métabolomiques impliquées dans la lipogenèse de novo (LDN), le métabolisme des lipides (ML), l'oxydation des acides gras (FAO), la glycolyse (GLY), et le métabolisme des acides aminés à chaîne ramifiée (BCAA), dans le but d'identifier des biomarqueurs tissulaires du CHC-MASLD en fonction de trois critères : sévérité de fibrose (F0F1 vs. F3F4), degré de différenciation (bien différencié vs. moyennement différencié) et le grade de stéatose (modéré vs. sévère).

Matériels et Méthodes : Notre cohorte comprend 56 paires de tissus hépatiques humains, tumoraux (TT) et non-tumoraux (NTT) (F0F1 = 28, F3F4 = 28). Une analyse par qRT-PCR portant sur l'expression de 34 gènes impliqués dans les voies métaboliques (LDN, ML, FAO, GLY, BCAA) a été effectuée (Tableau 1). Pour chaque groupe, le CHC a été comparé à son propre NTT ainsi qu'aux tissus hépatiques sains.

Résultats : Les résultats de l'analyse transcriptomique d'un panel de 34 gènes montre que :
1-Selon le degré de fibrose (F0F1 vs. F3F4), les CHC-MASLD diffèrent par une up-régulation de l'expression de 3 gènes impliqué respectivement : dans la synthèse des phospholipides (up-régulation de la choline kinase (CHKA) dans les CHC F0F1), en revanche l'up-régulation de ACADS impliquée dans l'oxydation des acides gras à chaines courtes et de FBP1 impliquée dans la glycolyse concerne exclusivement les CHC F3F4 (Figure1, Tableau 1). Ces données confirment l'existence de deux phénotypes de CHC-MASLD selon la sévérité de fibrose [2].
2- En fonction du degré de différenciation (CHC-MASLD bien différencié vs. CHC-MASLD moyennement différencié). Les CHC-MASLD diffèrent par l'expression de 2 gènes codant respectivement pour SGSM2, (phospholipase catalysant l'hydrolyse de la sphingomyéline en céramide), et MBOAT7, (impliquée dans la production du phosphytidylinositol et de l'acide arachidonique). L'expression de ces 2 gènes est up-régulée dans les CHC-MASLD caractérisés avec un degré de différenciation moyenne. Ces observations suggèrent que MBOAT7 serait un candidat-marqueur dans le CHC-MASLD avec une fibrose minime associé à un degré de différenciation moyen alors que SGMS2 serait un marqueur exclusif des CHC-MASLD avec un stade de différenciation moyen.

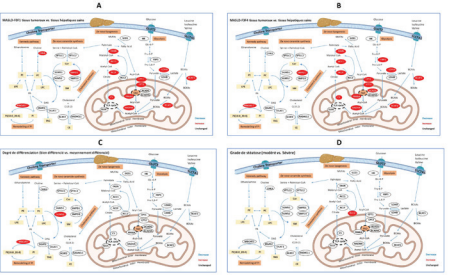


Figure 1. Représentation graphique montrant l'expression des gènes impliqués dans les voies métaboliques en fonction de trois critères : sévérité de fibrose (A, B), degré de différenciation (C) et le grade de stéatose (D).

Tableau 1. Analyse par qRT-PCR de l'expression des gènes impliqués dans les voies métaboliques en fonction de trois critères : sévérité de fibrose, degré de différenciation et le grade de stéatose.

Voies métaboliques	Liste des gènes	Degré de fibrose		Degré de différenciation	Grade de stéatose
		F0/1 TT vs. Tissus hépatiques sains	F3/4 TT vs. Tissus hépatiques sains	Bien différencié vs. Moyennement différencié	Modérée vs. Sévère
Lipogenèse *de novo*	CS	↗	↗	ns	ns
	ACLY	↗	↗	ns	ns
	ACC1	↗	↗	ns	ns
	ACC2	ns	ns	ns	↗
	FASN	↗	↗	ns	ns
Métabolisme des lipides	SGMS2	ns	ns	↗	ns
	SMPD1	↗	↗	ns	ns
	CHKA	↗	ns	ns	ns
	MBOAT7	↗	↗	↗	ns
	SPTLC1	ns	ns	ns	ns
	SPCLT2	ns	ns	ns	ns
	SGMS1	ns	ns	ns	ns
	SMPD3	ns	ns	ns	ns
	DGAT1	ns	ns	ns	ns
	DGAT2	ns	ns	ns	ns
	ACAT2	ns	ns	ns	ns
	ACOX1	ns	ns	ns	ns
	AADACL1	ns	ns	ns	ns
Oxydation des acides gras	CPT1	↗	↗	ns	ns
	CPT2	↗	↗	ns	ns
	ACADS	ns	↗	ns	ns
	ACADVL	ns	ns	ns	ns
	HADHA	↗	↗	ns	ns
	CRAT	↗	↗	ns	ns
	CROT	↗	↗	ns	ns
	PPARA	↗	↗	ns	ns
Glycolyse	HK	ns	ns	ns	ns
	FBP1	ns	↗	ns	ns
	LDHA	↗	↗	ns	ns
	LDHB	ns	ns	ns	ns
Acides aminés à chaîne ramifiée	BCAT1	↗	↗	ns	ns
	BCAT2	↗	↗	ns	ns
Glutamate ammonium ligase	GLUL	ns	ns	ns	ns

3- Selon le degré de stéatose, nos analyses comparatives montrent que l'expression du gène codant pour l'isoforme ACC2, enzyme mitochondriale impliquée dans la première étape de la LDN, est up-régulée exclusivement dans les CHC-MASLD présentant un degré de stéatose sévère (Figure1, Tableau 1). Ce résultat indiquerait que l'expression de l'isoforme ACC2 pourrait servir de marqueur dans les CHC-MASLD avec une stéatose sévère. Nos résultats renforcent les observations de l'étude utilisant l'inhibiteur d'ACC (GS-0976) dans la NASH [3].

Conclusion : Les analyses transcriptomiques de cette étude permettent de : i) discriminer les phénotypes des CHC-MASLD selon la sévérité de fibrose, du degré de différenciation et de la stéatose ii) proposer 6 marqueurs non-invasifs: CHKA, ACADS, FBP1, MBOAT7, SGSM2 et ACC2 pour le CHC-MASLD en fonction de ces 3 critères iii) Ces observations pourraient ouvrir la voie à des applications cliniques comme l'utilisation des inhibiteurs de l'AAC2 en association aux inhibiteurs de tyrosine kinase ou l'immunothérapie dans les CHC-MASLD.

P040

MEILLEURS POSTERS

Le moment de l'administration des inhibiteurs de checkpoint immunitaire a une valeur pronostique chez les patients avec un carcinome hépatocellulaire avancé

A. Pascale [1], M.A. Allard [1], A. Benamar [1], F. Levi [1], R. Adam [1], O. Rosmorduc [2]

(1) Villejuif ; (2) Paris.

Introduction : Des données expérimentales et cliniques dans le mélanome et le cancer pulmonaire suggèrent que la réponse aux inhibiteurs de checkpoint immunitaire (ICI) pourrait être influencée par le rythme circadien. Cependant, des données similaires ne sont pas encore disponibles dans le carcinome hépatocellulaire (CHC). L'objectif de cette étude a été d'évaluer l'impact du moment de l'administration de l'atezolizumab associé ou pas au bevacizumab dans le traitement systémique de première ligne du CHC avancé.

Patients et Méthodes : Nous avons analysé rétrospectivement tous les patients avec CHC avancé, ayant reçu comme traitement systémique de première ligne au moins deux cycles d'atezolizumab +/- bevacizumab à l'Hôpital Paul Brousse, APHP, entre Janvier 2020 et Octobre 2022. Ces patients ont été divisés en deux groupes : 1) patients ayant reçu les deux premiers cycles de traitement après 13h (groupe après-midi) ; 2) patients ayant reçu au moins un des deux premiers cycles avant 13h (groupe matin ou mixte). Le modèle de régression Cox a été utilisé pour évaluer la valeur pronostique du moment de l'administration des ICI pour la survie globale (SG).

Résultats : 131 patients ont été analysés. 119 patients (90,8%) étaient des hommes, avec un âge médian de 70 ans [35 ; 88] ; 40 patients (31%) avaient un statut de performance (PS) ≥ 1. 103 patients (79%) étaient cirrhotiques ; 61 patients (46,6%) avaient une hypertension portale. 49 patients (37,4%) avaient un CHC métastatique et 52 patients (40,6%) avaient une thrombose portale tumorale au diagnostic. Le taux moyen initial de l'alpha-foetoprotéine était de 5 212,8 ng/ml (DS : 18 681,8). 36 patients (27,5%) ont reçu atezolizumab en monothérapie. 41 patients ont été inclus dans le premier groupe et comparés aux 90 patients inclus dans le second groupe. Il n'y avait pas de différence clinique significative entre les deux groupes. La SG médiane a été significativement diminuée dans le groupe après-midi comparativement au groupe matin ou mixte (11,5 mois *versus* 18,7 mois, p = 0,015). En analyse univariée, un PS ≥ 1 (p = 0,025), le taux initial de l'alpha-foetoprotéine (p = 0,030), l'administration de l'atezolizumab en monothérapie (p = 0,004) et l'administration des deux premiers cycles d'ICI après 13h (p = 0,018) étaient corrélés significativement avec la SG. L'administration des deux premiers cycles d'ICI après 13h reste un facteur indépendant associé significativement avec la SG en analyse multivariée dans le modèle de régression Cox (HR 2,29, 95% CI : 1,27-4,14, p = 0,005) (Tableau 1).

Tableau 1. Analyse multivariée de la SG des patients avec CHC avancé

	HR	p
Taux initial de l'alpha-foetoprotéine	1.00 (1.00-1.00)	0.007
Deux premiers cycles d'ICI après 13h	2.29 (1.27-4.14)	0.005
PS ≥ 1	2.29 (1.22-4.28)	0.009
Atezolizumab en monothérapie	2.46 (1.29-4.68)	0.006

Conclusion : Ces résultats suggèrent que l'administration à l'après-midi des deux premiers cycles d'ICI est associée à un pronostic défavorable chez les patients avec un CHC avancé, indépendamment d'autres facteurs pronostiques. Il pourrait néanmoins exister des facteurs confondants liés à la variabilité de l'administration ultérieure des perfusions. Nous avons besoin de données supplémentaires pour confirmer ces résultats.

P 041

Carcinome hépatocellulaire avancé. Calcul du risque de progression sous atézolizumab-bévacizumab : le score RECA se révèle efficace. Résultat d'une étude française multicentrique

T. Lévi-Strauss [1], L. Mineur [2], A. Gonzalez [3], G. Pénaranda [3], A. Rollet [2], P. Castellani [3], H. Perrier [3], C. Toullec [2], O. Piétri [3], F. Sellier [3], A. Tran [4], M. Bourlière [3], R. Anty [4], X. Adhoute [3]

(1) Paris ; (2) Avignon ; (3) Marseille ; (4) Nice.

Introduction : La combinaison atezolizumab plus bevacizumab (ATZ/BEV) est le traitement systémique de référence du carcinome hépatocellulaire (localement) avancé, avec une survie médiane proche de 20 mois (1). Le taux de réponse radiologique RR est de 30 % et il n'y a pas encore de biomarqueur prédictif d'une réponse validé, ni de cible oncogénique, et l'évolution de l'AFP ne concerne pas l'ensemble des patients. Des marqueurs biologiques inflammatoires ont une valeur pronostique sous immunothérapie (2). Le score RECA* [= - 0,1849 + 0,1943 × (1 si ratio neutrophiles/lymphocytes > 3 ; 0 si < 3) + 0,3053 × (1 si CRP > 10 ; 0 si < 10 mg/L) + 0,4962 × (1 si AST > 45 ; 0 si < 45 UI).] calcule le risque de progression sous inhibiteurs de tyrosine kinase en distinguant quatre groupes (très faible risque TFR, faible risque FR, risque modéré RM, haut risque HR) (3).
Objectifs : Etude des survies (sans progression SSP et globale SG). Détermination des variables pronostiques, évaluation de la « pertinence » du score inflammatoire RECA calculé après trois cycles de la combinaison ATZ/BEV.

Patients et Méthodes : Etude multicentrique, collecte prospective des données, analyse rétrospective (09/2020 – 01/2023). Survies par la méthode de Kaplan-Meier ; modèle de Cox utilisé en analyse multivariée. Evaluation du modèle RECA en utilisant l'indice d'accord Kappa de Cohen.

Résultats : La cohorte comportait 109 patients âgés en moyenne de 70 ans, avec un indice de performance 0 / 1 (90 %). Les CHC (histologiquement prouvés 66 %) étaient classés : BCLC B (38 %) / C (62 %), métastatiques (31 %), avec invasion vasculaire (32 %). L'étiologie était majoritairement non-virale (69 %), avec une fonction hépatique Child-Pugh A dans 90 % des cas (ALBI grade 1 : 34 % ; grade 2 : 61 %). Des varices œsophagiennes VO étaient décrites dans 33 % des cas et 82 % des patients avec VO ont reçu un traitement préventif par Bêta-bloquants ou ligature. Une majorité de patients a reçu la combinaison ATZ/BEV en 1ère intention (83 %). La morphologie tumorale était multinodulaire (50 %) ou à type masse infiltrante (31 %), avec un plus grand diamètre tumoral moyen de 65,5 mm. Après un suivi médian de 6,5 mois (q1q3 : 3,6 – 11,7), le taux de SSP à 6 mois était de 70,3 %, de 34,4 % à 12 mois. La SG médiane était de 13,0 mois (5,1 – 28,7). Le taux de RR était de 24 % lors de la 1ère évaluation. En analyse univariée, la rapport N/L<3, l'albumine, et le TP ont un effet protecteur sur la survie globale ; inversement le diamètre tumoral, l'élévation des ASAT, des phosphatases alcalines (PAL), de la bilirubine, et de l'AFP ont un effet négatif. En analyse multivariée, l'association ATZ/BEV en 1ère ou 2ème ligne (vs >2ème ligne), l'absence de métastase sont des facteurs pronostiques indépendants positivement associés à la survie ; inversement l'élévation des PAL et de la bilirubine ont un effet délétère.
La SG est significativement différente entre les groupes RECA (TFR [22,2 (18,4 – 28,7) mois], FR [13,4 (9,4 – ND) mois], RM [7,8 (3,8 – ND) mois], HR [5,4 (3,0 – 13,0) mois], p<0,0001). En analyse de comparaison multiple ajustée, la SG est significativement différente parmi les TFR vs. RM (p = 0,0030), TFR vs. HR (p<0,0001), FR vs. HR (p = 0,0061), et RM vs. HR (p = 0,0122). En combinant les groupes TFR, FR, et RM vs. HR l'effet est toujours significatif (p<0,0001). A l'issue du suivi, 66,7 % des patients RECA HR ont présenté l'évènement décès vs. 36,4 % des autres patients (p = 0,0062).

Conclusion : Le score biologique inflammatoire RECA se révèle fiable pour évaluer le risque de progression après 3 cycles d'ATZ/BEV dans cette série multicentrique. Nos résultats en termes de survie sont comparables à d'autres études de vie réelle (4). Ils soulignent l'importance des populations sélectionnées, l'importance de la fonction hépatique et la nécessité de biomarqueurs pour mieux guider les thérapies systémiques.

Remerciements, financements, autres :
Rahamia Ahamada, Laurence Curel et Laurence Lecomte

*https://jscalc.io/calc/3nzmguiJK5QIn8eQ#%7B%221%22:null,%222%22:null,%223%22:null%7D

P042

Traitement du carcinome hépatocellulaire avancé : combinaison atézolizumab plus bévacizumab ou traitement séquentiel par inhibiteurs de tyrosine kinase ? Résultats issus d'une étude multicentrique française en vie réelle après appariement

J. Phelip [1], T. Lévi-Strauss [2], L. Mineur [3], A. Gonzalez [1], G. Pénaranda [1], A. Rollet [3], P. Castellani [1], H. Perrier [1], C. Toullec [3], O. Piétri [1], F. Sellier [1], A. Tran [4], M. Bourlière [1], R. Anty [4], X. Adhoute [1]

(1) Marseille ; (2) Paris ; (3) Avignon ; (4) Nice.

Introduction : Par son meilleur profil de tolérance, la combinaison atezolizumab (anti-PD-L1) plus bevacizumab (anti-VEGFA) [ATZ/BEV] (1) a amplifié l'effectif de patients traités en première intention pour un carcinome hépatocellulaire (CHC) (localement) avancé, mais elle a aussi modifié les lignes thérapeutiques ultérieures. Même si une seconde ligne thérapeutique par inhibiteurs de tyrosines kinases [ITK] ne concernait qu'un effectif limité de patients à l'ère du sorafenib (2), cette séquence a montré des survies prolongées au sein d'étude (3), notamment grâce à une meilleure gestion des effets secondaires (4)
Objectifs : définir les caractéristiques des populations traitées par ATZ/BEV ou ITK et comparer la survie globale des patients traités par ATZ/BEV à celle des patients ayant reçu au moins deux lignes d'ITK (sorafenib puis regorafenib et/ou cabozantinib) au cours de deux périodes différentes [ITK (2015 – 2021) ; ATZ/BEV (09/2020 – 01/2023)] au sein de mêmes centres. Profil de tolérance de la combinaison ATZ/BEV.

Patients et Méthodes : Analyse rétrospective multicentrique après appariement sur les paramètres indice de performance PS, score de Child-Pugh CP, stadification BCLC, Invasion Vasculaire, et Métastases.

Caractéristiques et comparaison des patients après appariement en fonction du type de traitement

Paramètres	ATZ/BEV (n=56)	ITKs (n=56)	P
PS – N (%)			0.4350
0	19 (33.9%)	23 (41.1%)	
≥1	37 (66.1%)	33 (58.9%)	
CHILD – PUGH N (%)			1.0000
A	51 (91.1%)	51 (91.1%)	
B	5 (8.9%)	5 (8.9%)	
BCLC – N (%)			0.8087
B	10 (17.9%)	11 (19.6%)	
C	46 (82.1%)	45 (80.4%)	
Invasion Vasculaire – N (%)	25 (44.6%)	28 (50.0%)	0.5702
Métastases – N (%)	23 (41.1%)	24 (42.9%)	0.8482
Albumine g/L – moyenne (Sd) -	35.9 (4.7)	36.0 (5.9)	0.6080
Bilirubine mcmol/L– moyenne (Sd) -	17.4 (12.2)	18.1 (8.1)	0.2002
Plaquettes G/L– moyenne (Sd) -	190 (100)	178 (130)	0.3370
AFP ng/mL– moyenne (Sd) -	2855 (7599)	1950 (6475)	0.4334
ASAT UI – moyenne (Sd) -	74.3 (83.0)	87.4 (93.0)	0.1469
ALAT UI– moyenne (Sd) -	47.8 (48.3)	53.8 (37.0)	0.0898
PAL UI – moyenne (Sd) -	180.2 (143.3)	168.7 (88.4)	0.5402
GGT UI– moyenne (Sd) -	245.8 (257.1)	197.9 (204.1)	0.3009
Neutrophiles G/L– mean (Sd) -	4.1 (1.5)	1.9 (2.3)	0.0002
Lymphocytes G/L – moyenne (Sd) -	1.4 (0.6)	0.6 (0.7)	<.0001
CRP mg/L – moyenne (Sd) -	18.8 (23.0)	24.4 (27.5)	0.2818

ITKs, Inhibiteurs de tyrosines kinases ; PS, Indice de Performance ; BCLC, Barcelona Clinic Liver Cancer ; Sd, Déviation Standard ; AFP, alpha-foetoprotéine ; ASAT, aspartate aminotransférase ; ALAT, alanine aminotransférases ; PAL, Phosphatases Alcalines ; GGT, gamma-glutamyl transpeptidase

Résultats : La cohorte ITK comportait 79 patients âgés de 68 ans, avec cirrhose CP - A / B (25%), un indice de performance 0 / ≥ 1 (60%) et une étiologie majoritairement non-virale (61%). Des varices œsophagiennes VO étaient décrites dans 45% des cas. Les CHC étaient classés BCLC B / C (83%), avec métastases 45%, invasion vasculaire 52%, un plus grand diamètre tumoral moyen de 69 mm. La durée médiane de traitement par sorafenib était de 3.5 (2.7, 9.2) mois, et de 3.5 (1.6, 8.3) mois pour l'ITK ultérieure. La cohorte ATZ/BEV comportait 109 patients avec une cirrhose classée CP-A / B (8%), avec un PS 0 / ≥ 1 57%. Les CHC étaient BCLC B / C (62%), avec métastases 31%, invasion vasculaire 32%. Des VO étaient décrites dans 33% des cas, et l'étiologie de la cirrhose était majoritairement non-virale (69%). 19% des patients ont reçu un traitement systémique ultérieur, 4.5% une thérapie loco-régionale. 54% des patients ont présenté des effets secondaires liés à l'ATZ, majoritairement de grade 1 / 2 ; 32% liés au BEV, dont 12% de grade 3 / 4. Au total plus de 30% des patients ont eu une interruption temporaire de l'association ATZ/BEV, et 8% ont cessé la combinaison pour cause d'EI ; le taux de décès imputable au traitement était de 6.5%. Les deux groupes différaient de manière significative en termes de stadification tumorale et de fonction hépatique. Après une période médiane de suivi de 13.7 (8.3 – 20.9) mois (ITK) vs 6.5 (3.6 – 11.7) mois (ATZ/BEV) (p < 0.0001), il n'y avait pas de différence significative en termes de survie globale SG avant appariement [ATZ/BEV 13.0 (5.1 – 28.7) mois vs ITK 13.2 (7.2 – 31.0) mois, HR 1.20 (0.82 – 1.76) p = 0.3539]. Après appariement sur les paramètres précédemment cités, chaque groupe comportait 56 patients. Il n'y avait pas de différence significative concernant les variables biologiques suivantes entre ces deux groupes : alpha-foetoprotéine, albumine, bilirubine, ASAT, phosphatases alcalines, CRP. L'analyse ne montrait pas de différence significative de SG entre les groupes [ATZ/BEV 12.0 (5.0 – 28.7) mois vs ITK 14.5 (8.3 – 36.0) mois, 1.37 (0.84 – 2.24) p = 0.2072].

Conclusion : Cette série multicentrique confirme que le profil des patients traités par la combinaison ATZ/BEV a changé comparé à l'ère des inhibiteurs de tyrosine kinase, avec une plus grande proportion de patients traités par voie systémique et des CHC moins avancés, facilité par un profil de tolérance comparable aux études (1, 5). L'absence de différence de survie comparé à un traitement séquentiel par ITK (sous réserve d'un écart dans le suivi) souligne la nécessité d'identifier des biomarqueurs prédictifs de réponse à ces deux classes médicamenteuses.

P043

Dépistage de l'hépatite C dans un service d'urgences adultes et un service d'urgences dentaires

P. Stepani [1], C. Gauthier [1], P. Liagre [1], A. de Singly [2], E. Fremont [2], F. Agret [1], C. Dulery [3], C. Galeano [1], V. Heinshild [1], M. Dahan [4]

(1) Bordeaux ; (2) Poitiers ; (3) Reims ; (4) Limoges.

Introduction : On estime que 75 000 personnes ignorent être porteuses du virus de l'hépatite C en france. Pour atteindre l'objectif d'élimination du virus de l"hépatite C en 2025, un dépistage ciblé (facteurs et personnes à risque) demeure insuffisant. Ainsi, nous avons réalisé une étude monocentrique prospective sur le dépistage du VHC par TROD aux urgences adultes ainsi qu'aux urgences dentaires de notre clinique afin d'estimer sa prévalence et évaluerl'intérêt du dépistage systématique dans ces deux types d'urgences

Patients et Méthodes : Une information écrite était remise à tous les patients de plus de 40 ans se présentant aux urgences adultes et dentaires de la clinique . Celle-ci présentait l'étude sur le dépistage de l'hépatite comportant un questionnaire socio economique du patient ainsi que sur ses facteurs de risque. Dans le cas d'acceptation du patient à la participation, un TROD était fait par l'IAO (infirmiére d'accueil et d'orientation des urgences) ou par l'assistante dentaire (pour les urgences dentaires). En cas de poitivité du test, une PCR était réalisée immédiatement après. En cas de positivité de ce test, le patient était vu en consultation dans les 72 heures par un hépatogastroenterologue. L 'étude s'est déroulée de juin 2021 à juin 2023.

Résultats : Aux urgences adultes, 325 patients ont été inclus avec un taux de participation de 98 %. 2.1% ont eu un TROD + dont 0.9% avec PCR + (3 patients).Ces 3 patients etaient âgés de plus de 65 ans et présentaient une fibrose F3-F4.

Aux urgences dentaires, 145 patients ont été inclus avec un taux de participation de 99 %; 2.7% ont eu un TROD + dont 1.3 % avec PCR + (2 patients). Ces 2 patients étaient âgés de moins de 65 ans avec une fibrose inférieure ou égale à F2.

Aux urgences adultes, une majorité de femmes ont participé à l'étude (60%) *versus* 40 % d'hommes. Parmi les participants, nous constatatons 70 % de retraités et 7 % de sans emploi. Plus de 75 % des patients âgés de plus de 65 ans n'avaient jamais bénéficié d'un dépistage de l'hépatite C contre seulement 50 % chez les moins de 65 ans. 2% des patients étaient des anciens usagers de drogue.

Aux urgences dentaires, 27 % des participants etaient sans emploi alors que ce chiffre était de 7 % pour les urgences adultes. Une majorité d'hommes (68%) *versus* 32 % de femmes a consulté les urgences dentaires et un patient sur 3 était retraité alors que cette donnée était de 70 % pour les urgences adultes. 85 % des patients, tout âge confondu, participant à l'étude n'avaient jamais eu de dépistage de l'hépatite C . 6% avaient été usagers de drogue.

Discussion : Au vu des résultats de cette étude, nous constatons que le taux de prévalence du dépistage du virus de l'hépatite C dans les services d'urgences (0.9 % et 1.3%) est supérieur de façon significative au taux moyen qui est de l'ordre de 0.3 % dans la population générale. Le taux de prévalence de PCR + semble supérieur pour les urgences dentaires, ceci s'expliquant par une population plus défavorisée sur le plan socio économique et avec des facteurs de risque plus importants que pour la population fréquentant les urgences adultes. Par ailleurs, cette population qui consulte les urgences dentaires semble avoir été moins dépistée que la population classique des urgences adultes

Nous constatons également que la population des urgences adultes âgée de plus de 65 ans avait été moins dépistée dans son passé que celle de moins de 65 ans. Ceci explique en partie, la séverité de la fibrose au moment du diagnostic dans cette population.

Conclusion : En conclusion, le dépistage aux urgences adultes et dentaires semble être une voie intéressante pour dépister les patients ignorant leur statut de porteur du virus de l'hépatite C .

Ce dépistage semble d'autant plus intéressant dans un service d'urgence dentaire qui cible une population plus défavorisée. il semble également nécesaire de recommander à l'ensemble du corps médical de s'assurer que leur patient âgé de plus de 65 ans ait bénéficié au moins une fois d'un dépistage du virus de l'hépatite C .

Remerciements, financements, autres : remerciement au laboratoire GILEAD pour son soutien financier et ses conseils pour la réalisation de cette étude

P044

Prise en charge de l'hépatite alcoolique aiguë sévère en France : résultats d'une enquête de pratique nationale

J.F.D. Cadranel [1], T. Thévenot [2], T. Dao [3], J.B. Nousbaum [4], M. Rudler [5], N. Carbonell [5], A. Coilly [6], E. Nguyen-Khac [7], K. Bideau [8], P. Mathurin [9], A. Abergel [10], C. Barrault [11], T. Paupard [12], P. Sogni [5], F. Durand [13], C. Lemaitre [14], V. de Lédinghen [15], F. Heluwaert [16], J.P. Richardet [11], C. Costentin [17], J.P. Bronowicki [18], J. Boursier [19], H. Zougmoré [1], R. Smadhi [1], A. Heurgué [20], G.P. Pageaux [21], M. Medmoun [1], G. Fantognon [1], P. Pulwermacher [1], T. Le Magoarou [1]

(1) Creil ; (2) Besançon ; (3) Caen ; (4) Brest ; (5) Paris ; (6) Villejuif ; (7) Amiens ; (8) Quimper ; (9) Lille ; (10) Clermont-Ferrand ; (11) Créteil ; (12) Dunkerque ; (13) Clichy-la-Garenne ; (14) Rouen ; (15) Bordeaux ; (16) Annecy ; (17) Grenoble ; (18) Vandœuvre-lès-Nancy ; (19) Angers ; (20) Reims ; (21) Montpellier.

Introduction : On dispose de peu de données depuis 2010 (1) en France sur la prise en charge de l'hépatite alcoolique aiguë sévère (HAS). Dans le but d'avoir une « cartographie » actuelle de la prise en charge de l'HAS sévère en France, une enquête de pratique a été menée de 04/2022 à 07/2023.

Patients et Méthodes : Un questionnaire Google pré-établi par un groupe de travail a été envoyé à l'ensemble des services d'Hépatogastroentérologie des hôpitaux généraux (CHG), des services d'Hépatologie de CHU, des membres de la SNFMI et du CREGG.Les résultats sont exprimés en moyennes ± SD. Données analysées : démographiques, type d'exercice (CHU, CHG), spécialité prédominante, expérience, nombre d'HAA traitées par centre par corticoïdes (C) ou corticoïdes N-acétylcystéine (NAC). Existence d'un protocole de traitement de l'HAA. Utilisation de la ponction biopsie du foie (PBH) transjugulaire systématique, réalisation sur place de la PBH, délai d'obtention des résultats. Traitement : utilisation de C seuls ou de C-NAC. Dépistage des infections bactériennes, utilisation d'une antibiothérapie (ATB) en cas d'infection, délai de mise en route du traitement de l'HAA. Utilisation ou pas des C chez les patients HBs antigènes positifs (avec ou sans traitement préemptif). Interruption de C en cas de score de Lille intermédiaire à J7. Indication de transfert en centre de transplantation hépatique.

Résultats : 465 répondants (R) : 40 ans (12,5) ; 50 % H, 50 % F, CHU 53,3 %, CHG 46,7 %, hépatologues 57 %, gastroentérologues 39 %, juniors 21 %. Nombre d'HAA traitées par corticoïdes ou corticoïdes NAC 25 (0 à 300) ; le nombre d'HAA traitée en CHU était plus élevé qu'en CHG : 34 (29), CHG 15,4 (13,4), p < 0,001. Protocole de traitement de l'HAA sévère, 62 % (CHU) vs 42 % (CHG), p < 0,001. PBH systématiquement réalisée : CHU 98 % vs autre 50 %, p < 0,001. Délai d'obtention de la PBH (jours) : 3,4 (CHU) vs 4,9 (CHG), p < 0,001. L'état nutritionnel était évalué par 98 % des R. Un TDM thoracique systématique était demandé systématiquement par 34 % R en cas de suspicion d'infection pulmonaire (CHU *versus* CHG ns) ; 83 % des R attendaient 4 jours (2-6) pour débuter un traitement C en cas d'infection documentée. Traitement : C seuls 70% des R (CHU vs CHG ns), utilisation NAC : CHU 40 % vs CHG 47,3 % (ns). Protocole de traitement du syndrome de sevrage alcoolique : 86,3 % CHG vs 76,3 % CHU (p < 0,01). Arrêt des C en cas de score de Lille intermédiaire à J7 : 80 % CHG vs 77 % CHU ; ns. 69 % des R étaient responsables d'une initiation du traitement. 68.2% des R étaient responsables de l'initiation du traitement ; 64.7% en CHU vs 72.3% (CHG) (p=0.103) ; 80.6% de médecins séniors vs 20.4% médecins juniors (p<0.001). 62 % des R utilisaient un traitement préemptif avant C en cas d'antigène HBs positif ; 59.4% en CHU vs 65% en CHG (p=0.004) et 76 % faisaient une FOGD s'il n'y en avait pas eu précédemment, 77% en CHU vs 75% CHG (p=0.782).

Conclusion : Les résultats de cette étude de pratique nationale réalisée dans un large échantillon de médecins exerçant en CHU ou hors CHU montrent une disparité d'utilisation de la PBH en cas de suspicion d'HAA sévère puisque 50 % des R hors CHU n'utilisent pas la PBH, essentiellement du fait de l'absence de possibilité locale. La bithérapie C – NAC est assez souvent utilisée. Il existe une disparité concernant la prise en charge du syndrome de sevrage alcoolique et un traitement préemptif en cas d'antigène HBs positif entre les CHU et les CHG. Cette étude apporte des éléments actualisés concernant la prise en charge des HAA sévères en France.

Remerciements, financements, autres :
ANGH, AFEF, CREGG (Dr B.HANSLIK), SNFMI (Pr L.ALRIC, Dr J.CATTELAN)

P045

Diagnostic standardisé automatique des varices œsophagiennes (VO)

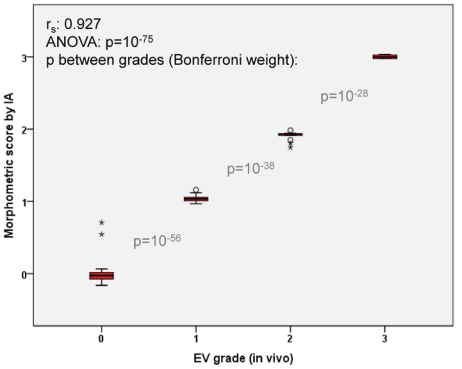
A. Guerzider [1], A. Berger [2], J. Chaigneau [1], C. Canivet [1], F. Oberti [1], A. Lannes [1], R. D'Almeida [1], A. Olivier [1], G. Hunault [1], J. Boursier [1], P. Calès [1]

(1) Angers ; (2) Bordeaux.

Introduction : Les experts de la conférence de Baveno VII recommandent la prescription de bêta-bloquants en prévention primaire des complications hépatiques au cours les hépatopathies chroniques avancées compensées (cACLD). Il n'y a plus de recours au dépistage endoscopique des varices nécessitant un traitement (VNT : grosses VO + stade 1 avec signes rouges). Cependant ces recommandations ne sont pas validées et il persiste plusieurs indications d'endoscopie chez les cACLD. Toutefois, la limite de l'endoscopie est la variabilité inter-observateur et des classifications de VO. Le but de cette étude prospective monocentrique était d'évaluer un diagnostic objectif et standardisé par analyse d'images des VO dont les VNT.

Patients et Méthodes : Nous avons inclus 97 patients avec cACLD. La classification des VO utilisée était celle de la prévention primaire (NEJM 1987 & J Hepatol 2003). La meilleure référence pour le stade des VO était celle de l'endoscopie réalisée *in vivo* par un expert et confirmée par une relecture in video de son enregistrement standardisé par 5 experts indépendants. Ont été également réalisées des tests non-invasifs (NIT) de VNT (ANTICIPATE, PLER, LIP, BLIP, score de Giannini) et de fibrose hépatique (FM2G, CM2G, EFM2G), une élastométrie hépatique (LSM 50 Hz) et splénique (SSM 100 Hz) et une mesure échographique de la longueur de rate. Les enregistrements endoscopiques standardisés ont fait l'objet d'une analyse d'images (ImageJ) automatique de 57 caractéristiques œsophagiennes. Les prédicteurs indépendants des VNT ont été déterminés par régression logistique binaire. Les prédicteurs du stade des VO ont été déterminés par apprentissage automatique optimisé par multi-ciblage (IA par logiciel ADORE).

Résultats : 90 patients avaient des données complètes et analysables. SSM était disponible chez 78 patients du fait du taux d'échec habituel (13%). Les principales caractéristiques des pts étaient : âge : 64±10 ans, hommes : 72%, étiologie MASLD : 53%, prévalence des VNT : 19%. L'AUROC de la morphométrie (score logistique incluant 5 caractéristiques) pour les VNT était de 0,965. Nous avons ensuite évalué les NITs. Tous les tests de VNT avaient une AUROC > 0,8 dont le maximum était à 0,853 pour SSM. Le score logistique combinant morphométrie, IMC, hyaluronate et C2MG avait une AUROC à 0,994 chez les 90 pts et à 0,999 pour la meilleure référence de VNT (accord endoscopiste *in vivo* et des 5 experts in video chez 73 pts). Le score prédictif multivarié par IA du stade des VO incluant 9 variables morphométriques avait une corrélation (Rs) de 0,927 (Figure : box plots). En ajustant le seuil à 0,72 entre les stades 0 et 1, le taux de bien classés était de 100% pour tous les stades. L'AUROC pour les VO ou les VNT était donc de 1.



Discussion : Il est possible d'obtenir une référence fiable pour le diagnostic des VNT. Cette référence permet d'obtenir un diagnostic objectif basé sur la morphométrie, éventuellement complétée par quelques données cliniques et sanguines. Les applications sont cliniques : diagnostic parfaitement standardisé et objectif des VNT (en particulier en pratique tout venant) et en recherche pour la détermination de NITs pour VNT ou VO plus performants. Les résultats doivent être validés dans une population plus large en particulier ceux de l'IA (risque de surapprentissage avec un effectif faible).

Conclusion : Cette étude exploratoire suggère que la morphométrie automatique permet un diagnostic standardisé des VNT quasi parfait lorsqu'il est associé à des marqueurs sanguins de fibrose hépatique avec une technique statistique conventionnelle. La morphométrie seule analysée par IA pourrait faire un diagnostic parfait du stade des VO.

Remerciements, financements, autres : Cette étude a été financée par une bourse FARE de la SNFGE.

P.046

Evaluation de l'impact de la stratégie diagnostique du carcinome hépatocellulaire (radiologie ou histologie) sur le délai de prise en charge et la survie : analyse rétrospective monocentrique de 244 patients consécutifs

C. Vignon [1], H. Larrue [1], C. Cussac [1], J. Selves [1], C. Zadro [1], T. Izopet [1], M.A. Robic [1], F. Muscari [1], N. Fares [1], C. Bureau [1], J.M. Péron [1]
(1) Toulouse.

Introduction : Le diagnostic du carcinome hépatocellulaire (CHC) peut être posé sur des critères radiologiques sans nécessité de biopsie. Il est intuitif de penser que le recours à la biopsie pourrait allonger le délai diagnostique et par ce biais impacter le pronostique du patient. L'objectif de notre étude est de comparer le délai de prise en charge et la survie en fonction de la stratégie diagnostique (histologie ou radiologie) du CHC.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective concernant 244 patients consécutifs atteints de CHC présentés en RCP régionale de janvier à décembre 2019 avec une première proposition de traitement au cours de l'année 2019. Nous avons évalué le délai entre la suspicion de CHC et le diagnostic, le délai entre le diagnostic et le traitement, la survie sans récidive et globale à 3 ans en fonction de la méthode diagnostique.

Résultats : Les patients étaient majoritairement des hommes (81%), âgés en moyenne de 66,8 ans (+/- 9,7 ans). Les patients cirrhotiques représentaient 80% de la population avec des scores Child-Pugh A, B ou C respectivement de 72%, 25% et 2%. Le CHC était révélé au cours d'un dépistage dans 72% des cas. Treize pour cent des patients étaient diagnostiqués à un stade très précoce (BCLC 0), 25% à un stade précoce (BCLC A), 29% à un stade intermédiaire (BCLC B), 21% à un stade avancé (BCLC C) et 12% à un stade terminal (BCLC D). Le délai moyen entre la suspicion et le diagnostic du CHC était de 44,2 jours (+/- 82,5 jours). Le délai moyen entre le diagnostic et le traitement était de 53 jours (+/- 50 jours). La prise en charge était la transplantation hépatique dans 2% des cas, la résection dans 5% des cas, la thermoablation dans 27% des cas, la radiothérapie dans 5% des cas, la chimio-embolisation dans 29% des cas, les inhibiteurs de tyrosine kinase dans 17,5% des cas et les soins de support dans 12,5% des cas.
Le diagnostic histologique concernait 34,4% des patients et le diagnostic radiologique 65,6%. Il y avait un retard significatif de prise en charge en cas de diagnostic histologique : le délai entre la suspicion et le diagnostic était de 34 jours (+/- 62,9 jours) pour le diagnostic radiologique et de 63 jours (+/- 108,4) pour le diagnostic histologique (p = 0,009) et le délai entre diagnostic et le traitement était de 49 jours (+/- 45,1 jours) pour le diagnostic radiologique et de 63 jours (+/- 57,4 jours) pour le diagnostic histologique (p = 0,031). Mais il n'y avait pas de différence significative sur la survie sans récidive à 3 ans (13,8% pour le diagnostic radiologique et 12,7% pour le diagnostic histologique, p = 0,893) et la survie globale à 3 ans (33,3 % pour le diagnostic radiologique et 32,9% pour le diagnostic histologique, p = 0,556) entre les 2 méthodes diagnostiques.
La survie sans récidive à 3 ans était de 23% pour les patients traités par chirurgie contre 18% pour les patients traités par thermo-ablation et 18% pour les patients traités par radiothérapie (p = 0,772). La survie globale à 3 ans était de 58,3% pour les patients traités par chirurgie contre 48,5% pour les patients traités par thermo-ablation et 54,5% pour les patients traités par radiothérapie (p = 0,468). La survie sans récidive à 3 ans était de 23,4% pour les patients traités par un traitement à visée curative contre 5,8% pour les patients traités par chimio-embolisation et 4,6% pour les patients traités par inhibiteur de tyrosine kinase (p <0,001). La survie globale à 3 ans était de 51,6% pour les patients traités par un traitement à visée curative contre 24,6% pour les patients traités par chimio-embolisation et 6,9% pour les patients traités par inhibiteur de tyrosine kinase (p <0,001).

Conclusion : Le recours au diagnostic histologique augmente le délai de prise en charge des patients traités pour CHC mais n'impacte pas sur la survie sans récidive et la survie globale.

P.047

L'utilisation de l'autotransfusion per-opératoire au cours des transplantations pour carcinome hépatocellulaire influence-t-elle la survie sans récidive ? Étude comparative avec appariement par score de propension

P. Boulard [1], F. Muscari [1], A. Cavillon [1], F. Robin [2], C. Salloum [3], C. Turco [4], B. Suc [1], C. Maulat [1], I. Migueres [1], F. Cauchy [5]
(1) Toulouse ; (2) Rennes ; (3) Créteil ; (4) Besançon ; (5) Clichy-la-Garenne.

Introduction : Évaluer l'impact de l'autotransfusion per opératoire lors des transplantations hépatiques pour carcinome hépato-cellulaire (TH-CHC) sur la survie sans récidive (SSR).

Patients et Méthodes : Étude rétrospective d'une cohorte de TH-CHC avec autotransfusion peropératoire entre le 01/01/2011 au 01/01/2020 au CHU de Toulouse. Comparaison, par appariement avec score de propension, avec une cohorte témoin multicentrique française de TH-CHC sans autotransfusion. Le critère de jugement est la SSR à 5 ans.

Résultats : 113 malades dans la cohorte d'étude (autotransfusion) ont été comparés à 441 malades (cohorte témoin). La quantité médiane d'autotransfusion peropératoire était de 1500 ml. Le suivi médian des patients était de 84,6 mois. La différence de survie sans récidive à 5 ans n'était pas significativement différente entre nos deux cohortes : 69,7% dans la cohorte témoin et 66,3% dans la cohorte d'étude (p = 0,241). Après appariement des patients sur les critères oncologiques, la différence de SSR restait toujours non significative : HR [95%CI] 1,18 [0,72-1,92], p = 0,505.

Conclusion : L'utilisation de l'autotransfusion lors des transplantations hépatiques pour carcinome hépatocellulaire n'influence pas la survie sans récidive. L'utilisation de l'autotransfusion permets d'éviter l'utilisation de 5 culots globulaires par greffe sans modifier le pronostic oncologique.

P.048

Étude rétrospective multicentrique de vie réelle française évaluant l'efficacité de l'atézolizumab en association bévacizumab dans le cadre des carcinomes hépatocellulaires métastatiques : étude HIREAL

J.B. Barbe-Richaud [(1)], F. Moinard-Butot [(1)], S. Husson-Wetzel [(2)], M. Bolliet [(3)], P. Chiappa [(1)], C. Belletier [(1)], M. Ribeiro [(4)], E. Poprawa [(1)], C. Bigot [(1)], A. Abergel [(4)], M. Ben Abdelghani [(1)]

(1) Strasbourg ; (2) Mulhouse ; (3) Colmar ; (4) Clermont-Ferrand.

Introduction : Le carcinome hépatocellulaire (CHC) est l'une des causes de décès par cancer parmi les plus fréquentes dans le monde. Depuis Janvier 2020, l'Atezolizumab en association au Bevacizumab est le standard de traitement en 1ère ligne métastatique et localement avancé suite aux données de l'étude IMbrave 150 qui a montré une amélioration de la survie globale et une faible toxicité *versus* le Nexavar. Il n'y a actuellement peu de données de vie réelle de l'utilisation de cette association.

Matériels et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective, dans 6 centres français, ayant inclus des patients traités par Atezolizumab et Bevacizumab pour un CHC localement avancé et métastatique. Une analyse de survie, du contrôle de la maladie et de la tolérance sera réalisée sur l'ensemble de la population et en fonction du type de cirrhose sous-jacente.

Résultats : Entre Février 2020 et Octobre 2022, nous avons inclus 70 patients avec un CHC métastatique. L'âge médian était de 70ans. Soixante-six patients (94%) étaient des hommes. La majorité avaient un statut OMS inférieur à 2 (89%). Cinquante-cinq patient (79%) avaient une cirrhose sous-jacente, 75% de cause non-virale, 15% de cause virale et 10% de causes mixtes. Quarante sept patients (85%) avaient une cirrhose CHILD A. Avant l'initiation du traitement, 18 patients (33%) avaient des varices œsophagiennes. Sur les 59 patients évaluables pour le moment, avec un suivi de 12,2mois, 63% avaient un contrôle de la maladie, 17% avaient une réponse partielle et 3% une réponse complète. Six patients ont arrêté le traitement pour toxicité, 8 pour aggravation de la fonction hépatique et 4 suite à des saignements digestifs. Soixante-deux pourcents des patients ont pu bénéficier d'une 2ème ligne de traitement à la progression.

Conclusion : Dans cette étude de vie réelle en population française, l'Atezolizumab en association au Bevacizumab est efficace avec une tolérance correcte. Plus de la moitié des patients ont pu bénéficier un traitement de 2ème ligne après progression. Une analyse complémentaire de la survie et de la tolérance sera présentée lors du congrès.

P.049

Intelligence artificielle et transplantation rénale : prédire l'insuffisance rénale chronique

P. Carrier [(1)], V. Loustaud-Ratti [(1)], M. Debette-Gratien [(1)], P. Maurel [(1)], A. Prémaud [(1)], A. Rousseau [(1)], M. Essig [(2)], C. Rigaud [(1)], C. Silvain [(3)], X. Causse [(4)], J. Jacques [(1)], P. Marquet [(1)], E. Salamé [(5)], J.B. Woillard [(1)]

(1) Limoges ; (2) Boulogne-Billancourt ; (3) Poitiers ; (4) Orléans ; (5) Tours.

Introduction : L'insuffisance rénale, aiguë ou chronique est un enjeu majeur de la période post-transplantation d'organe, notamment hépatique. Elle doit être prévenue et anticipée, notamment par le biais de moyens prédictifs.

Matériels et Méthodes : Sur une base disponible de 160 patients, nous avons utilisé une approche de Machine Learning, basée sur les algorithmes xgboost, modèles linéaires généralisés et SVM pour prédire l'insuffisance rénale chronique post-transplantation hépatique (IRCPTH). Celle-ci était définie par un MDRD inférieure à 60 mL/minute/1,73m^2. Un data spliting a été effectué pour séparer les données en un groupe d'entrainement (119 patients) et un groupe d'évaluation (41 patients). Les hyperparamètres des algorithmes xgboost, et SVM ont été optimisés par validation croisée (10 sets). Le choix de l'algorithme le plus approprié s'est fait par validation croisée sur la base d'entrainement. Finalement, le meilleur algorithme a été évalué dans la base de validation et ses performances en termes d'AUC ROC, sensibilité et spécificité ont été étudiées. Des variable importance plot ont permis d'évaluer les variables prédictives.

Résultats : L'algorithme xgboost permettait d'avoir les meilleures performances dans la prédiction de l'IRCPTH en crossvalidation dans la base d'entrainement avec AUC ROC=0,73, sensibilité=78 % et spécificité=69% (vs GLM : AUC ROC = 0,71, sen=61%, sp=81%[JBW1] ; et SVM : AUROC 0,73, sen=68 %, sp=67 %). [A2] L'évaluation de Xgboost dans la base test montre une AUC ROC=0,78, sen=25 %, une sp=[JBW3] 93 %. Les trois algorithmes ont mis en évidence comme principal facteurs de risque lié à l'événement l'insuffisance rénale pré-transplantation.

Conclusion : Les performances prédictives observées dans cette étude étaient proches de celles de la littérature étudiées pour l'insuffisance rénale aiguë post-transplantation (Zhang et al.). Nous avons pour projet d'étudier une cohorte plus importante, dans le but d'élaborer un outil prédictif plus performant.

P050

Les CHRS sont-ils des réservoirs de fibrose sévère ? À propos d'une expérience de dépistage en Bourgogne

J. Pont [1], P. Mélin [2], V. Monot [1], L. Garbet [1], J. Sainty [1]

(1) Dijon ; (2) Saint-Dizier.

Introduction : En France, le surpoids concerne 30 % de la population et l'obésité ne cesse d'augmenter passant de 8,5 % des adultes en 1997 à 17 % en 2020, atteignant même 20% dans certaines régions. Qu'en est-il dans les CHRS ?
Rappel : les CHRS sont des centres d'hébergement et de réinsertion sociale.

Patients et Méthodes : Une équipe de bénévoles de SOS hépatites et maladies du foie accompagnée d'une infirmière en hépatologie a mené une action à Dijon dans plusieurs structures de type CHRS. Cette action a permis d'aller au devant des populations défavorisées, souvent avec des antécédents de consommation excessive d'alcool.
L'objectif était de proposer des dépistages des hépatites B et C par TROD mais aussi un examen d'élastométrie avec un FibroScan® équipé du CAP pour dépister stéatose et fibrose.
Les structures visitées étaient : le Renouveau, l'accueil de jour de la SDAT, la Manutention (SDAT), le Centre de Santé Polyvalent (SDAT), chacune sur une demie journée.

Résultats : 42 personnes ont été vues, 90% d'hommes, 10% de femmes.
La prévalence du surpoids et de l'obésité dépasse les chiffres relevés en population générale. 57% des personnes vues sont en surpoids ou obèses, respectivement 24% et 33% (tous degrés d'obésité confondus).
Si l'on analyse les résultats des FibroScan® parmi le groupe des obèses :
- Pour la stéatose, la moyenne est à 314 (225 - 390)
- Pour la fibrose, la moyenne est à 9kPa (4,3 - 20,7)

Dans le groupe en surpoids :
- La moyenne stéatose est à 270 (169 - 317)
- La moyenne fibrose est à 5 kPa (4- 8,6)

Dans le groupe avec IMC normal :
- La moyenne stéatose est à 254 (195 - 366)
- La moyenne fibrose est à 7kPa (3,1 - 25,5)

Dans le groupe avec un IMC en dessous de la moyenne :
- Moyenne stéatose à 195 (187 - 203)
- Moyenne fibrose à 4,5 kPa (2,8 - 5,9)

Discussion : cette population a majoritairement un passif de maladie alcoolique plus ou moins long, est sevrée depuis plus ou moins longtemps.
Incontestablement, il ne s'agit pas de NASH arrosée mais plutôt d'alcool « nashé », donc ce qu'on appelle désormais MetALD. On remarque que le poids a un impact significatif sur les résultats du FibroScan®.
Cet échantillonnage de population ne permet pas de tirer des conclusions, d'autres actions dans ce type de structures permettrait de valider ces résultats.
Cependant ces personnes sont très précaires, certaines dorment dehors, et disent rechercher une alimentation bon marché en priorité, souvent calorique, incompatible avec l'état de leur foie.

Conclusion : NASH arrosée ou alcool avec NASH, cette population présente des atteintes sérieuses du foie pour la plupart. Ce sont des populations à dépister prioritairement pour les maladies du foie et à accompagner pour l'amélioration de leur alimentation.

P051

Encéphalopathie hépatique au cours de la cirrhose en unité de soins intensifs : impact pronostique des facteurs précipitants

M. de Matharel [1], C. Bouzbib [1], P. Sultanik [1], S. Mouri [1], N. Weiss [1], L. Kheloufi [1], D. Thabut [1], M. Rudler [1]

(1) Paris.

Introduction : L'encéphalopathie hépatique (EH) est une complication sévère de la cirrhose, dont le mécanisme physiopathologique central est l'hyperammoniémie. Son traitement repose sur la recherche et le traitement de facteurs précipitants, et un traitement hypoammoniémiant. La valeur pronostique de l'existence ou non d'un facteur précipitant de l'EH est inconnue. Le but de cette étude était d'explorer l'influence de la présence et du type de facteurs précipitants sur le pronostic de l'EH.

Patients et Méthodes : Étude monocentrique, utilisant des données collectées prospectivement auprès de 497 patients (pts) atteints d'une cirrhose, admis en unité de soins intensifs (USI) d'hépatologie entre janvier 2019 et mars 2022. Les critères d'inclusion étaient la cirrhose, une EH définie par un score de West-Haven (WH) 2 et une ammoniémie 50 mol/L. Les facteurs précipitants d'EH considérés étaient : hémorragie digestive (HD), infection, insuffisance rénale (IR), déshydratation, hyponatrémie, constipation, arrêt du traitement hypoammoniémiant, présence d'un TIPS, prise de médicament pourvoyeur d'EH. Le critère principal de jugement était la survie sans TH. Les critères secondaires de jugement étaient la récidive de l'EH, la ré-hospitalisation et l'analyse des facteurs associés à la survie sans TH, la récidive d'EH et la ré-hospitalisation.

Résultats : Parmi les 497 pts hospitalisés en USI pendant cette période, 179 ont été inclus (hommes 72%, âge 59 ans, cause de cirrhose alcool (OH) pure/Mixte (OH+NASH) / MASLD/autre 41/21/6/32%, Child A/B/C 1/18/81%, WH 2/3/4 dans 63/15/22% des cas, et score de MELD 23. Les motifs d'hospitalisation étaient : HD (32%), trouble neurologique (27%), insuffisance hépatique (25%), infection (8%), IR (8%). Tous les patients présentaient au moins un facteur précipitant de l'EH : infection (64%), IR (63%), prise de médicament pourvoyeur d'EH (41%), HD (36%), hyponatrémie (22%), présence d'un TIPS (12%), constipation (1%). La survie médiane sans TH était de 0,8 mois. Les facteurs indépendants associés au décès ou à la TH étaient le nombre de facteurs précipitants (HR= 1,31 ; IC [1,08-1,59], p=0,005), la présence d'une insuffisance rénale (HR 2,09 IC [1,41-3,10], p<0,001) ou d'une infection (HR=1,72 ; IC [1,14-2,60], p=0,010). Le taux de ré hospitalisation était de 73%. Le seul facteur indépendant associé à la ré hospitalisation était le nombre de facteur précipitant (HR=1,56 ; IC [1,15-2,13], p=0,005). La récidive d'EH était de 40% au cours du suivi. Les facteurs associés à la récidive d'EH étaient l'étiologie MASLD (HR=3,94 ; IC [1,33-11,68], p=0,013), et la pose de TIPS au cours de l'hospitalisation (HR=2, 91 ; IC [1,00-8,45], p=0,049).

Conclusion : Dans notre série, tous les pts avec EH admis en USI présentaient au moins un facteur précipitant, la majorité d'entre eux en ayant plusieurs. Le nombre de facteurs précipitants, une insuffisance rénale ou une infection étaient indépendamment associées à une plus forte mortalité. Une recherche systématique de tous les facteurs précipitants d'EH connue doit être proposée à tous les pts atteints de cirrhose admis en USI.

P052

Le sevrage d'alcool hospitalier dans les 3 mois suivant une hépatite alcoolique aiguë améliore la survie sans greffe de foie à un an : une analyse rétrospective nationale 2012-2021

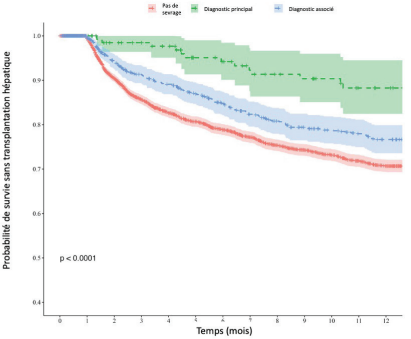
L. Parlati [1], C. Mouliade [1], S. Bouam [1], E. Nguyen-Khac [2], M. Corouge [1], D. Karinthi [1], A. Benyamina [1], A. Vallet-Pichard [1], V. Dhalluin [1], P. Mathurin [3], P. Sogni [1], S. Pol [1], V. Mallet [1]

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

Introduction : Il y a une incertitude, en raison de données limitées et contradictoires, sur les bénéfices du sevrage complexe d'alcool dans les 3 mois suivant une hépatite alcoolique sévère (HAS).

Matériels et Méthodes : Nous avons mené une étude longitudinale de 2012 à 2021 portant sur l'ensemble des patients diagnostiqués avec une hépatite alcoolique et un ictère et au moins un des critères suivants : insuffisance hépatique, cirrhose décompensée, défaillance d'organe extra-hépatique ou biopsie hépatique transjugulaire. Notre objectif était d'évaluer la probabilité de survie à un an sans transplantation hépatique après HAS. La principale variable d'exposition était la réalisation d'un sevrage hospitalier dans les 3 mois après HAS ou son absence. Les patients décédés (n=1 539, 19,7 %) ou ayant un suivi ≤ 4 semaines (n=792, 10,2 %) après HAS ont été exclus de l'analyse. Les associations ont été évaluées avec des modèles de Cox multivariés dans l'échantillon complet et dans un sous-échantillon apparié par propension pour les caractéristiques démographiques, les comorbidités sévères et la sévérité de la maladie.

Résultats : L'échantillon comprenait 5 462 patients. L'âge médian était de 53 ans, et la majorité (72 %) était des hommes. Au cours de la période d'observation (60 918,16 patients-années), 26 % des patients étaient décédés ou avaient eu une transplantation hépatique. Le sevrage d'alcool était enregistré comme diagnostic principal dans 2,5 % des cas et comme diagnostic associé dans 14 % des cas. Les probabilités de survie à un an variaient, et étaient de 84 % lorsque le sevrage était enregistré comme diagnostic principal, de 73 % lorsqu'il était enregistré comme diagnostic associé, et de 66 % en l'absence d'enregistrement (p <0,001 selon le test du log-rank, figure 1). Un sevrage d'alcool enregistré comme diagnostic principal était associé à une réduction de 56 % du risque de décès ou de transplantation hépatique à 1 an [rapport de risque ajusté 0,44 (IC à 95 % 0,25-0,77) p =0,004]. Un sevrage enregistré comme diagnostic associé était associé à une réduction de 20 % du risque de décès ou de transplantation hépatique à un an [aHR 0,80 (IC à 95 % 0,67-0,94) p=0,007]. Les rapports de risques étaient semblables dans la cohorte appariée par score de propension.



Pas de sevrage	6,673	4,554	3,969	3,643	3,447	3,304	3,165	3,036	2,909	2,826	2,728	2,635	2,556
Diagnostic principal	146	135	126	123	118	106	103	97	93	91	87	82	80
Diagnostic associé	954	766	690	650	625	600	571	543	523	505	490	477	463

Conclusion : Le sevrage d'alcool à l'hôpital dans les 3 mois suivant une HAS améliore la survie sans transplantation à un an. Actuellement, seulement 16 % des patients ont accès à ce traitement après une HAS en France.

P053

Évolution des étiologies et du pronostic des carcinomes hépatocellulaires

M. Khanfour [1], L. Amer [1], E. Mikhael [1], S. El Helou [1], R. Slim [1], K. Honein [1], J. Amara [1], E. Mahfouz [1], C. Yaghi [1]

(1) Beyrouth, LIBAN.

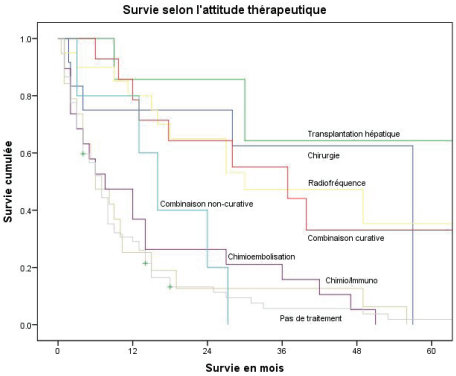
Introduction : Le carcinome hépatocellulaire (CHC) est la quatrième cause mondiale de mortalité par cancer. Les hépatopathies virales représentaient 80% des étiologies incriminées dans le développement des CHC. L'étiologie éthylique était responsable de 11% des cas de CHC. Actuellement, la stéatohépatite non alcoolique (NASH) est devenue une cause majeure de ce type de cancer vu l'augmentation de sa prévalence. Ceci est prouvé dans une étude épidémiologique réalisée sur une période allant de 2000 à 2015. Ces modifications sont aux dépens des hépatites grâce à une meilleure couverture vaccinale. L'objectif de cette étude est de déterminer l'évolution de la répartition étiologique du CHC, ainsi que celle des caractéristiques socio-démographiques, des attitudes thérapeutiques et du pronostic selon les différentes périodes étudiées.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude observationnelle épidémiologique des cas de CHC diagnostiqués entre 2000 et 2023. Elle est monocentrique et la population étudiée est constituée des patients diagnostiqués de CHC entre 2000 et 2023, répartie sur trois périodes: la première (P1) allant de 2000 à 2005, la deuxième (P2) de 2006 à 2015 et la troisième (P3) de 2015 à 2023.

Résultats : La population globale étudiée est constituée de 275 patients. Les données socio-démographiques des populations réparties sur les trois périodes, ainsi que les caractéristiques de leur hépatopathie et l'étiologie des CHC sont représentées dans le tableau suivant.

		P1 (n=92)	P2 (n=100)	P3 (n=83)	valeur-p
Hommes N (%)		78 (84,8%)	79 (79,0%)	74 (89,2%)	0,16
Age de diagnostic de cirrhose			61,1 +/- 11,0	63,0 +/- 12,4	0,3
Age de diagnostic du CHC		60,5 +/- 11,1	64,4 +/- 10,9	66,5 +/- 10,6	< 0,001
Durée entre diagnostic de l'hépatopathie et celui du CHC (mois)		15,3 +/- 30,0	44,4 +/- 59,4	38,3 +/- 60,8	< 0,001
Causes N (%)	Virale	71 (77,2%)	61 (61%)	20 (24,1%)	< 0,001
	NASH	3 (3,3%)	24 (24%)	39 (47,0%)	
	Alcool	7 (7,6%)	9 (9%)	8 (9,6%)	
	Autre	4 (4,3%)	4 (4%)	0	
	Inconnue	7 (7,6%)	2 (2%)	16 (19,3%)	
CHC comme première presentation de cirrhose N (%)		49 (57,65%)	34 (34,69%)	30 (39,47%)	0,005
Score de Child-Pugh au diagnostic N (%)	A	31 (34,83%)	34 (37,78%)	27 (42,19%)	0,004
	B	35 (39,33%)	37 (41,11%)	19 (29,69%)	
	C	23 (25,84%)	19 (21,11%)	18 (28,12%)	

67 (40,9%) des patients ne sont pas traités, 54 (32,9%) ont reçu un traitement à visée curative représenté par l'hépatectomie, la transplantation, le traitement par radiofréquence ou une combinaison de traitements curatifs, et 43 (26,2%) ont reçu un traitement non curatif dont la chimiothérapie, l'immunothérapie, la chimioembolisation ou une combinaison de traitements non-curatifs.



La meilleure survie est observée en P2 avec une durée moyenne de 25,6 +/- 30,5 mois, suivie par P1 avec 15,4 +/- 21,5 mois et P3 avec 13,0 +/- 15,9 mois. La survie des patients ayant reçu un traitement curatif est de 33,3 +/-31,1 contre 12,0 +/- 15,4 mois chez les patients non traités ou dont le traitement n'est pas curatif. La survie des patients selon l'attitude thérapeutique choisie est exposée dans le graphe 1, la meilleure étant en cas de transplantation avec une durée moyenne de 45,0 +/- 50,3 mois, et la plus courte de 10,6 +/- 14,3 mois chez ceux qui n'ont pas été traités. On note une réduction de la survie des CHC diagnostiqués à partir de 2019 ; elle est en moyenne de 9,7 +/- 12,1 mois.

Conclusion : Il existe une diminution des CHC causés par des hépatopathies virales. D'autre part on note une importante augmentation de ceux liés à la NASH. Ces résultats mettent en évidence l'efficacité du programme de dépistage et de traitement des hépatites virales. De plus la diminution du CHC comme première manifestation de la maladie montre une bonne stratégie de surveillance des hépatopathies chroniques. La survie des patients diagnostiqués de CHC est la meilleure entre 2007 et 2015 avec une rechute entre 2016 et 2023 et surtout entre 2019 et 2023, période marquée par la crise économique ainsi que l'émergence du virus du Covid 19. Cette relation reste à préciser ultérieurement.

P054

Hépatites médicamenteuses : profil étiologique et prise en charge thérapeutique

H. Oubella [1], H. El Bacha [2], S. Mechhor [2], M. Cherkaoui [2], N. Benzzoubeir [2], I. Errabih [2]
(1) Rabat ; (2) Rabat, MAROC.

Introduction : L'hépatotoxicité médicamenteuse est une des principales formes de pathologie iatrogène, qui est souvent sous-diagnostiquée. De nombreux médicaments sont incriminés et peuvent causer des atteintes hépatiques reproduisant l'ensemble de la pathologie non iatrogène du foie, et qui peut aller d'une simple perturbation transitoire du bilan hépatique jusqu'à l'hépatite fulminante engageant ainsi le pronostic vital. Le but de notre travail est d'étudier le profil étiologique et la prise en charge thérapeutique des hépatites médicamenteuses.

Matériels et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive monocentrique s'étendant de janvier 2010 à août 2023 colligeant les malades ayant une hépatite médicamenteuse au sein de notre service.
Le diagnostic était basé sur l'élimination des causes infectieuses, immunologiques et toxiques des hépatites. Pour tout patient, des sérologies virales des virus hépatotropes et une enquête de pharmacovigilance ont été faits avant de conclure à l'origine médicamenteuse.

Résultats : 194 patients ont été inclus dans notre étude, l'âge moyen était 44.2 ans avec des extrêmes entre 23 et 84 ans. Une prédominance féminine était observée avec 110 femmes (56.7%) contre 84 hommes (43.2%) soit un sexe ratio F/H de 1.3.
L'atteinte hépatique était de découverte fortuite lors d'un bilan biologique de contrôle dans 59 cas (30.4%), Dans les autres cas, les manifestations cliniques étaient dominées par l'ictère chez 112 patients (57.7%), suivi d'asthénie chez 42 patients (21.6%), le prurit a été noté dans 35 cas (18%) et la fièvre dans 17 cas (8.7%). Le bilan hépatique a montré une cytolyse dans 97 cas (50%), une atteinte mixte chez 74 malades (38.1%), et une cholestase chez 23 patients (11.8%). Le délai de survenue des signes cliniques ou biologiques d'hépatotoxicité était de 03 j à 09 mois. Il s'agissait d'une hépatite aigue grave dans 70 cas (36%) ; dont 48 cas (24.7%) une hépatite fulminante. Dans tous les cas les sérologies virales ont été négatives. La ponction biopsie du foie était en faveur d'une hépatite médicamenteuse dans 35 cas (18%). Les principaux médicaments incriminés étaient les antituberculeux dans 110 cas (56.7%), suivis des immunosuppresseurs en particulier l'azathioprine dans 44 cas (22.6%), puis le paracétamol dans 23 cas (11.8%) les antidépresseurs dans 6 cas (3%), et les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) dans 3 cas (1.5%). D'autres médicaments étaient moins fréquemment associés à une perturbation du bilan hépatique, tels que : l'allopurinol, fluconazole (1 cas : 0.5%), antithyroïdiens de synthèse (1 cas : 0.5%), antiépileptiques (Carbamazépine) (1 cas : 0.5%), hypolipémiant (1 cas : 0.5%), ciprofloxacine (1 cas : 0.5%), anti TNF (Adalimumab) (1 cas : 0.5%), et les anti-angoreux (1 cas : 0.5%).
L'arrêt du traitement en cause a été envisagé chez tous les malades. Les patients présentant une hépatite aigue fulminante ont été pris en charge en réanimation, la N-acétylcystéine a été instaurée chez les malades admis pour hépatite due au paracétamol. L'évolution était favorable chez 160 malades (82.4%), alors que 34 malades (17.5%) sont décédés.

Conclusion : L'hépatite médicamenteuse est une situation délicate vu sa présentation polymorphe et la diversité des médicaments prescrits potentiellement hépatotoxiques. Leur diagnostic repose sur l'élimination des autres causes possibles de perturbation du bilan hépatique, une chronologie suggestive ou compatible entre l'administration du médicament et l'apparition de l'hépatite et l'évolution favorable après l'interruption du médicament. La prévention s'impose par le respect des règles de prescription, le dépistage précoce des signes d'intolérance thérapeutique et le suivi rigoureux de l'évolution sous traitement.

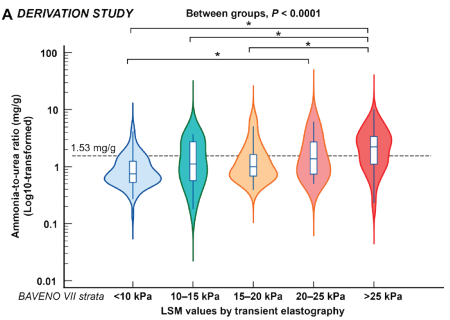
P055

Le rapport ammoniémie/urée (A/U) plasmatique : un score non invasif de première intention pour la détection d'une hypertension portale cliniquement significative chez les patients atteints d'hépatopathie chronique

A. Oussalah [1], H. Ouahbi [1], V. Haghnejad [1], F. Barbé [1], J.L. Guéant [1], J.P. Bronowicki [1]
(1) Vandœuvre-lès-Nancy.

Introduction : La mesure de l'ammonium dans le sérum ou le plasma a été largement débattue dans le domaine de l'hépatologie. Bien que ce paramètre biochimique soit prescrit chez les patients présentant une décompensation hépatique, son utilité clinique est obérée par plusieurs considérations, notamment celles liées au prélèvement des échantillons, aux conditions de transport, à la précision de la mesure et aux résultats mitigés des études ayant évalué sa valeur prédictive positive. La détoxification hépatique de l'ammonium se produit principalement dans le foie par le biais du cycle de l'urée, un élément crucial de la fonction de synthèse du foie qui convertit l'ammonium en urée. Par analogie avec une réaction enzymatique simplifiée, le rapport ammoniémie/urée (A/U) plasmatique, exprimé en milligramme d'ammoniémie par gramme d'urée (mg/g), pourrait être considéré comme un d'indicateur de l'efficacité du cycle de l'urée qui peut être entravé par l'hypertension portale et l'insuffisance hépatique. Bien que plusieurs études aient examiné la valeur diagnostique et pronostique de l'ammoniémie chez les patients atteints de cirrhose, aucune étude n'a évalué la performance diagnostique du rapport A/U plasmatique dans ce contexte. L'objectif de l'étude était d'évaluer et de comparer les performances diagnostiques et pronostiques du rapport A/U plasmatique à l'ammoniémie seule sur 25 critères d'évaluation liés à l'hépatopathie chronique.

Patients et Méthodes : Nous avons réalisé une étude de dérivation et avons validé le résultat le plus pertinent dans une étude de validation. Dans l'étude de dérivation, nous avons réalisé une comparaison directe du rapport A/U plasmatique avec l'ammoniémie sur 25 critères d'évaluation dans le cadre d'une étude observationnelle sur des patients consécutifs atteints d'hépatopathie chronique avancée. Ces critères d'évaluation ont concerné : 1) les antécédents de complications liées à la cirrhose ; 2) les signes cliniques et radiologiques relatifs à la cirrhose lors de l'hospitalisation index ; et 3) la nécessité du recours aux traitements de l'encéphalopathie hépatique et le pronostic des patients. Dans l'étude de validation, nous avons évalué la précision diagnostique du rapport A/U plasmatique pour l'identification de l'hypertension portale cliniquement significative (HPCS) selon les critères BAVENO VII.



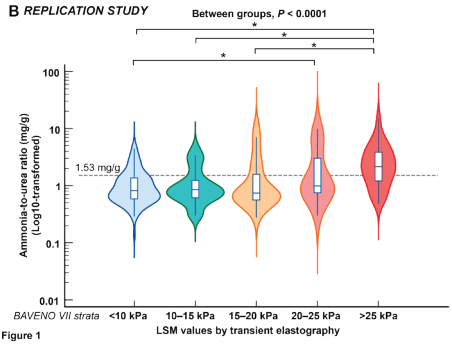


Figure 1

Résultats : Dans l'étude de dérivation, le rapport A/U plasmatique > 1,53 mg/g (seuil définit en analyse ROC), mais pas l'ammoniémie plasmatique, a montré une bonne performance diagnostique pour détecter des signes d'imagerie suggérant une hypertension portale (odds ratio diagnostique [dOR] = 4,04 ; IC à 95 %, 1,98-8,24 ; P<0,0001) et une HPCS (dOR = 5,71 ; IC à 95 %, 2,87-11,37 ; P<0,0001). Dans l'étude de validation, un rapport A/U plasmatique > 1,53 mg/g avait un dOR de 9,42 (IC 95 %, 4,63-19,21 ; P<0,0001) pour le diagnostic d'une HPCS (Figure 1). En analyse multivariée, en comparaison aux critères BAVENO VII, seul le rapport A/U plasmatique > 1,53 mg/g était indépendamment associé avec la présence de varices œsophagiennes (dOR = 4,44 ; 95% CI, 1,44-13,72 ; P=0,01) et d'une gastropathie d'hypertension portale (dOR = 9,33 ; 95% CI 2,65-32,92 ; P=0,0005).

Conclusion : La présente étude apporte des preuves de l'utilité du rapport A/U plasmatique en tant qu'indicateur non invasif de première intention pour détecter une HPCS, les varices œsophagiennes et la gastropathie hypertensive chez les patients atteints d'une hépatopathie chronique.

P056

Résultats de la grossesse chez les patientes souffrant d'hypertension portale : à propos d'une série observationnelle et revue de la littérature

H. Aouroud [(1)], J. Rizkou [(1)], M. Aouroud [(1)], F.E. Lairani [(1)], O. Nacir [(1)], A. Ait Errami [(1)], S. Oubaha [(1)], S. Zouhour [(1)], K. Krati [(1)]

(1) Marrakech, MAROC.

Introduction : La grossesse chez les patientes souffrant d'hypertension portale nécessite une attention particulière. Nous avons analysé les causes de l'hypertension portale, les complications et les issues de la grossesse chez ces patientes.

Patients et Méthodes : Nous avons analysé rétrospectivement les dossiers de patientes enceintes souffrant d'hypertension portale prises en charge par les services d'hépatologie et d'obstétrique de notre hôpital de janvier 2006 à décembre2019.

Résultats : Sur 75 grossesses chez 57 femmes souffrant d'hypertension portale au cours de la période d'étude, l'âge était de 25 ans. (17-35) ans (intervalle médian) et toutes étaient des grossesses uniques. 63 % étaient des primigestes et près des deux tiers des femmes avaient déjà reçu un diagnostic d'hypertension portale. 48 % avaient une cirrhose, 32 % une obstruction de la veine porte extrahépatique, 12 % une hypertension portale intrahépatique non cirrhotique et 8 % un syndrome de Budd Chiari. 43 % ont eu des complications pendant la grossesse : ascite dans 10 (12 %), hémorragie gastro-intestinale 8 (10 %) (4 au 2e trimestre, 3 au 3e trimestre, 1 immédiatement après l'accouchement), péritonite bactérienne spontanée 7 (8 %), ictère 6 (7 %), lésion rénale aiguë 4 (5 %) . Deux saignements du 2e trimestre et 1 saignement du 3e trimestre ont été traités par endothérapie. L'âge gestationnel à l'accouchement était de 37 (30-41) semaines. 2 patients sont sortis dans un état terminal avec une aggravation du sepsis et une insuffisance rénale. 83 % des grossesses ont donné lieu à des naissances vivantes, dont 55 % ont eu lieu par césarienne. Il y a eu 6 avortements (3 au 1er trimestre, 3 au milieu du trimestre) et 6 autres mortinaissances.

Conclusion : La prise en charge spécialisée de la grossesse chez les patientes souffrant d'hypertension portale conduit à de bons résultats maternels. 50% de nos patients souffraient de maladies vasculaires hépatiques à l'origine d'une hypertension portale. Les résultats fœtaux doivent être encore améliorés.

P057

« Le French Gut » : une étude « big data » métagénomique nationale pour une meilleure compréhension du triptyque « symptômes digestifs, alimentation et microbiote intestinal »

S. Fromentin [1], A. Hiol [1], M. Almeida [1], P. Veiga [1], J.M. Sabaté [2], J. Doré [1], M. Benallaoua [2], R. Benamouzig [2]

(1) Jouy-en-Josas ; (2) Bobigny.

Introduction : La dysbiose (déséquilibre du microbiote intestinal) est associée à la présence de pathologies chroniques, notamment digestives (IBS, MICI, cancer colorectal). Le relativement faible nombre d'échantillons analysés à ce jour, la faible reproductibilité des méthodes d'analyse utilisées et le caractère le plus souvent transversal des études disponibles empêchent de conclure sur un possible lien de causalité. Le projet « Le microbiote français : Le French Gut » initié en Septembre 2022 a pour but de collecter et analyser le microbiote intestinal de 100 000 résidants français d'ici 2027 en utilisant les meilleurs standards méthodologiques disponibles ; en association au recueil de données d'habitudes alimentaires, des habitudes de vie et des données de santé passées, présentes et futures grâce au Système National des Données de Santé (SNDS).

Patients et Méthodes : Les volontaires sont recrutés via un portail internet (www.lefrenchgut.fr) avec un recueil du consentement éclairé puis d'un set minimal de données démographiques, cliniques et nutritionnelles. Des informations sur les symptômes digestifs et les caractéristiques de selles sont recueillies afin d'analyser le triptyque microbiote intestinal, alimentation, symptômes digestifs. Des questionnaires additionnels sont aussi proposés. Le remplissage complet du questionnaire initial déclenche l'envoi du kit de recueil des selles développé pour cette étude. Après transmission des tubes d'échantillons fécaux reçus par le CRV de l'hôpital Avicenne (AP-HP) vers la plateforme MGP INRAE, une étude métagénomique « shotgun » permettra d'établir le profil microbien de l'échantillon aux différents rangs taxonomiques (du phylum jusqu'à l'espèce et la souche) ainsi que les modules fonctionnels, correspondant à des voies métaboliques codées par les gènes. Les méthodes statistiques utilisées seront des analyses descriptives, univariées et multivariées, supervisées ou non supervisées, ainsi que des modèles avec apprentissage (IA).

Résultats : La phase pilote a permis de recruter 3581 premiers participants en moins d'une semaine couvrant toutes les régions métropolitaines françaises dont 195 (5.4%) déclaraient présenter une maladie digestive et 48 (1.3%) plusieurs. Les maladies digestives les plus fréquentes étaient le SII (n=108, 3%), le RGO (n=49, 1,3%) et les MICI (n=48, 1,3%). Les patients déclarant présenter une maladie digestive présentaient un score DSFQ de fréquence de symptômes digestifs plus élevé (8,7 vs 5,6 ; p<2.2e-16) avec une augmentation des douleurs abdominales (p<2.2e-16), des ballonnements (p<2.2e-16) et des borborygmes (p=9,1 e-6). La présence d'une diarrhée chronique et/ou d'une constipation chronique étaient plus fréquente dans cette population (p<2.2e-16 et p=2e-07 respectivement) et le score de Bristol plus fréquemment situé vers les extrêmes (p=8.5e-09). Les patients avec SII présentaient un DSFQ supérieur aux autres patients (10,0), une consommation plus faible de fruits entiers (115 vs 160 g/jour ; p < 0,001), de légumes crus (91 vs 127g/jour ; p < 0,001) et une consommation plus élevée d'eau (371 vs 328ml/jour ; p < 0,001). Parmi les participants ne déclarant pas de maladies digestives, 55% avaient un score DSFQ élevé (DSFQ>5) témoignant cependant d'un inconfort digestif. Aucune différence n'a été observé en ce qui concerne le comportement alimentaire, IMC, l'âge ni le sexe en comparaison avec les participants ayant un DSFQ<5. L'extraction et le séquençage de l'ADN fécal a été réalisé et les analyses du microbiote sont en cours.

Conclusion : Les volontaires participant au projet « le FrenchGut » déclarant présenter une maladie digestive présentent logiquement des symptômes intestinaux plus fréquents et plus importants avec un transit altéré en comparaison avec les participants ne déclarant pas de maladie digestive. Ces volontaires ont une alimentation modifiée avec une restriction en produits laitiers, en fruits entiers et en légumes crus. Les chiffres de la phase pilote permettent d'extrapoler le recrutement de plus de 3000 volontaires atteints de SII et plus de 1300 atteints de MICI lorsque le projet aura atteint son objectif de 100 000 participants ainsi que le recrutement de plusieurs dizaines de milliers d'autres participants sans maladie digestive diagnostiquée mais avec une haute fréquence de symptômes digestifs. L'analyse du microbiote intestinal va permettre d'étudier le profil intestinal de ces patients avec inconfort digestif, en lien avec leur alimentation et leur mode de vie. Le lancement de projet ancillaires ciblés avec des recrutements spécifiques, tel que APSSII (association des patients pour l'étude du lien avec le SII) et Microb-AI-ome (étude du rôle du microbiote sur la carcinogenèse colorectale) avec des études phénotypiques fines devraient permettre un approfondissement de cette compréhension.

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

P058

Analyse descriptive de l'IFALD et de ses facteurs associés chez des patients insuffisants intestinaux chroniques traités par nutrition parentérale à domicile et suivis au sein d'un centre labellisé

S. Frezet [1], P. Hermabessière [1], L. Kerlogot [2], E. Wilsius [2], C. Balde [1], G. Pellet [2], C. Chevrier [1], J. Castinel [2], V. de Lédinghen [2], F. Poullenot [2]
(1) Pessac ; (2) Bordeaux.

Introduction : L'IFALD (Intestinal Associated Liver Disease) est définie par la présence d'anomalie du bilan hépatique et/ou d'anomalie radiologique hépatique (signe de cirrhose ou d'hypertension portale) et/ou histologique hépatique apparaissant chez un patient atteint d'insufisance intestinale chronique (IIC) en l'absence d'autre cause d'hépatopathie. Il s'agit d'une entité floue, sans critère diagnostique précis, et avec une prévalence très variable selon les études. La mesure d'élasticité hépatique par FibroScan (FS) est la méthode de référence non invasive pour l'évaluation de la sévérité des maladies chroniques du foie. Cependant, son intérêt chez les patients porteurs d'une IIC est peu connu.
Objectifs : L'objectif principal de cette étude était d'évaluer la prévalence de l'IFALD dans un centre labellisé de nutrition parentérale à domicile (NPAD). Les objectifs secondaires étaient de déterminer les facteurs de risque d'IFALD et d'évaluer l'intérêt de la mesure de l'élasticité hépatique chez les patients suivis pour IIC.

Patients et Méthodes : Entre janvier 2007 et juin 2023, les patients adultes suivis au centre expert de nutrition du CHU de Bordeaux pour IIC et traités par nutrition parentérale (NP) ont été inclus de manière consécutive et prospective. Les patients ayant une maladie chronique du foie connue ont été exclus. Tous les patients ont bénéficié d'une mesure d'élasticité hépatique par FibroScan en plus du suivi clinique, biologique et morphologique habituel. La définition de l'IFALD était la suivante : cytolyse hépatique (ASAT et/ou ALAT > 1,5N) et/ou une cholestase (PAL et GGT > 1,5N) et/ou des signes radiologiques ou histologiques de maladie hépatique, en l'absence d'autre cause d'hépatopathie (définition correspondant à celle des recommandations de l'European Society for clinical nutrition and metabolism (ESPEN)).

Résultats : Parmi les 145 patients suivis au centre expert de nutrition, 89 ont été inclus. L'âge (extrêmes) médian à l'inclusion était de 59 (22 – 86) ans. La principale cause d'IIC était l'ischémie mésentérique chez 16 (18 %) patients et l'entérite radique chez 14 (16 %) patients. Quarante-neuf (55 %) patients n'avaient pas le colon en continuité. La durée (extrêmes) moyenne de nutrition parentérale était de 48,6 (3-273) mois. La prévalence de l'IFALD était de 34% (29 patients). L'élasticité hépatique était normale (< 5 kPa) chez 43 (49 %) des patients, et élevée (> 10 kPa) chez 12 (14 %) des patients. En analyse multivariée, l'IFALD était associée de manière significative à l'utilisation de poche à la carte (OR: 7,04, IC95%: [1,44 – 43,64], p=0,017) et à la présence de colon en continuité (OR:0,25, IC95%: [0,07 – 0,87], p =0,029). En analyse multivariée, parmi les 89 patients, aucun facteur n'était significativement associé à une élasticité hépatique élevée. En analyse multivariée, il existait une association significative entre des valeurs normales d'élasticité hépatique et l'absence d'utilisation de poche à la carte (OR:0,06, IC95%: [0,01-0,58], p=0,015), un total calorique de NP hebdomadaire bas (OR: 0,99, IC95%: [0,99-0,99], p =0,002) et une quantité de glucose parentérale hebdomadaire basse (OR:0.91, CI95%: [0.86-0.98], p value=0.007). Il n'y avait pas d'association significative entre la présence d'une IFALD et l'élasticité hépatique.

Conclusion : La prévalence de l'IFALD dans notre centre français est peu élevée (34%) contrairement à ce qui a été précédemment décrit dans la littérature. L'absence de colon et l'usage de poche à la carte étaient des facteurs de risque d'IFALD. L'élasticité hépatique était anormale dans 51% des cas. Nous avons mis en évidence des facteurs métaboliques significativement associés à une élasticité hépatique normale. Le suivi à long terme de cette cohorte permettra d'évaluer l'intérêt pronostique de l'IFALD et de l'élasticité hépatique chez ces patients.

P059

Les facteurs déterminants dans le choix de l'hépato-gastroentérologie chez les internes en médecine : une enquête nationale

A. Achemlal [1], C. Haddad Hachimi [1], S. Azammam [1], S. Oualaalou [1], S. Akir [1], I. Karam [1], M. Amine [1], K. Boualiten [1], J.Y. Bangda Ekanga [1], C. Jioua [1], S. Berrag [1], F. Nejjari [1], T. Adioui [1], M. Tamzaourte [1]
(1) Rabat, MAROC.

Introduction : L'hépato gastro-entérologie (HGE) est une spécialité médicale qui étudie l'ensemble des maladies de l'appareil digestif. Elle comprend plusieurs branches d'étude et offre plusieurs possibilités de surspécialisation : proctologie, endoscopie interventionnelle ou encore oncologie digestive. Les éléments décisifs pour le choix de cette spécialité varient chez les internes. L'objectif de notre étude était de déterminer lesdifférents facteurs influençant le choix de l'HGE et de les comparer entre les sexes.

Matériels et Méthodes : Un questionnaire électronique comprenant 29 questions a été créé sur Google Forms® et a permis de recueillir 329 réponses provenant d'internes et de résidents en médecine, toutes spécialités confondues, issus de 7 facultés de médecine. Le questionnaire était divisé en deux parties : la première partie contenait 13 questions portant sur les caractéristiques socio-démographiques et le rapport à l'HGE durant le cursus médical; tandis que la deuxième partie ne concernait que les internes et résidents ayant choisis l'HGE. Celle-ci contenait 16 questions portant sur les différents facteurs ayant motivés ce choix. L'analyse statistique a été réalisée à l'aide du logiciel Jamovi®.

Résultats : Au total, 329 réponses provenant des principales facultés de médecine ont été récoltées : il s'agissait d'une majorité de femmes 208 (63,2) contre 121 (36,8) hommes (sex ratio F/H : 1,7) avec un âge médian de 27 ans [25 ; 28]. La majorité des participants ont déjà effectué un stage d'HGE durant leur cursus (n= 205 (62,3)), parmi eux, 90 (44,1) ont trouvé ce stage « satisfaisant ». L'HGE a déjà été envisagée comme spécialité chez plus de la moitié des participants (n= 178 (54,1)) et ce choix s'est fait lors des cours magistraux d'HGE dispensés à la faculté de médecine (n= 66 (36,9)). Chez les personnes n'ayant jamais envisagé l'HGE, les principales raisons étaient l'absence d'intérêts pour la spécialité, le fait qu'il s'agisse d'une spécialité médicale, le manque d'informations concernant la spécialité, la rémunération potentielle liée à la spécialité et enfin la non satisfaction des stages d'HGE pendant leur cursus (respectivement 59,2%, 28,9%, 13,9%, 10,4% et 10%).
Pour les internes et résidents en HGE, leur choix a été motivé d'abord par la diversité des pathologies qu'offre la spécialité (n= 79(81,4)), puis par l'aspect technique de l'endoscopie digestive (n= 73 (75,3)), la qualité de vie associée à la spécialité (n= 53(54,1)) et enfin l'aspect chirurgical associé à la proctologie (n= 36(37,1)). Les domaines qui les intéressaient le plus étaient l'endoscopie (n= 100 (69,4)) et l'hépatologie (n= 75 (52,1)). Dans l'ensemble, il était important d'avoir un mentor en HGE, peu importe le sexe (n= 116(80,6)) et le secteur libéral était celui qui était le plus envisagé (n= 124(78)). Le niveau de satisfaction par rapport à la spécialité était « satisfaisant » chez la majorité (n= 47(44,8)) et pour la plupart, un changement de spécialité n'était pas souhaitable (n= 88(92,6)). Le choix de l'HGE était plus envisagé chez les femmes que chez les hommes (70,2% vs 29,8%, p=0,004). Les participants ne choisissant pas l'HGE car c'est une spécialité médicale sont le plus souvent des hommes (56,9% vs 29,8%, p=0,002). Enfin, les participants ayant trouvé leurs stages d'HGE « satisfaisants » durant leur cursus ont plus tendance à envisager la spécialité que ceux ayant trouvé leurs stages « médiocres » (43,8% vs 6,3% p=0,009). Les participants ayant considéré l'HGE sont presque 5 fois plus intéressés par la diversité des pathologies de l'appareil digestif (OR=4,75, IC95% : 1,73-13,01, p=0,003) et ont 4 fois plus d'intérêt pour le domaine endoscopique (OR= 4,03, IC95% : 1,49-10,86, p=0,006) que ceux qui ne l'ont pas considérée.

Conclusion : Cette étude nationale a montré qu'il existe une disparité entre les sexes dans le choix de l'HGE comme spécialité. Le fait qu'il s'agisse d'une spécialité médicale peut

conduire les hommes vers une autre voie. Notre étude a aussi souligné l'importance des stages d'HGE lors du cursus médical afin de motiver les internes à rejoindre notre spécialité et a montré qu'il existe un intérêt marqué des internes pour le volet endoscopique.

P060

MEILLEURS POSTERS

Publication des mémoires de DES : expérience de Paris Île-de-France

P. Hammel [1], R. Benamouzig [2], B. Coffin [3], E. Mitry [4], R. Coriat [5], L. Abramowitz [5], A. Amiot [6], A. Bertrand [5], M. Camus-Duboc [5], F. de Castelbajac [5], A. Coilly [1], N. Darwane [5], K. Louvion [5], G. Macaigne [7], I. Rosa [8], D. Thabut [5], A. Zaanan [5], M. Saidane [5], J.M. Gornet [5]

(1) Villejuif ; (2) Bobigny ; (3) Colombes ; (4) Marseille ; (5) Paris ; (6) Le Kremlin-Bicêtre ; (7) Montfermeil ; (8) Créteil.

Introduction : La soutenance d'un mémoire devrait être suivie d'une présentation en communication orale ou affichée aux JFHOD, et idéalement, d'une publication ultérieure.
Le but de cette étude rétrospective était d'évaluer le devenir des mémoires chez les internes DES d'Hépato-Gastroentérologie d'Ile-de France (IDF).

Patients et Méthodes : l'ensemble des mémoires de DES d'Hépato-Gastroentérologie d'IDF soutenus entre 2012 et 2022 ont été revus. Une recherche a été effectuée pour savoir si le travail avait fait l'objet d'une publication ou en l'absence de publication d'une présentation au congrès des JFHOD. Le devenir professionnel des internes a également été analysé.

Résultats : Entre 2012 et 2022, 196 internes ont soutenu un mémoire de DES en IDF. Le thème était : tube digestif/MICI:40,5%, oncologie digestive:22,3%, hépatologie (CHC compris) :16,5%, explorations digestives: 7,1%, proctologie:6,1%, pancréatologie (hors cancer):6,1% et nutrition: 1,4%.
Le taux de communication du mémoire était de 85,2% qui se répartissait comme suit: publication dans une revue à comité lecture : 54,6%, communication affichée (poster) : 32,7% et orale : 19,9%. L'impact des revues était <5 dans 37,8% des cas, 5-10 dans 40,8% et > 10 dans 21,4 % des cas respectivement. L'interne occupait la place de premier auteur dans 90,4 % des cas.
L'évolution professionnelle ultérieure des internes DES était : activité libérale en IDF : 22,4% ou hors IDF : 14,9%, praticien hospitalier en IDF: 31,6% et hors IDF: 4,3%, clinicat/assistanat: 19,8%, hospitalo-universitaire: 5,3%, hors spécialité : 0,5%, étranger : 1%.

Conclusion : Les mémoires des internes DES de l'IDF ont fait l'objet d'une communication plus de huit fois sur dix. Un article original a été publié par les internes dans 54,6 % des cas, dans une revue dont l'impact était élevé (IF > 5) dans plus de 60 % des cas, et en occupant le plus souvent la place de premier auteur.

Remerciements, financements, autres :
Nous tenons à remercier tous les collègues qui ont participé au COPIL DES-HGE de Paris-IDF depuis sa création.

Caractéristiques cliniques et moléculaires de l'adénocarcinome pancréatique chez les jeunes

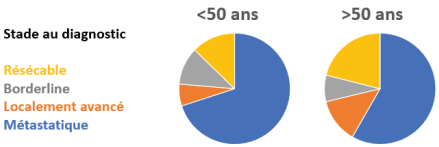
M. Remond [(1)], A. Tarabay [(2)], C. Smolenschi [(2)], M. Gelli [(2)], A. Mouawia [(2)], E. Fernandez De Sevilla [(2)], S. Cosconea [(2)], L. Tselikas [(2)], R. Barbe [(2)], A. Fuerea [(2)], M.A. Bani [(2)], M. Deloger [(2)], B. Besse [(2)], T. Pudlarz [(2)], M. Valéry [(2)], V. Boige [(2)], A. Hollebecque [(2)], M. Ducreux [(2)], A. Boileve [(2)]

(1) Paris ; (2) Villejuif.

Introduction : L'adénocarcinome pancréatique a un pronostic péjoratif et une incidence croissante, notamment chez les patients de ≤ 50 ans (≤50-PDAC). L'objectif est de décrire les caractéristiques cliniques et moléculaires (génomiques/transcriptomiques) des ≤50-PDAC, ainsi que l'accès à la médecine de précision dans cette population.

Patients et Méthodes : Une revue rétrospective des dossiers (2012-2022) a été réalisée. Le profilage moléculaire de la tumeur a été réalisé dans le cadre de l'essai MATCH-R ou STING. Il reposait sur le panel Foundation Medicine® sur une biopsie tissulaire (56%) ou biopsie liquide (44%).

Résultats : 878 patients consécutifs ont été inclus, dont 113 ≤50-PDAC. Le tabagisme était plus fréquent chez les ≤50-PDAC que chez les patients plus âgés (p=0.04). Leur état général au diagnostic (performance status) était similaire. Les ≤50-PDAC étaient plus souvent diagnostiqués au stade métastatique (70.0% vs 58,3%, p=0,04) et avec des métastases hépatiques (60,2% vs 43,9%, p<0.01). Au cours de l'histoire de la maladie, les métastases hépatiques restaient plus fréquentes chez les ≤50-PDAC (83.2 vs 67.1%, p<0.01).
Parmi les 239 patients avec maladie résécable ou borderline, 91% ont été opérés. La survie sans récidive médiane était 12,0 mois (95%CI: 10,6-14,8), similaire entre les groupes.
Parmi les 746 patients métastatiques, les ≤50-PDAC ont reçu plus de lignes (72,3% vs 58,1% ont reçu ≥ 2 lignes, p=0,04) malgré une survie sans progression en 1ère ligne similaire. Ils étaient aussi plus souvent inclus dans des essais cliniques.
La survie globale (SG) au stade métastatique, ajustée sur le sexe et la présence de métastases hépatiques, était de 12,7 mois (95%CI: 11,7-13,7), similaire entre les groupes. La SG tous stades confondus (ajustée sur le sexe, performance status et le stade au diagnostic) était de 18,1 mois, similaire chez les ≤50-PDAC (HR=0,93, 95%CI: 0,75-1,16).
312 patients ont eu un profil moléculaire, dont 49 ≤50-PDAC. Les ≤50-PDAC avaient une charge mutationnelle (TMB) moyenne plus faible (1,42 vs 2,95mut/Mb, p=0,01). La prévalence des mutations KRAS (88%) et BRCA1/2 (6,7%) était similaire, mais les ≤50-PDAC présentaient moins d'altérations de CNKN2A/B (p=0,04). La prévalence des altérations moléculaires ciblables (ESCAT I-IIIa) était similaire entre les deux groupes. Cependant, les ≤50-PDAC présentaient une plus faible durée de réponse aux thérapies ciblées (p=0,02).
Une analyse transcriptomique par RNAseq a été réalisée chez 84 patients. Nous avons également analysé des données issues de 2 cohortes (TCGA PAAD et ICGC) comprenant 128 et 150 patients. Les gènes différentiellement exprimés par les ≤50-PDAC par rapports aux cancers plus tardifs variaient fortement d'une cohorte à l'autre. Les gènes CR2 (= CD21) et HSPA6 étaient différentiellement exprimés dans 2 cohortes sur 3. Le sous type moléculaire « basal » était moins fréquent chez les ≤50-PDAC (11.0 vs 27.4%, p=0.04). L'étude des voies de signalisation montre dans les 3 cohortes une plus faible expression chez les ≤50-PDAC de systèmes de défense anti bactériens.



Conclusion : Dans notre étude, les ≤50-PDAC étaient plus souvent diagnostiqués au stade métastatique avec une prévalence plus élevée de métastases hépatiques. Leur SG était similaire à celle des plus âgés. Ils présentaient une charge mutationnelle plus faible et moins d'altérations de CDKN2A/B. Ces tumeurs présentent également un profil transcriptomique spécifique.

P062

Thrombose veineuse splanchnique compliquant une pancréatite aiguë : une étude de cohorte prospective multicentrique observationnelle

M. Guilhamet [1], H. Delgéry [2], N. Reboux [1], C. Garret [2], V. Mace [3], J.R. Risson [1], J. Meyer [2], Y. Touchefeu [2], L. Quénéhervé [2]

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

Introduction : Le développement d'une thrombose veineuse splanchnique (TVS) au décours d'une pancréatite aiguë est une complication fréquente mais dont la prise en charge n'est pas consensuelle. En effet, les méta analyses publiées sur le sujet incluent principalement des études rétrospectives et présentent des résultats divergents quant à l'efficacité de l'anticoagulation dans cette indication. L'objectif principal de cette étude prospective était de déterminer l'efficacité et la sécurité d'une anticoagulation curative dans le traitement des TVS au décours d'une pancréatite aiguë.

Matériels et Méthodes : Tous les patients adultes hospitalisés entre novembre 2020 et décembre 2022 dans 3 hôpitaux pour une pancréatite aiguë avec diagnostic de TVS ont été inclus prospectivement. La TVS était mise en évidence et caractérisée (territoire, nombre de troncs veineux, niveau d'occlusion) sur un scanner injecté au temps portal. L'introduction d'une anticoagulation curative était laissée à la discrétion du clinicien et la recanalisation était évaluée par scanner à distance de la pancréatite aiguë. La survenue de complications hémorragiques et ischémiques et la mortalité étaient recueillies.

Résultats : 70 patients (67% d'hommes, âge médian 55 ans) ont été inclus, avec un suivi médian de 15,8 mois (5,1 – 21,8), dont 54 (77%) ont été traités par anticoagulation curative. La pancréatite était jugée sévère en imagerie dans 63% des cas, avec 54% des patients admis en unité de soins intensifs. Sur le scanner de réévaluation réalisé une médiane de 2,3 mois (1,5 – 3,3 mois) après le diagnostic de pancréatite, le taux de recanalisation était de 40% (n=28), 39% chez les patients avec anticoagulation curative (n=21) et 44% chez les patients non anticoagulés (n=7), sans différence significative. Une thrombose semi-occlusive était le seul facteur indépendant associé à la recanalisation (OR 4.05, CI[1.10-16.5]). Les TVS des patients non anticoagulés étaient principalement des thromboses spléniques, avec une veine laminée. Aucune différence de taux d'évènements hémorragiques (19% contre 38%) ni de mortalité (11% contre 25%) n'a été mise en évidence entre les groupes anticoagulé et non anticoagulé. Davantage d'ischémies mésentériques ont été rapportées dans le groupe non anticoagulé (n=3) que dans le groupe anticoagulé (n=1).

Conclusion : Cette étude multicentrique de vraie vie est la plus large série prospective de TVS secondaires à une pancréatite aiguë, elle rappelle que la TVS est une complication de la pancréatite aiguë grave avec une mortalité de 14% dans toute la cohorte. Les attitudes des praticiens quant à l'anticoagulation variaient selon le type de TVS. L'analyse n'a pas montré de différence significativeen termes de recanalisation ni d'évènement hémorragique entre les patients anticoagulés et non anticoagulés. Des études prospectives de grande taille sont nécessaires pour mieux sélectionner les patients pouvant tirer un bénéfice de l'anticoagulation.

P063

Étude en vie réelle des pratiques d'utilisation des anticoagulants et de leur influence sur la survenue d'évènements thrombo-emboliques veineux dans une cohorte toulousaine de 550 patients atteints d'adénocarcinome pancréatique

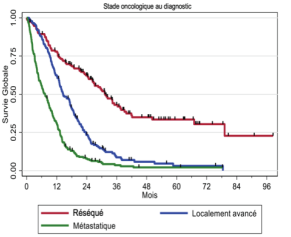
A. Albucher [1], L. Buscail [1], C. Canivet [1], A. Cavillon [1], B. Bournet [1]

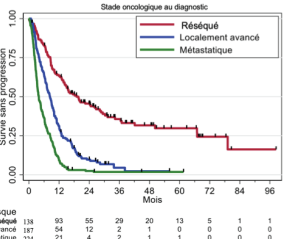
(1) Toulouse.

Introduction : L'adénocarcinome pancréatique (AP), pas son incidence en augmentation et son mauvais pronostic, est un enjeu de santé public. Étant le cancer pro-thrombogène par excellence, avec un pronostic assombri par la survenue d'un évènement thrombo-embolique veineux (ETEV) au cours du suivi, la gestion du risque thrombotique est un axe thérapeutique à privilégier.
Des recommandations récentes encadrent le traitement des ETEV, ainsi que la prescription d'une thromboprophylaxie.

Matériels et Méthodes : Nous avons constitué une cohorte prospective monocentrique de 549 patients tous porteurs d'un adénocarcinome pancréatique (un patient exclu devant absence de preuve histologique formelle). L'objectif de notre travail était d'étudier les relations entre anticoagulants / antiagrégants et la survenue d'un événement thrombo-embolique veineux dans le cadre de patients atteints d'adénocarcinome pancréatique. Par ailleurs l'objectif secondaire était de connaitre notre pratique de prescription d'une anti coagulation préventive.

Résultats : Médiane de survei globale (SG) à 12,8 mois, et de survcie sans progression (SPP) à 7,83 mois. Diminution SG et SPP entre AP localisés, localement avancés et métastatiques. Survenue ETEV dans 44,3%. Si survenue ETEV au diagnostic ou lors du suivi, diminution de la SG et SSP. Utilisation de la thromboprophylaxie > 3 mois chez 20 patients. Absence de surrisque hémorragique franc.





Conclusion : La présente étude confirme la prévalence élevée des évènements thrombotiques veineux au cours de l'adénocarcinome pancréatique. Nous avons pu démontrer aussi l'impact pronostic majeur de ces évènements thrombo-emboliques, notamment au diagnostic mais aussi au cours du suivi avec une forte diminution de la survie globale et de la survie sans progression. En parallèle, malgré plusieurs recommandations reconnues, notre étude met en évidence une sous-prescription de l'anticoagulation préventive au diagnostic oncologique, alors même que l'impact de l'évènement thrombotique veineux dès le diagnostic est péjoratif. Enfin nous avons pu constater que la prescription des anticoagulants n'augmente pas le risque de complication lié à ce traitement notamment le risque hémorragique.

P.064

Évaluation du séquençage de nouvelle génération (NGS) pour le diagnostic d'anomalies génomiques présentent dans le liquide des kystes pancréatiques : résultats préliminaires d'une étude prospective, multicentrique

A. Laquière [1], D. Karsenti [2], J. Privat [3], J. Rivory [4], B. Napoléon [4], S. Olschwang [1]

(1) Marseille ; (2) Paris ; (3) Vichy ; (4) Lyon.

Introduction : Le séquençage de nouvelle génération (NGS) semble être un complément utile pour déterminer le type ainsi que le risque de dégénérescence des kystes pancréatiques. Le but de cette étude était d'évaluer, prospectivement dans la "vraie vie", la faisabilité et la performance de la NGS réalisée sur le liquide des kystes du pancréas.

Patients et Méthodes : La technique d'extraction d'ADN et la performance d'un panel de 91 gènes ont d'abord été validé, en comparant les anomalies génomiques présentent dans le liquide des kystes pancréatiques par rapport à celles présentent sur les prélèvements histologiques de patients opérés. Ensuite, l'extraction d'ADN et la NGS ont été réalisées sur les liquides de kystes pancréatiques prélevés par écho-endoscopie (EE). Les prélèvements étaient traités au sein d'Alphabio et Mercury : extraction des acides nucléiques, séquençage haut débit (NGS), analyses informatiques et statistiques. La technique de séquençage choisie était l'HaloPlexHS® (Agilent). Les résultats de la NGS ont été corrélés aux résultats de l'EE, de l'IRM, de l'anatomopathologie ainsi qu'au suivi des patients. Les patients étaient suivis pendant 5 ans. (ClinicalTrial.gov database N° CT Cyst Gen : NCT03305146).

Résultats : De décembre 2016 à Octobre 2017, sur les 20 patients opérés pour des lésions kystiques pancréatiques dégénérées, la NGS était concordante pour 18 patients (90%). Pour les 2 patients non concordants, le liquide kystique prélevé ne correspondait pas au kyste dégénéré. De janvier 2019 à aout 2021, sur les 69 patients âgés de 67,7 (+/-11,4) ans, inclus prospectivement, l'extraction de l'ADN a été seulement possible pour 54 patients. Ce taux faible est en rapport avec une dégradation de l'ADN en raison d'un conditionnement inadapté. Ces patients présentaient une TIPMP du canal principal (n=1), une TIPMP des canaux secondaires (n=22), une TIPMP mixte (n=5), un cystadénome mucineux (n=11), un cystadénome séreux (n=10), TNE Kystique (n=3), un kyste pancréatique simple (n=2). La taille moyenne du kyste prélevé était de 32 (12-80) mm. La durée de suivi était de 28 (6-96) mois, un patient a été opéré du fait de l'apparition de signes inquiétants. La NGS a montré des anomalies génomiques pour 20/54 patients. Sur la base des patients opérés (n=21), les mutations KRAS/GNAS avaient une sensibilité et une spécificité pour le diagnostic de kyste mucineux (TIPMP et cystadénome mucineux) respectivement de 91% et 86%. Les mutations TP53, SMAD4, associées aux mutations KRAS/GNAS, avaient une sensibilité et une spécificité respectivement de 82 % et 88%, pour le diagnostic de kyste dégénéré.

Conclusion : L'analyse génomique (NGS) du liquide kystique pancréatique, prélevé par écho-endoscopie, semble possible et efficace, mais pour 1/3 des patients aucune anomalie génétique n'a été détectée. Ces résultats sont conformes aux données de la littérature.

P.065

Comment améliorer le diagnostic des lésions pancréatiques grâce à l'analyse concomitante en biologie moléculaire des cytoponctions/biopsies pancréatiques et de l'ADN tumoral circulant : étude ADI-PAN

G. Cléry [1], T. Rochelle [1], L. Karayan [1], M. Martel [1], L. Rouleau [1], M. Grosdenier [1], M. Wangermez [1], C. Boyer [1], D. Tougeron [1], C. Evrad [1]

(1) Poitiers.

Introduction : L'incidence des adénocarcinomes pancréatiques (AP) est en constante augmentation, le seul traitement curatif reste la chirurgie, possible pour seulement 20% des patients. Plusieurs facteurs retardent le diagnostic d'AP, notamment l'absence de marqueur biologique validé et les outils diagnostiques imparfaits. En effet, près de 20% des écho-endoscopiques pancréatiques (EBP) avec cytoponction/biopsie (C/B) pour lésion pancréatique sont considérées comme non diagnostiques, même après nouvelle biopsie. Sur le plan moléculaire, l'AP est très fréquemment (90%) porteur d'une mutation du gène KRAS. L'étude prospective ADI-PAN évalue l'intérêt diagnostique, en plus de la C/B sous EBP, de l'analyse en biologie moléculaire des prélèvements obtenus lors d'une EBP diagnostique et de l'ADN circulant tumoral (ADNct).

Patients et Méthodes : Depuis mars 2021 ont été inclus dans l'étude ADI-PAN tous les patients consécutifs ayant une EBP avec C/B à visée diagnostique pour une lésion pancréatique. En plus des analyses standard histologiques, le matériel obtenu était analysé par séquençage haut débit (Next Generation Sequencing, NGS) avec un panel comportant notamment le gène KRAS. L'ADNct extrait à partir du plasma et le liquide résiduel de conservation de la C/B (Cytolyt), étaient analysés en Polymerase Chain Reaction digitale (ddPCR) à l'aide d'une sonde multiplex KRAS. L'objectif principal de cette étude préliminaire était de montrer la faisabilité de l'analyse moléculaire de l'ADNct et du Cytolyt en ddPCR.

Résultats : Dans ce travail, nous rapportons les résultats sur 33 patients, inclus entre mars 2021 et décembre 2022. Nous avons sélectionné 20 patients ayant un AP avéré sur l'histologie (classe VI de Papanicolaou) nommé groupe « AP ». Il s'agissait pour 8 patients (40%) d'un AP d'emblée métastatique, pour 5 (25%) d'une tumeur localement avancée (LA) et pour 7 (35%) d'une tumeur borderline/résécable. Un groupe de patients « autres lésions» a également été analysé, composé de 13 patients porteurs d'un autre type de lésion pancréatique non AP (6 lésions bénignes, 3 lésions pré-cancéreuses et 4 tumeurs neuroendocrines).
Les analyses réalisées en biologie moléculaire ont permis d'objectiver dans 100% des cas du groupe « AP » une mutation du gène KRAS sur la tumeur en NGS (n=20). Au contraire, aucune mutation du gène KRAS n'a été retrouvée dans le groupe « autres lésions ».
Dans le groupe « AP », l'ADNct était exploitable pour 18 patients (90%) et une mutation du gène KRAS était détectée dans 50% des cas (n=9/18) en ddPCR ; les patients avec ADNct détectable étaient majoritairement métastatiques (n=4/9, 44%). Dans le groupe « autres lésions », aucune analyse d'ADNct n'a mis en évidence de mutation du gène KRAS en ddPCR. La sensibilité (Se) de l'ADN tumoral circulant pour le diagnostic d'AP est donc de 50% avec une spécificité (Sp) de 100%.
Dans le groupe « AP », une mutation KRAS dans le Cytolyt a été mise en évidence dans 90% des cas (n=18/19, 1 non analysable). Dans le groupe « autres lésions », une mutation du gène KRAS n'a été objectivée qu'une seule fois (8%), celle-ci n'a pas été retrouvée au cours de la recherche réalisée sur la tumeur ni sur l'ADNct. La recherche d'une mutation KRAS sur le Cytolyt a donc une Se de 94,7% pour une Sp de 92,3%.

Conclusion : Les résultats de ce travail préliminaire montrent la faisabilité de l'analyse moléculaire de l'ADNct et du Cytolyt par ddPCR. Les faibles effectifs obligent à interpréter avec prudence ces données et certains résultats doivent être recontrôlés. Cependant, la Sp de 100% de l'ADNct pourrait aider au diagnostic des lésions pancréatiques lorsque la C/B est mise en défaut. Au vu des résultats obtenus sur Cytolyt,

ce matériel pourrait être utilisé en routine pour permettre de réaliser plus d'analyses moléculaires, souvent limitées dans les AP en raison d'une faible quantité de matériel tumoral. Les résultats présentés ci-dessous sont des résultats partiels, les inclusions sont en cours, les résultats sur la population générale seront présentés lors du congrès.

P066

MEILLEURS POSTERS

Détection des métaux dans l'adénocarcinome canalaire pancréatique. Etude METAPANDA

A. Meurat [(1)], J.F. Blanc [(1)], S. Stanislas [(2)], G. Belleannée [(1)], H. Dréau [(2)], C. Laurent [(3)], S. Mounicou [(2)], M. Simon [(2)]

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

Introduction : L'adénocarcinome canalaire pancréatique (ADCP) est un cancer au pronostic très sombre et dont l'incidence a augmenté de façon spectaculaire dans le monde au cours des dernières décennies. Les facteurs de risque habituels (génétique, pancréatite chronique, tabac, diabète, obésité) n'expliquent pas à eux seuls cette augmentation de l'incidence. Quelques études récentes ont suggéré l'implication possible de certains éléments traces métalliques (ETM) dans l'ADCP, en particulier ceux communément appelés « métaux lourds ». Cependant ces études sont peu nombreuses, réalisées sur du matériel biologique varié, avec des méthodologies différentes. Pour évaluer le rôle potentiel des ETM dans l'apparition de l'ADCP nous avons comparé les concentrations de 23 ETM dans des tissus sélectionnés : tissu péritumoral des patients opérés pour ADCP et tissu pancréatique normal pour les témoins, opérés pour tumeur neuroendocrine, pseudokystes et cystadénomes.

Patients et Méthodes : Nous avons mené une étude bicentrique entre le CHU de Bordeaux et le CH de Pau, rétrospective, cas-témoins incluant 33 cas (ADCP) et 29 témoins. Les patients inclus ont été opérés du pancréas entre 2014 et 2022. A partir de blocs tissulaires de pancréatectomies inclus en paraffine, un ou deux punchs de 8 mm ont été réalisés dans le parenchyme péri-tumoral pour chaque patient. Les concentrations de 23 ETM ont été mesurées par spectrométrie de masse à plasma à couplage inductif (ICP-MS).

Résultats : En analyse univariée, les concentrations dans le tissu pancréatique étaient significativement plus élevées chez les cas pour l'antimoine et le plomb ($p < 0,001$), le cuivre ($p = 0,005$), le molybdène ($p = 0,038$), l'étain ($p = 0,006$), le mercure ($p = 0,021$) et le thallium ($p = 0,035$). En analyse multivariée, après ajustement sur l'âge, le tabac, le diabète et l'IMC, il existait une association entre le risque d'ADCP et une concentration tissulaire plus élevée en antimoine (OR 6.32, IC à 95% 2.07 à 28.29 ; $p = 0.005$), thallium (OR 3.25, 95% CI 1.38 à 11.66; $p = 0.028$), arsenic (OR 3.15, IC à 95% 1.31 à 10.77 ; $p = 0.029$), et plomb (OR 2.56, IC à 95% 1.24 à 6.61 ; $p = 0.025$).

Discussion : Dans cette étude exploratoire pilote, nous avons réalisé une analyse multi-élémentaire à grande échelle, avec un panel 23 ETM. À notre connaissance, il s'agit de la première étude montrant une association significative entre une concentration plus élevée d'antimoine et de thallium dans le tissu pancréatique et le risque de PDAC. Leur rôle dans la carcinogénèse chez l'homme est très peu documenté, mais semble plausible sur le plan des mécanismes moléculaires intracellulaires. L'antimoine qui entre dans la composition de plastiques (emballages alimentaires, bouteilles) est considéré comme probablement cancérogène (groupe 2A IARC). Le thallium est hautement toxique, considéré comme polluant prioritaire. Il est couramment utilisé dans la production d'appareils électroniques. Par ailleurs, cette étude confirme l'association entre l'exposition à l'arsenic et au plomb et le risque de PDAC, comme suggéré par quelques études. Les groupes cas et témoins étaient comparables concernant les caractéristiques démographiques et cliniques, avec une période de recrutement récente entre 2014 et 2022. La préparation des échantillons était centralisée et leur analyse réalisée dans un laboratoire expert. Le caractère rétrospectif est la principale limite de l'étude. L'effectif, bien que restreint, a permis de mettre en évidence des associations fortes d'un point de vue statistique.

Conclusion : Notre étude rapporte un lien potentiel entre une imprégnation pancréatique plus importante en antimoine, arsenic, thallium, plomb et un risque accru de survenue d'ADCP. Ces résultats doivent être validés par de nouvelles études, en prenant en compte des données

socio-économiques, démographiques, profession et habitus alimentaire, afin d'identifier les sources d'exposition et rechercher d'éventuels facteurs associés.

Remerciements, financements, autres :
Bourse FARE 2023, CSIDSO (Ligue contre le cancer – Comité Scientifique Interdépartemental du Sud Ouest)

MEILLEURS POSTERS

P067

Bénéfice prolongé du filgotinib chez les patients atteints de rectocolite hémorragique dans l'étude SELECTION

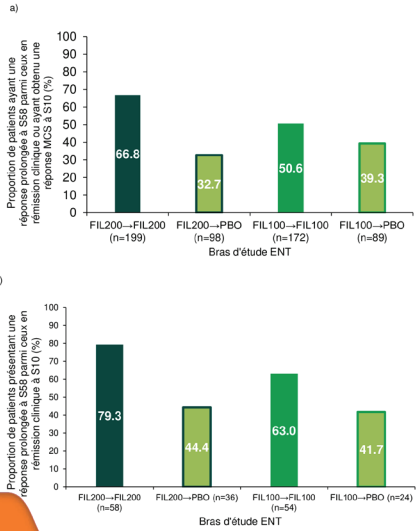
D. Laharie [1], A. Sturm [2], T. Kobayashi [3], T. Matsumoto [4], A. Oortwijn [5], C. Jamoul [6], M. Faes [7], A. de Haas [8], S. Vermeire [9]

(1) Bordeaux ; (2) Berlin, ALLEMAGNE ; (3) Tokyo, JAPON ; (4) Morioka, JAPON ; (5) Oegstgeest, PAYS-BAS ; (6) Mechelen, BELGIQUE ; (7) Malines, BELGIQUE ; (8) Leyde, PAYS-BAS ; (9) Louvain, BELGIQUE.

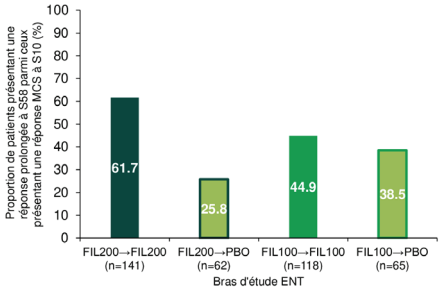
Introduction : Le filgotinib (FIL) est un inhibiteur préférentiel de JAK1, administré par voie orale une fois par jour, approuvé pour le traitement des patients atteints de rectocolite hémorragique (RCH) au Royaume-Uni, dans l'Union européenne et au Japon. Dans l'essai de phase 2b/3 SELECTION (NCT02914522),1 FIL 200 mg (FIL200) a été bien toléré et a montré une efficacité pour induire et maintenir une rémission clinique par rapport au placebo (PBO) chez les patients atteints de RCH. Cette analyse post hoc des données de l'étude SELECTION a évalué le bénéfice prolongé du traitement par FIL de la semaine 10 (S10) à S58.

Patients et Méthodes : Dans l'étude SELECTION, des adultes atteints de RCH active modérée à sévère ont été randomisés selon le ratio 2:2:1 pour recevoir FIL200, FIL 100 mg (FIL100) ou le placebo (PBO) une fois par jour pendant 11 semaines dans les études d'induction (IND) A et B (patients naïfs et préalablement exposés aux biologiques, respectivement). Les patients répondeurs à la semaine 10 selon le score Mayo Clinic (MCS) ont été de nouveau randomisés selon le ratio 2:1 pour poursuivre leur dose d'induction de FIL ou un placebo dans l'étude d'entretien (ENT) de 47 semaines. Cette analyse post hoc a évalué le rapport de risque (RR) d'aggravation de la maladie (définie comme une augmentation de ≥ 3 points du MCS partiel par rapport à la semaine 10 avec un score ≥ 5 lors de deux visites consécutives ; ou un score de 9 points lors de deux visites consécutives si la valeur de la semaine 10 était > 6) chez les patients qui ont continué à prendre FIL200 pendant l'étude ENT (FIL200→FIL200) vs ceux qui ont été randomisés à S10 de FIL200 à PBO (FIL200→PBO). La proportion de patients présentant un bénéfice prolongé à S58 a également été évaluée dans tous les bras ENT FIL200 et FIL100. Un bénéfice prolongé a été défini comme une rémission clinique ou une réponse selon le MCS à S58. Parmi les patients présentant un bénéfice prolongé à S58, la proportion de ceux qui avaient une rémission selon l'IBDQ (Inflammatory Bowel Disease Questionnaire) à S58 a également été évaluée dans tous les bras ENT FIL200 et FIL100.

Figure 1. Proportion de patients présentant un bénéfice prolongé (rémission clinique ou réponse MCS) à la semaine 58 parmi ceux qui a) étaient en rémission clinique ou avaient une réponse MCS à la semaine 10 b) étaient en rémission clinique à la semaine 10 et c) obtenaient une réponse MCS à la semaine 10,[a] par bras d'étude dans l'étude d'entretien (ENT).



c)



La rémission clinique a été définie comme un sous-score endoscopique Mayo de 0 ou 1, un sous-score de saignement rectal de 0 et une diminution ≥1 point du sous-score de fréquence des selles par rapport à l'inclusion pour atteindre un sous-score de 0 ou 1.

La réponse MCS a été définie comme une réduction du MCS de ≥3 points et de ≥30% par rapport à l'inclusion, accompagnée d'une diminution du sous-score de saignement rectal de ≥1 point ou d'un sous-score absolu de saignement rectal de 0 ou 1.

[a]La rémission clinique et une réponse MCS étaient des résultats mutuellement exclusifs.

ENT, entretien ; FIL100, filgotinib 100 mg ; FIL200, filgotinib 200 mg ; IND, induction; MCS, Mayo Clinic Score ; PBO, placebo.

Résultats : Les caractéristiques à l'inclusion étaient similaires entre les bras ENT. Le traitement FIL200→FIL200 (n=199) réduisait le risque d'aggravation de la maladie telle que définie au protocole de 74% vs FIL200→PBO (n=98) (RR [IC 95%] : 0,26 [0,17-0,40] ; p<0,0001). L'aggravation de la maladie était la raison la plus fréquente d'arrêt du traitement dans tous les bras. Dans le bras FIL200→FIL200, 66,8% des patients répondeurs à S10 ont eu un bénéfice prolongé à S58 vs 32,7% dans le bras FIL200→PBO. Parmi les patients en rémission clinique à S10, 79,3% dans le bras FIL200→FIL200 ont eu un bénéfice prolongé (62,1% de rémission clinique ; 17,2% de réponse MCS) vs 44,4% dans le bras FIL200→PBO (13,9% de rémission clinique ; 30,6% de réponse MCS) (Figure 1). Dans le bras FIL200→FIL200, 82,0% des patients présentant un bénéfice prolongé à S58 étaient en rémission IBDQ à S58.

Conclusion : Le bénéfice clinique à un an à poursuivre le filgotinib à la dose de 200 mg/j se maintenait chez deux tiers des patients répondeurs à S10, et près de 80% de ceux qui étaient en rémission clinique à S10.

Remerciements, financements, autres :
Financement : L'essai SELECTION a été sponsorisé par Gilead Sciences Inc. (Foster City, CA, USA). Galapagos NV (Malines, Belgique) était un collaborateur de l'essai SELECTION et a financé cette analyse.

MEILLEURS POSTERS

P068

Efficacité et tolérance du mirikizumab chez les patients atteints de maladie de Crohn : résultats de l'étude d'extension de phase 2 contrôlée et randomisée à 104 semaines

L. Peyrin-Biroulet [(1)], A. Kaser [(2)], B. Sands [(3)], M. Protic [(4)], Z. Lin [(4)], R. Hozak [(4)], V. Jairath [(5)], H. Carlier [(4)], E. Hon [(4)], M. Fischer [(4)]

(1) Nancy ; (2) Cambridge, ANGLETERRE ; (3) New York, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (4) Indianapolis, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (5) London, CANADA.

Introduction : Le mirikizumab (miri) est un anticorps monoclonal humanisé anti-IL-23p19 qui a montré dans l'étude de phase 2 (NCT02891226) son efficacité et sa sécurité jusqu'à la semaine 52 (S52) pour le traitement des patients atteints de maladie de Crohn (MC) active, modérée à sévère. Nous avons également évalué l'efficacité et la sécurité du mirikizumab jusqu'à la semaine 104 de traitement.

Patients et Méthodes : A l'inclusion, les patients (N = 191) ont été randomisés avec un ratio 2:1:1:2 dans 4 bras de traitement (1000 mg, 600mg, 200 mg de miri ou placebo (PBO) par voie intraveineuse (IV) toute les 4 semaines à S0, S4 et S8). Les patients traités par miri ayant obtenu une amélioration du score endoscopique ≥1 (SES-CD) à la S12 ont été re-randomisés en double aveugle selon le ratio 1:1 afin de recevoir le traitement d'entretien, soit dans le bras IV toute les 4 semaines (IV-C ; N=41), soit dans le bras miri sous-cutanée 300 mg (SC) toute les 4 semaines (IV-SC ; N=46), jusqu'à la S52. Les patients n'ayant pas atteint la réponse endoscopique à S12 et ceux traités par PBO pendant l'induction ont reçu le miri 1000mg par IV toute les 4 semaines de la S12 à la S52. Les patients qui ont rapporté un bénéfice clinique ont reçu miri 300 mg en SC de la S52 à la S104.
Pour l'analyse des résultats, les bras IV et SC de l'étude ont été regroupés. Les critères d'évaluation cliniques et symptomatiques [rémission de l'indice d'activité de la maladie de Crohn (CDAI) (score total CDAI <150) et rémission des symptômes rapportés par les patients (PRO) (définie par les scores de fréquence des selles ≤2,5 et douleurs abdominales ≤1 sans dépassé le score à l'inclusion)] ont été évalués parmi les patients qui ont atteint l'amélioration du score endoscopique à S12, puis re-randomisés en entretien et inclus en phase d'extension de l'étude (S52-S104) (Tableau 1). Les résultats ont été résumés par des statistiques descriptives avec imputation des non-répondeurs (NRI).

Tableau 1. Résultats des semaines 52 et 104 sur la tolérance et l'efficacité du mirikizumab chez les patients avec une amélioration endoscopique à la semaine 12.

Tableau 1	Patients avec amélioration endoscopiques à la semaine 12[c]			
	Semaine 52	Semaine 104	Semaine 52	Semaine 104
	Miri IV-C N=41	Miri IV-C N=33	Miri SC N=46	Miri SC N=41
Rémission PRO[a], n (%)	19 (46.3)	21 (63.6)	21 (45.7)	19 (46.3)
Rémission CDAI[b], n (%)	16 (39.0)	22 (66.7)	26 (56.5)	25 (61.0)
Hospitalisations dues à la MC, n (%)	0 (0)	0 (0)	2 (4.3)	2 (4.9)

[a] **rémission PRO :** définie comme SF ≤2,5 et AP ≤1, sans dépassement du score à l'inclusion ; [b]**rémission CDAI :** score CDAI < 150 points ; [c]**Amélioration endoscopique :** amélioration ≥1 point du SES-CD à la semaine 12
Abréviations : MC = maladie de Crohn ; SF = score de fréquence des selles ; AP = score de douleur abdominale ; CDAI = indice d'activité de la maladie de Crohn ; PRO = résultats symptomatiques déclarés par les patients

Résultats : Parmi les 127 patients traités par miri en phase d'induction, 68,5 % (87/127) ont obtenu une amélioration endoscopique à S12 et ont été re-randomisés en phase d'entretien. Parmi les patients avec une amélioration endoscopique à S12, 74 des patients ont terminé la phase d'entretien à S52 et sont entrés dans la période de prolongation (S52 à S104) où 68 ont maintenu le traitement jusqu'à S104. Parmi les patients répondeurs endoscopiques à S12, les taux de rémission clinique (CDAI) étaient de 39,0% (16/41) (IV-C) et 56,5% (26/46) (SC) et les taux de rémission symptomatique (PRO) étaient de 46,3% (19/41) (IV-C) et 45,7% (21/46) (SC) à S52. Un an plus tard (S104), les taux de rémission CDAI étaient de 66,7% (22/33) (IV-C) et 61,0% (25/41) (SC) et les taux de rémission PRO étaient de 63,6% (21/33) (IV-C) et 46,3% (19/41) (SC). Sur les 74 patients avec une amélioration endoscopique qui ont terminé la phase d'entretien à S52, 6 ont arrêté entre S52 et S104 (1 en raison d'événements indésirables (EI), 2 en raison d'un manque d'efficacité, 1 en raison d'une perte de suivi et 2 en raison d'un retrait du consentement par le patient). Parmi les patients avec une amélioration endoscopique à S12, 4 ont été hospitalisés en raison de leur Maladie de Crohn dans le groupe SC (2 entre S12 et S52 et 2 entre S52 et S104) comme indiqué dans

le tableau 1. Parmi tous les patients inclus dans le groupe miri de S52 à S104 (avec amélioration endoscopiques, sans amélioration et patients traités par PBO), 79,4% (108/136) ont présenté ≥ 1 effet indésirable survenu au cours du traitement.

Conclusion : Mirikizumab a démontré une efficacité durable chez les patients atteints de MC active modérée à sévère qui ont obtenu une amélioration endoscopique précoce associée à l'administration continue de miri jusqu'à S104. Aucun évènement indésirable inattendu n'a été identifié. La rémission selon les scores clinique (CDAI) et symptomatique (PRO) a été maintenue jusqu'à S104 indépendamment de la voie d'administration IV ou SC du miri pendant la phase d'entretien poursuivi de l'extension.

P069

MEILLEURS POSTERS

Efficacité et tolérance de l'upadacitinib après deux ans de traitement chez des patients présentant une rectocolite hémorragique active modérée à sévère : résultats intermédiaires de l'étude d'extension en ouvert de phase III (U-ACTIVATE)

X. Hébuterne [1], R. Panaccione [2], P. Higgins [3], G. Lichtenstein [4], H. Nakase [5], M. Kujawski [6], E. Cheng [6], I. Dapo [6], G. Levy [6], J. Eccleston [6], S.C. Glover [7], S. Danese [8], J.F. Colombel [9], S. Schreiber [10]

(1) Nice ; (2) Calgary, CANADA ; (3) Michigan City, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (4) Philadelphie, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (5) Sapporo, JAPON ; (6) Chicago, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (7) Jackson, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (8) Milan, ITALIE ; (9) New York, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (10) Kiel, ALLEMAGNE.

Introduction : L'upadacitinib aux doses de 15 mg/j (UPA15) ou 30 mg/j (UPA30) a démontré son efficacité *versus* placebo sur les critères cliniques, endoscopiques et histologiques après 52 semaines de traitement d'entretien lors de l'étude U-ACHIEVE (1,2).

Patients et Méthodes : Cette analyse intermédiaire présente les données d'efficacité et de tolérance de patients recevant un traitement continu par UPA15 ou UPA30 pendant un an lors de l'étude de l'entretien, puis 48 semaines supplémentaires (environ deux ans au total) dans le cadre de l'étude d'extension à long terme (LTE) actuellement en cours, d'une durée de 288 semaines, U-ACTIVATE. Les patients pour lesquels la dose avait été augmentée ou réduite à la semaine 48 de l'étude LTE ont été exclus de cette analyse. Les critères d'efficacité et de tolérance ont été analysés à la semaine 48 de l'étude LTE. Les données globales de tolérance et les événements indésirables apparus sous traitement (EIAT) d'intérêt particulier sont présentés en taux d'événements ajusté en fonction de l'exposition (TEAE; événements/100 patients-années [PA]) des EIAT, sauf pour certains EIAT qui surviennent en général en une seule fois, qui sont présentés sous forme de taux d'incidence ajusté à l'exposition (TIAE ; n/100 PA).

Critères d'efficacité à la semaine 48 de l'étude LTE n/N (%) [IC à 95 %]	Upadacitinib 15 mg/j(N = 101)	Upadacitinib 30 mg 1x/j(N = 137)
Rémission clinique selon le score Mayo adapté[a]	68/87 (78,2) [69,5, 86,8]	92/119 (77,3) [69,8, 84,8]
Rémission clinique selon le score Mayo partiel[b]	85/92 (92,4) [87,0, 97,8]	110/121 (90,9) [85,8, 96,0]
Réponse clinique selon le score Mayo adapté[c]	85/87 (97,7) [94,6, 100,0]	114/119 (95,8) [92,2, 99,4]
Amélioration endoscopique[d]	73/89 (82,0) [74,0, 90,0]	102/123 (82,9) [76,3, 89,6]
Rémission endoscopique[e]	49/89 (55,1) [44,7, 65,4]	70/123 (56,9) [48,2, 65,7]
Maintien de la rémission endoscopique[f]	28/39 (71,8) [57,7, 85,9]	43/53 (81,1) [70,6, 91,7]
TEAE à la semaine 48 de l'étude LTE Événements (événements/100 PA)	**Upadacitinib 15 mg 1x/j (N = 101 ; PA = 186,0)**	**Upadacitinib 30 mg 1x/j (N = 137 ; PA = 240,5)**
Tous EIAT	350 (188,1)	474 (197,1)
EIAT graves	11 (5,9)	21 (8,7)
EIAT ayant entraîné l'arrêt du traitement	6 (3,2)	7 (2,9)
EIAT ayant entraîné le décès	0	0

Les données observées sont présentées sans imputation des valeurs manquantes ; les patients sans évaluation à la semaine 48 étaient exclus.
[a]Score Mayo adapté ≤ 2, avec sous-score de fréquence des selles ≤ 1 sans augmentation par rapport à l'inclusion, RBS = 0, et SE ≤ 1.
[b]Score Mayo partiel ≤ 2, sans sous-score > 1.
[c]Diminution du score Mayo adapté ≥ 2 points et ≥ 30 % par rapport à l'inclusion, plus diminution du RBS ≥ 1 ou RBS absolu ≤ 1.
[d]SE ≤ 1.
[e]SE = 0.
[f]Patients obtenant une rémission endoscopique aux semaines 0 et 48 de l'étude LTE.
TEAE, taux d'événements ajusté en fonction de l'exposition ; SE, sous-score endoscopique ; LTE, extension à long terme ; PA, patients-années ; 1x/j, une fois par jour ; RBS, sous-score de saignement rectal ;EIAT, événement indésirable apparu sous traitement.

Résultats : La proportion de patients ayant atteint les critères d'efficacité, comprenant la rémission clinique selon le score Mayo adapté, la rémission endoscopique

et l'amélioration endoscopique, était similaire entre UPA15 et UPA30, tandis que le maintien de la rémission endoscopique a été atteint par une plus grande proportion avec UPA30 *versus* UPA15 (Tableau). Concernant le profil de tolérance, 238 (UPA15, n = 101 ; UPA30, n = 137) patients qui ont reçu 426,5 (UPA15, 186,0 ; UPA30, 240,5) PA d'exposition ont été analysés. Dans l'ensemble des groupes de traitement, les TEAE des EIAT graves et les EIAT entraînant l'arrêt du traitement était similaire entre les groupes de traitement (Tableau). Aucun EIAT ayant entraîné le décès n'est survenu dans les différents groupes. Les TEAE des EIAT d'intérêt particulier étaient généralement plus bas sous UPA15 *versus* UPA30, notamment pour les infections graves (respectivement 1,6 vs 4,6), le zona (3,8 vs 5,8), la neutropénie (1,6 vs 4,2) et l'élévation de la créatine kinase (2,7 vs6,2), tandis que le TEAE des affections hépatiques était plus élevé sous UPA15 vs UPA30 (respectivement 8,6 vs4,2). Aucun événement indésirable cardiovasculaire majeur confirmé par le comité d'adjudication n'est survenu sous les différentes doses ; aucun événement thromboembolique veineux confirmé par le comité d'adjudication n'est survenu sous UPA15 et un événement a été signalé sous UPA30 (TIAE : 0,4). Un événement d'affection maligne hors cancer cutané non mélanome est survenu sous UPA15 (carcinome papillaire de la thyroïde ; TIAE : 0,5) et sous UPA30 (carcinome épidermoïde du col de l'utérus ; TIAE : 0,4).

Conclusion : Les résultats cliniques et endoscopiques observés sous l'UPA15 et l'UPA30 après l'étude d'entretien de 52 semaines (1,2) se sont maintenus jusqu'à la semaine 48 de l'étude LTE, démontrant le bénéfice continu allant jusqu'à deux ans avec les deux doses. Le profil de tolérance de l'UPA décrit à la semaine 48 de l'étude LTE était cohérent avec les analyses précédentes, et aucun nouveau signal de tolérance n'a été identifié.

P070

MEILLEURS POSTERS

Efficacité et tolérance du filgotinib 200 mg jusqu'à ~4 ans chez des patients atteints de rectocolite hémorragique : résultats de l'étude SELECTION-LTE

L. Peyrin-Biroulet [(1)], B. Feagan [(2)], K. Matsuoka [(3)], G. Rogler [(4)], M. Faes [(5)], A. Oortwijn [(6)], A. de Haas [(7)], C. Rudolph [(8)]

(1) Nancy ; (2) London, CANADA ; (3) Chiba, JAPON ; (4) Zurich, SUISSE ; (5) Malines, BELGIQUE ; (6) Oegstgeest, PAYS-BAS ; (7) Leyde, PAYS-BAS ; (8) Munich, ALLEMAGNE.

Introduction : Le filgotinib (FIL) est un inhibiteur préférentiel de la Janus kinase 1, administré une fois par jour par voie orale et indiqué dans le traitement de la rectocolite hémorragique (RCH). FIL 200 mg (FIL200) a permis d'induire et de maintenir une rémission clinique, en comparaison au placebo (PBO) et a été bien toléré chez les patients atteints de RCH inclus dans l'étude de Phase 2b/3 SELECTION (NCT02914522).1

Patients et Méthodes : Nous avons évalué l'efficacité et la sécurité d'un traitement continu par FIL200 dans l'étude d'extension à long terme (LTE) de SELECTION (NCT02914535). Dans l'étude SELECTION, des patients adultes atteints de RCH active modérée à sévère ont reçu FIL200, FIL 100 mg (FIL100) ou PBO en traitement d'induction une fois par jour pendant 11 semaines. Les patients en rémission clinique ou ayant obtenu une réponse selon le score Mayo (MCS) à la fin de l'induction (IND) à la Semaine 10 [S10] (répondeurs) ont intégrés l'étude d'entretien (ENT) de 47 semaines. Les patients ayant terminé les phases IND et ENT (patients ayant reçu le traitement complet), les patients non répondeurs à la S10 de la phase IND, et les patients dont la maladie s'est aggravée pendant la phase ENT étaient éligibles pour intégrer l'étude SELECTION-LTE et recevoir FIL200 en ouvert. Cette analyse intermédiaire a évalué l'efficacité et la sécurité de FIL200 administré en ouvert jusqu'à la S144 chez les patients ayant reçu le schéma thérapeutique complet, et jusqu'à la S192 chez les patients non répondeurs. La durée maximale d'exposition dans cette analyse est de 3,9 ans chez les patients ayant reçu le schéma thérapeutique complet (58 + 144 semaines), et les patients non répondeurs (10 + 192 semaines) à la date d'extraction des données (24 février 2022). Le score Mayo partiel (pMCS) a été rapporté tel qu'observé sans imputation, et les proportions de patients ayant obtenu une rémission pMCS (score pMCS ≤1) et une rémission IBDQ (score IBDQ ≥170) ont été rapportées telles qu'observées, et après imputation des non répondeurs (INR). Les événements indésirables (EI) et les EI d'intérêt ont été évalués à l'aide des taux d'incidence ajustés en fonction de l'exposition (TIAE) pour 100 patients-années (PA).

Tableau. Proportions de patients obtenant une rémission selon les scores pMCS et IBDQ dans les études SELECTION et SELECTION-LTE (cas observés et après imputation des non répondeurs INR) - IND (phase d'induction), ENT (phase d'entretien), LTE (étude d'extension à long terme).

	Rémission selon pMCS % (n/N)			Rémission selon IBDQ % (intervalle de confiance à 95 %) ; n/N		
	Traitement complet IND FIL200 → ENT FIL200 → LTE FIL200 (n = 148)	Non-répondeurs IND FIL100 → LTE FIL200 (n = 212)	Non-répondeurs IND FIL200 → LTE FIL200 (n = 160)	Traitement complet IND FIL200 → ENT FIL200 → LTE FIL200 (n = 148)	Non-répondeurs IND FIL100 LTE FIL200 (n = 212)	Non-répondeurs IND FIL200 LTE FIL200 (n = 160)
Départ Observé INR	0 0	– –	– –	**5,4** (1,1–7,9); 5/146 **5,4** (1,1–7,7); 5/148	– –	– –
Semaine 10 Observé INR	**45,6** (67/147) **45,3** (67/148)	– –	– –	**68,0** (59,8–75,5); 100/147 **67,6** (59,4–75,0); 100/148	– –	– –
Semaine 26 Observé INR	**67,4** (99/122) **60,1** (99/148)	– –	– –	**75,2** (70,1–84,6); 115/147 **77,7** (70,1–84,1); 115/148	– –	– –
Semaine 58/LTE baseline Observé INR	**72,4** (105/145) **70,9** (105/148)	**0,5** (1/212) **0,5** (1/212)	**1,3** (2/160) **1,3** (2/160)	**78,5** (70,9-84,6); 113/144 **76,4** (68,7-82,3); 113/148	**16,0** (11,0–22,0); 30/188 **14,2** (9,6–19,6); 30/212	**26,0** (19,6–35,2); 37/138 **23,1** (17,1–30,1); 37/160
LTE Semaine 48 Observé INR	**73,4** (98/130) **66,2** (98/148)	**41,9** (62/148) **29,2** (62/212)	**44,4** (49/108) **30,8** (49/160)	**82,0** (74,4–88,1); 109/133 **73,6** (66,8–80,0); 109/148	**63,3** (56,3–70,8); 103/168 **47,2** (40,3–54,1); 100/212	**61,9** (52,2–70,2); 70/113 **43,8** (36,9–51,8); 70/160
LTE Semaine 96 Observé INR	**83,2** (94/113) **63,9** (94/147)	**58,2** (71/122) **33,5** (71/212)	**64,0** (57/89) **35,6** (57/160)	**91,5** (73,4–98,8); 97/119 **66,4** (58,3–74,0); 97/146	**71,2** (62,4–78,9); 89/125 **42,0** (35,3–48,9); 89/212	**66,3** (55,5–76,0); 59/89 **36,9** (29,4–44,9); 59/160
LTE Semaine 144 Observé INR	**80,0** (76/95) **54,5** (76/139)	**57,9** (62/107) **29,5** (62/210)	**63,3** (50/79) **31,3** (50/160)	**86,4** (72,0–94,9); 38/44 **59,7** (38,6–92,4); 38/75	**78,1** (69,0–85,8); 82/105 **39,2** (32,5–46,2); 82/209	**70,9** (59,6–80,6); 56/79 **35,0** (27,6–42,9); 56/160
LTE Semaine 192 Observé INR	– –	**57,1** (24/42) **23,1** (24/103)	**62,1** (18/29) **20,2** (18/89)	– –	**73,3** (58,1–85,4); 33/45 **25,7** (18,0–33,8); 33/131	**76,7** (57,7–90,1); 23/30 **21,9** (14,4–31,2); 23/105

Résultats : Cette analyse a porté sur 148 patients ayant reçu le schéma thérapeutique complet et 372 patients non répondeurs (IND FIL100, n=212 ; IND FIL200, n=160). Les proportions de patients ayant obtenu une rémission selon le score pMCS ou le score IBDQ (tel qu'observé et après INR) sont indiquées dans le tableau. Parmi les patients ayant reçu le schéma thérapeutique complet, les réductions du score pMCS moyen dans l'étude SELECTION au cours des semaines 0 à 10 ont été maintenues jusqu'à la S144 de SELECTION-LTE. Chez les non-répondeurs, une baisse du score pMCS moyen a été observée entre l'inclusion et la

S192. Parmi les patients ayant reçu le schéma thérapeutique complet, la rémission selon le score pMCS observé était maintenue chez 80,0 % des patients à la S144 de SELECTION-LTE. Parmi les non-répondeurs, une rémission selon le score pMCS observé a été obtenue chez 59,2 % des patients à la S192 de SELECTION-LTE. Plus de 70 % des patients ayant reçu le schéma thérapeutique complet et des patients non répondeurs ont obtenu une rémission selon le score IBDQ observé à la S144/192 de SELECTION-LTE, et les proportions ont été maintenues dans le temps. Les données d'incidence des évènement indésirables chez les patients traités par FIL200 en ouvert dans l'étude SELECTION-LTE (PA total = 2055,5) n'ont pas mis en évidence de nouveau signal de sécurité.

Conclusion : FIL200 a été efficace pour maintenir la rémission clinique et les améliorations de la qualité de vie jusqu'à ~4 ans. Aucun nouveau signal de sécurité n'a été observé sur ~4 ans de traitement, et les taux d'incidence des événements indésirables étaient similaires à ceux observés dans les analyses précédentes.2 Nos données montrent que le profil de tolérance du traitement prolongé par FIL reste inchangé et établi, et qu'il permet une prise en charge à long terme efficace de la RCH.

Remerciements, financements, autres : Financement : L'essai SELECTION a été sponsorisé par Gilead Sciences Inc. (Foster City, CA, USA). Galapagos NV (Malines, Belgique) était un collaborateur de l'essai SELECTION et a financé cette analyse.

P071

Essai randomisé contre placebo d'une antibiothérapie dirigée contre Escherichia coli adhérent invasif (AIEC) dans la maladie de Crohn : l'essai TEOREM

F. Carbonnel [1], N. Barnich [2], X. Hébuterne [3], P. Lepage [4], C. Michiels [5], C. Gilletta de Saint-Joseph [6], P. Wils [7], D. Laharie [8], R. Altwegg [9], M. Allez [10], Y. Bouhnik [11], H. Agostini [12], D. Molinari [1], R. Balfour Sartor [13], J.F. Colombel [14], J.Y. Mary [10], A. Walter Petrich [10], S. Chevret [10], A. Buisson [2]

(1) Le Kremlin-Bicêtre ; (2) Clermont-Ferrand ; (3) Nice ; (4) Jouy-en-Josas ; (5) Dijon ; (6) Toulouse ; (7) Lille ; (8) Bordeaux ; (9) Montpellier ; (10) Paris ; (11) Neuilly-sur-Seine ; (12) Créteil ; (13) Chapel Hill, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (14) New York, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE.

Introduction : Les E. coli adhérents et invasifs (AIEC) colonisent la muqueuse iléale de 21-63% des patients atteints de maladie de Crohn (MC) de l'iléon et 0-16% des témoins. TEOREM est un essai de preuve de concept fondé sur l'hypothèse que les AIEC contribuent significativement aux lésions inflammatoires chez les malades atteints de MC ayant le biomarqueur AIEC.

Patients et Méthodes : Les malades éligibles avaient une MC iléale ou iléocolique, active en coloscopie (CDEIS) ≥8) et étaient colonisés par AIEC. La MC pouvait être cliniquement inactive ou active (CDAI>150) et dans ce cas, elle devait répondre au budesonide ou à la prednisolone 40 mg/jour. La recherche d'AIEC a été effectuée par analyse phénotypique des biopsies de l'iléon. Les malades colonisés par AIEC ont été randomisés entre un traitement par ciprofloxacine (500 mg x2/j) et rifaximine (800mgx2/j) ou un double placebo pendant 12 semaines. Le critère principal était la réponse endoscopique à la 12ème semaine. Celle-ci était définie par une réponse segmentaire dans au moins un segment iléocolique avec un CDEIS ≥8 à la préinclusion, et pas d'augmentation de plus de 20% du CDEIS dans un autre segment dont le CDEIS devait être <8. La réponse segmentaire était définie par :
- une diminution d'au moins 50% des lésions dans le cas d'une iléite ou d'une colite aphtoïde
- dans les autres cas, une diminution d'au moins 50% de la surface des ulcérations (profondes ou superficielles) ou la disparition des ulcérations profondes, sans augmentation de plus de 20% de la surface des ulcérations superficielles.
Les principaux critères secondaires étaient une diminution d'au moins 50% du CDEIS dans au moins un des segments avec un CDEIS ≥ 8 à la préinclusion et la rémission endoscopique (CDEIS < 6 dans tous les segments). Les critères endoscopiques ont été évalués par une lecture anonymisée, centralisée des enregistrements vidéo-coloscopies à la préinclusion et à la semaine 12. L'hypothèse était que 60% des patients traités par antibiotiques atteindraient le critère principal vs 25% des malades du bras placebo. 31 patients dans chaque bras étaient nécessaires pour montrer une telle différence.

Résultats : Entre Mai 2016 et Juin 2021, 155 patients ont été présélectionnés. Parmi eux, 87 étaient éligibles, dont 27 (31%) étaient AIEC+. Les malades AIEC+ étaient plus âgés (40 [36-48] vs 35 [27-46] ans; p=0.048), moins souvent fumeurs (15 vs 38% ; p=0.043) et la durée de leur maladie était tendanciellement plus longue (10 [4.6-18.7] vs 5.6 [2.8-13.1] ans ; p=0.073). Trois patients AIEC+ n'ont pas été randomisés : deux n'ont pas répondu au budesonide et 1 a eu une légionellose. 24 patients (7 avec CDAI>150) ont été randomisés. Les souches d'AIEC de ces malades étaient sensibles à la ciprofloxacine et à la rifaximine *in vitro*. Les caractéristiques cliniques et endoscopiques des malades étaient similaires dans les deux bras de l'essai. 16 patients ont été exposés aux thiopurines ou au méthotrexate et 11 aux anti-TNF. Deux malades n'ont pas eu de coloscopie à la semaine 12 (1 est sorti de l'essai pour effet indésirable 3 jours après randomisation et 1 n'a pu accéder à la coloscopie au pic de la pandémie COVID). 7/10 patients traités par antibiotiques sont devenus AIEC- et 3/10 patients sont restés AIEC+ comparativement à 5/12 AIEC- et 7/12 AIEC+ dans

le bras placebo (p=0.23). Les résultats sont montrés dans le tableau. Une analyse bayésienne a posteriori effectuée sur le critère principal a montré que la probabilité que la différence d'efficacité atteigne 35 % était de 25 %. Il n'y avait pas d'association significative entre l'abolition du signal AIEC et le critère principal (p=0.69), la diminution d'au moins 50% du CDEIS (p=0.38), ni la rémission endoscopique (p=0.48).

Critères endoscopiques à la semaine 12 chez dans les bras antibiotiques et placebo

	Résultats	Antibiotiques (n=10)	Placebo (n=12)	P
Critère principal	**Oui**	**6 (60%)**	**4 (33%)**	**0.39**
	Non	**4 (40%)**	**8 (67%)**	
Delta CDEIS ³ 50%	Oui	4 (40%)	3 (25%)	0.65
	Non	6 (60%)	9 (75%)	
Rémission Endoscopique	Oui	2 (20%)	0 (0%)	0.19
	Non	8 (80%)	12 (100%)	

Conclusion : L'association ciprofloxacine et rifaximine n'était pas supérieure au placebo pour l'obtention de la réponse et de la rémission endoscopique chez les patients avec MC AIEC+ iléale ou iléo-colique. Les différences étaient numériquement en faveur des antibiotiques et de la négativation du signal AIEC mais la différence d'efficacité éventuelle était inférieure à celle de l'hypothèse.

P072

MEILLEURS POSTERS

Comparaison de séquences thérapeutiques débutant par une première ligne de biothérapie à induction intraveineuse ou sous-cutanée chez les patients atteints de rectocolite hémorragique : résultats de l'étude APPETISER

A. Buisson [(1)], D. M'Baye [(1)], B. Pereira [(1)]
(1) Clermont-Ferrand.

Introduction : Dans la rectocolite hémorragique (RCH), les données des essais contrôlés randomisés et des méta-analyses en réseau suggèrent que les traitements avec induction par voie intra-veineuse (infliximab et vedolizumab) seraient plus efficaces que les anti-TNF par voie sous-cutanée (adalimumab et golimumab) en 1ère ligne de biothérapie. Si démarrer par un traitement de 1ère ligne moins efficace (choix du patient, meilleure tolérance ou acceptabilité) peut être rattrapé par les lignes de traitement ultérieures ou si cela induit une perte de chance pour les patients est une question majeure en termes de séquence thérapeutique. L'objectif était de comparer l'efficacité d'une stratégie démarrant par une biothérapie de 1ère ligne à induction IV (infliximab ou vedolizumab = groupe IV) par rapport à une biothérapie à induction SC (adalimumab ou golimumab = groupe SC) pour induire et maintenir une rémission clinique sans corticoïdes durant les 24 premiers mois suivant le début de la biothérapie.

Patients et Méthodes : A partir d'une base de données regroupant l'ensemble des patients suivis pour une RCH dans un CHU, ont été identifié tous les patients consécutifs ayant débuté une 1ère ligne de biothérapie. Les critères d'inclusions étaient un diagnostic de RCH, âge ≥ 18 ans, RCH active à la mise sous biothérapie (score Mayo partiel > 2), ayant démarré de l'infliximab, du vedolizumab, de l'adalimumab ou du golimumab comme 1ère ligne de biothérapie avec un suivi d'au moins 6 mois. Les patients avec antécédents de colectomie ou colite aigüe grave à l'inclusion ont été exclus. Le critère de jugement principal était la rémission sans corticoïde définie selon les PRO2 comme l'absence de saignement, une normalisation du transit (sous-score Mayo de fréquence des selles = 0) et l'absence de corticothérapie. Elle était définie comme un critère binaire chaque mois. L'unité statistique étant le mois et non le patient. Les critères de jugements secondaires concernaient l'analyse par patients et étaient la rémission clinique sans corticoïdes ou CFREM (score Mayo partiel ≤ 2 sans corticoïdes) à la semaine 12 (S12) et à 1 an, la rémission clinico-endoscopique (CFREM + Mayo endoscopique ≤ 1) à S12 et à 1 an.L'ensemble des comparaisons ont été ajustées grâce à des scores de propension prenant en compte les caractéristiques des patients et de la RCH à l'inclusion, la sévérité et les traitements concomitants. L'analyse par mois a été réalisée à l'aide de modèles mixtes pour tenir compte des données répétées.

Résultats : Au total, 130 patients ont été inclus dont 60 patients dans le groupe IV (infliximab = 50 et vedolizumab = 10) et 70 dans le groupe SC (adalimumab = 48 et golimumab = 22). Les populations avaient des caractéristiques comparables à l'inclusion (âge, genre, extension de la RCH, durée d'évolution de la RCH, traitements antérieurs, 5-ASA ou corticothérapie associée) hormis un immunosuppresseur associé à l'inclusion plus fréquemment dans le bras IV (55,9 % vs 21,7 %). La 1ère ligne de biothérapie avait été intensifiée chez 52,6 % et 78,2 % des patients du bras IV et SC, respectivement. Un traitement de 2ème ligne a été débuté chez 26,7 % des patients du groupe IV (principalement adalimumab dans 48,8 %, vedolizumab 25,5 % et ustekinumab 18,8 %) et 87,1 % des patients du groupe SC (principalement infliximab dans 54,1 %, vedolizumab 31,1 %).
Après ajustement, le taux de CFREM à la semaine 12 était significativement plus élevé dans le bras IV (70,8 %) que dans le bras SC (33,0 %) (p < 0,001). Les taux de rémission clinico-endoscopique à S12 étaient de 22,1 % et 10,0% dans les bras IV et SC, respectivement (p = 0,18). Les taux de CFREM à 1 an étaient de 69,8 % et 52,7 % dans les bras IV et SC, respectivement (p = 0,11). Les taux de rémission clinico-endoscopique à 1 an étaient de 20,6 % et 13,9 % dans les bras IV et SC, respectivement (p = 0,41).
Dans cette étude, 3350 mois ont été analysés (1180 dans le

bras IV et 1175 dans le bras SC). Le pourcentage de mois passés en rémission sans corticoïde dans les 24 premiers mois (critère de jugement principal) était plus important dans le bras IV que dans le bras SC (74,2 % vs 46,6 % ; p < 0,001). Le pourcentage de mois passé en rémission sans corticoïde était plus élevé dans le bras IV que ce soit dans les 6 premiers mois (60,4 % vs 18,9 %), entre M7 et M12 (73,1 % vs 38,6 %), M13 et M18 (79,9 % vs 57,0 %) ou M19 et M24 (83,3 % vs 64,6 %) (p < 0,001 pour toutes les comparaisons).

Conclusion : Une séquence thérapeutique débutant en 1ère ligne par une biothérapie à induction IV (infliximab ou vedolizumab) était plus efficace que celle démarrant par un anti-TNF à induction SC (adalimumab et golimumab) pour induire et maintenir une rémission clinique sans corticoïde chez les patients atteints de RCH. Nos données suggèrent l'importance de l'efficacité de la 1ère ligne de biothérapie et plaident donc pour l'utilisation du traitement le plus efficace d'emblée. Cependant, ces données doivent être confirmées par des essais randomisés de stratégie de sequencing.

P073

MEILLEURS POSTERS

Impact du type HLA sur l'efficacité et l'immunisation de l'ustékinumab chez des patients atteints de MICI

A. Delmeule [1], V. Dubois [1], A.L. Charlois [1], C. Gay [2], X. Roblin [3], S. Paul [3], S. Nancey [1], G. Boschetti [1]

(1) Lyon ; (2) Besançon ; (3) Saint-Etienne.

Introduction : Actuellement, plus de 30% des patients sous Ustekinulmab vont présenter un échec primaire ou secondaire. La fréquence et les conséquences de l'immunisation à l'Ustekinumab restent controversées. Certains types HLA (notamment DQA1*05) ont été dernièrement décrits comme facteurs prédictifs de l'immunisation aux anti-TNFα. L'objectif de notre étude était d'évaluer l'impact du type HLA sur l'immunisation et l'efficacité de l'Ustekinumab.

Patients et Méthodes : Les patients inclus (entre 2017 et 2023) devaient être en cours de traitement par Ustekinumab sur le CHU de Lyon ou de Saint Etienne. Le taux résiduel d'Ustekinumab était mesuré par ELISA et le typage HLA réalisé par PCR. La recherche d'anticorps anti-ustekinumab était réalisée par une technique "drug sensitive" (ELISA) et une technique "drug tolerant" anti chaîne lambda. Les données sur les réponses clinique, biologique (CRP, calprotectine) et endoscopique étaient recueillies retrospectivement.

Résultats : 115 patients ont été inclus (43% d'hommes, moyenne d'âge de 40 ans), dont 98 maladie de Crohn. 98% avaient reçu au moins un anti-TNFα et 33% d'entre eux avaient présenté une immunisation. Dans notre étude, 43 patients étaient immunisés contre l'ustekinumab en technique "drug tolerant" et 2 en technique "drug sensitive". L'immunisation semblait diminuer (non significativement) la réponse clinique, biologique et endoscopique. Le taux résiduel d'ustekinumab était significativement plus élevé chez les patients répondeurs clinique (p=0.009) et biologique (p=0.036). Les patients porteurs du HLA DQA1*05 et DRB1*03 avaient un risque plus élevé d'immunisation (OR=5.13, p=0.048 / OR= 5.36, p=0.006) et une tendance à une moins bonne réponse clinico-biologique. D'autres types HLA, notamment DQA1*01 avaient tendance à diminuer le risque d'immunisation (OR = 0.7, p=0.3) et à être associés à une meilleure réponse (OR=2.55, p=0.018). Sur un faible effectif (26 patients), la combothérapie à l'induction ne semblait pas prévenir significativement le risque d'immunisation ni influencer la réponse au traitement. Les analyses en sous groupes semblent confirmer le rôle de certains types HLA, en s'affranchissant des déséquilibres de liaisons liés à la transmission haplotype.

Discussion : L'effectif de notre étude reste limité et hétérogène. Les résultats mettent en exergue les variabilités des différentes techniques de dosage et la nécessité de standardisation. Il serait interessant de doser les anticorps anti-ustekinumab au cours du temps, certains d'entre eux étant uniquement transitoire. Il existe probablement d'autres types HLA non étudiés dans cette étude et d'autres mécanismes prédictifs de l'immunisation et de la réponse. Des résultats complémentaires semblent donc nécessaires pour confirmer l'intérêt du typage HLA comme guide dans le choix thérapeutique.

Conclusion : Notre étude suggère l'utilité du monitoring de l'ustekinumab et une immunisation plus fréquente que précédemment décrite. Le type HLA semble influencer l'immunisation et la réponse à l'ustekinumab. Certains types HLA et donc certains profils de patients, semblent être associés à un risque d'immunisation à la fois aux anti-TNFα et à l'Ustekinumab.

P074

Efficacité et tolérance à long terme d'un traitement par risankizumab chez des patients atteints d'une maladie de Crohn active modérée à sévère : résultats à 104 semaines de l'étude FORTIFY

L. Peyrin-Biroulet [1], R. Panaccione [2], D.T. Rubin [3], E.J. Loftus [4], A. Lim [5], R. Duan [3], E. Neimark [3], A. Song [3], J. Kalabic [6], J. Zambrano [3], K. Kligys [3], X. Liao [7], W. Koetse [3], T. Hisamatsu [8], S. Danese [9], G. D'Haens [10], M. Ferrante [11]

(1) Nancy ; (2) Calgary, CANADA ; (3) Chicago, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (4) Rochester, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (5) Edmonton, CANADA ; (6) Ludwigshafen, ALLEMAGNE ; (7) Cambridge, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (8) Tokyo, JAPON ; (9) Milan, ITALIE ; (10) Amsterdam, PAYS-BAS ; (11) Louvain, BELGIQUE.

Introduction : Le risankizumab (RZB), un anti-interleukine-23 p19, s'est démontré efficace et a été bien toléré chez des patients ayant une maladie de Crohn active modérée à sévère.1,2 Cette analyse intérim intégrée de l'étude FORTIFY évalue l'efficacité et la tolérance d'un traitement d'entretien par RZB sur une période de 104 semaines.

Patients et Méthodes : FORTIFY (NCT03105102) est une étude multicentrique de phase III, en cours comportant une phase d'entretien randomisée, en double aveugle, contrôlée contre placebo, de 52 semaines et une phase d'extension en ouvert (OLE) jusqu'à 220 semaines. Les patients obtenant une réponse clinique définie selon les critères de fréquence des selles/score de douleurs abdominales (FS/DA) après 12 semaines de traitement d'induction par RZB par voie intraveineuse (IV) étaient randomisés pour recevoir le RZB (180 mg ou 360 mg) ou un placebo (PBO ; arrêt de traitement) par voie sous-cutanée (SC) toutes les 8 semaines au cours de la phase d'entretien. Lors de l'OLE, les patients éligibles ont reçu le RZB SC (180 mg ou 360 mg), en ouvert, toutes les 8 semaines. Les patients présentant une réponse inadéquate pouvaient recevoir un traitement de secours suivi du RZB en phase ouverte. L'analyse de l'efficacité incluait tous les patients randomisés ayant répondu au traitement d'induction de 12 semaines par RZB et reçu ≥ 1 dose de RZB en entretien ; les évaluations portaient sur la réponse et la rémission cliniques selon le CDAI (Crohn's Disease Activity Index) ou les FS/DA, les scores IBDQ (Inflammatory Bowel Disease Questionnaire) et FACIT-F (Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Fatigue), et sur la tolérance. Les données d'efficacité observées pour les groupes de doses 180 mg et 360 mg ont été combinées ; les données postérieures au traitement de secours par RZB ont été exclues de l'analyse. L'analyse de la tolérance portait sur tous les patients randomisés ayant reçu le RZB/PBO IV pendant une seule période d'induction de 12 semaines, ≥ 1 dose de RZB en entretien et le traitement de secours par RZB. La date de clôture des données était le 15 mai 2021.

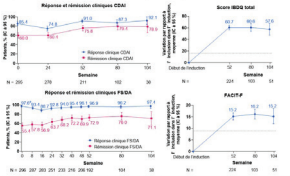
Résultats : Au total, 298 patients ont été inclus dans l'analyse de l'efficacité. À la semaine 0 de l'étude d'entretien, respectivement 85,4 % et 60,0 % des patients avaient obtenu une réponse et une rémission cliniques CDAI avec les doses regroupées de 180 mg et 360 mg de RZB; les taux sont globalement restés stables jusqu'à la semaine 104 (Figure). Les taux de réponse et rémission cliniques FS/DA à la semaine 0 étaient respectivement de 97,6 % et 55,4 % ; les taux de réponse cliniques FS/DA étaient généralement soutenus, et ceux de rémission cliniques SF/DA se sont globalement maintenu jusqu'à la semaine 104. L'efficacité clinique a été associée à des résultats positifs sur la qualité de vie liée à la santé, comme l'indique l'augmentation des scores IBDQ et FACIT-F jusqu'à la semaine 104. La tolérance a été évaluée chez 337 patients (515,3 patients-années). Le profil des événements indésirables concordait avec celui observé auparavant ; aucun nouveau signal de sécurité n'a été identifié (Tableau).1,2

Tableau. Vue d'ensemble des événements indésirables apparus sous traitement

Événement indésirable apparu sous traitement	Tout RZB* N = 337 PA = 515,3 E (E/100 PA)
Ei	1 273 (247,0)
Ei sévères	53 (10,3)
Ei graves	94 (18,2)
Ei ayant entraîné l'arrêt du traitement à l'étude	16 (3,1)
Ei liés à la COVID-19	25 (4,9)
Décès	0
Ei d'intérêt particulier	
Infections graves	18 (3,5)
Infection opportuniste sauf TB et zona†	3 (0,6)
Zona	2 (0,4)
TB active	0
COVID-19	24 (4,7)
EICM confirmé par le comité d'adjudication ou sfernda ‡	1 (0,2)
CCAM	0
Affections malignes hors CCMM§	3 (0,6)
Réactions au site d'injection	60 (11,6)
Réactions d'hypersensibilité graves	0
Réactions anaphylactiques confirmées par le comité d'adjudication	0
Événements hépatiques¶	23 (4,5)

Ei, événement indésirable ; E, Événement ; IV, intraveineux ; EICM, événement indésirable cardiovasculaire majeur ; CCAM cancer cutané non-mélanome ; PBO, placebo ; PA, patients-années ; RZB, risankizumab; SC, sous-cutanée ;
*Tout patient ayant reçu ≥ 1 dose de RZB pendant l'étude d'entretien FORTIFY et le traitement de secours par RZB.
†Les événements non graves d'infection opportuniste ont été signalés à un événement de mycose bucco-œsophagienne, un événement grave d'histoplasmose disséminée et un zona.
‡Un patient ayant des antécédents de dyslipidémie, tumeur digestif, 54 ans, a présenté un événement indésirable sévère d'infarctus aigu du myocarde (infarctus du myocarde non fatal selon le comité d'adjudication) au jour 411 (jour 322 de l'étude d'entretien FORTIFY), après 6 doses de médicament à l'étude.
§Affections malignes : carcinome gastro-intestinal (n = 1, cancer du pancréas = 1) et cancer de la thyroïde (n = 1).
¶La plupart des événements hépatiques étaient des élévations des enzymes hépatiques ; aucun événement n'était grave.

Figure. Résultats cliniques et de qualité de vie liée à la santé observés chez les patients traités par RZB dans le cadre de l'étude FORTIFY



Score DA, score de douleurs abdominales ; CDAI, Crohn's Disease Activity Index (indice d'activité de la maladie de Crohn) ; FACIT-F, Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Fatigue (évaluation fonctionnelle du traitement de la maladie chronique-fatigue) ; IBDQ, Inflammatory Bowel Disease Questionnaire (questionnaire sur les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin) ; IV, intraveineux ; MMD, différence minimale cliniquement importante ; RZB, risankizumab ; SC, sous-cutanée ; SEM, ESS, Erreur-Échantillon Score de Crohn's Disease (score endoscopique simplifié pour la MC) ; TE, Tétanos-like selles.
Réponse clinique CDAI : diminution du score CDAI ≥ 100 points par rapport à l'inclusion.
Rémission clinique CDAI: CDAI < 150.
Réponse clinique FS/DA : diminution ≥ 30 % et ≥ 4 PS (pendant au moins 6 jours) et ≥ 2 PS (pendant au moins 6 jours) par rapport à l'inclusion.
Rémission clinique FS/DA: PS (pendant au moins 6 jours) et ≥ 2 PS (pendant au moins 6 jours) et ≥ 2 PS sans aggravation de plus que la valeur de référence.
Le score IBDQ est un questionnaire de qualité de vie spécifique à la maladie de Crohn qui comprend 32 questions réparties en 4 domaines : symptômes intestinaux, symptômes systémiques, fonction sociale et fonction émotionnelle ; un score élevé correspond à de bons résultats.
Le FACIT-F mesure la fatigue spécifique de la maladie et aux maux de tête spécifiquement le fonctionnement des patients ayant une maladie chronique ; un score élevé reflète un faible niveau de fatigue.
Le semaine 0 correspond à la semaine 0 de l'étude d'entretien.
Les IC à 95 % sont basés sur la méthode de Wilson.
Inclus tous les patients randomisés présentant un score RZB-CS éligible à l'inclusion de 6 ou 7 et ceci d'après scores, ayant reçu le RZB IV au cours d'une séquence d'induction de 12 semaines puis reçu ≥ 1 dose de RZB SC au cours de l'étude d'entretien FORTIFY ; ces 2 groupes d'études représentent les seuls de 2021 : RZB-CS, FC Panel n° 3.
* Patients sans réponse clinique FS/DA à la fin de l'induction FORTIFY et n'ayant pas ou ne suivi les critères du protocole dans la documentation de l'étude.

Conclusion : Le traitement d'entretien par RZB a permis de maintenir des résultats cliniques importants et a été bien toléré jusqu'à 104 semaines. Ces résultats soulignent l'effet durable et l'amélioration de la qualité de vie liée à la santé avec un traitement par RZB à long terme.

Remerciements, financements, autres : AbbVie Inc. a financé cette étude et participé à l'élaboration du plan de l'étude, à la recherche, l'analyse, le recueil et l'interprétation des données, à la révision et à la validation du résumé. Tous les auteurs ont eu accès aux données pertinentes et ont participé à la rédaction, la révision et la validation de ce 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 Melissa Julyanti, PharmD, de JB Ashtin.

MEILLEURS POSTERS

Efficacité de l'upadacitinib sur les manifestations extra-intestinales observées chez des patients ayant une maladie de Crohn active modérée à sévère

S. Nancey [1], J.F. Colombel [2], D.P. Hudesman [2], Q. Cao [3], S. Ghosh [4], W. Reinisch [5], A. Lacerda [6], E. Dubcenco [6], C. Doshi [6], S. Anyanwu [6], T. Feng [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 manifestations extra-intestinales (MEI) de la maladie de Crohn (MC) sont difficiles à traiter et peuvent nuire à la qualité de vie des patients. Leur prévalence est estimée à 6–47 %.1 L'efficacité et la tolérance de l'upadacitinib (UPA), un inhibiteur réversible de Janus kinases, administré par voie orale, a été démontrée lors de trois essais cliniques de phase III contrôlés, randomisés, en double aveugle ; l'UPA est autorisé dans le traitement de la MC active modérée à sévère.2–6 Nous avons évalué l'efficacité du traitement par UPA sur les MEI observées chez les patients de ces essais.

Patients et Méthodes : lors de deux études d'induction de phase III, U-EXCEL (NCT03345849) et U-EXCEED (NCT03345836), des patients atteints d'une maladie de Crohn active modérée à sévère ont été randomisés (2/1) pour recevoir l'UPA 45 mg ou un placebo une fois par jour pendant 12 semaines. Les répondeurs cliniques aux 12 semaines de traitement par UPA 45 mg ont été à nouveau randomisés (1/1/1) pour recevoir le traitement par UPA 15 mg, UPA 30 mg ou placebo une fois par jour dans le cadre de l'étude d'entretien de phase III U-ENDURE (NCT03345823)pendant 52 semaines. Cette analyse portait sur les données relatives aux MEI extraites d'un formulaire dans lequel les investigateurs enregistraient la présence (oui/non) de 16 MEI prédéfinies. Les MEI ont été évaluées à l'inclusion, puis leur résolution a été évaluée après 12 semaines de traitement d'induction et 52 semaines de traitement d'entretien chez les patients présentant des MEI à l'inclusion de l'étude d'induction. Les MEI suivantes ont été évaluées : les arthropathies (arthropathie périphérique ou axiale, dont sacro-iliite et spondylarthrite ankylosante), les MEI classiques (arthropathies, épisclérite, uvéite, iritis, érythème noueux, pyoderma gangrenosum, syndrome de Sweet et aphtoses buccales), anémie et ensemble des MEI (MEI classiques et arthropathies, anémie, cholangite sclérosante primitive, hépatite auto-immune, thromboembolie veineuse, broncho-pneumopathie chronique obstructive, bronchectasie, et néphrolithiase). La différence de taux de résolution des MEI a été évaluée entre UPA et placebo pour les études d'induction poolées et l'étude d'entretien. Les données ont été rapportées en appliquant l'imputation des non répondeurs, avec imputation multiple pour gérer les données manquantes en raison de la COVID-19.

Résultats : à l'inclusion, des MEI ont été observées chez 41,1 % (420/1021) des patients inclus dans les études poolées d'induction et 39,8 % (200/502) des patients inclus dans les analyses d'efficacité de l'étude d'entretien (Tableau). À la semaine 12 d'induction, le taux de résolution de l'ensemble des MEI, des MEI classiques et des arthropathies était plus élevé chez les patients traités par UPA 45 mg (respectivement 30,5 %, 44,4 % et 44,3 %) que chez ceux sous placebo (21,1 %, 19,7 %, 20,6 % ; P ≤ 0,05) ; le taux de résolution de l'anémie était plus élevé sous placebo *versus* UPA 45 mg (Tableau). À la semaine 52 de l'étude d'entretien, le taux de résolution de l'ensemble des MEI, des MEI classiques, des arthropathies et de l'anémie était plus élevé sous UPA 30 mg (35,6 %, 30,6 %, 31,9 %, 44,4 % ; P ≤ 0,05) et numériquement supérieur sous UPA 15 mg (24,6 %, 19,4 %, 22,6 %, 27,6 %) *versus* placebo (15,2 %, 12,8 %, 13,6 %, 15,4 % ; Tableau).

Tableau. Synthèse de la résolution des MEI au cours des traitements d'induction et d'entretien

	Induction (12 semaines)		Entretien (52 semaines)		
Caractéristique	**PBO**	**UPA 45 mg**	**PBO**	**UPA 15 mg**	**UPA 30 mg**
MEI à l'inclusion, % (n[a])					
Toutes MEI[b]	39,8 (138)	41,8 (282)	40,0 (66)	36,1 (61)	43,5 (73)
MEI classiques[c]	29,7 (103)	28,8 (194)	28,5 (47)	21,3 (36)	29,2 (49)
Arthropathies[d]	26,8 (93)	27,2 (183)	26,7 (44)	18,3 (31)	28,0 (47)
Anémie	14,1 (49)	17,8 (120)	15,8 (26)	17,2 (29)	21,4 (36)
Résolution[e], %					
Toutes MEI[b]	21,1	30,5*	15,2	24,6	35,6***
MEI classiques[c]	19,7	44,4***	12,8	19,4	30,6**
Arthropathies[d]	20,6	44,3***	13,6	22,6	31,9**
Anémie[c]	30,6	22,5	15,4	27,6	44,4**

MEI, manifestation extra-intestinale ; PBO, placebo ; UPA, upadacitinib.
Valeurs *P* nominales, sans ajustement pour multiplicité
*$P \leq 0,05$; **$P \leq 0,01$; ***$P \leq 0,001$.
[f]Valeur *P* ajustée pour multiplicité.
[g]Valeurs *P* nominales, sans ajustement pour multiplicité.
[a]Nombre de patients présentant les MEI indiquées à l'inclusion dans l'étude d'induction.[b]Inclut arthropathie périphérique, arthropathie axiale (dont sacro-iliite et spondylarthrite ankylosante), épisclérite, uvéite, iritis, érythème noueux, pyoderma gangrenosum, syndrome de Sweet, aphtoses buccales, anémie, cholangite sclérosante primitive, hépatite auto-immune, thromboembolie veineuse, broncho-pneumopathie chronique obstructive, bronchectasie, et néphrolithiase.
[c]Inclut les arthropathies (arthropathie périphérique et arthropathie axiale [dont sacro-iliite et spondylarthrite ankylosante]), épisclérite, uvéite, iritis, érythème noueux, pyoderma gangrenosum, syndrome de Sweet et aphtoses buccales.
[d]Inclut l'arthropathie périphérique ou axiale (dont sacro-iliite et spondylarthrite ankylosante).
[e]Parmi les patients présentant la MEI indiquée à l'inclusion.

Conclusion : les patients présentant une MC traités par UPA ont généralement présenté une meilleure résolution des MEI que ceux ayant reçu le placebo. Plus d'un tiers des patients ont présenté une résolution rapide des MEI classiques et des arthropathies après 12 semaines de traitement par UPA. Au cours de l'étude d'entretien, le traitement par UPA 30 mg a été associé à un taux de résolution des MEI significativement supérieur à celui observé avec le placebo.

Remerciements, financements, autres : AbbVie Inc. a financé cette étude et participé à l'élaboration du design de l'étude, à la recherche, 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. La rédaction médicale a été assurée par Morgan A Gingerich, PhD, de JB Ashtin, et financée par AbbVie.

P076

Rémission endoscopique et histologique après 2 ans de traitement par mirikizumab chez les patients atteints de rectocolite hémorragique active modérée à sévère

L. Peyrin-Biroulet [1], F. Magro [2], T. Kobayashi [3], V. Jairath [4], A. Walsh [5], B. Christensen [6], J. Wu [7], G. Park [8], I. Redondo [9], B. Sands [10]

(1) Nancy ; (2) Porto, PORTUGAL ; (3) Tokyo, JAPON ; (4) London, CANADA ; (5) Oxford, ANGLETERRE ; (6) Melbourne, AUSTRALIE ; (7) Indianapolis, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (8) King of Prussia, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (9) Lisbonne, PORTUGAL ; (10) New York, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE.

Introduction : Le Mirikizumab (miri), un anticorps dirigé contre la sous-unité p19 de l'IL-23, a démontré son efficacité dans l'obtention de réponses et de rémissions clinique, endoscopique et histologique après 52 semaines (S) de traitement chez des patients atteints de rectocolite hémorragique (RCH) active modérée à sévère dans des études de phase 3 (LUCENT-1, NCT03518086 ; LUCENT-2, NCT03524092).1,2 La cicatrisation histologique dans la RCH peut donner une indication sur le degré de la rémission.3 Ici, sont rapportés de l'étude LUCENT-3 (NCT03519945), la proportion de patients avec et sans échec de traitement biologique ou de tofacitinib qui ont obtenu une rémission histologique et endoscopique après 2 ans de traitement par miri.

Patients et Méthodes : LUCENT-3 est une étude de phase 3 en cours, mono-bras, en ambulatoire, multicentrique et évaluant l'efficacité et la sécurité de miri à long terme chez les patients atteints de rectocolite hémorragique active modérée à sévère. Tous les patients inclus ont reçu, en ouvert, 200 mg de miri en sous-cutané toutes les 4 semaines. Cette analyse s'est focalisée sur les patients répondeurs au miri à la semaine 52 (les patients répondeurs à S12, re-randomisés dans le groupe de traitement d'entretien de miri et avec une réponse clinique à la fin de LUCENT-2) qui ont été inclus dans l'étude d'extension à long terme et ont continué à recevoir miri pendant 52 semaines supplémentaires. Les critères d'évaluation d'intérêt sont les proportions de patients présentant une amélioration histologique, une rémission endoscopique, une normalisation endoscopique, une amélioration histo-endoscopique de la muqueuse (HEMI), une rémission histo-endoscopique de la muqueuse (HEMR) et une HEMR alternative (rémission histologique et normalisation endoscopique) à S104. Les p-values ont été calculés à l'aide du test du Khi-deux de Pearson. Les données manquantes sur les réponses ont été imputées comme non-réponse.

Tableau 1. Proportion de patients présentant des résultats histologiques et endoscopiques à la semaine 104 selon le statut d'échec antérieur aux traitements biologiques ou au tofacitinib.

	Taux de réponse au mirikizumab à la semaine 104		
	Sans échec antérieur à un biologique ou au tofacitinib (n = 166)	Avec échec antérieur à un biologique ou au tofacitinib (n = 73)	Global (N=239)
Amélioration histologique[a]	99 (59.6%)	43 (58.9%)	142 (59.4%)
Rémission histologique[b]	85 (51.2%)	39 (53.4%)	124 (51.9%)
Rémission endoscopique[c]	114 (68.7%)	42 (57.5%)	156 (65.3%)
HEMI[d]	90 (54.2%)	37 (50.7%)	127 (53.1%)
HEMR[e]	80 (48.2%)	34 (46.6%)	114 (47.7%)
Normalisation endoscopique[f]	56 (33.7%)	13 (17.8%) *	69 (28.9%)
HEMR alternative[g]	48 (28.9%)	11 (15.1%) *	59 (24.7%)

Données présentées sous forme de n (%) ; Valeur de p, *p<0,05.
Abréviations : ES= sous-score endoscopique ; HEMI = Amélioration histo-endoscopique de la muqueuse ; HEMR = Rémission histolo-endoscopique de la muqueuse.
[a]Score Geboes≤3.1
[b]Score Geboes≤2B.0
[c]ES=0 ou 1, sans friabilité
[d]Score Geboes ≤3,1 et ES=0 ou 1, sans friabilité
[e]Score Geboes ≤2B.0 et ES=0 ou 1, sans friabilité
[f]ES=0
[g]ES=0 et score Geboes≤2B.0

Résultats : Parmi les répondeurs miri à la semaine 52 (N = 239), 60,3 % étaient des hommes, avec un âge moyen de 43,9 ans. Le score Mayo modifié moyen à l'inclusion était de 6,7 et 33,5 % avaient déjà été exposés à des traitements biologiques ou au tofacitinib. Après 2 ans de traitement par miri, 65,3% des patients ont obtenu une rémission endoscopique et 51,9% ont obtenu une rémission histologique. L'HEMI et l'HEMR ont été atteints par 53,1 % et 47,7 % des patients, respectivement. Une proportion similaire de patients a obtenu une amélioration histologique, une rémission histologique, une rémission endoscopique, une HEMI et une HEMR indépendamment de l'échec antérieur aux biologiques ou au tofacitinib. Seuls la normalisation endoscopique et l'HEMR alternative montrent des taux plus élevés statistiquement significatifs chez les patients qui n'avaient pas d'échec antérieur aux biologiques ou au tofacitinib (tableau 1).

Conclusion : Dans l'étude LUCENT-3, une rémission histologique et endoscopique maintenue a été observée chez des patients atteints de rectocolite hémorragique modérée à sévère qui ont été traités par mirikizumab pendant 2 ans, indépendamment de l'échec antérieur à un biologique ou au tofacitinib.

P077

Réponse à l'induction prolongée chez les patients traités par mirikizumab atteints de rectocolite hémorragique active modérée à sévère dans les essais LUCENT

L. Peyrin-Biroulet [1], G. D'Haens [2], P. Higgins [3], B. Sands [4], S. Lee [5], R. Moses [6], I. Redondo [7], R. Escobar [8], N. Morris [6], T. Kobayashi [9]

(1) Nancy ; (2) Amsterdam, PAYS-BAS ; (3) Michigan City, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (4) New York, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (5) Washington, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (6) Indianapolis, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (7) Lisbonne, PORTUGAL ; (8) Alcobendas, ESPAGNE ; (9) Tokyo, JAPON.

Introduction : Évaluer la réponse clinique chez les patients qui n'avaient pas complètement répondu à la fin de la période d'induction de 12 semaines (S12) et qui ont reçu un traitement d'induction prolongé pendant 12 semaine supplémentaires.Évaluer la réponse clinique chez les patients qui n'avaient pas complètement répondu à la fin de la période d'induction de 12 semaines (S12) et qui ont reçu un traitement d'induction prolongé pendant 12 semaine supplémentaires.

Patients et Méthodes : Les patients ne répondant pas à l'administration intraveineuse (IV) de 300 mg de mirikizumab (miri) toute les 4 semaines (n = 272) à S12 (LUCENT-1) ont reçu un traitement d'induction prolongé de 12 semaines avec 300 mg de miri IV toutes les 4 semaines en ouvert soit 3 doses supplémentaires (LUCENT-2).

Résultats : Parmi les 272 patients n'ayant pas réussi à obtenir une réponse clinique après 12 semaines de traitement d'induction, 72,4% avaient un sous-score endoscopique Mayo de 3, indiquant une atteinte sévère. Parmi ces patients, 146 (53,7%) ont obtenu une réponse clinique et 31 (11,4%) ont obtenu une rémission clinique à S24. Sur les 144 répondeurs à S24 participant à l'étude d'entretien en ouvert, 52 (36,1%) ont obtenu une rémission clinique, 104 (72,2%) ont obtenu une réponse clinique, 62 (43,1%) ont obtenu une rémission endoscopique et 60 (41,7%) ont obtenu une amélioration histologique à S52. Pour ces patients, il y avait une réduction de 3,8 (±2,7) points par rapport à l'inclusion de la sévérité des besoins impérieux (BI) et 58,8% ont obtenu une amélioration cliniquement pertinente des BI. Parmi ces patients, 38,3 % ont présenté des événements indésirables liés au traitement (TEAEs). La plupart des TEAEs étaient légers (21,4 %), tandis que seulement 5,4 % étaient graves. Dans l'ensemble, il y a eu 3,2 % d'arrêts de traitement dus aux TEAEs. Aucun nouveau signal de sécurité ou décès n'a été signalé.

Conclusion : Parmi les patients n'ayant pas initialement répondu au traitement d'induction par miri à la semaine 12, 3 doses supplémentaires d'induction de miri ont induit une réponse clinique et une rémission chez les patients, soulignant le bénéfice potentiel d'un traitement d'induction prolongé par miri chez les patients présentant une inflammation plus sévère à l'inclusion.

P078

Efficacité et tolérance d'etrasimod chez les patients atteints de rectite isolée modérée à sévère en comparaison à ceux atteints d'une colite plus étendue : résultats des essais de phase 3 ELEVATE UC 52 et ELEVATE UC 12

L. Peyrin-Biroulet [1], M. Dubinsky [2], B. Sands [2], J. Panes [3], S. Schreiber [4], W. Reinisch [5], B. Feagan [6], S. Danese [7], A. Yarur [8], G. D'Haens [9], M. Goetsch [10], K. Wosik [11], J. Wu [12], I. Modesto [2], A. Mcdonnell [13], L. Bartolome [2], S. Vermeire [14]

(1) Nancy ; (2) New York, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (3) Barcelone, ESPAGNE ; (4) Kiel, ALLEMAGNE ; (5) Vienne, AUTRICHE ; (6) London, CANADA ; (7) Milan, ITALIE ; (8) Los Angeles, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (9) Amsterdam, PAYS-BAS ; (10) Zürich, SUISSE ; (11) Kirkland, CANADA ; (12) Cambridge, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (13) Sandwich, ANGLETERRE ; (14) Louvain, BELGIQUE.

Introduction : La plupart des essais cliniques évaluant les thérapies systémiques de la rectocolite hémorragique (RCH) excluent les patients atteints de rectite isolée, qui sont considérés comme une population plus réfractaire au traitement, ce qui crée un besoin de preuves cliniques. Etrasimod est un modulateur sélectif des récepteurs de la sphingosine 1-phosphate (S1P)□,□,□, administré par voie orale une fois par jour, en cours de développement dans le traitement de la RCH active modérée à sévère. Les essais de phase 3 ELEVATE UC d'etrasimod ont inclus des patients atteints de rectite isolée (< 10 cm d'atteinte rectale), s'ils remplissaient tous les autres critères d'éligibilité.[1]
Cette analyse post hoc a évalué les résultats prédéfinis d'efficacité et de tolérance dans des sous-groupes de patients atteints de rectite isolée et de colite plus étendue (rectosigmoïdite/colite gauche/pancolite)

Tableau. Atteinte des critères d'efficacité prédéfinis chez les patients atteints de rectite isolée et ceux atteints de colite plus étendue dans les essais ELEVATE UC d'etrasimod (ITT analysis set)

Critère d'efficacité	Patients avec rectite isolée			Patients avec colite plus étendue					
	ELEVATE UC 12 + ELEVATE UC 52			ELEVATE UC 52			ELEVATE UC 12		
Semaine 12	PBO, n (%) [N=22]	Etrasimod 2 mg 1×/jour, n (%) [N=42]	Différence de pourcentage par rapport au PBO*	PBO, n (%) [N=135]	Etrasimod 2 mg 1×/jour, n (%) [N=262]	Différence de pourcentage par rapport au PBO*	PBO, n (%) [N=103]	Etrasimod 2 mg 1×/jour, n (%) [N=223]	Différence de pourcentage par rapport au PBO*
Rémission clinique[c]	3 (13,6)	18 (42,9)	45,5***	10 (7,4)	68 (26,0)	18,5***	16 (15,5)	57 (25,6)	9,9*
Réponse clinique[d]	9 (40,9)	30 (71,4)	35,2*	48 (35,6)	162 (61,8)	26,0***	43 (41,7)	141 (63,2)	21,0***
Rémission symptomatique[e]	5 (22,7)	22 (52,4)	44,2***	30 (22,2)	118 (45,0)	22,7***	31 (30,1)	108 (48,4)	18,0**
Amélioration endoscopique[f]	5 (22,7)	22 (52,4)	41,3**	20 (14,8)	93 (35,5)	20,6***	21 (20,4)	71 (31,8)	11,4*
Amélioration endoscopique -rémission histologique[g]	3 (13,6)	16 (38,1)	40,7**	7 (5,2)	55 (21,0)	16,0***	9 (8,7)	36 (16,1)	7,4*
Semaine 52, ELEVATE UC 52	**PBO, n (%) [N=9]**	**Etrasimod 2 mg 1×/jour, n (%) [N=27]**	**Différence de pourcentage par rapport au PBO***	**PBO, n (%) [N=135]**	**Etrasimod 2 mg 1×/jour, n (%) [N=262]**	**Différence de pourcentage par rapport au PBO***	**N/D**		
Rémission clinique[c]	1 (11,1)	12 (44,4)	44,4***	10 (7,4)	82 (31,3)	24,0***			
Réponse clinique[d]	3 (33,3)	15 (55,6)	32,3	32 (23,7)	128 (48,9)	25,2***			
Rémission symptomatique[e]	1 (11,1)	15 (55,6)	53,6***	27 (20,0)	112 (42,7)	22,8***			
Amélioration endoscopique[f]	3 (33,3)	14 (51,9)	29,5	16 (11,9)	99 (37,8)	26,0***			
Amélioration endoscopique -rémission histologique[g]	3 (33,3)	8 (29,6)	-2,3	12 (8,9)	71 (27,1)	18,4***			
Rémission clinique soutenue[h]	1 (11,1)	8 (29,6)	35,7***	3 (2,2)	46 (17,6)	15,5***			
Rémission clinique sans corticoïdes[i]	1 (11,1)	12 (44,4)	44,4***	9 (6,7)	82 (31,3)	24,8***			

*p<0.05; **p<0.01; ***p<0.001 (les valeurs de *p-value* sont indiquées sans ajustement pour les comparaisons multiples)

[a]Les patients présentant une rectite isolée à l'inclusion (définie comme une atteinte rectale < 10 cm) remplissaient tous les autres critères d'éligibilité pour l'inclusion (MMS 4-9, ES ≥ 2 [lecture centralisée] et RBS ≥1)

[b]Les comparaisons de traitement et les valeurs bilatérales de *p-value* ont été obtenues en utilisant la méthode Cochran-Mantel-Haenszel au sein de chaque sous-groupe, en ajustant selon la stratification de l'étude (pour les données regroupées uniquement), le caractère naïf ou non à un traitement biologique/inhibiteur de la Janus kinase, l'utilisation de corticostéroïdes à l'inclusion et l'activité initiale de la maladie (MMS 4-6 ou 7-9). La différence (%) correspond à l'étrasimod moins le PBO et est basée sur la différence de risque commune estimée à l'aide des pondérations de Mantel-Haenszel.

[c]La rémission clinique a été définie comme un SFS = 0 (ou = 1 avec une diminution ≥ 1 point par rapport à l'inclusion), RBS = 0 et ES ≤ 1 (excluant la friabilité).

[d]La réponse clinique a été définie comme une diminution ≥ 2 points et ≥ 30 % du MMS par rapport à l'inclusion, et une diminution ≥ 1 point du RBS par rapport à l'inclusion ou un RBS total ≤ 1.

[e]La rémission symptomatique a été définie par un SFS = 0 (ou = 1 avec une diminution ≥ 1 point par rapport à l'inclusion) et un RBS = 0.

[f]L'amélioration endoscopique a été définie comme un ES ≤ 1 (excluant la friabilité).

[g]L'amélioration endoscopique-rémission histologique a été définie comme un ES ≤ 1 (excluant la friabilité) avec une rémission histologique mesurée par un score de l'índice de Geboes < 2,0.

[h]La rémission clinique soutenue a été définie comme une rémission clinique aux semaines 12 et 52.

[i]La rémission clinique sans corticostéroïdes a été définie comme une rémission à la semaine 52 sans utilisation de corticostéroïdes pendant au moins les 12 dernières semaines de l'étude avant la semaine 52.

ES, sous-score endoscopique ; MMS, score de Mayo modifié ; N, nombre total de patients ; n, nombre de patients ayant des données évaluables dans chaque catégorie ; PBO, placebo ; pt, patient ; RBS, sous score de saignement rectal ; SFS, sous score de fréquence des selles ; UC, ulcerative colitis

Patients et Méthodes : Dans les études ELEVATE UC 52 (NCT03945188) et ELEVATE UC 12 (NCT03996369), des patients (âgés de 16 à 80 ans) atteints de RCH active modérée à sévère ont été randomisés en 2:1 entre Etrasimod 2 mg une fois par jour et le placebo. ELEVATE UC 52

comprenait une période d'induction de 12 semaines suivie d'une période d'entretien de 40 semaines selon un design treat-through. ELEVATE UC 12 comprenait une période d'induction de 12 semaines. Les critères d'évaluation cliniques ont été évalués chez les patients présentant une rectite isolée (données regroupées des deux essais) et chez les patients ayant une colite plus étendue (données individuelles des essais). La rémission clinique soutenue sans corticostéroïdes a été évaluée à la semaine 52 (ELEVATE UC 52 uniquement). Les impériosités ont été évalués via une échelle d'évaluation numérique (NRS) aux semaines 12 et 52. La tolérance a été évaluée jusqu'à la semaine 52.

Résultats : Cette analyse a porté sur 64 (regroupés ; semaine 12) et 36 (ELEVATE UC 52 ; semaine 52) patients présentant une rectite isolée, et 397 (ELEVATE UC 52 ; semaines 12 et 52) et 326 (ELEVATE UC 12 ; semaine 12) patients présentant une colite plus étendue. Des proportions similaires de patients atteints de rectite isolée ont atteint les critères d'efficacité prédéfinis par rapport à ceux atteints de colite plus étendue (Tableau). Les patients atteints de rectite isolée recevant etrasimod ont présenté des améliorations similaires des scores NRS d'impériosité par rapport à ceux atteints de colite plus étendue (changement moyen par rapport à l'inclusion : à la semaine 12, -2,8 vs -2,9 [les deux essais] ; à la semaine 52, -5,0 vs -4,1). La tolérance chez les patients atteints de rectite isolée était généralement similaire à celle de la population globale de l'étude.[1]

Conclusion : Le traitement par etrasimod a eu une efficacité similaire chez les patients ayant une rectite isolée et chez ceux avec une colite plus étendue. Une confirmation prospective dans des cohortes plus importantes de patients atteints de rectite isolée est nécessaire. La tolérance était comparable à celle de l'ensemble de la population.[1]

P079

MEILLEURS POSTERS

Le fardeau des besoins impérieux dans la rectocolite hémorragique : résultats d'une étude multicentrique française en vie réelle

M. Fumery [(1)], C. Robert [(2)], I. Jamonneau [(2)]
(1) Amiens ; (2) Neuilly-sur-Seine.

Introduction : Les besoins impérieux (BI) définis comme le besoin soudain et immédiat d'aller à la selle sont un symptôme commun de la rectocolite hémorragique (RCH), mais le fardeau qui y est associé demeure peu connu. L'objectif est d'évaluer le fardeau global lié aux BI chez les patients atteints de RCH.

Patients et Méthodes : L'étude THEFAR est une étude observationnelle, transversale, multicentrique menée en France de juillet à décembre 2022 chez des patients adultes atteints de RCH traités par biologiques/thérapies synthétiques ciblées. Les données cliniques et de prise en charge thérapeutique étaient collectées par des gastroentérologues via un e-CRF. Les données sur la qualité de vie (QdV), le handicap et l'activité professionnelle (WPAI : UC) étaient collectées avec un auto-questionnaire patient. Les BI étaient définis par un score UNRS (0-10 Urgency Numeric Rating Scale)>1, la rémission aux BI par un score UNRS≤1, et l'incontinence par un score de Wexner≥5. Des analyses descriptives et bivariées ont été réalisées, les variables continues exprimées par des moyennes et écarts-type (ET) étaient comparées en utilisant le test de Student ou le test de Wilcoxon. Les variables catégorielles exprimées en pourcentage étaient comparées en utilisant le test du Chi2 ou le test exact de Fischer.

Résultats : Chez les 293 patients inclus dans 41 centres, l'âge médian (IQR) était 42,0 (31,0-55,0) ans et la durée médiane (IQR) de la maladie de 6,0 (3,0-11,0) ans. 64.2% étaient employés. Respectivement, 45 (15,4%), 117 (39,9%) et 131 (44,7%) avaient une rectite, une colite gauche et une colite étendue. 38,9% avaient une maladie active (score Mayo partiel≥2) et 53,6% ont présenté des poussées au cours des 12 derniers mois. Au total, 144 (49,1%), 99 (33,8%), 35 (11,9%), et 13 (4,4%) patients étaient traités respectivement par anti-TNF, vedolizumab, ustekinumab et tofacitinib avec une durée médiane (IQR) de traitement de 1,0 (0,0–3,0) an. Chez les 291 patients répondeurs à l'auto-questionnaire, 57,0% avaient des BI [UNRS médian(IQR): 2,0 (0,0-6,0)],78,3% avaient de l'incontinence fécale [score de Wexner médian (IQR): 8,0 (5,0-11,0)] et 14,7% des patients devaient porter des protections au moins une fois par mois. La moitié des patients (52,3%) avaient à la fois des BI et de l'incontinence fécale. Une proportion significativement plus importante de patients avait une maladie active dans le groupe avec BI (57,2%) comparé au groupe en rémission des BI (15,2%) (p<0,0001). Au cours de l'année précédente, les patients avec des BI avaient deux fois plus de mois en poussée (2,3 vs 1,0 mois, p<0,0001) et étaient significativement plus nombreux à avoir reçu des corticoïdes sur l'année précédente (45,8% vs 14,4%, p<0,0001). Il n'y avait pas de différence entre les deux groupes selon la localisation de la maladie (p=0 ,74), le traitement de la RCH (pour tous les traitements de la RCH : p>0,05) ou la ligne de traitement (p=0,27). Le score de Wexner médian (IQR) était presque deux fois plus élevé chez les patients présentant des BI [10,0 (8,0-13,0) vs 6,0 (0,0-8,0), p<0,0001]. La QdV était significativement impactée chez les patients avec BI avec une utilité (EQ-5D-5L) moyenne (ET) réduite [0,846(0,186) vs 0,943(0,099), p<0,0001] et un score moyen (ET) sur l'échelle visuelle analogique (VAS) plus faible [66,2 (18,2) vs 82,1 (14,5), p<0,0001]. Un nombre plus important de patients présentait un handicap modéré à sévère (score IBD-DISK≥40) dans le groupe avec BI (53,7% vs 16,9%, p<0,0001) et les BI étaient positivement et significativement corrélés à l'IBD-DISK (r=0,52447, p<0,0001). Les taux d'absentéisme moyen (ET) [11,5% (25,4) vs 3,9% (12,5), p=0,0013], d'incapacité générale au travail [35,7% (29,4) vs 11,3% (18,9), p<0,0001] et d'incapacité dans les activités quotidiennes [33,0% (27,0) vs 7,9% (13,7), p<0,0001] étaient significativement plus élevés chez ces patients.

Conclusion : Malgré des avancées thérapeutiques dans la RCH, plus d'un patient sur deux traité par biologique/thérapies synthétiques ciblées présente des BI. Les patients avec des BI portent un lourd fardeau en termes de symptômes, handicap, altération de la qualité de vie et productivité au travail. Ces résultats montrent que le contrôle des BI demeure un besoin médical non couvert chez les patients atteints de RCH.

P080

Prévalence, causes et impact des urgences fécales sur la qualité de vie et le handicap fonctionnel chez les patients atteints de rectocolite hémorragique : résultats de la cohorte B-UNIC

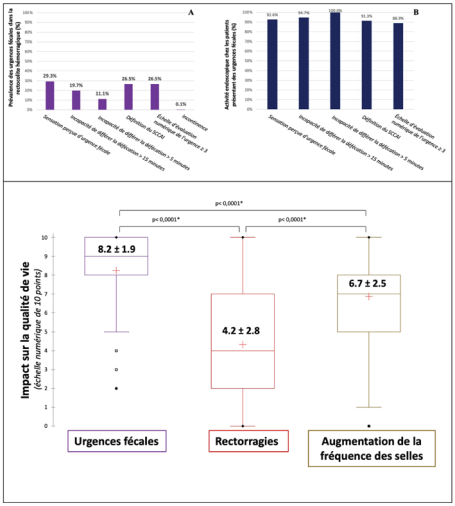
A. Buisson [(1)], E. Baraduc [(1)], M. Dodel [(1)], D. Coban [(1)], M. Bazoge [(1)], B. Pereira [(1)]
(1) Clermont-Ferrand.

Introduction : Alors que les données s'accumulent suggérant l'intégration des urgences fécales dans la définition de la rémission clinique dans la rectocolite hémorragique (RCH), la définition des urgences fécales n'est pas consensuelle. De plus, si ce symptôme est spécifique d'une activité inflammatoire ou pourrait être liée à un trouble fonctionnel post-inflammatoire reste à éclaircir. L'objectif de notre étude était de déterminer la prévalence des urgences fécales selon les définitions actuellement disponibles, d'évaluer la corrélation de ce symptôme avec l'activité inflammatoire endoscopique et enfin d'évaluer son impact sur la qualité de vie et le handicap fonctionnel des patients.

Patients et Méthodes : Il s'agissait d'une étude prospective menée pendant 4 semaines consécutives dans un CHU. L'étude a été systématiquement proposé à tous les patients ≥ 18 ans avec une RCH, vu en consultation durant la période de 4 semaines. Etaient exclus les patients aux antécédents de colectomie. Un questionnaire était rempli à la fois par le médecin (caractéristiques du patient et de la RCH, traitements, évaluation de l'activité clinique et endoscopique, évaluation des urgences fécales selon différentes définitions) et le patient (IBD-disk pour évaluer le handicap fonctionnel, échelle numérique de qualité de vie sur 10 points). Une évaluation de l'activité inflammatoire par endoscopie et/ou calprotectine fécale était systématiquement réalisée. La concordance était évaluée selon le coefficient kappa (> 0,8 = concordance presque parfaite). Les comparaisons d'échelles numériques de qualité de vie ou de handicap fonctionnel étaient réalisées par des tests appariés adaptés prenant en compte le risque d'inflation du risque α. Pour aider à l'interprétation clinique concernant la pertinence de ces différences, une taille d'effet (TE) a été calculée (modérée si > 0,5 et importante si > 0,8).

Résultats : Au total, 117 patients (48,7 % de femmes) ont participé à l'étude (100 % d'acceptation). Leur âge moyen était de 45,6 ans ± 16,7 et la durée médiane de la RCH était de 11,8 ans [0,4-58,1]. L'extension de la RCH était rectale, recto-colique gauche et pancolique dans 16,2 %, 40,2 % et 41,9% des cas, respectivement. Parmi eux, 34,2 % des patients recevaient des 5-ASA alors que 61,4 % d'entre eux étaient traités par biothérapie ou petite molécule. La prévalence des urgences fécales variait de 11,1 % à 29,3 % en fonction de la définition utilisée (Figure 1A). Les urgences fécales étaient très majoritairement associées à la présence d'une activité inflammatoire de la RCH (de 88,9 à 100,0 % des cas) (Figure 1B). La définition des urgences fécale selon l'UNRS (Urgency Numerical Rating Scale) ≥3 était la seule à présenter une concordance presque parfaite (κ = 0,94) avec la sensation des patients d'avoir des urgences fécales alors que l'impossibilité de différer la défécation de plus de 15 minutes (κ = 0,74) ou la définition des urgences fécales par le SCCAI (simple clinical colitis activity index) (κ = 0,77) présentaient une concordance importante. A noter, une concordance presque parfaite entre la définition des urgences fécales par le SCCAI (simple clinical colitis activity index) et UNRS ≥3 (κ = 0,82). En utilisant une échelle numérique de qualité de vie variant de 0 à 10 (10 signifiant une qualité de vie parfaite), les urgences fécales (8,2 ± 1,9) ont un impact significativement plus important sur la qualité de vie des patients, que l'augmentation de la fréquence des évacuations (6,7 ± 2,5) et les rectorragies (4,2 ± 2,8) (p < 0,0001 pour toutes les comparaisons entre elles) (Figure 1C). La taille d'effet était modérée pour la comparaison entre les urgences fécales et l'augmentation de la fréquence des selles (TE = 0,67 [0,40 - 0,94]), élevée pour rectorragies vs augmentation de la fréquence des évacuations (TE = 0,91 [0,63 - 1,18]), et très élevée pour urgences fécales vs rectorragies (TE = 1,62 [1,32 - 1,92]). Parmi les 10 composants de l'IBD-disk reflétant le handicap fonctionnel, la présence d'urgences fécales était associée à des valeurs plus élevées des sous-items concernant les douleurs abdominales (4,9 ± 2,8 vs 2,9 ± 2,9, p = 0,0014 ; TE =0,69), la régulation de la défécation (5,8 ± 3,6 vs 1,5 ± 2,3, p < 0,0001 ; TE =1,54), les interactions sociales (2,5 ± 3,1 vs 0,9 ± 1,9, p = 0,0016 ; TE =0,68), l'activité professionnelle (3,9 ± 3,3 vs 1,6 ± 2,6, p = 0,0002 ; TE =0,83), l'énergie (5,5 ± 3,1 vs 4,0 ± 3,2, p = 0,0273 ; TE = 0,47 et le niveau de stress et d'anxiété (5,1 ± 3,0 vs 3,1 ± 3,0, p = 0,0018 ; TE = 0,24). En analyse multivariée incluant les rectorragies et l'augmentation de la fréquence des évacuations, les urgences fécales étaient indépendamment associées au niveau de stress et d'anxiété des patients (p=0,013), à la fréquence des selles (p < 0,001), et aux impacts sur la vie sociale (p = 0,008) et l'activité professionnelle (p = 0,032).

Figure 1: Prévalence des urgences fécales (1A), corrélation avec la présence d'une activité endoscopique (1B) et comparaison de leur impact sur la qualité de vie en comparaison des autres symptômes cardinaux (1C) chez les patients atteints de RCH.



Conclusion : Chez les patients atteints de RCH, la prévalence des urgences fécales varie en fonction des définitions utilisées. La présence d'urgences fécales est fortement associée à la présence d'une activité inflammatoire. L'urgence fécale est le symptôme qui impacte le plus la qualité de vie et retentit fortement sur le handicap fonctionnel lié à la maladie chez les patients atteints de RCH.

P108

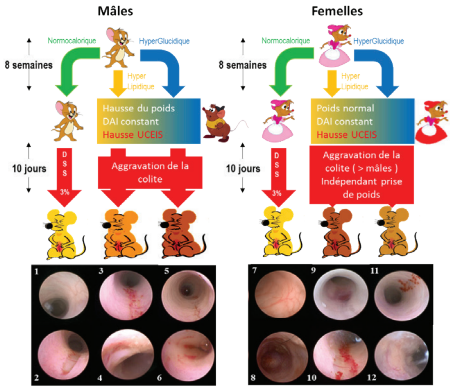
Régimes enrichis en graisses et en sucre - réponse sexe-dépendante à la colite dans un modèle murin

D. Arnone [1], N. Touly [1], B. Caron [1], K. Tunay [1], L. Peyrin-Biroulet [1], M. Boudaud [1]
(1) Nancy.

Introduction : Les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI) se caractérisent par une inflammation sévère de la muqueuse liée à une altération du microbiote intestinal et une hyperactivité du système immunitaire. La prévalence des MICI ne cesse d'augmenter dans les pays fortement industrialisés, dans lesquels on retrouve un régime de type « Western Diet » riche en sucres raffinées et en graisses saturées mais pauvres en fibres et en acide gras essentiels. Plusieurs travaux indiquent une association délétère entre le surpoids ou un apport nutritionnel excessif et les MICI, alors qu'inversement, une restriction calorique semblerait avoir un effet bénéfique sur des pathologies inflammatoires.

Matériels et Méthodes : En utilisant un modèle de colite chez la souris, nous avons choisi d'étudier l'effet d'un régime enrichi en graisses, d'un régime enrichi en graisses et en sucre et d'un régime contrôle chez les mâles et les femelles âgées de 8 à 9 semaines. Après 2 mois de consommation des régimes, une colite a été induite par administration de Sulfate de Dextran Sodique (DSS) à 3% durant 5 jours. Au 10ème jour, une coloscopie a été réalisée avant la mise à mort des animaux et prélèvement des intestins.

Résultats : Alors qu'en l'absence d'agent colitogène, la consommation des régimes hypercaloriques n'a pas entrainé de modification du score clinique (Disease Activity Index DAI), l'examen endoscopique a mis en évidence l'existence de lésions de la muqueuse intestinale quel que soit le régime hypercalorique se traduisant par un score endoscopique (Ulcerative Colitis Endoscopic Index of Severity UCEIS) plus élevé avant même l'induction de la colite.
Après induction de la colite par l'administration de DSS, chez les mâles, comme les femelles, la sévérité clinique, endoscopique et histologique s'est avérée plus précoce et plus grave chez les animaux ayant consommé les régimes hypercaloriques.
De façon surprenante, la colite a été particulièrement sévère chez les femelles, malgré une prise de poids moindre que chez les mâles après régimes hypercaloriques.



Discussion : Il est légitime d'envisager un impact hormonal sur l'activation des mécanismes pro-inflammatoires distincts, d'autant qu'il est décrit par exemple que certains polyphénols, ayant des effets protecteurs vis-à-vis des MICI, ont un effet sexe-dépendant. Finalement, ces travaux montrent clairement que nous ne pouvons pas étudier l'effet de l'apport calorique sans considérer séparément les mâles et les femelles. L'œstradiol est en effet décrit comme un facteur préventif de l'accumulation des graisses et retardant la résistance à la leptine chez les femelles

Conclusion : Cette différence de réponse au DSS après consommation de régimes hypercaloriques entre mâles et femelles indique que le mécanisme inflammatoire semble différer selon le sexe, d'autant que ces dernières n'ont pas pris de poids suite à la consommation des régimes. De récents travaux rapportent le même effet sexe-dépendant de réponse à la colite, dans un modèle de souris IL-10-/-, suggérant qu'il existe une différence entre les sexes dans la physiopathologie de la colite et qu'il est ainsi primordial de considérer l'effet sexe dans les modèles précliniques de colite chez la souris.

Remerciements, financements, autres : Nous remercions la Fondation pour la Recherche Médicale (ECO20170637494 pour DA), l'Association François Aupetit et le financement Lorraine Université d'Excellence (ANR-15-IDEX-04-LUE pour TK).

P082

Fertilité, contraception et MICI : regards croisés entre patientes, gastroentérologues et professionnels de la santé de la femme

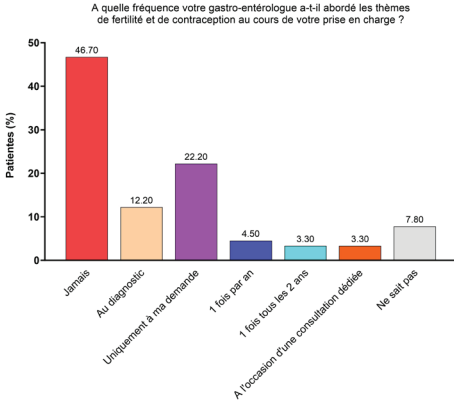
G. Le Cosquer [(1)], B. Bournet [(1)], L. Buscail [(1)], C. Gilletta de Saint-Joseph [(1)], E. di Donato [(1)]

(1) Toulouse.

Introduction : Les maladies inflammatoires chroniques intestinales (MICI), avec un pic d'incidence compris entre 20 et 30 ans, touchent des femmes en période d'activité génitale. L'impact des MICI et de leurs traitements sur la fertilité et les méthodes contraceptives a récemment fait l'objet de recommandations européennes. L'objectif de cette étude était d'évaluer les connaissances des patientes, des hépato-gastro-entérologues (HGE) et des professionnels de la santé de la femme (PSF ; i.e. sage-femme, gynécologues médicaux et obstétriciens) sur les interactions entre MICI, fertilité et méthodes contraceptives.

Matériels et Méthodes : Une enquête anonyme a été proposée à l'ensemble des patientes en âge de procréer hospitalisées ou consultant dans le cadre du suivi de leur MICI au sein d'un centre hospitalo-universitaire du 1er aout au 15 octobre 2023. Un questionnaire similaire a été envoyé aux PSF et HGE du territoire de santé à l'occasion d'une journée d'enseignement post-universitaire.

Résultats : 90 patientes (âge moyen de 33,5 ans, durée médiane d'évolution de la MICI de 9 ans [écart interquartile (IQR) 4-13]) ont répondu au questionnaire dont 53,3% se sont déclarées en rémission de leur MICI. 60 (66,7%) patientes avaient une maladie de Crohn, 28 (31,1%) une RCH et 2 (2,2%) une colite indéterminée. 96% des patientes déclaraient avoir été exposées à au moins un immunosuppresseur (ou une biothérapie).
50 HGE ont répondu au questionnaire (durée moyenne d'installation de 8 ans [IQR : 4-16], 36% libéral, 14% CHG 26% CHU et 24% internes). 72 PSF ont répondu au questionnaire (durée médiane d'installation de 10 ans [IQR : 3-17], 31,9% libéral, 2,8% CHG 54,2% CHU et 11,1% internes) dont 69,4% prennent actuellement en charge des patientes porteuses d'une MICI. Seuls 10% des HGE et 2,8% des PSF déclaraient avoir déjà participé à une formation sur les thèmes de contraception, fertilité et MICI.
Un tiers des patientes déclaraient s'être déjà interrogées sur l'impact de leur MICI sur leur contraception. 46,7% des patientes rapportaient n'avoir jamais abordé les thèmes de fertilité et de contraception avec leur gastro-entérologue, 22,2% uniquement à leur demande (Figure 1). De façon concordante, 54% des HGE déclaraient aborder ce sujet uniquement à la demande des patientes.



80% des patientes ne savaient pas si certains moyens de contraception ont une efficacité réduite (54% des HGE, 29.2 % des PSF). 54,2% des PSF affirmaient que les pilules oestro-progestatives ont une efficacité réduite en cas de MICI (6% des HGE, 8,9% des patientes), 4,2% que c'est le cas des dispositifs intra-utérin (DIU ; 4% des HGE, 3,3% des patientes). De plus, 23,6% des PSF estimaient que les pilules oestro-progestatives sont à risque de déclencher une poussée de MICI (14 % des HGE, 11,1% des patientes). 19,4% des PSF présumaient que les DIU sont à risque de poussée de MICI (8% des HGE, 3,3% des patientes). Concernant les contraceptions d'urgence, 7,8% des patientes estimaient que la pilule du lendemain est contre indiquée en cas de MICI (6% des HGE, 8,3% des PSF).
Seul 36,7% des patientes pensaient que les patientes porteuses d'une MICI ont un taux de fécondité réduit (84% des HGE, 43,1% des PSF). Les principales causes de réduction identifiées par les patientes étaient la crainte de l'impact des médicaments sur la grossesse (50%), la crainte de transmettre la MICI (47,8%) et la crainte d'une poussée pendant la grossesse (37,8%). 17% des PSF, 22% des HGE et 5% des patientes estimaient que le taux de succès des procédures de fécondation *in vitro* était plus faible en cas de MICI.
En cas de questions sur les thèmes de contraception et de fertilité, les patientes interrogeraient leur gynécologue pour 73,3%, leur HGE pour 52,2%, leur sage-femme pour 40% et leur médecin généraliste pour 21,1%.

Conclusion : En dépit de recommandations internationales claires, l'usage de certaines contraceptions est limité par la crainte de complications ou d'inefficacité. Des formations et une meilleure communication entre professionnels de santé seront nécessaires afin de permettre un choix libre et éclairé par nos patientes. Des séances d'éducation thérapeutique dédiées pourraient également offrir la possibilité d'un temps d'échange libre pour lutter contre les fausses croyances.

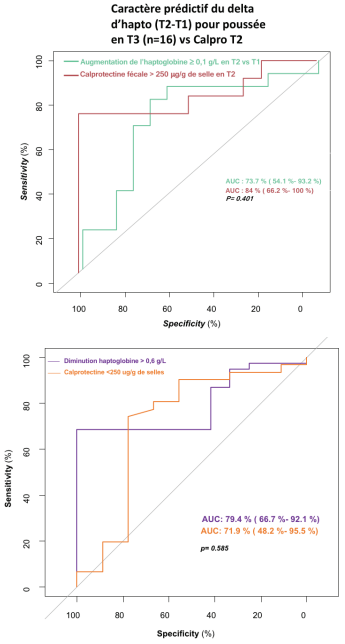
P083

La cinétique de l'haptoglobine sérique peut prédire l'issue clinique chez les patients atteints de MICI sous biothérapie

A.S. Peaucelle (1), S. Paul (1), N. Williet (1), M. Barrau (1), P. Veyrard (1), X. Roblin (1)
(1) Saint-Étienne.

Introduction : Une étude récente (1) a montré que l'haptoglobine sérique était un biomarqueur pertinent pour prédire une rechute chez les patients atteints de maladie de Crohn (MC) qui avaient arrêté l'infliximab (IFX). Nous avons dosé les taux d'haptoglobine sérique chez des patients atteints de MC ou de Rectocolite Hémorragique (RCH) sous traitement par IFX ou Vedolizumab (VDZ) pour voir s'ils pouvaient aider à prédire une rechute.

Patients et Méthodes : Nous avons collecté du sérum correspondant à 4 temps cliniquement pertinents de visite dans notre service de patients sous IFX ou VDZ. Les cas étaient des patients ayant nécessité une optimisation : T1 correspondait à la semaine 2 de l'induction, T2 à la dernière fois que le patient était asymptomatique, T3 au jour de l'optimisation pour une rechute clinique, T4 à un moment où le patient était en rémission. Chez les patients témoins n'ayant pas nécessité d'optimisation, T1 correspondait à la semaine 2 de l'induction, T2 était un moment intermédiaire et T3 un moment où le patient était encore en rémission clinique. La rémission clinique a été définie pour la MC par un score CDAI < 150 et pour la RCH par un score Mayo Clinique < 3. La rechute clinique était définie par un CDAI > 220 pour la MC ou par un score Mayo Clinique > 4 avec une CRP > 5mg/L ou une Calprotectine fécale > 250 µg/g de selles justifiant une modification du traitement. Nous avons réalisé le dosage de l'haptoglobine avec des kits Optilite qui sont conçus pour le dosage in-vitro de l'haptoglobine.



Résultats : 23 cas ayant nécessité une optimisation et 17 patients témoins n'en ayant pas eu besoin ont été inclus dans notre étude. Nous n'avons pas pu mettre en évidence un seuil de taux d'haptoglobine prédictif de rechute clinique. Cependant, nos données ont montré qu'un delta d'haptoglobine positif > 0,1 g/L entre T2 et T1 chez les cas pouvait prédire une rechute avec une performance équivalente à celle d'un taux de calprotectine fécale (CF) > 250 µg/g de selles en T2. En effet, l'aire sous la courbe (AUC) de ces deux paramètres n'a pas montré de différence statistique significative: pour un delta positif d'haptoglobine > 0,1 g/L, l'AUC était de 73,7% et de 84% pour une FC > 250 µg/g de selles (p= 0,401). Un delta positif du taux d'haptoglobine entre T2 et T1 a montré une sensibilité (Se) de 68,8%, une spécificité (Sp) de 78,6%, une valeur prédictive positive (VPP) de 78,6% et une valeur prédictive négative (VPN) de 68,8% pour prédire une rechute en T3. De plus, nous avons montré que lorsque le niveau d'haptoglobine en T2 était <0,6 g/L par rapport à T1, nous pouvions diagnostiquer une rémission clinique avec une Sp et une VVP de 100%, une Se de 68,4% et une VPN de 50%, avec une AUC de 79,4% qui n'était pas statistiquement différente d'un niveau de CF <250 µg/g de selles en T2. Enfin, nous avons montré qu'il existait une corrélation positive et statistiquement significative entre les biomarqueurs classiquement utilisés dans les MICI à savoir la CRP et la CF, et le taux d'haptoglobine sérique.

Conclusion : La cinétique du taux d'haptoglobine semble être un biomarqueur non invasif et peu coûteux prometteur dans le suivi des MICI chez les patients sous biothérapies IFX ou VDZ.

P084

Incidence et risque carcinologique associés aux sténoses coliques dans la maladie de Crohn à début pédiatrique : étude en population générale

N. Richard [1], A. Leroyer [2], C. Dupont-Lucas [3], D. Turck [2], V. Bertrand [4], P. Wils [2], C. Gower-Rousseau [2], N. Guillon [2], H. Coevoet [5], T. Paupard [6], G. Savoye [1], D. Ley [2], H. Sarter [2], M. Fumery [7]

(1) Rouen ; (2) Lille ; (3) Caen ; (4) Le Havre ; (5) Arras ; (6) Dunkerque ; (7) Amiens.

Introduction : La découverte d'une sténose colique au cours l'évolution de la maladie de Crohn (MC) conduit fréquemment à une résection du fait de la crainte d'une néoplasie associée. Pourtant, les données sur le risque néoplasique associé aux sténoses coliques restent limitées. L'objectif de cette étude était d'évaluer l'incidence des sténoses coliques au cours de la MC à début pédiatrique, et le risque carcinologique associé, en population générale.

Patients et Méthodes : Tous les patients diagnostiqués avec une maladie de Crohn (MC) avant l'âge de 17 ans entre 1988 et 2011 et inclus dans un registre en population générale ont été suivis jusqu'en 2013. Tous les cas de sténoses coliques survenant au diagnostic ou pendant la période de suivi ont été incluses. La sténose colique était définie comme un rétrécissement de la lumière digestive observée sur un examen endoscopique ou radiologique avec opacification. Les sténoses de la valvule iléocaecale, du canal anal ou du bas rectum ont été exclues. Les facteurs de risque de survenue d'une sténose colique ont été explorés, en univarié, par des modèles de risques proportionnels de Cox avec hazard ratio (HR) en utilisant des variables temps dépendantes, à l'exception des caractéristiques du patient au diagnostic.

Résultats : Au total, 1 007 patients atteints de MC diagnostiqués entre 1988 et 2011 ont été inclus. L'âge médian au diagnostic était de 14,5 [IQR : 12,0-16,1] ans ans. Au cours du suivi (médiane de suivi, 8,8 années [4,6-14,2]), les patients étaient principalement exposés aux 5-aminosalycilés (88,1%) et aux immunosuppresseurs (70,6%) et dans une moindre mesure aux biothérapies (47,9%). Une sténose colique a été diagnostiquée chez 52 patients, dont 11 lors du diagnostic initial de la MC. L'incidence cumulée de survenue d'une sténose colique au cours de la MC était de 1,4% [IC95% : 0,7%-2,1%] à 1 an et de 2,9% [1,8%-4,0%] à 5 ans. Le taux d'incidence globale de survenue d'une sténose colique au cours de la MC était de 5,4 cas/1000 personnes-années, IC95% [4,1 - 7,1]. Parmi les patients présentant une MC colique ou iléocolique au diagnostic, le taux d'incidence globale de survenue d'une sténose colique était de 6,7 cas/1000 personnes-années, IC95% [5,0-8,8]. En analyse univariée, un surrisque de sténose colique était observé au cours des périodes d'activité de la MICI (HR = 2,7 [1,4-5,0], p<0,01). À l'inverse, la présence d'une lésion anopérinéale au diagnostic (HR = 0,0 (pas d'évènement), p<0,05) ou les périodes de traitement par aminosalicylés (HR = 0,4 [0,2-0,7], p<0,01) était associées à un plus faible risque de sténose colique.
Après un suivi médian de 6.4 [2.4-12.7] ans, 29 (55.8%) patients ont bénéficié d'une résection chirurgicale de la sténose colique. Un seul patient avec sténose colique (1.9%) a présenté une néoplasie colique en rapport avec un adénocarcinome. Le diagnostic carcinologique avait été porté dans les 6 mois suivant la découverte de la sténose.

Conclusion : Dans cette large étude en population générale de MC à début pédiatrique, 52 (5,1%) des patients présentaient une sténose colique, soit un taux de 2,9% après 5 ans de suivi. Un patient (1,9%) présentait une complication néoplasique associée.

Remerciements, financements, autres : L'EPIMAD est organisé dans le cadre d'une convention entre l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) et Santé Publique France et a également reçu le soutien financier de l'Association François Aupetit, des CHU de Lille, d'Amiens et de Rouen. Ce travail a été soutenu par le Programme Hospitalier de Recherche Clinique interrégional et le Conseil Régional du Nord-Pas-de-Calais.

P085

La carence en zinc aggrave la morbidité des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin

E. Urbanek [1], A. Landemaine [1], M. Bordet [1], C. Legué [1], T. Brunet [1], A. Karrer [1], C. Brochard [1], L. Siproudhis [1], G. Bouguen [1]

(1) Rennes.

Introduction : La carence en zinc est très fréquente chez les patients atteints de MICI (maladies inflammatoires chroniques de l'intestin) et pourrait aggraver la sévérité de l'inflammation digestive comme suggéré par certains modèles *in vitro* et animaux. L'effet du déficit plasmatique en zinc sur la sévérité de ces maladies a été peu étudié. Notre objectif principal était de rechercher une association entre la carence en zinc et l'activité des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin. Notre objectif secondaire était d'évaluer le devenir des patients en fonction de leur statut en zinc.

Patients et Méthodes : Les patients ayant consulté entre le 1er janvier 2016 et le 15 mars 2022 pour le suivi de leur MICI et ayant bénéficié d'au moins un dosage du zinc plasmatique ont été inclus. Rétrospectivement, les caractéristiques des patients, de leur maladie ainsi que le statut actif ou inactif de la maladie ont été recueillis à l'inclusion soit le jour du dosage de la zincémie. La carence en zinc a été définie par une zincémie plasmatique < 10,7 µmol/L. La présence d'une maladie active a été définie par une CRP ≥ 5 mg/L ou un index d'Harvey Bradshaw supérieur à 3 et/ou une calprotectine fécale ≥ 250 µg/g dans la maladie de Crohn et par un score de Mayo supérieur à 1 et/ou une calprotectine fécale ≥ 100 µg/g dans la rectocolite hémorragique. Durant la période de suivi allant de l'inclusion à la dernière venue en consultation, ont été répertoriés : les traitements chirurgicaux, les changements de thérapeutiques pour inefficacité et les changements de phénotype dans la maladie de Crohn.

Résultats : Au total, 423 patients dont 333 ayant une maladie de Crohn et 90 ayant une rectocolite hémorragique ont été inclus. Le suivi moyen était de 2,5 ans. Selon notre définition, 52,96 % des patients avaient une maladie active. Près de la moitié des patients, soit 44,68 %, était carencée en zinc. La zincémie plasmatique moyenne était de 11,02 ± 1,92 µmol/L. Parmi les patients carencés, 61,4 % ont été supplémentés dont 23,3 % ont bénéficié d'au moins un recontrôle de la zincémie et finalement moins de 5 % avaient obtenu une normalisation de leur zincémie. En analyse univariée, la carence en zinc était significativement associée à l'activité de la maladie avec 63 % de patients avec une maladie active dans le groupe carencé *versus* 45 % dans le groupe ayant une zincémie normale (p < 0,01), à la maladie de Crohn, aux phénotypes compliqués et aux antécédents de résection grêlique. En analyse multivariée, l'activité de la maladie restait associée à la carence en zinc [OR= 1,80, IC 95 % (1,03-3,13)]. Au cours du suivi, 20,8 % des patients ont eu au moins un évènement : 12,3 % des patients ont été opérés, 9,2 % ont eu un changement de traitement pour inefficacité et 3,9 % ont eu un changement de comportement de la maladie. Dans le sous-groupe de patients ayant une maladie de Crohn, la carence en zinc était associée au risque de chirurgie ultérieure [OR à 2,30, IC 95 % (1,13-4,67)] et à une évolution invalidante [OR = 2,15, IC 95 % (1,17-3,97)], correspondant au risque de ces 3 évènements. Dans le sous-groupe de patients ayant une rectocolite hémorragique, il y avait une tendance à un surrisque de chirurgie associé à la carence en zinc [OR = 2,79, IC 95 % (0,22-34,88)]. Lorsqu'on s'intéressait aux patients ayant une maladie inactive à l'inclusion, 9 % des patients carencés ont eu recours à la chirurgie *versus* 4,70 % des patients non carencés. Ce dernier résultat, malgré une tendance à un surrisque de recours à la chirurgie, n'était pas significatif.

Conclusion : Les patients atteints de maladies inflammatoires chroniques de l'intestin ayant une carence en zinc ont une maladie plus souvent active. Chez les patients ayant une maladie de Crohn, la carence en zinc est associée à un pronostic plus péjoratif de la maladie de Crohn suggérant un possible intérêt de sa recherche et de sa correction.

P086

Intérêt du dosage de calprotectine fécale « sur le lieu de soin » dans la prise en charge des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin en routine en milieu libéral - un an de pratique

M. Cavicchi [(1)], A. Gillet [(1)], A. Percie du Sert [(1)], A.M. Roycourt [(1)], E. Ricq [(1)], F. Venezia [(1)]
(1) Charenton-le-Pont.

Introduction : Le dosage de calprotectine fécale (fCal) est devenu un élément essentiel de la prise en charge des patients atteints de maladie de Crohn (MC) et de rectocolite hémorragiques (RCH). Mais l'absence de prise en charge par la solidarité nationale en limite l'usage en routine libérale. Des méthodes de dosage sur le lieu de soin sont désormais disponibles. Nous avons ainsi évalué les modalités d'usage et l'intérêt d'un dosage de fCal sur le lieu de soin en pratique libérale en prospectif sur un an.

Patients et Méthodes : Le choix des patients devant bénéficier d'un dosage étaient laissés à la discrétion des praticiens les prenant en charge. Le prélèvement était effectué à domicile entre 2h et 5 jours avant le dosage de fCal qui était ensuite réalisé au sein du service ambulatoire (automate Biosynex Procise Dx®). Le résultat était obtenu en 5 minutes avec des bornes extrêmes <34 µg/g et >1500 µg/g. Un taux ≥ 250 µg/g était considéré comme témoin d'un contrôle imparfait de la maladie. Un taux ≤ 120 µg/g était considéré comme témoin d'un contrôle optimal de la maladie. Un taux ≤ 60 µg/g était considéré comme témoin d'une probable cicatrisation histologique pour la RCH [1] tandis qu'un taux ≤ 94 µg/g était considéré comme témoin d'une probable cicatrisation transmurale dans la MC [2].

Résultats : Entre 10/2022 et 10/223, 74 dosages ont été réalisés chez 68 patients (36 hommes, 32 femmes) d'âge médian 41.9 ans (11-76). Il s'agissait de 45 MC, 20 RCH et 3 colites indéterminées.
Caractéristiques des patients et caractéristiques biologiques
La durée médiane de la maladie était de 6.9 ans (0-38.6). L'extension de la maladie pour les RCH était : E1 (n=2), E2 (n=7), E3 (n=11). La localisation de la MC était iléale (n=28), iléocolique (n=11) et colique (n=6). 8 patients avaient une atteinte ano-périnéale. Les phénotypes des MC était B1 (n=26), B2 (n=16), B3 (n=3).
Les traitements en cours étaient : Absence de traitement (n=7), Mesalazine (n=3), Corticoïdes (n=1) Azathioprine seul (n=1), Adalimumab (n=20 dont 1 en combothérapie), Infliximab (n=21 dont 10 en combothérapie, Golimumab (n=1), Ustekinumab (n= 11), Vedolizumab (n=9 dont un en combothérapie). La durée médiane du traitement en cours était de 21.4 mois (18-162.6).Pour les 62 dosages effectués sous biologiques, 33 étaient en L1, 16 en L2, 6 en L3 et 7>L3. Au moment du dosage, 34 patients sous biologiques étaient optimisés (54.8 %).
Le taux médian de fCal était de 104 µg/g (<34->1500). La CRP médiane était de 1.7 mg/L (0.3 – 34). 51 dosages (69 %) étaient < 250µg/g. Parmi ceux-ci, la CRP était ≥ 5 mg/L dans 8 cas (15.7 %). 23 dosages étaient ≥ 250 µg/g. Parmi ceux-ci la CRP était ≥ 5 mg/L dans 9 cas (39.1 %).
Dans les MC, la fCal était ≤ 94 µg/g chez 23 patients (51 %) tandis qu'elle était ≤ 60 µg/g chez 12 RCH (60 %).
Attitudes des praticiens en fonction du dosage
En cas de fCal ≤ 120 µg/g (n=42), l'attitude a été la suivante : absence de changement dans 38 cas, 2 passages sous-cutanés, 1 désescalade, 1 reprise post-opératoire précoce d'un anti-TNF.
En cas de fCal 120-250 µg/g (n=9), l'attitude a été la suivante : absence de changement dans 8 cas (dont 1 coloscopie demandée, un dosage des taux sériques et un contrôle précoce de fCal) et 1 optimisation du biologique.
En cas de > 250 µg/g (n=23), l'attitude a été la suivante : 7 optimisations, 4 changements de traitement, 2 adjonctions d'un autre traitement, 1 autre attitude, 9 absences de modification (dont 2 grossesses en cours, 2 maladies sévères en échecs de multiples lignes, 1 patient pauci-symptomatique avec rectite limitée, une rechute clinique précoce après le dosage, 3 coloscopies demandées).

Conclusion : Dans cette population de 68 patients plutôt sévères suivis en milieu libéral (56 patients sous biologiques dont 29 > L1), une large majorité d'entre eux avait une fCal < 250 µg/g témoignant d'une probable rémission clinique, 60 % des RCH avaient une fCal témoignant d'une probable cicatrisation histologique et 51 % des MC avaient une fCal témoignant d'une probable cicatrisation trans-murale.
En cas de fCal ≥ 250 µg/g, 61 % des patients ont bénéficié d'une adaptation thérapeutique motivée par le dosage.
L'utilisation de la fCal sur le lieu de soin en routine libérale est un atout pour le patient et le praticien et permet une adaptation rapide de la thérapeutique ou de s'assurer d'une rémission profonde sans recourir systématiquement aux examens endoscopiques.

Remerciements, financements, autres :
Remerciements à toute l'équipe infirmière.

P087

Facteurs associés à la variation de l'expression des cytokines pro-inflammatoires chez les patients suivis pour maladie de Crohn

K. Ben Abdallah [(1)], Y. Zaimi [(2)], S. Ayadi [(2)], A. Mensi [(2)], T. Dhaouadi [(2)], L. Mouelhi [(2)], I. Sfar [(2)]
(1) La Marsa, TUNISIE ; (2) Tunis, TUNISIE.

Introduction : La biothérapie (anti-TNFα et anti-interleukines) occupe une place prépondérante dans la prise encharge de la maladie de Crohn. Ces molécules ciblent les cytokines pro-inflammatoires impliquéesdans la pathogénie de la maladie, notamment le TNF-α, cytokine de la voie TH1 et l'IL-23, cytokine dela voie TH17. L'hétérogénéité interindividuelle dans la réponse à ces molécules serait liée à unevariation de l'expression locale de ces cytokines. Notre objectif était d'étudier les facteurs associés à la variation de l'expression *in situ* des cytokinespro-inflammatoires (IL-17 ; IL-23 et TNF-α) chez les patients suivis pour maladie de Crohn.

Matériels et Méthodes : Une étude rétrospective et longitudinale descriptive a été menée entre janvier 2008 et janvier 2021. Cette étude a inclus les patients suivis et opérés pour maladie de Crohn. Après repérage initial des zones hot spot (où l'infiltrat lympho-plasmocytaire est le plus dense) par un pathologiste expert,nous avons procédé à un prélèvement des tissus sélectionnés à partir des blocs de paraffine. Pour chaque prélevement de tissus, une extraction de l'ARN messager a été réalisée après déparaffinage. Une quantification relative de l'expression des gènes responsables de la synthèse des cytokines pro-inflammatoires de la voie TH1 (TNF-α) et TH17 (IL-17 ; IL-23) a été faite par la technique de RT-PCR entemps réel.

Résultats : Quarante patients ont été colligés. L'âge moyen des patients était de 31,93 ans [17 à 56],avec une légère prédominance féminine (Sex-ratio F/H= 1,1). Les traitements reçus avant la chirurgie étaientcomme suit: Corticothérapie (12%), Imurel (12%) et anti-TNFα (3%). Une résection iléo-coecale a étéréalisée chez 83% des patients et une colectomie sub-totale chez le reste des patients.Une corrélation négative a été mise en évidence entre l'âge des patients au moment de la chirurgieet L'expression de l'IL-17, de l'IL-23 et du TNF-α (TNFα / IL-17 : r= -0,11; p=0,4 pour les deux cytokines ; IL-23 : r=-0,21 ; p=0,1).Les expressions du TNF-α et de l'IL-17 au niveau des pièces opératoires étaient plus marquées chez les patients tabagiques sans différence significative (TNF-α :0,016596 Vs 0,003816 ; p=0,2 et IL-17 :0,002441 vs 0,000571 p=0,3).Les niveaux d'expression *in situ* de l'IL-17,de l'IL-23 et celle du TNF-α étaient plus marqués chez le patient traité par anti-TNFα en pré-opératoire sans différence significative (IL-17 : 0,002743 vs0,0007000 ; p=0,6 ; IL-23 : 0,001860 ; 0,000809 ; p=0,6 et TNF-α : 0,167240 vs 0,007442 ; p=0,1).La corticothérapie en pré-opératoire était négativement associée à l'expression *in situ* du TNF-α en analyse univariée (0,000214 vs 0,013139 ; p=0,01). Ce résultat significatif disparaît après ajustementaux facteurs confondants (p=0,2).

Conclusion : Dans notre série, le tabagisme actif et l'âge jeune des patients étaient associés à une majoration de l'expression des cytokines pro-inflammatoires des voies TH1 et TH17 au niveauintestinal dans la maladie de Crohn. L'exposition aux anti-inflammatoires stéroïdiens était associée à une moindre expression du TNF-α. L'absence de résultats significatifs serait probablement lié au faible effectif dela population d'étude.

P088

L'intérêt de l'échographie abdominale pour la détection des récidives endoscopiques post-opératoires de la maladie de Crohn

M. Aouroud [(1)], A. N'Khaili [(1)], H. Aouroud [(1)], F.E. Lairani [(1)], O. Nacir [(1)], A. Ait Errami [(1)], S. Oubaha [(1)], S. Zouhour [(1)], K. Krati [(1)]
(1) Marrakech, MAROC.

Introduction : La coloscopie totale est l'examen de référence en matière de détection des récidives endoscopiques après une résection iléo-cœcale au cours de la maladie de Crohn. Elle est cependant invasive et difficilement acceptée par les patients, notamment en cas de surveillance répétée. En revanche, l'échographie intestinale présente l'avantage d'être non irradiante, non invasive, bien tolérée et facile à répéter.
Le but de cette étude était d'évaluer l'intérêt de l'échographie abdominale dans la détection des récidives endoscopiques post-opératoires

Patients et Méthodes : Il s'agissait d'une étude transversale portant sur 16 patients sur une période de 1 an du (Octobre 2022 – Octobre 2023), atteints de maladie Crohn ayant bénéficié d'une échographie abdominale dans les 6 mois en postopératoire d'une résection iléo-colique et d'une coloscopie d'évaluation retrouvant un score de Rutgeerts (RS) > ou égale i2
Les paramètres identifiés à l'échographie abdominale comprenaient l'épaisseur de la paroi intestinale, l'hyperrhémie de la paroi intestinale, la stratification des couches, la graisse inflammatoire et les complications. D'autres paramètres ont été également étudiés notamment protéine C-réactive (CRP), la calprotectine fécale (FC).
Le résultat principal de notre étude était l'association entre les paramètres de l'échographie abdominale et la récidive endoscopique. Les critères de jugement secondaires étaient l'association des paramètres de l'échographie abdominale avec d'autres marqueurs de l'activité de la maladie.

Résultats : 16 patients atteints de maladie de crohn ont étaient inclus dans notre étude avec un âge moyen de 36 ans et un sex ratio H/F de 1.3, les 16 patients ont subi une échographie abdominale à 6 mois après résection iléo-cœcale, et d'une coloscopie totale d'évaluation au cours de la même semaine, dont 11 patients sont sous immunomodulateurs (Azathioprine ou 6MP), 3 sous Infliximab, tandis que 2 sous Adalimumab. L'échographie abdominale avait montré une épaisseur de la paroi intestinale de 4,0 [3,2-4,8] mm chez les patients avec Rutgeerts > ou égale i2 contre 2,0 [1,5-2,6] mm sans (p = 0,04). L'hyperhémie de l'iléon était anormale chez 16 patients contre 0 % sans (p = 0,007). Une épaisseur intestinale de 3,2 mm était le seuil optimal pour prédire la récidive endoscopiques avec un AUROC de 0,82, une valeur prédictive positive de 100 %, une valeur prédictive négative de 97,3 %, une sensibilité de 75 % et une spécificité de 100 % contre une CRP de 10,4 mg/L (AUROC = 0,54) ou une calprotectine fécale de 1 146 µg/g (AUROC = 0,56). Des corrélations significatives ont été observées entre l'épaisseur de la paroi intestinale et la récidive endoscopique (ρ = 0,51, p = 0,04) et entre l'hyperhémie intestinale et la CRP (ρ = -0,56, p = 0,023). Aucune corrélation n'a été observée entre l'hyperhémie intestinale et la calprotectine fécale (ρ = -0,04, p = 0,91) ou l'hyperhémie iléale et l'épaisseur de la paroi (ρ = -0,04, p = 0,91)

Conclusion : L'échographie abdominale est un outil de surveillance réalisable, précis et non invasif pour la détection de la récidive postopératoire de la maladie de Crohn. Des études prospectives plus vastes sont nécessaires pour déterminer comment l'échographie peut être intégrée dans la surveillance des patients atteints de maladie de Crohn après une intervention chirurgicale.

P089

Comparaison des quadrithérapies bismuthées et concomitantes dans le traitement d'éradication d'*Helicobacter pylori* : un essai clinique prospectif et randomisé

A. Oueslati [(1)], M. Ghanem [(1)], S. Bostani [(2)], K. Boughoula [(1)], S. Bizid [(1)], H. Ben Abdallah [(1)], R. Bouali [(1)], M.N. Abdelli [(1)]

(1) Tunis, TUNISIE ; (2) La Marsa, TUNISIE.

Introduction : En Tunisie, le traitement d'éradication d'*Helicobacter pylori* (HP) prescrit en première intention depuis des années est une quadrithérapie à base de Clarithromycine. Le taux de résistance à la Clarithromycine dans notre pays était estimé à 28 % en 2022. Ce taux de résistance expose théoriquement à un taux élevé d'échec thérapeutique et nous incite à prescrire en première intention une quadrithérapie bismuthée. Néanmoins, une large étude multicentrique en mono-bras non comparative a montré un taux d'éradication par une quadrithérapie à base de Clarithromycine satisfaisant de l'ordre de 88%. D'autre part, la quadrithérapie bismuthée présente des soucis de coût élevé et de sécurité. Tous ces éléments rendent difficile le choix entre ces deux protocoles. L'objectif de notre étude était de comparer l'efficacité, la tolérance et l'observance entre la quadrithérapie bismuthée et la quadrithérapie concomitante.

Patients et Méthodes : Nous avons mené un essai clinique prospectif, randomisé et ouvert dans le service de Gastro-entérologie à l'Hôpital Militaire Principal d'Instruction de Tunis, colligeant 200 patients naïfs de tout traitement anti-HP. Les patients éligibles ont été randomisés pour recevoir un de ces deux traitements : (A) une quadrithérapie bismuthée (OBMT) (sous-citrate de bismuth potassique 140 mg, métronidazole 125 mg et chlorhydrate de tétracycline 125 mg) à raison de 3 gélules*4/jour avec oméprazole 20 mg*2/j pendant 10 jours – (B) une quadrithérapie concomitante (ECAM) (amoxicilline (1 g x 2/j), clarithromycine (500 mg x 2/j) et de métronidazole (500 mg x 2/j) avec ésoméprazole 40 mg*2/j pendant 14 jours. Le critère de jugement principal était l'éradication d'*Helicobacter pylori* après traitement définie par un test respiratoire à l'urée négatif 4 à 6 semaines de la fin du traitement. Les effets indésirables et l'observance ont été recueilli pendant la période de traitement à l'aide d'appels téléphoniques.

Résultats : Un total de 200 patients a été inclus (âge médian = 40,8 ans ; sex-ratio=1,04). Les taux d'éradication étaient 89,69% pour la OBMT vs 83% pour la ECAM dans l'analyse en intention de traiter (p=0,17), et 89,58% pour la OBMT vs 85,56% pour la ECAM dans l'analyse en per-protocole (p=0,39). Les deux groupes ont atteint une bonne observance (98,95% pour le groupe OBMT vs 97% pour le groupe ECAM, p=0,33). L'incidence des effets indésirables dans la quadrithérapie bismuthée était comparable à celle dans la quadrithérapie concomitante (62,5% vs 69%, p=0,33).

Conclusion : Les quadrithérapies bismuthée et concomitante sont comparables en termes d'efficacité et de tolérance.

P090

Comparaison de la procédure de POEM par myotomie sélective de la couche musculaire interne vs POEM par myotomie « pleine-épaisseur » dans le cadre du traitement endoscopique de l'achalasie : une analyse rétrospective comparative multicentrique

M. Sanavio [(1)], B. Vauquelin [(2)], R. Altwegg [(1)], A. Berger [(2)], F. Zerbib [(2)], A. Debourdeau [(1)]

(1) Montpellier ; (2) Bordeaux.

Introduction : Depuis 2010, la POEM (Per Oral Endoscopic Myotomy) a pris une place prépondérante dans l'arsenal thérapeutique de l'achalasie. Cette technique de myotomie du sphincter inférieur de l'œsophage peut s'effectuer selon plusieurs modalités techniques dont certaines ont déjà été étudiées (longueur de myotomie différentes, voie d'abord antérieur vs postérieure). L'objectif de cette étude est de comparer l'impact de la profondeur de myotomie : sélective interne (MSI) vs pleine épaisseur (MPE) sur l'évolution des patients traités par la POEM pour l'achalasie.

Matériels et Méthodes : Il s'agit d'une étude observationnelle, rétrospective, bi-centrique dans deux centres Hospitalo-Universitaires. Les patients ont été inclus entre octobre 2018 et Septembre 2022, puis séparés en deux groupes MSI vs MPE. Le critère de jugement principal était l'efficacité clinique à 6 mois définit par un score d'Eckardt < ou = à 3. Les critères de jugements secondaires étaient les paramètres post opératoires (douleur définie par la nécessité de recours à des antalgiques de pallier 2 ou 3, durée d'hospitalisation, complications) ainsi que les paramètres de RGO (œsophagite à 6 mois, Pyrosis, pH-métrie).

Résultats : 158 patients ont été inclus (33 dans le groupe myotomie pleine épaisseur et 125 dans le groupe myotomie sélective interne). Les taux d'efficacité clinique à 6 et 12 mois étaient respectivement dans le groupe MSI de 92,3% et 72,7% *versus* 94,2% et 80% dans le groupe MPE (p= 0,67 et p=0,7384). Le groupe MPE avait une consommation d'antalgique de pallier 2/3 plus fréquente que dans le groupe MSI (41 vs 21 % p<0,01). La durée d'hospitalisation était plus longue dans le groupe MPE que MSI (2.17 (± 2.62) vs 2.94 (± 2.33), p<0.001). Le taux d'œsophagite à 6 mois entre les deux groupes étaient comparables (MSI 16% vs MPE 12% p=0,73). Il n'y avait pas de différence en terme de pyrosis à 6 ou 12 mois entre le groupe MSI et MPE (18,5 vs 3,8% p =0,07 et 27 vs 12,5% p=0,35 respectivement).

Conclusion : Dans notre cohorte il n'y avait pas de différence entre les deux groupes de myotomie en terme d'efficacité clinique et de RGO . En revanche la myotomie pleine épaisseur était associée à plus de douleurs post opératoires et à une durée d'hospitalisation augmentée. La Myotomie sélective interne devrait être préférée à la myotomie pleine épaisseur.

P091

La constipation est associée à l'échec clinique à long terme après G-POEM pour le traitement de la gastroparésie : une analyse rétrospective multivariée de 80 patients

A. Debourdeau [1], J.M. Gonzalez [2], M. Barthet [2], V. Vitton [2]

(1) Montpellier ; (2) Marseille.

Introduction : La myotomie endoscopique du pylore (G-POEM) est un traitement efficace de la gastroparésie mais le taux d'échec est de 20 à 45% selon les séries. Des données de la littérature ont montré que la constipation pouvait avoir un impact négatif sur la vidange gastrique. L'objectif de cette étude était d'étudier l'impact pronostic de la constipation sur le succès à long terme du G-POEM pour le traitement de la gastroparésie.

Patients et Méthodes : Il s'agissait d'une étude observationnelle rétrospective. Les patients ayant eu une un G-POEM entre juillet 2015 et août 2022 avec un suivi de plus de 12 mois ont été inclus. L'objectif principal était d'évaluer la relation entre la constipation et le succès du G-POEM. Les objectifs secondaires comprenaient la documentation du rôle d'autres troubles moteurs digestifs (troubles moteurs œsophagiens (TMO), Syndrome de l'intestin irritable, Pseudo-obstruction intestinale Chronique, Dysfonction du sphincter d'Oddi, des antécédents de troubles du comportement alimentaires, de l'utilisation chronique d'opioïdes, de l'utilisation de cannabis. Le succès clinique a été défini comme une diminution d'au moins 50 % du score GCSI total après la procédure G-POEM. Une analyse de régression logistique multivariée a été utilisée pour évaluer la relation entre le succès clinique et divers paramètres, y compris la constipation.

Résultats : 80 patients ont été inclus, 58 femmes (72,5 %) et 22 hommes (27,5 %) avec un âge moyen de 52 ans. Le suivi moyen était de 3,4 ans. Le succès clinique a été observé chez 52,5 % des patients après G-POEM. 42,5 % avaient une constipation, 17,7 % avaient des troubles moteurs œsophagiens (EMD) et 13,9 % avaient d'autres troubles moteurs. Sur un total de 31 patients constipés, 45,16 % étaient des constipations mixtes, 32,26 % étaient des constipations distales, et 22,58 % étaient des constipations de transit. La présence d'une constipation était significativement associé à l'échec clinique avec 33.33% de succès en cas de constipation contre 66.67% en l'absence de constipation (OR = 0.25 ; CI[0.096 ; 0.65] ; p=0.007). Il y avait une tendance non significative entre le type de constipation et le taux de succès clinique avec 50% de succès en cas de constipation distale, 28,6% de succès pour les constipations de transit et 21,4% pour les constipations mixtes (p=0,373). La présence d'un TMO était plus fréquente chez les patients en échec : 57,89 % contre 28,57 %, p=0,01. En analyse multivariée, la présence de constipation était le seul facteur indépendamment associé à l'échec du G-POEM (OR=0,345 [0,121 ; 0,983], p=0,0463).

Conclusion : La présence de constipation est un facteur associé significativement à l'échec du G-POEM dans la gastroparésie. Cela suggère que la recherche et le traitement de pathologies digestives associées pourrait permettre de mieux sélectionner les patients et d'améliorer les résultats pour les patients atteints de gastroparésie traités par G-POEM.

P092

Traitement des diverticules de Zenker de grande taille de plus de 4 cm avec myotomie du crico-pharyngien et de l'œsophage cervical associée à une diverticulostomie

H. Arar [1], P. Doumbe-Mandengue [1], A. Belle [1], M. Barret [1], R. Coriat [1], S. Chaussade [1]

(1) Paris.

Introduction : Les traitements des diverticules de Zenker de grande taille (4-5cm) associent le traitement de la cause du diverticule (myotomie du muscle crico-pharyngien seule ou prolongée vers la musculature de l'œsophage cervical), au traitement du diverticule en lui-même (diverticulectomie ou diverticulopexie pour la chirurgie ouverte) du fait de la possibilité d'échec lié à une stase dans la poche résiduelle. En endoscopie rigide, les ORL proposent d'associer à la myotomie une diverticulostomie avec un agraphage à la pince de l'éperon entre le diverticule et l'œsophage pour éviter le risque de médiastinite. Le but de notre travail est de rapporter les résultats du traitement des diverticules de Zenker de grande taille par endoscopie souple, associant une myotomie du crico-pharyngien et de la partie supérieure de l'œsophage cervical, à une divertuclostomie dans la lumière œsophagienne.

Matériels et Méthodes : Nous avons recueillis pendant 5 ans les données de 21 patients ayant un diverticule de Zenker de taille supérieur ou égal à 4 cm et traités par endoscopie souple. Les patients ont été traité sous anesthésie générale avec intubation. Un traitement par Augmentin était institué pendant la procédure pour chaque malade et prolongé durant 3 jours. La procédure endoscopique comportait : un repérage de l'éperon en s'aidant au besoin d'un fil guide, une section du muscle crico-pharyngien avec un TTKnife en endocoupe, un prolongement de cette myotomie vers la musculature de l'œsophage cervicale, l'ouverture du médiastin supérieur jusqu'à la partie la plus déclive du diverticule, et potentiellement une fermeture du médiastin supérieur par des clips.

Résultats : Nous avons étudiés 21 patients (19 hommes, 2 femmes, âge médian : 72 ans) atteint d'un diverticule de Zenker symptomatique de 4 à 5 cm (n=9) ou > 5 cm (n=12). 4 patients avaient déjà eu un traitement de leur diverticule (2 par la technique endoscopique du Z-POEM et 2 par voie chirurgicale). 3 patients étaient sous anticoagulant et 6 sous anti-agrégant plaquettaire. 5 patients n'ont pas eu de pose de clip durant la procédure, 7 ont eu une fermeture complète du médiastin supérieur, les 9 autres n'ont eu qu'un à deux clips au fond de la myotomie. Un seul patient a présenté une pneumopathie d'inhalation régressive sous antibiothérapie. Aucun patient n'a nécessité d'hospitalisation en réanimation ou n'a présenté d'hémorragie post procédure. La durée de séjour hospitalier était en moyenne de 3 jours avec une reprise de l'alimentation entre J1 et J2. 2 patients ont eu une récidive de la dysphagie à 12 mois nécessitant un nouveau geste endoscopique.

Conclusion : Les diverticules de Zenker de grande taille sont responsables d'une symptomatologie importante (dysphagie, régurgitations) et de complications potentiellement graves (pneumopathie, dénutrition). Leur traitement n'est pas aisé du fait de la fragilité des patients atteints et du taux élevé de récidive (10% à un an). Une myotomie complète de l'éperon entre le diverticule de Zenker et l'œsophage avec diverticulostomie est réalisable même pour les grands diverticules de plus de 4 cm, sans complication majeure. L'intérêt de la fermeture complète du médiastin supérieur par des clips afin d'éviter le risque de complications infectieuse grave (médiastinite) mérite d'être évalué sur une série plus importante de patients.

P093

Traitement des diverticules épiphréniques avec ou sans troubles moteurs par myotomie et septotomie per-orale endoscopique (D-POEM) : une option efficace et moins morbide que la chirurgie

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

Introduction : Les diverticules épiphréniques œsophagiens (DEO) sont rares, se développent dans le 1/3 inféreiur et sont dans 60% des cas associés à un trouble moteur. Ils entraînent des symptômes invalidants à type de dysphagie, douleur thoracique, régurgitation avec parfois un amaigrissement et des inhalations. Le traitement historique est la chirurgie, qui reste morbide (30%) voire létale (5%). Le POEM est devenu un gold standard dans le traitement de l'achalasie, et la septotomie sous muqueuse est pratiquée dans le Zenker. Nous proposons donc de l'évaluer dans le traitement des DEO.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une série observationnelle rétrospective monocentrique en centre expert. Tous les patients pris en charge par DPOEM pour un DEO symptomatique (dysphagie/régurgitation) confirmé, avec ou sans trouble moteur associé, ont été inclus. Le diagnostic était confirmé par TOGD et/ou endoscopie haute, la manométrie permettant de recherche un trouble moteur associé.
Les procédures étaient réalisées sur des patients intubés, avec antibioprophylaxie, et standardisée incluant une septotomie diverticulaire et une myotomie sous-jacente.
Les patients étaient évalués par un score d'Eckardt, leur évolution pondérale à 6 mois et 1 an minimum. L'objectif principal était de d'évaluer l'efficacité clinique définie par une diminution du score d'Eckardt > 50%. Les objectifs secondaires étaient de documenter l'impact sur le poids et les complications de la procédure (score AGREE).

Résultats : Au total, 24 patients avec suivi > 6 mois et d'âge moyen de 71 ± 12 ans ont été inclus entre 2017 et 2023. Tous présentaient une dysphagie, la plupart associée à des régurgitations. Treize patients avaient une perte de poids (moyenne 7kg ± 2kg) dont 3 en nutrition parentérale à la prise en charge. Le diagnostic avait été posé par un TOGD chez 19 patients, par une endoscopie seule chez cinq. La manométrie avait pu être réalisée chez 15 patients, montrant une achalasie dans 53% des cas et un œsophage hypercontractile dans 6,7% des cas. Le score d'Eckardt moyen préopératoire était de 7 ± 2.
Le suivi moyen était de 21 mois ± 15. L'efficacité clinique à 6 mois était obtenue chez 79% (19/24) avec un score d'Eckardt moyen à 1 ± 2 et une reprise pondérale constante. Parmi les échecs, deux ont eu une reprise pour myotomie du cardia supplémentaire (avec succès), deux ont eu une ou des dilatations du cardia pour sténose fibreuse associée, une a été perdue de vue.
Le taux de complication était de 20,8% (n=5), toutes non sévères : 3 ont eu un syndrome septique traité par antibiotiques (AGREE II), un eu une hémorragie spontanément résolutive (AGREE II) et un des douleurs thoraciques (AGREE I).
Quatre patients ont eu une rédivive entre 14 et 30 mois, dont trois ont eu en ReDo POEM, un a eu une dilatation pneumatique avec succès.

Conclusion : Le DPOEM est une alternative efficace et bien plus sûre que l'alternative chirurgicale dans la prise en charge des DEO de pulsion symptomatiques, bien qu'un peu plus complexes à réaliser techniquement.

P094

Les gastroentérologues sont-ils plus exposés à l'infection par l'*Helicobacter pylori* ?

M. Fartmissi [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'infection à *Helicobacter pylori* (HP) est l'infection bactérienne chronique la plus répandue au Monde. La transmission se fait essentiellement par une voie directe d'une personne à une autre par voie oro-orale et surtout gastro-orale. Cependant les gastro-entérologues pourrait courir un risque plus élevé de contracter l'infection lors de la réalisation d'une endoscopie gastro-intestinale. Actuellement aucune donnée n'est disponible sur le taux d'infection à *H. pylori* chez les gastro-entérologues au Maroc.
Le but de cette étude est de comparer et de déterminer la prévalence de l'infection à HP chez les gastro-entérologues et les non gastro-entérologues.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude transversale, descriptive et analytique, menée auprès des gastro-entérologues et non-gastroentérologues exerçant au sein notre structure hospitalière.
La participation à l'étude était volontaire et anonyme. Le statut HP a été établi à l'aide d'un test rapide à la recherche d'antigène dans les selles.
Un questionnaire a été rempli par les participants après le prélèvement de l'échantillon fécal.

Résultats : L'étude a inclus 47 gastro-entérologues et 39 médecins spécialistes non gastro-entérologues. Le sexe féminin était le plus retrouvé au rang des gastro-entérologues dans 76% des cas .
L'âge moyen était de 30 ans +/- 4 chez les gastro-entérologues et 33 ans +/- 7 chez les non-gastro-entérologues.
L'origine maghrébine était la plus prédominante dans les deux groupes dans 86 % des cas.
Le fast-food était le type d'alimentation le plus répandu dans les deux groupes dans 52 % des cas.
Les gastro-entérologues étaient asymptomatiques dans 81% des cas et les non gastro-entérologues symptomatiques dans 41% des cas.
Vingt-neuf gastro-entérologues sur quarante sept et dix non-gastro-entérologues sur trente neuf un test rapide à la recherche d'antigène dans les selles positif, soit une prévalence de 61.7 % des cas chez les gastro-entérologues contre 25.6 % des cas chez les non gastro-entérologues.
Il n'y avait pas de différence significative entre les deux groupes concernant l'âge, l'origine et le type du régime alimentaire (p=0.06, p=0,7, p=0,4), en l'occurrence y'avait une différence statistiquement significative pour le sexe et la positivité du test rapide à la recherche d'antigène dans les selles entre les deux groupes (p=0,004, p < 0,001).

Conclusion : Les gastro-entérologues sont exposés à un risque accru d'infection à HP soutenant le rôle de la transmission gastro-orale. D'autres études avec un échantillonnage plus large impliquant des groupes témoins appropriés et conçues aussi prospectivement que possible devraient identifier le risque précis qui permettront la reconnaissance de cette infection comme maladie professionnelle se traduirait par un dépistage et un traitement précoce, ainsi que par la prévention et le contrôle de sa transmission sur les lieux de travail.

P095

Risque d'endobrachyœsophage au cours de la sclérodermie systémique : étude monocentrique

I. Bounouar [(1)], C. El Manjra [(1)], O. Nacir [(1)], F.E. Lairani [(1)], A. Ait Errami [(1)], S. Oubaha [(1)], Z. Samlani [(1)], K. Krati [(1)]
(1) Marrakech, MAROC.

Introduction : L'atteinte œsophagienne est fréquente et précoce au cours de la sclérodermie systémique conduisant à la survenue d'un reflux gastro-œsophagien (RGO) quasi constant. L'endobrachyœsophage (EBO) est une complication fréquente du RGO, exposant les patients à un risque d'adénocarcinome. Le rôle des inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) dans la prévention de la survenue de l'EBO ou d'une dysplasie est discuté. Le but de ce travail a été de déterminer la prévalence de l'EBO chez des patients présentant une sclérodermie systémique et de déterminer les facteurs de risque de survenue de l'EBO dans cette population.

Patients et Méthodes : Sur une période de 6 ans (de Janvier 2017 à Décembre 2022), 74 patients ayant une sclérodermie systémique ont eu une endoscopie digestive systématique pour recherche d'EBO défini par une anomalie du bas œsophage associée à l'existence d'une métaplasie intestinale à l'histologie. Il s'agissait de 53 femmes et 21 hommes d'âge moyen 48 ans. La sclérodermie systémique évoluait depuis 9 ans en moyenne. Tous les patients prenaient des IPP depuis le diagnostic de la sclérodermie systémique. Tous les patients ont eu un interrogatoire systématisé, un recueil des complications de la sclérodermie systémique et un recueil des traitements en cours.

Résultats : 13.5 % (n = 10) des patients avait un EBO (7 % des cas un EBO long, 93 % un EBO court). Il s'agisssait de femmes dans 86 % des cas. Aucun patient ayant un EBO ne présentait d'intoxication alcoolique ou tabagique. 3 patients sur 10 (30 %) présentaient une dysplasie de bas grade (n = 2) ou de haut grade (n = 1). Ces 3 patients présentaient une sclérodermie systémique compliquée d'ulcérations digitales récidivantes ayant nécessité un traitement par prostacycline. Aucun facteur de risque clinique ou biologique n'était associé à l'existence d'un EBO. La prise d'AINS était retrouvée chez 21 % des patients avec EBO et 11 % des patients sans EBO. La sérologie *H. pylori* était plus souvent positive en l'absence d'EBO (42,5 %) qu'en sa présence (10 %).

Conclusion : La prévalence de l'EBO essentiellement dans sa forme courte est élevée au cours de la sclérodermie systémique. Malgré des facteurs de risques différents (sexe féminin, absence d'intoxication tabagique ou alcoolique), prise continue d'IPP depuis le diagnostic de la sclérodermie systémique, la survenue d'une dysplasie survenait dans 3/10 cas (30 %). Cette constatation incite à inclure les patients ayant une sclérodermie systémique dans un dépistage de l'EBO et de ses complications.

P096

Peut-on prédire l'efficacité de l'injection pylorique de toxine botulinique dans le traitement de la gastroparésie ?

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

Introduction : La gastroparésie est un trouble digestif fonctionnel défini par un retard de vidange gastrique en l'absence de tout obstacle mécanique. Sa physiopathologie inclue notamment un spasme pylorique, ce qui en fait une cible thérapeutique de choix.
L'injection intra-pylorique de toxine botulinique (TB), bien que prometteuse dans les études non contrôlées (1-3), n'a montré aucun bénéfice dans 2 études randomisées de faibles effectifs (4,5).
Par son excellent profil de sécurité et sa simplicité d'administration, cette technique endoscopique connait actuellement un regain d'intérêt, avec une intention de meilleure sélection des patients.
L'objectif principal de cette étude était d'identifier des facteurs prédictifs d'efficacité de l'injection pylorique de TB dans le traitement de la gastroparésie.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective monocentrique.
Les patients sélectionnés présentaient tous des symptômes de gastroparésie, avec ou sans retard de vidange gastrique.
Chez les patients ayant eu un TOGD, nous avons évalué la prévalence de la ptose gastrique (définie par un estomac descendant plus bas que le sommet des crêtes iliaques).
Tous les patients inclus ont bénéficié d'au moins une injection intra-pylorique de TB.
L'efficacité clinique a été évaluée de manière objective à l'aide du score validé G-CSI, ainsi que de manière subjective par une auto-évaluation binaire de l'amélioration.
L'évaluation de la qualité de vie a été faite à l'aide d'une échelle visuelle analogique simple cotée de 0 (= très mauvaise qualité de vie) à 5 (= très bonne qualité de vie)
Les principales variables étudiées étaient le sexe, l'âge, l'étiologie, la dysthyroïdie, le tabac, la consommation d'opioïdes, la sévérité initiale des symptômes, l'IMC, le grade scintigraphique et la ptose gastrique.

Résultats : 52 patients ont été inclus entre mars 2017 et juillet 2023. La majorité des patients étaient des femmes (86.5%) d'âge médian 51,5 ans.
Les causes de gastroparésie étaient : idiopathique (75%), diabétique (21,2%) et post chirurgicale (3,8%).
Chez les 12 patients ayant bénéficié d'un TOGD, 8 patients ont été identifiés comme ayant une ptose gastrique.
42,3% des patients ont été améliorés de façon objective, et 57,7% de manière subjective à 3 mois ou au dernier suivi disponible. En moyenne, les patients avaient amélioré leur qualité de vie d'un point sur l'EVA.
L'importance du sous-score ballonnement avant traitement était prédictif de l'amélioration clinique objective (OR 1,98, p = 0,04).
Bien que non statistiquement significatif, les patients ayant un IMC plus élevé en pré botox avaient tendance à être plus amélioré (OR = 1,1 p = 0,07).
La présence d'un retard de vidange gastrique prouvée par scintigraphie n'était pas significativement prédictive d'une amélioration clinique objective (p = 0,8).
L'âge, le sexe, l'étiologie de la gastroparésie, la dysthyroïdie, le tabac, la consommation d'opioïdes, et l'IMC n'étaient pas statistiquement associés à une amélioration clinique objective.
Il est à noter qu'aucun des patients présentant une ptose gastrique n'a été amélioré par l'injection de TB.

Conclusion : Dans cette étude, le seul facteur prédictif significatif d'efficacité de l'injection intra-pylorique de TB est la pré-existence d'un ballonnement.
De plus, il semble exister un profil de patients présentant une ptose gastrique, qui seraient moins bons répondeurs. Cette population pourrait être identifiée comme une entité pathologique à part entière, et justifie d'être explorée par de futures études.

P097

MEILLEURS POSTERS

Organoïdes coliques humains et dissection des évènements précoces dans la physiopathologie de la polypose adénomateuse familiale

E. Mas [1], N. Laborde [1], A. Barusseaud [1], M. Quaranta [1], A. Arrouy [1], D. Bonnet [1], C. Rolland [1], K. Barange [1], J.P. Duffas [1], J. Guillermet-Guibert [1], A. Breton [1], N. Vergnolle [1], L. Alric [1], A. Ferrand [1], F. Barreau [1], C. Racaud-Sultan [1]

(1) Toulouse.

Introduction : La polypose adénomateuse familiale (PAF) requiert encore à ce jour la découverte d'une chimioprévention efficace et sans effets adverses pour éviter la progression vers une transformation cancéreuse inéluctable. Toute innovation thérapeutique nécessite une compréhension profonde des mécanismes précoces de cette transformation liés à la mutation d'Adenomatous polyposis coli (APC). En l'absence de modèle reproduisant exactement la physiopathologie humaine, notre objectif est d'utiliser les organoïdes de patients PAF pour étudier la dérégulation des cellules souches intestinales (CSI) dans lesquelles la voie Wnt/APC/ß-caténine joue un rôle crucial pour leurs prolifération et différenciation.

Patients et Méthodes : En accord avec le Comité d'Ethique, nous avons prélevé lors de coloscopies des biopsies en zones non adénomateuses (NA) et adénomateuses (A) de patients PAF, et de témoins. Nous en avons extrait les cryptes épithéliales coliques que nous avons cultivées sous forme d'organoïdes pendant 7 jours. Des analyses avant et après mise en culture des cryptes ont été réalisées pour étudier la morphologie, la croissance, l'expression génique, la signalisation et les réponses pharmacologiques.

Résultats : Par rapport aux organoïdes témoins, les organoïdes PAF sont caractérisés par une croissance plus forte indépendante de la présence du ligand Wnt3a, et des formes cystiques immatures (NA) qui deviennent bourgeonnantes (A). La privation d'EGF dans le milieu de culture impacte spécifiquement l'activation de la voie Akt et la survie des organoïdes A. Une voie PI3Kb/Akt/b caténine (P-ser552) est retrouvée active par immunofluorescence dans les néo-cryptes (bourgeons) des organoïdes A. L'inhibition pharmacologique de la PI3Kb induit la mort des organoïdes A. Les voies Wnt alterne, TGFb et Yap sont impliquées dans la croissance des organoïdes A. Dans les organoïdes NA, c'est l'isoforme PI3Ka qui est exprimée/activée de façon prédominante. Son inhibition pharmacologique entraîne une maturation/polarisation morphologique des organoïdes NA. De plus, l'activation du récepteur activé par les protéases PAR1 par un peptide agoniste induit à la fois la diminution d'expression de la PI3Ka et la maturation des organoïdes NA.

Conclusion : Dans nos conditions expérimentales, le modèle organoïde reflète avec fidélité les anomalies de prolifération et de migration des CSI PAF. Ce modèle nous a permis de révéler des anomalies de différenciation des CSI dans les cryptes NA et la dépendance stricte des cryptes A à la voie EGF/PI3Kb/Akt/b caténine (P-ser552). Nos résultats ouvrent des pistes de réflexion thérapeutique à visée précoce sur la zone NA pour favoriser la différenciation des CSI, et à visée plus tardive pour éliminer un grand nombre de polypes par chimiothérapie en ciblant la voie EGF et les signaux de survie qui en dépendent.

Remerciements, financements, autres :
DGOS, Rotary

P098

MEILLEURS POSTERS

Implication de PD-L1 dans la formation des plexites myentériques associées à la récidive post-opératoire de la maladie de Crohn

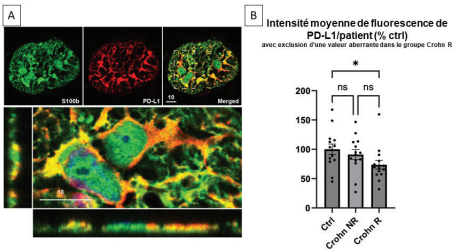
C. Le Berre [1], T. Durand [1], M. Clavreul [1], M. Neunlist [1], A. Bourreille [1], I. Neveu [1], P. Naveilhan [1]

(1) Nantes.

Introduction : Plus de 50 % des patients atteints de maladie de Crohn (MC) nécessitent une résection chirurgicale du fait de complications. Malgré l'élargissement de l'arsenal thérapeutique, la récidive post-opératoire (RPO) reste très fréquente et survient presque toujours sur le versant iléal de l'anastomose. L'observation de plexites myentériques à la marge proximale de résection iléocolique a été reconnue comme un facteur de risque de RPO précoce. Elles sont définies comme l'accumulation de cellules immunitaires au contact des ganglions du plexus myentérique, dont la fonction première est le contrôle de la motilité intestinale.
Dans des travaux préliminaires, nous avons montré une augmentation du nombre de lymphocytes T (LT) en contact avec les cellules gliales entériques (CGE) chez les patients atteints de MC selon un mécanisme ICAM-1/LFA-1 dépendant. La MC étant classiquement associée à une réponse immunitaire Th1, l'objectif de ce travail était d'étudier l'impact du contact CGE/LT sur la production cytokinique de type Th1 (interféron gamma [IFNg] et son facteur de transcription Tbet) et d'identifier des molécules pouvant être impliquées dans ces régulations.

Patients et Méthodes : *In vitro* chez le rat, l'impact d'une co-culture CGE/LT sur la production d'IFNg a été étudié par ELISA et qPCR du facteur de transcription Tbet. L'expression et la régulation de PD-L1, une molécule candidate, a ensuite été analysée dans les CGE murines et humaines par qPCR et immunohisto/cytochimie.

Résultats : Alors que les CGE seules ne produisent qu'une faible quantité d'IFNg, il a été constaté une réduction significative de la production d'IFNg dans les co-cultures CGE/CD4 comparativement aux CD4 seuls. Pourtant, la proportion de CD4 capables de produire de l'IFNg était significativement augmentée au contact des CGE, avec une survie également supérieure. En parallèle, il a été mis en évidence une régulation négative de Tbet dans les CD4 en contact avec les CGE. Ces résultats nous ont suggéré l'implication de PD-L1, molécule connue pour réguler négativement la production de cytokines (notamment d'IFNg) et l'expression de Tbet.
L'expression de l'ARNm de PD-L1 ainsi que de sa protéine a été mise en évidence dans les CGE murines et humaines. L'ARNm de PD-L1 est régulé positivement en conditions pro-inflammatoires dans les CGE de rat et humaines, sans différence constatée entre les cultures issues de patients contrôles *versus* MC. L'analyse de coupes transmurales à la marge proximale de résection iléocolique de patients (n=15 contrôles, n=14 MC sans RPO, n=15 MC avec RPO) a permis de montrer une expression de PD-L1 au niveau des ganglions myentériques, de façon restreinte aux CGE (pas d'expression neuronale) (Figure 1A). L'intensité de fluorescence de PD-L1 au sein des ganglions myentériques à la marge proximale de résection iléocolique des patients atteints de MC avec récidive clinique et/ou endoscopique dans les 18 mois suivant la chirurgie était significativement moindre comparativement aux patients contrôles (delta 13,5 % ; p=0,012) (Figure 1B).



Conclusion : Une moindre production d'IFNg dans les co-cultures CGE/CD4 associée à une réduction de l'expression de Tbet par les LT en contact avec les CGE suggère un rôle de PD-L1 dans la constitution des plexites myentériques. L'expression de PD-L1 a été mise en évidence dans les CGE murines et humaines, avec une expression significativement moindre au sein des ganglions myentériques situés à la marge proximale de résection des patients atteints de MC avec RPO comparativement aux patients contrôles. Une restauration de la boucle PD-1/PD-L1 et/ou un blocage de la voie ICAM-1/LFA-1 pourraient être intéressants pour développer des stratégies de prévention et/ou de traitement de la RPO chez les patients atteints de MC.

P099

MEILLEURS POSTERS

Entamoeba muris améliore la dysbiose, les modifications des sels biliaires, l'inflammation et la stéatose hépatique des souris soumises à un régime riche en graisses

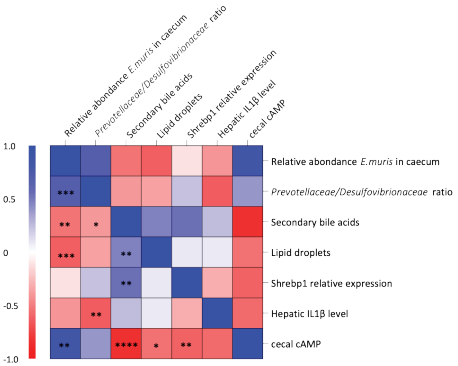
J.P. Hugot [1], M. Roy [1], A. Dumay [1], S. Adiba [1], S. Rozes [1], V. Paradis [2], C. Postic [1], D. Rainteau [1], E. Ogier-Denis [1], M. Le Gall [1], U. Meinzer [1], E. Viennois [1], M. Casado-Bedmar [1], A. Mosca [1]

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

Introduction : Le syndrome métabolique (SM) est un ensemble de conditions humaines comprenant l'obésité abdominale, l'hypertension artérielle, la dyslipidémie et l'hyperglycémie, qui sont toutes des facteurs de risque du diabète de type 2, des maladies cardiovasculaires et de la stéatose hépatique associée à un dysfonctionnement métabolique (MAFLD). Par sa prévalence et ses conséquences, le SM est un problème majeur de santé publique dans le monde entier. Il est une conséquence directe du mode de vie occidental moderne, y compris des changements de régime alimentaire. Nous émettons ici l'hypothèse que la disparition des protozoaires commensaux tels que les amibes qui ont toujours habité notre intestin pourrait également avoir contribué à la fréquence actuelle du SM.

Matériels et Méthodes : Pour tester cette hypothèse, 4 groupes de 8 souris C57BL/6 adultes ont été colonisées ou non par Entamoeba muris -une amibe commensale de la souris- puis soumises à un régime riche en graisses ou un régime contrôle. Les analyses phénotypiques ont été réalisées au 70ème jour après inoculation. Les résultats ont été confirmés par une seconde expérience indépendante.

Résultats : Comme attendu, le régime riche en graisse entrainait une dysbiose et une augmentation des acides biliaires secondaires dans l'intestin ainsi qu'une inflammation et une accumulation de lipides dans le foie. La colonisation par E. muris diminuait l'ensemble de ces paramètres (figure 1).



Ainsi, l'amibe entrainait une augmentation du genre Prevotellaceae et une réduction du genre Desulfovibrionaceae dans le microbiote caecal. Les concentrations en acides biliaires secondaires (acides desoxycholique, tauro-deoxycholique et lithocholique) étaient diminuées avec une moindre concentration en acides biliaires capables d'activer le récepteur farnesoid X (FXR) dans le caecum. La concentration hépatique d'interleukine IL1b était diminuée. Finalement, la stéatose hépatique était améliorée comme en témoignait les analyses histologiques et les mesures de concentration hépatique en cholestérol et triglycérides. Cet effet était associé à une moindre lipogénèse de novo évaluée par l'expression (en moyenne deux fois moindre) de plusieurs gènes clés de la voie métabolique. La présence d'amibes était aussi corrélée à la concentration caecale en AMP cyclique.
D'autres paramètres du SM (prise de poids, augmentation

du tissu adipeux, cholestérol circulant) étaient améliorés par la présence des amibes sans atteindre une signification statistique. Aucun effet sur la régulation glycémique n'a été observé.

Conclusion : La présence d'amibes commensales dans la lumière intestinale améliore les conséquences hépatiques d'un régime riche en graisse chez la souris. Ce résultat suggère que la disparition des protozoaires commensaux de notre intestin puisse jouer un rôle, en plus de l'alimentation occidentale moderne, dans le développement mondial des maladies métaboliques en particulier hépatiques. Des approches thérapeutiques innovantes pourraient être développées pour tester cette conclusion chez l'homme.

Remerciements, financements, autres :
Ce travail a été soutenu par ANR-11-IDEX-0005-02, Université Paris Cité, Laboratoire d'excellence INFLAMEX et le FHU PACEM. Nous remercions les plateformes de biochimie et d'histologie (Université Paris-Cité, Paris, France) et les départements de génétique et parasitologie (Hopital Bichat, Paris, France). Merci aussi pour leur aide et expertise à Miguel Albuquerque, André Bado, Morgane Bourmaud, Florence Castelli, Martine Cohen-Solal, Emilie Gauliard, Fadila Rayah et Sophie Thenet.

OLDPANC : impact de l'âge sur le profil évolutif et la prise en charge de l'adénocarcinome pancréatique métastatique, étude prospective multicentrique de la cohorte BACAP

A. Winock [1], C. Canivet [1], L. Buscail [1], E. Alouani [1], M. Jaffrelot [1], L. Gauthier [2], P. Guibert [3], A.C. Brunac [1], M. Napoléon [3], N. Flori [2], J. Selves [1], C. Maulat [1], F. Muscari [1], F. Mokrane [1], L. Balardy [1], R. Guimbaud [1], B. Bournet [1], N. Fares [1]
(1) Toulouse ; (2) Montpellier ; (3) Lyon.

Introduction : L'adénocarcinome du pancréas (ADKp) est un cancer de pronostic sombre qui touche particulièrement le sujet âgé avec un âge médian de 70 ans. Des études rétrospectives ont montré que 50% des patients de > 65 ans ne recevaient pas de traitement. Ces études rétrospectives sont contradictoires concernant l'impact de l'âge sur le profil évolutif des patients, et il existe peu de données prospectives. Comment évoluent-ils selon leur localisation initiale, leur site métastatique, quelle est leur vitesse d'évolution et la réponse aux traitements proposés ?

Patients et Méthodes : Cette étude prospective s'appuie sur les données prospectives, multicentriques de la cohorte BACAP. L'objectif principal de cette étude est de définir les caractéristiques clinico-biologiques et le profil évolutif de la population âgée (>70 ans, >75 ans, >80 ans) par rapport aux jeunes (≤70 ans), au diagnostic des ADKp d'emblée métastatiques. La survie globale (SG), la survie sans progression (SSP), le taux de réponse objective, et la survenue de toxicités de grade ≥ 3 selon chaque tranche d'âge ont été étudiés.

Table 1 :: Survie globale médianes en fonction du groupement <=70 ans vs >70 ans. Population métastatique synchrone au diagnostic.

	<= 70 ans	>70 ans	Total
N	317	237	554
Evènement	283 (89.3%)	221 (93.2%)	504 (91.0%)
Censuré	34 (10.7%)	16 (6.8%)	50 (9.0%)
Médiane (mois)	8.8	5.9	7.5
95% IC	[7.4 ;10.0]	[4.9 ;7.3]	[6.5 ;8.4]

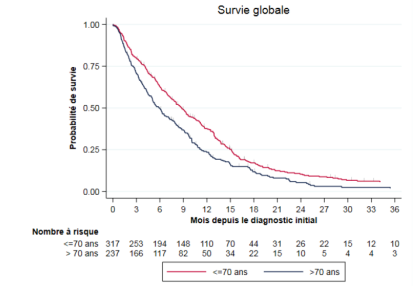


Figure 1 . Courbes de survie globale en fonction du groupement d'âge <=70 ans vs >70 ans.

Résultats : Au total, 557 patients métastatiques synchrones ont été inclus dans BACAP de 2014 à juin 2022, dont 43% des patients avaient >70 ans (n=237), et 11% >80 ans (n=61).
Il n'y a pas de différence significative concernant l'IP OMS (OMS 0-1 dans 82% des ≤70 ans, vs 78% pour >70, p=0.21), ni en termes de localisation de la tumeur primitive (ADK de la tête vs le reste de la glande, p =0.26), ni des sites métastatiques (p=0.66).
En revanche, il y a une différence significative sur la réalisation ou non d'une chimiothérapie palliative (83.4% chez ≤70 ans, *versus* 72.7% pour >70 ans, p=0.002). La proportion des patients non traités augmente à 40% chez les octogénaires. Cette chimiothérapie de 1e ligne montre une réponse objective pour 25% des <70 ans, vs 13% des patients âgés (p=0.004) ; et pas de différence de survenue de toxicités de grade ≥3 (47% vs 44%, p=0.509).
Les patients jeunes ont reçu de la GEMCITABINE dans 24% des cas, 56% des >70 ans et 88.9% des >80 ans (dont 50%

avec concession posologique).
Concernant la 2e ligne métastatique, 30% des >70 ans et seulement 8.1% des >80 ans ont reçu un nouveau traitement (vs 51% pour les ≤70 ans).
La SG médiane des patients atteints d'un ADKp métastatique synchrone est à 7.5 mois, significativement différente entre les ≤70 ans et les >70ans (8,8 vs 5,9 mois, p=0.0003)
La SSP médiane est à 4.7 mois, significativement différente entre les ≤70 ans et les >70ans (5.6 mois vs 3.5 mois, p=0.05)
En analyse univariée, il existe une différence significative de SG en fonction des tranches d'âge.

Discussion : Cette étude prospective est à notre connaissance la première étude d'envergure évaluant la prise en charge des patient âgés atteints de ADKp métastatiques. Le recueil de données prospectives permet une analyse de qualité avec des effectifs importants (N= 557 avec 237 patients >70 ans)
Cette étude montre que les patients âgés atteints d'ADKp sont moins traités que les patients les plus jeunes, avec des protocoles de chimiothérapies moins lourds. Cependant, comparativement aux données de la littérature, il existe une forte proportion de patients traités ici, possiblement liés à un biais de recrutement (confirmation histologique nécessaire pour être inclus, et patients en bon état général). Malgré une population gériatrique potentiellement sélectionnée, cette étude montre des SG et SSP significativement diminuées avec l'âge en analyse univariée. Des analyses multivariées sont en cours pour identifier des facteurs pronostiques associés.
L'âge ne semble pas être un critère en soit associé à une diminution de la SG ; alors que l'administration d'un traitement spécifique semble associé à un bénéfice en survie.

Conclusion : Cette étude multicentrique prospective, issue de la cohorte BACAP, permet d'avoir des données en vie réelle des patients âgés (>70 ans) atteints d'ADKp métastatique. Dans cette étude, la population gériatrique était moins traitée, avec un impact négatif sur la survie des patients.

P10

Prise en charge des cancers des voies biliaires chez les sujets âgés : étude multicentrique française

M. Valéry [1], J. Edeline [2], J. Henriques [3], L. Antoun [1], H. Bourien [2], A. Lebeaud [4], N. Fares [5], C. Tournigand [6], T. Lecomte [7], D. Tougeron [8], V. Hautefeuille [9], A. Vienot [3], N. Williet [10], J.B. Bachet [11], D. Malka [11], C. Smolenschi [1], A. Hollebecque [1], J.R. Paccard [12], A. Turpin [4], A. Boileve [1]

(1) Villejuif ; (2) Rennes ; (3) Besançon ; (4) Lille ; (5) Toulouse ; (6) Créteil ; (7) Tours ; (8) Poitiers ; (9) Amiens ; (10) Saint-Etienne ; (11) Paris ; (12) Lyon.

Introduction : Les cancers des voies biliaires (CVB) comprenant les cholangiocarcinomes intra et extrahépatiques ainsi que les cancers de la vésicule biliaire sont des tumeurs rares et de mauvais pronostic. Les CVB sont fréquemment diagnostiqués après l'âge de 70 ans, chez des patients présentant plus de comorbidités et dont l'état général peut-être altéré. L'objectif de cette étude était de décrire les caractéristiques cliniques et moléculaires des cancers des voies biliaires des patients de plus de 70 ans, ainsi que les durées de survie de ces patients, en comparaison aux patients plus jeunes.

Patients et Méthodes : Cette étude est basée sur les données de la cohorte multicentrique française PRONOBIL-ACABi, impliquant 16 centres français.
Tous les patients de plus de 18 ans pris en charge pour un cancer des voies biliaires entre 2003 et 2021 ont été inclus.
Les caractéristiques cliniques de patients, les caractéristiques de la maladie, les données concernant les traitement locaux et systémique ainsi que les données de survies ont été collectées de manière retrospective.

Résultats : Au total, 1 256 patients atteints d'un CVB ont été inclus (hommes, 52 % ; âge médian, 64,5 ans), dont 384 patients (31 %) âgés de plus de 70 ans.
Les patients de plus de 70 ans avaient un état général plus altéré que les patients plus jeunes (PS ≥2, 17 % vs 8 % ; p < 0,0001) et avaient davantage de comorbidités (≥1 comorbidité, 89 % contre 78 % ; p<0,0001).
La localisation de la tumeur primitive différait entre les 2 groupes avec une surreprésentation des cholangiocarcinomes extra-hépatiques et des cancers de la vésicule biliaire chez les patients de plus de 70 ans (respectivement 18 % contre 12 % et 16 % contre 13 %, p = 0,0073).
Chez les patients gériatriques la maladie était moins avancée au diagnostic avec moins d'atteintes bi-lobaires (29 % contre 37 % ; p =0,008).
Tous les patients de plus de 70 ans avec un CVB résécable ont été opérés et les durées de survie sans récidive et de survie globale ne différaient pas des patients plus jeunes (respectivement 15,5 mois contre 13,8 mois, p=0,88 ; et 47,0 mois contre 48,8 mois, p=0,62).
Les patients de plus de 70 ans avec un CVB non résécable recevaient moins souvent une chimiothérapie de première ligne que les patients plus jeunes (87 % contre 97 %, p < 0,0001) (gemcitabine 3 % contre 0,3 % ; gemcis 31 % contre 35 % ; gemox 54 % dans 2 groupes ; p = 0,007).
De même, la réalisation d'un profil moléculaire était moins souvent proposée aux patients gériatriques (43 % contre 65 %, p<0,0001). Les proportions des différentes altérations moléculaires ciblables variaient entre les deux groupes, avec plus d'amplifications de HER2, moins de mutations IDH1 et moins de fusions de FGFR2 chez les patients de plus de 70 ans (p = 0,0419).
Les survies sans progression lors de la première ligne de chimiothérapie étaient identiques entre les 2 groupes (médiane, 6,6 mois vs 5,8 mois, p = 0,61). En revanche, la survie globale des patients de plus de 70 ans avec un CVB avancé était diminuée (médiane, 14,6 contre 17,4 mois, p<0,0001).

Conclusion : Avec 30 % des diagnostics après 70 ans, le CVB est une problématique gériatrique. Nous avons trouvé plusieurs spécifités au CVB du sujet notamment concernant la localisation du primitif et le stade de la maladie au diagnostic. Dans notre cohorte, l'âge n'avait aucune incidence sur le pronostic des CVB résécables. Dans les cas des CVB

non résécables, un traitement systémique de première intention et un profilage moléculaire ont été proposés moins fréquemment. Si les patients étaient traités, la survie sans progression ne différait pas de celle des patients plus jeunes. Nos données suggèrent que les patients gériatriques avec un CVB ne doivent pas être sous-traités, sous réserve de leur état général. Et le profilage moléculaire devrait être proposé autant que possible dans cette population, offrant potentiellement des opportunités thérapeutiques avec un bon rapport bénéfice-risque.

Remerciements, financements, autres :
Nous remercions l'Association pour l'étude des Cancers et Affections des voies Biliaires (ACABi) ainsi que l'ensemble des centres francais ayant inclus des patients dans la cohorte PRONOBIL.

P102

Evaluation de la réponse au traitement néo-adjuvant des adénocarcinomes pancréatiques non métastatiques : comparaison des scores d'imagerie (RECIST) et anatomopathologie (CAP)

A. Jenvrin [1], R. Sartoris [2], S. Dokmak [2], A.L. Védie [2], L. Laurent [2], O. Hentic [2], N. Muller [2], A. Sauvanet [2], V. Rebours [2], M. Ronot [2], J. Cros [2], L. de Mestier [2]
(1) Paris ; (2) Clichy-la-Garenne.

Introduction : Chez les patients ayant un adénocarcinome pancréatique borderline ou localement avancé, la chirurgie carcinologique après chimiothérapie néoadjuvante, lorsqu'elle est réalisable, représente la meilleure possibilité de survie prolongée, bien que la récidive postopératoire soit très fréquente. Le pronostic des patients est moins défavorable en cas d'efficacité du traitement néoadjuvant, mais la meilleure façon d'évaluer cette efficacité reste débattue. En particulier, l'évaluation radiologique préopératoire (RECIST) et la réponse pathologique (score CAP) sont parfois discordantes et n'ont pas été comparées entre elles.

Patients et Méthodes : Nous avons réalisé une étude monocentrique rétrospective incluant tous les patients ayant un adénocarcinome pancréatique céphalique initialement borderline ou localement avancé, opérés par duodénopancréatectomie céphalique entre janvier 2016 et mai 2021, après chimiothérapie néoadjuvante par mFOLFIRINOX éventuellement complétée d'une radiochimiothérapie néoadjuvante. L'évaluation morphologique de l'efficacité du traitement néoadjuvant selon RECIST a été relue par deux radiologues experts. Le score CAP (College of American Pathologists) a été réalisée de manière centralisée par un anatomopathologiste expert. Les critères de jugement principal (survie sans récidive [SSR]) et secondaires (survie globale [SG]) ont été analysés par la méthode de Kaplan-Meier et modèles de Cox univariés et multivariés.

Résultats : Parmi 154 patients éligibles, 63 ont été exclus en raison de l'absence d'imagerie initiale appropriée (cible non mesurable, délai > 1 mois du début du traitement), ou absence de suivi > 1 mois. Les 91 patients inclus (52% hommes, âge médian 66 ans), étaient en bon état général (PS 0/1, 88%) avaient principalement une tumeur borderline (83%) et 78% avaient une prothèse biliaire. Le traitement néoadjuvant a consisté en 6 cycles de mFOLFIRINOX en moyenne (écart interquartile 5-7), et 85% ont reçu une radio-chimiothérapie complémentaire (54 Gy). Au scanner, le taux de réponse objective selon RECIST était de 23% après chimiothérapie néoadjuvante, et de 38% après traitement néoadjuvant (incluant la radio chimiothérapie).
La chirurgie était associée à une reconstruction veineuse dans 60% des cas et a entrainé des complications sévères (Clavien-Dindo grade III-IV) dans 14% des cas. Après chirurgie, 87% des patients ont reçu une chimiothérapie (3 mois), consistant principalement en du LV5FU2 (53%), du mFOLFIRINOX (27%) ou de la gemcitabine (7%). En anatomo-pathologie, 56% des tumeurs étaient bien différenciées, le stade T était T0/T1, T2, ou T3/T4 dans 44%, 43% et 13% des cas, N1/2 dans 29% des cas et R1 dans 16% des cas. Au total, 3%, 13%, 74% et 10% des tumeurs étaient classées CAP0 (réponse complète), CAP1 (≤10% de viabilité), CAP2 (≤60% de viabilité) ou CAP3. Le score CAP0/1 était associé à l'obtention d'une réponse morphologique (p=0,04), mais 43% des cas de CAP0/1 étaient stables en imagerie, et 32% des cas de réponse morphologique étaient CAP2/3. Le suivi médian postopératoire était de 32.1 mois, au cours duquel 51 patient (56%) ont eu une récidive. La SSP médiane était de 26.2 mois. En analyse multivariée ajustée sur la présence d'une prothèse biliaire, la réalisation d'une radio- chimiothérapie néoadjuvante, le ratio ganglionnaire et la réalisation d'une chimiothérapie adjuvante, le risque de récidive était significativement associé à la réponse anatomo-pathologique au traitement néoadjuvant (CAP0/1 : HR 0,35 ; IC 95% [0,15-0,72] ; p=0,0072), au contraire de l'obtention d'une réponse morphologique au scanner préopératoire (HR 0,84 ; IC 95% [0,46-1,50] ; p=0,56).
La médiane de survie globale était de 59,3 mois à partir de

la chirurgie et 65,7 mois à partir du diagnostic initial. Les principales variables associées au risque de décès était le statut N+ (p=0,017), le statut pT>1 (p=0,038) et le ratio PNN/lymphocytes (p=0,007), mais pas la chimiothérapie adjuvante. Bien que le score CAP0/1 était associé à une diminution non-significative du risque de décès (HR 0,45 ; IC 95% [0,17-1,02] ; p=0.077), ni la réponse pathologique ni la réponse morphologique n'étaient associées à une survie prolongée en analyse multivariée.

Conclusion : Le score CAP prédit mieux la récidive postopératoire des adénocarcinomes pancréatiques opérés après traitement néoadjuvant, en comparaison à l'évaluation morphologique préopératoire. L'évaluation pathologique semble donc être une meilleure méthode d'évaluation de la réponse au traitement néoadjuvant. L'évaluation radiologique préopératoire est peu performante pour évaluer la réponse au traitement néoadjuvant, mais reste indispensable afin d'écarter la possibilité d'une progression tumorale contre-indiquant la chirurgie. Le rôle de la chimiothérapie adjuvante mériterait d'être réévaluée à l'heure du traitement néoadjuvant.

P108

Modulations immuno-moléculaires induites par la radiothérapie stéréotaxique isotoxique à haute dose (iHD-SBRT) dans les adénocarcinomes pancréatiques

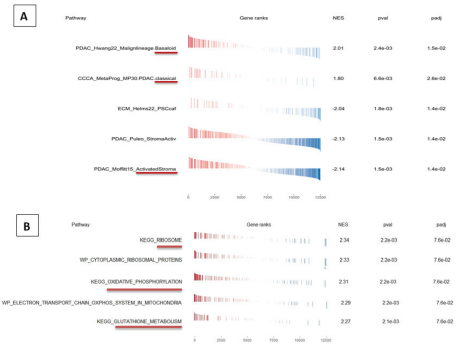
C. Bouchart [1], S.O. Azurmendi [1], J. Navez [1], L. Verset [1], A. Boisson [1], M. Hein [1], N. D'Haene [1], D. Van Gestel [1], L. Moretti [1], P. Demetter [1], J.B. Bachet [2], K. Willard-Gallo [1], R. Nicolle [2], T. Arsenijevic [1], J.L. Van Laethem [1]

(1) Bruxelles, BELGIQUE ; (2) Paris.

Introduction : L'adénocarcinome canalaire pancréatique (ACP) reste l'un des cancers les plus mortels. Contrairement à d'autres tumeurs, les progrès des thérapies systémiques sont très lents, principalement en raison du microenvironnement tumoral (MET) particulier et résistant des ACP. L'ajout de la radiothérapie stéréotaxique isotoxique à haute dose (iHD-BRT) au sein d'une stratégie néoadjuvante est prometteuse pour le traitement des ACP localisés et est actuellement explorée dans plusieurs essais cliniques, dont le nôtre. Cependant, si la radiothérapie est connue pour posséder la capacité de moduler le MET de manière générale, les effets moléculaires et immunitaires de la SBRT à haute dose sont encore méconnus dans les ACP. Dans cette étude, nous avons pour but de caractériser par séquençage d'ARN (RNAseq) et analyses immunohistochimiques (IHC) les modulations immuno-moléculaires induites par un traitement par iHD-SBRT dans les ACP.

Matériels et Méthodes : Des tissus tumoraux résiduels inclus en paraffine de 50 ACP localisés réséqués entre 2011 et 2020 ont été utilisés : dix-sept patients ont été directement opérés, dix-sept ont reçu une chimiothérapie d'induction de type FOLFIRINOX (FFX) et seize patients ont reçu une induction par FFX suivi d'une iHD-SBRT. L'iHD-SBRT a été conçue pour maximiser de manière personnalisée la dose prescrite à la tumeur et aux interfaces tumeur/vaisseaux pour atteindre une dose maximale Dmax (0,5 cc) <53Gy en 5 fractions. Après vérification par un pathologiste expérimenté, une analyse quantitative des différents marquages IHC a été réalisée au niveau de la zone tumorale à l'aide du logiciel Visiopharm™. L'ARN de la zone tumorale a été extrait à l'aide du kit de tissus ALLPrep FFPE (Qiagen®) et les bibliothèques NGS ont été préparées à l'aide du QuantSeq Library Prep Kit pour Illumina (Lexogen®). Des analyses d'expression différentielle des gènes (DGE) ont été effectuées à l'aide des progiciels Limma et edgeR de Bioconductor.

Résultats : L'analyse d'enrichissement en groupes de gènes (GSEA) des données RNAseq démontre que l'iHD-SBRT est associée à un enrichissement en cellules des sous-types moléculaires classique et basaloïde (un sous-type de cellules basales associé à un stroma immunomodulateur et à un meilleur pronostic) tout en étant négativement associée aux types de stroma inflammatoire et activé. L'analyse de l'ontologie des gènes (GO) met en évidence plusieurs termes significativement enrichis après l'iHD-SBRT et qui sont en relation avec le système mitochondrial, les ribosomes et à la voie du glutathion, ce qui suggère qu'ils sont des candidats potentiels pour des traitements combinés avec l'iHD-SBRT. (Figure 1) De plus, nos données IHC démontrent que, bien que les dépôts en collagène augmentent de manière significative après l'iHD-SBRT (COL1 : 83,27 vs 78,60 vs 68,04 %, p <0,001 pour les cohortes iHD-SBRT, FFX et non traitée respectivement), l'infiltration lymphocytaire intra-tumorale est globalement non altérée et ce, y compris pour les lymphocytes CD8+ cytotoxiques. Seule la population des lymphocytes CD4+ diminue de manière significative après iHD-SBRT. Alors que la sous-population de lymphocytes FOXP3+ est augmentée après les deux types de traitement d'induction (FFX +/- iHD-SBRT), l'algorithme de déconvolution xCell montre que ce sont les cellules CD4+Th2 qui sont diminuées après l'iHD-SBRT. Concernant les macrophages, aucune différence n'a été observée au niveau de l'expression des cellules CD68+. L'analyse de déconvolution xCell révèle quant à elle que le contingent de macrophages M1 est préservé après l'iHD-SBRT tandis que les macrophages M2 sont augmentés. Enfin, après l'iHD-SBRT, les niveaux d'expression IHC de PD-L1 sont significativement augmentés tandis que l'expression de PD-1 est significativement diminuée.



Conclusion : L'iHD-SBRT est capable d'immuno-moduler durablement le MET des ACP et est associée à des sous-types moléculaires classiques et basaloïdes liés à un meilleur pronostic. Malgré une augmentation du dépôt de collagène stromal, l'infiltration intra-tumorale des lymphocytes reste globalement préservée après iHD-SBRT. Nous avons également identifié plusieurs types cellulaires et voies pro-tumorales qui sont majorés après iHD-SBRT, ce qui pourrait permettre de mieux orienter le développement d'essais cliniques combinés impliquant des traitements de SBRT à haute dose dans les ACP.

Remerciements, financements, autres :
Ce travail est soutenu par des bourses doctorales des « Amis de l'Institut Bordet » [numéro de bourse : 2021-03] (CB) et du « Fonds de la Recherche Scientifique – FNRS » [numéro FC 33593] (CB)

P104

Estimation du risque de cancers digestifs au cours du syndrome de Peutz-Jeghers, données d'un réseau de suivi régional

M. Remond [(1)], Y. Drouet [(2)], A. Dardenne [(1)], G. Perrod [(1)], J. Netter [(1)], Y. Parc [(1)], C. Cellier [(1)], P. Benusiglio [(1)], C. Colas [(1)], B. Buecher [(1)], R. Coriat [(1)], F. Coulet [(1)], N. Hamzaoui [(1)], M. Dhooge [(1)]

(1) Paris ; (2) Lyon.

Introduction : Le syndrome de Peutz Jeghers (SPJ) est une maladie génétique rare, de transmission autosomique dominante, causée par une perte de fonction du gène STK11. En âge pédiatrique le principal risque associé au SPJ est celui d'invagination intestinale en rapport avec des hamartomes du grêle. A l'âge adulte, ce syndrome est associé à une augmentation de risque de cancers digestifs et gynécologiques. Les estimations de risque de ces cancers reposent sur des données anciennes, issues de cohortes de faibles effectifs et souvent imprécises notamment quant aux données génotypiques.

Patients et Méthodes : Tous les patients porteurs d'une variation génétique délétère ou probablement délétère du gène STK11, associée à un SPJ et suivis prospectivement au sein de notre réseau, ainsi que les patients identifiés dans une consultation de génétique d'un centre de notre réseau de suivi régional et leurs apparentés porteurs de la variation génétique familiale ou répondant à la définition clinique du SPJ selon l'OMS (présence de lentigines ou hamartomes chez un apparenté d'un patient SPJ) ont été inclus. L'incidence cumulée des cancers a été comparée aux données nationales FRANCIM et INED.

Résultats : 160 patients PJ ont été inclus, issus de 54 familles, dont la moitié suivis prospectivement au sein du réseau.
En comparaison à la population générale, les patients SPJ présentent un risque plus élevé de cancers (toutes localisations), en particulier les jeunes avec un risque relatif (RR) de cancer de 7.7 chez les moins de 50 ans. Il en résulte une mortalité supérieure à celle de la population Française du même âge. Au total, 85.3% des patients atteints de SPJ étaient décédés par cancer.
Les cancers les plus fréquents dans notre cohorte étaient les cancers du sein, de l'intestin grêle et du poumon, avec des risques cumulés vie entière de 29.9%, 20.7% et 18.7% respectivement. Chez les femmes, les cancers gynécologiques prédominaient sur les cancers digestifs (incidence vie entière : 60.1% vs 42.4%)
23 cancers digestifs étaient survenus chez 160 patients et étaient localisés au niveau de l'intestin grêle (n=10), du pancréas (n=5), du colon (n=5), de l'estomac (n=2) et des voies biliaires (n=1).
Sur les 10 cancers du grêle, 9 touchaient le duodénum.
Parmi les cancers du pancréas, au moins 3 cas résultaient de TIPMP dégénérées.
Chez les patients atteints de SPJ, le tabagisme ressortait comme un facteur de risque (FDR) de mortalité précoce avant 60 ans.
Les antécédents familiaux de cancer et l'indice de masse corporelle élevé n'étaient pas des FDR indépendants de cancer dans cette population.
Des estimations non-biaisées des risques de cancers digestifs utilisant la méthode GRL sont en cours sur ces données et seront disponibles prochainement.

Conclusion : Le SPJ est associé à un risque élevé de cancers gynécologiques, digestifs et pulmonaires, avec des risques relatifs particulièrement élevés chez les moins de 50 ans. Le cancer digestif le plus fréquent est l'adénocarcinome du grêle, presque toujours de siège duodénal. Il existe des cas de cancer du pancréas, mais ce risque semble plus modéré que ceux rapportés dans les anciennes cohortes. Des estimations non-biaisées des risques de cancers digestifs utilisant la méthode GRL sont en cours sur ces données et seront disponibles prochainement.

P106

Pembrolizumab en combinaison à la chimiothérapie en traitement de première ligne des cancers de l'œsophage : données de l'accès précoce

J.P. Metges [1], A. Adenis [2], F. Aouichat [3], L. Bensimon [3], C. Castagné [3], A. Coutable [3], N. Bénard [3], L. Aubé [4], D. Tougeron [5]

(1) Brest ; (2) Montpellier ; (3) Puteaux ; (4) Malakoff ; (5) Poitiers.

Introduction : Le cancer de l'œsophage (CE) est une maladie agressive le plus souvent diagnostiquée à un stade avancé. Dans les formes métastatiques, le traitement de première ligne a longtemps été limité à une chimiothérapie à base de sel de platine et de fluoropyrimidine. Le pembrolizumab en association à la chimiothérapie a été la première immunothérapie à obtenir une AMM européenne le 24 juin 2021 pour le traitement de première ligne des patients adultes atteints d'un cancer de l'œsophage ou d'un adénocarcinome de la jonction gastro-œsophagienne HER-2 négatif, localement avancés non résécables ou métastatiques, dont les tumeurs expriment PD-L1 avec un CPS ≥ 10.
Le 30 mars 2022, la Haute Autorité de Santé (HAS) a autorisé un programme d'accès précoce (AP) dans une sous-population de l'AMM : Pembrolizumab en association à une chimiothérapie à base de sels de platine et de fluoropyrimidine dans le traitement de première ligne des patients adultes atteints d'un cancer de l'œsophage ou d'un adénocarcinome de la jonction gastro-œsophagienne HER-2 négatif uniquement de type I (classification Siewert), localement avancés non résécables ou métastatiques, dont les tumeurs expriment PD-L1 avec un CPS ≥ 10.
La collecte de données lors de l'AP permet d'informer les autorités et les professionnels de santé sur l'utilisation du pembrolizumab en vie réelle, dans l'indication concernée par l'AP.

Matériels et Méthodes : A la demande de la HAS, l'AP est associé à une collecte de données prospectives, non interventionnelle, auprès des médecins prescrivant du pembrolizumab dans l'indication concernée. La collecte s'est déroulée entre le 7 avril 2022 (première demande d'AP) et le 4 juillet 2023 (date de fin de l'AP).

Résultats : Au total, 569 demandes d'AP au pembrolizumab ont été validées dans 234 centres en France. L'âge médian (Q1-Q3) des patients était de 68 ans (61,0-74,0) ; la majorité étaient des hommes (72,2 %) et avaient un indice de masse corporelle normal (53,4 %). Les patients présentaient soit un carcinome épidermoïde de l'œsophage [n=422 , 74,2 %], un adénocarcinome de l'œsophage [n=85, 14,9 %], un adénocarcinome de la jonction gastro-œsophagienne de Siewert type 1 [n=61, 10, 7%]) et pour certain à la fois un adénocarcinome de l'œsophage et un carcinome épidermoïde de l'œsophage [n=1]). 415 patients avaient une maladie au stade métastatique (72,9 %), 154 patients (27,1 %) présentaient un stade localement avancé/non résécable et 90,1 % des patients avaient un ECOG 0-1. Le pembrolizumab était prescrit en association avec une chimiothérapie standard jusqu'à progression de la maladie ou jusqu'à la survenue d'une toxicité inacceptable ou décès. Le délai médian entre le diagnostic de la tumeur et la demande d'accès au traitement était de 1,7 mois (Q1-Q3 : 0,9-8,2). La plupart des patients (62,7 %) avaient une prescription de pembrolizumab à la posologie de 400 mg toutes les 6 semaines (vs 37,3 % à la posologie de 200 mg toutes les 3 semaines). Lorsque l'AP s'est terminé, 132 patients (23,2 %) avaient arrêté définitivement le traitement (en raison du décès [n=40], de la progression de la maladie [n=65] ou pour d'autres raisons [n=27]). Parmi ces 132 patients, 83,3 % n'ont eu aucun changement de posologie de pembrolizumab en cours de traitement, le passage de 200 mg Q3W à 400 mg Q6W avait été réalisé chez 9,8 % des patients, et pour 6,8%, celui de 400 mg Q6W à 200 mg Q3W.

Conclusion : Les données de l'AP montrent que le pembrolizumab a été majoritairement prescrit pour des carcinomes épidermoïdes de l'œsophage, des tumeurs métastatiques et à la posologie de 400 mg toutes les 6 semaines (62,7 % des patients) et selon les modalités d'administration et les contre-indications précisées dans le Résumé des Caractéristiques du Produit.

P106

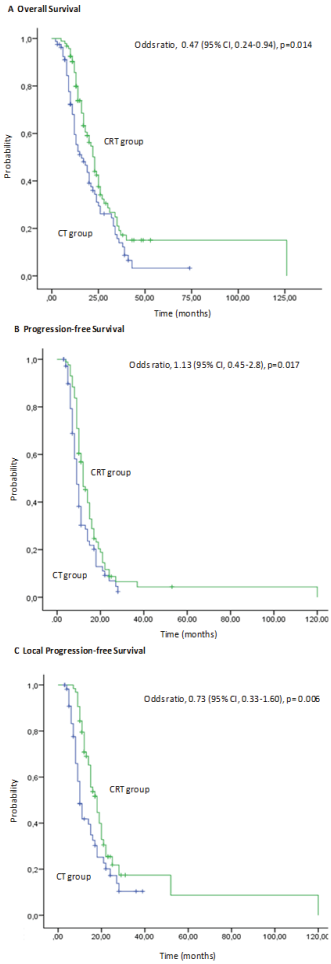
Chimioradiothérapie *versus* poursuite de la chimiothérapie après FOLFIRINOX d'induction en traitement des cancers du pancréas jamais opérés non métastatiques : étude rétrospective multicentrique

F. Beoletto [1], T. Bodergat [2], C. Canivet [3], B. Bournet [3], A.L. Charlois [1], M. Deberne [4], T. Walter [1], F. Foubert [2]

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

Introduction : La place de la chimioradiothérapie (CRT) en traitement des cancers du pancréas inopérables non métastatiques après chimiothérapie (CT) d'induction est controversée, particulièrement depuis l'avènement du FOLFIRINOX. L'objectif principal de cette étude rétrospective multicentrique était d'évaluer le bénéfice sur la survie globale d'une CRT *versus* la poursuite d'une CT après FOLFIRINOX d'induction pour les patients atteints d'un cancer du pancréas jamais opéré non métastatique.

Matériels et Méthodes : De Janvier 2012 à Janvier 2023, les patients sans progression tumorale après 2-3 mois (4-6 cycles) de FOLFIRINOX d'induction pour des cancers du pancréas jamais opérés (patients non opérables avec une tumeur localisée, borderline ou localement avancée) non métastatiques ont été identifiés dans le registre BACAP (Base clinico-biologique de l'adénocarcinome pancréatique), aux HCL (Hospices Civils de Lyon) et au CHU de Nantes.



Résultats : 175 patients ont été inclus : 80 patients dans le groupe CT et 95 patients dans le groupe CRT. La survie globale (SG) médiane était de 23 mois dans le groupe CRT (IC 95%, 20.2-25.8 mois) et 16 mois dans le groupe CT (IC 95%, 10.1 – 21.9 mois ; p = 0.014; avec OR, 0.47; IC 95%, 0.24-0.94). La survie sans progression locale, à distance et globale étaient de 18 mois (IC 95%, 14.3-21.7 mois), 15 mois (IC 95%, 12.5-17.5 mois) et 12 mois (IC 95%, 10.1-13.9 mois) dans le groupe CRT alors qu'elles étaient de 10 mois (IC 95% CI, 8.3-11.7 mois, p = 0.006), 11 mois (IC 95%, 9.5-12.5 mois, p = 0.031) et 9 mois (IC 95%, 7.8-10.2 mois, p = 0.017) dans le groupe CT. La réponse biologique, définie comme la diminution de moitié du taux de CA.19.9, était significativement plus haute dans le groupe CRT (p=0.025). A noter que la comparabilité des groupes a été maintenue avant et après traitement d'induction avec l'absence de différence significative dans la répartition des stades tumoraux (classification vasculaire et taille tumorale), de la différenciation histologique, du pronostic (score PROLAP) et du taux de réponse à l'issue de l'induction.

Conclusion : Comparée à la poursuite de la CT, la CRT après FOLFIRINOX d'induction pour les cancers du pancréas jamais opéré non métastatiques était associée à une augmentation de la survie globale et sans progression.

P107

Apport de la biologie moléculaire et de l'analyse transcriptomique dans la prise en charge de patients traités pour un cholangiocarcinome : cohorte montpelliéraine CHOMOP (Cholangiocarcinoma Molecular Profile)

I. Dalmon [(1)], E. Assenat [(1)], A. Debourdeau [(1)], M. Dupuy [(1)], H. Guillaumée [(1)], S. Cabello Aguilar [(1)], J. Vendrell [(1)], J. Solassol [(1)]

(1) Montpellier.

Introduction : Les cancers des voies biliaires représentent <1% de tous les cancers. Il s'agit d'un groupe de tumeurs hétérogènes de mauvais pronostic en raison de diagnostiques souvent réalisés à un stade avancé de la maladie car cette pathologie est en général pauci-symptomatique à un stade précoce et peu accessible à des traitements curatifs par la suite.

Durant les deux dernières décennies, les avancées dans l'analyse génomique des cancers des voies biliaires ont permis de mettre en place des thérapies ciblées visant certaines altérations moléculaires et en conséquence d'améliorer la survie des patients.

Patients et Méthodes : Dans cette étude descriptive, rétrospective, monocentrique, réalisée au CHU de Montpellier, nous avons analysé les altérations moléculaires et leur impact sur la survie globale de nos patients. Nous avons recueilli les données de 62 patients âgés de 18 ans ou plus, ayant eu une confirmation histologique de diagnostic de cholangiocarcinome ou d'adénocarcinome de la vésicule biliaire, ainsi qu'une analyse NGS (next-generation sequencing) sur l'ADN et l'ARN, entre le 1er janvier 2017 et le 31 décembre 2022. Nous avons utilisé le kit Advanta Solid Tumor (53 gènes, Fluidigm) et le kit RNA Prep avec un panel Pan-cancer (1362 gènes, Illumina) pour la préparation des librairies à partir d'ADN et d'ARN, respectivement. Les altérations génomiques ont été classées avec l'échelle ESCAT (ESMO Scale for Actionability of Molecular Targets).

Résultats : Sur les 62 patients inclus, la majorité avait un cholangiocarcinome intra-hépatique (75.8%).
Les altérations génomiques les plus fréquentes étaient TP53 (43.1%) et KRAS (28.3%). Comme cela a déjà pu être décrit dans la littérature, les mutations TP53 (p=0.005, HR= 0.35, IC95% [0.17-0.72]), KRAS (p= 0.002, HR = 0.24, IC95% [0.10-0.58]) et les co-mutations KRAS-TP53 (p<10-4, HR = 0.15, IC95% [0.05-0.43]) ont été identifiées comme des facteurs de mauvais pronostic dans les cancers des voies biliaires, quel que soit le traitement reçu.
Les anomalies moléculaires ciblables suivant l'ESCAT ont été identifiées chez 30.7% (19/62) des patients. Les principales altérations étaient les fusions FGFR2 et les mutations IDH1, 6 patients pour chacune de ces anomalies, soit 9.7% de notre population. Nous avons également mis en évidence quelques altérations plus rares : mutation BRAF (n=2), mutation germinale BRCA2 (n=1) ou fusion RET (n=1). La plupart de ces anomalies moléculaires ont été mises en évidence dans les cholangiocarcinomes intra-hépatiques (17/19 patients). 10 de ces 19 patients (52.6%) ayant une altération classée ECSAT I à IV ont reçu une thérapie ciblée. Ces patients ont une amélioration de leur médiane de survie d'environ 48 mois (p<10-4, HR = 4.4 IC95% [0.17-0.72]).
A noter que 37.1% des patients ont reçu une immunothérapie dans notre étude mais que nous n'avons pas observé de facteurs prédictifs pour la réponse à ce traitement dans nos analyses.
Nos données transcriptomiques ont été analysées avec le package R BulksignalR, permettant la classification des échantillons selon les voies ligand-récepteur enrichies. De manière intéressante, nous avons pu observer que les patients présentant une signature transcriptomique immune et/ou proliferative répondaient mieux à la chimiothérapie que les patients ayant une signature mesenchymal (p=0.03, HR=2.0, IC 95% [1.06-3.71]).
En analyse multivariée le caractère métastatique (p= 0.039, HR = 2.36 IC95% [1.04-5.32]), le traitement par immunothérapie (p= 0.005, HR = 0.332, IC95% [0.15-0.72]) et l'existence d'une anomalie moléculaire targetable (p<0.001,

HR = 0.164, IC95% [0.05-0.47]) étaient corrélés à la survie globale.

Conclusion : Notre étude est concordante avec les données de la littérature et confirme l'importance de la recherche d'altérations génomiques ciblables, sur analyse ADN et ARN, de leur classification avec l'échelle ESCAT et de l'utilisation des thérapies ciblées quand elles sont retrouvées, dans la prise en charge des cancers des voies biliaires avancés.De nouvelles études sur la signature transcriptomique de ces tumeurs pourraient être intéressantes afin de prédire la réponse à la chimiothérapie et mieux orienter les traitements des patients.

P108

Les mutations codon-spécifiques de KRAS prédisent la survie dans le cancer du pancréas avancé

A. Boileve [1], A. Rousseau [1], M. Hilmi [2], A. Tarabay [1], J. Mathieu [1], N. Goudarzi [1], J. Cartry [1], S. Bedja [1], A. Mouawia [1], C. Nicotra [1], M. Ngo-Camus [1], V. Boige [1], M. Valéry [1], M.A. Bani [1], P. Dartigues [1], A. Italiano [1], S. Cosconea [1], M. Gelli [1], E. Fernandez De Sevilla [1], D. Malka [3], F. Jaulin [1], C. Smolenschi [1], A. Hollebecque [1], M. Ducreux [1]

(1) Villejuif ; (2) Saint-Cloud ; (3) Paris.

Introduction : La façon dont les différentes altérations de KRAS dans l'adénocarcinome pancréatique (PDAC) influencent l'initiation et la croissance de la tumeur n'est pas clairement identifiée, ainsi que les impacts cliniques potentiels. De plus, le gène KRAS peut désormais être partiellement ciblé grâce à de nouveaux inhibiteurs spécifiques ciblant le gène KRASG12 (G12C ou G12D), mais les résultats spécifiques de ces sous-groupes de patients sont peu décrits. Dans cette étude, nous avons analysé les caractéristiques cliniques et génomiques et les survies en fonction du codon mutant de KRAS (G12 vs autres tels que Q61H, Q61L, G13D, etc), ainsi que les profils d'expression génique et la sensibilité aux médicaments *in vitro* en utilisant des organoïdes.

Patients et Méthodes : Tous les patients métastatiques atteints de PDAC et présentant un profil moléculaire disponible entre 2015 et 2022 (NCT0493252) étaient éligibles et les patients présentant une mutation de KRAS ont été inclus. Une cohorte spécifique d'organoïdes a été utilisée pour tester l'efficacité des thérapies antitumorales standard (chimiogramme) ainsi que des médicaments ciblant la voie RAS/MAPK. Les données transcriptomiques de 69 tumeurs mutées KRAS ont également été analysées.

Résultats : Au total, 263 patients ont été inclus, 239 KRAS-G12 (91%) et 24 (9%) KRAS-autre. Il n'y avait pas de différence entre KRAS-G12 et KRAS-autre en ce qui concerne les caractéristiques clinicopathologiques et les altérations potentiellement actionnables, à l'exception de BRAF qui a été trouvé dans 13% des KRAS-autre (p=0.01). GNAS a été trouvé plus altéré dans les tumeurs KRAS-autre (p=0.002) suggérant des précurseurs potentiels à type de TIPMP.

La survie globale médiane à partir du diagnostic métastatique était de 16,7 mois (IC 95 % : 14,3-18,3) dans les tumeurs KRAS-G12 et de 24,9 mois (IC 95 % : 17,4-43,4) dans les tumeurs KRAS-autre (HR (ref: KRAS-G12)=0,56 (0,34-0,94), p=0,04 ajusté). La réponse au traitement de première ligne n'était pas différente entre les groupes (ORR et PFS), ce qui a été confirmé par une sensibilité similaire *in vitro* avec les organoïdes. Les analyses transcriptomiques ont montré une augmentation significative et exclusive des voies immunitaires dans les tumeurs KRAS-G12.

Conclusion : Les mutations de KRAS ne sont pas égales selon le codon muté et nous rapportons que les patients KRAS-G12 ont un pronostic plus défavorable que les patients KRAS-autre dans le PDAC. Ces résultats méritent d'être confirmés par des études à plus grande échelle.

Remerciements, financements, autres :
Agence Nationale de la Recherche (ANR) grant ANR-20-CE13-0031-01
Institut National du Cancer (INCa) grant 2020-1-PLBIO-04-IGR-1
Fundraising against CRC and Mars Bleu from the Gustave Roussy foundation
Inserm Cancer 3R program (20CR046-00)
Agence Nationale de la Recherche (ANR) grant ANR-21-RHUS-0005
Gustave Roussy (STING)
Philantropia
FERCM

P109

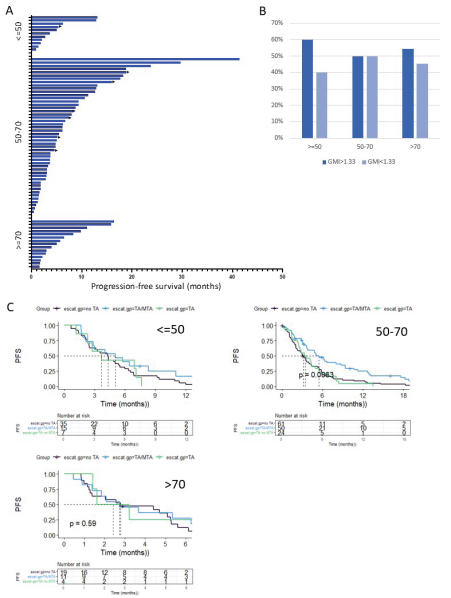
Caractéristiques cliniques et moléculaires des cancers des voies bilaires survenant à un âge jeune

T. Pudlarz [1], L. Antoun [2], A. Rousseau [2], M. Hilmi [3], M. Gelli [2], E. Fernandez De Sevilla [2], S. Cosconea [4], R. Barbe [2], A. Turpin [5], A. Italiano [6], M. Valéry [2], A. Tarabay [2], V. Boige [2], D. Malka [1], A. Hollebecque [2], M. Ducreux [2], C. Smolenschi [2], A. Boileve [2]

(1) Paris ; (2) Villejuif ; (3) Saint-Cloud ; (4) Melun ; (5) Lille ; (6) Bordeaux.

Introduction : Les cancers des voies bilaires (CVB) sont des affections rares avec un pronostic réservé. Bien qu'un certain nombre de facteur de risque soient identifiés, l'insidence des CVB est en augmentation et notamment chez les jeunes définis par un âge de survenue avant 50 ans. Ces CVB survenus à un jeune âge (SJA) représentent des enjeux sur le plan diagnostic, thérapeutique et sur la prise en charge adaptée. L'objectif de cette étude est de décrire les caractéristiques cliniques, génomiques et transcrptiomiques des patients présentant un CVB SAJ

Matériels et Méthodes : L'ensemble des patients avec un diagnostic de cholangiocarcinome confirmé histologiquement dans notre centre entre 2015 et 2022, ont été inclus. Les données cliniques ont été extraites des dossiers médicaux. Les données génomiques ont été obtenues sur un panel local ou sur un panel Foundation Medicine®. Les données transcriptomiques ont été réalisées chez 58 patients à un stade métastatique.



Résultats : Parmi les 546 patients suivis pour un CVB dans notre centre, 94 (17.2%) étaient survenus avant 50 ans, 298 (54.5%) entre 50 et 70 ans (50-70a) et 154 (28.3%) après 70 ans (>70a). Il y avait une majorité de cholangiocarcinome intrahépatique dans les 3 groupes (57.8%, 54.6% et 45.1% respectivement p>0.05), une majorité de maladie métastatique au diagnostic (70.9%, 68.1% et 58.3%, p>0.05). Les CVB SAJ avaient plus de douleur abdominale comme signe inaugural au diagnostic (58.5% vs 52.6% et 36.6%, p<0.05), une tendance à avoir plus de métastases extra héaptique (43% vs 37.6% et 30.9%, p>0.05) bien que non significatif. La survie globale médiane étaient supérieure chez les CVB SAJ (30.6 mois [IC95%: 23.4-36.1]) et les 50-70a (27.9 months [95% CI: 25.2-32.2]) que chez les >70a (20.7 mois (95% CI: 17.4-28.0]) p=0.02. Sur le plan moléculaire, les CVB SAJ avaient plus de profil moléculaires réalisés (69% vs 53% et 40% p<0.001). Nous n'avons pas mis en évidence de différence significative concernant les proncipales altération ciblables (IDH1/2, BRAF, FGRF2, NTRK, HER2 et MSI) entre les différents groupes. L'indice de modulation de croissance > 1.33 des CVB SAJ était de 60% vs 50% et 55% pour les 50-70a et les >70a respectivement p<0.05.

Conclusion : Les CVB SAJ avaient tendance à avoir une maladie plus agressive au dignostic mais une survie globale similaire que les patients plus âgés, >70a exclus. Bien qu'ils n'avaient pas plus de mutation actionnables que les autres patients, ils semblaient répondre mieux aux thérapies ciblées.

Intérêt du génotypage tumoral et de la RCP moléculaire dans la prise en charge des patients atteints de néoplasie endocrine avancée : étude rétrospective monocentrique

C. Jarrot [1], M. Jaffrelot [1], C. Couteau [1], P. Rivera [1], E. Alouani [1], N. Fares [1], J. Benoit [1], F. Mokrane [1], L. Dierickx [1], M. Danjoux [1], A.C. Brunac [1], J. Selves [1], R. Guimbaud [1]

(1) Toulouse.

Introduction : Les néoplasies endocrines (NE) représentent un groupe tumoral mal décrit, car rare et hétérogène. En pratique clinique leurs caractérisation et pronostic reposent essentiellement sur les données anatomopathologiques (différenciation, index de prolifération) et cliniques (stade tumoral, localisation). Leurs altérations moléculaires restent encore mal connues.
Si la recherche d'altérations moléculaires actionnables devient incontournable dans le cadre de la médecine personnalisée pour de nombreux types tumoraux, l'intérêt d'analyses moléculaires extensives à visée thérapeutique chez les patients (pts) présentant des NE est encore très incertain.

Patients et Méthodes : Cette étude rétrospective monocentrique a inclus les pts pris en charge pour une NE avancée histologiquement prouvée et ayant eu une analyse moléculaire par séquençage haut débit (NGS) (large panel : TSO500, Illumina® ou FondationOne® ; séquençage génome entier (WGS) : AURAGEN) sur tissu ou échantillon sanguin entre 2018 et 2023 dans le cadre d'une démarche de médecine personnalisée.
Les pts ont été identifiés en croisant les dossiers communs à la RCP moléculaire digestive et à la RCP des tumeurs endocrines (ENDOCAN-RENATEN) de notre centre. Les données cliniques et biologiques ont été recueillies dans le dossier patient informatisé d'établissement et dans les fiches RCP du DCC (Dossier de Cancérologie Commun) régional.
L'objectif principal était de déterminer le nombre de patients éligibles à un traitement orienté par l'analyse moléculaire.

N°	Tumeur	Anomalie moléculaire	Traitement reçu	Ligne	SSP du traitement ciblé (mois)	Cause de l'arrêt du traitement	Traitement antérieur	SSP de la ligne précédente (mois)	GMI
1	TNE grade III	Fusion RET-CCDC6	PRALSETINIB	5	9,3	Progression	SUTENT	2,5	3,7
2	CNE	MSI	PEMBROLIZUMAB	2	0,2	Sepsis	CARBO-VP16	1,2	0,2
3	CNE	MSI	PEMBROLIZUMAB	2	3,6	Progression	CAPTEM	5	0,7
4	CNE	MSI	PEMBROLIZUMAB	1	19,2	Réponse complète			
5	TNE grade II	MSI	PEMBROLIZUMAB	3	2,3	En cours	RIV	2,2	1,1
6	CNE	MSI	NIVOLUMAB	2	60,2	Surveillance	CARBO-VP16	12	5
7	CNE	MSI	PEMBROLIZUMAB	2	30,5	Surveillance	CARBO-VP16	9	3,4
8	TNE grade II	TMB 80 (MSI46)	PEMBROLIZUMAB	8	1,4	Progression	SUTENT	1	1,4
9	TNE grade II	BRCA2	OLAPARIB	9	0,8	LAM	PEMBROLIZUMAB	1,4	0,6
10	CNE	MSI	SPARTALIZUMAB	3	10,3	Progression	FOLFIRI	6	1,7
11	CNE	TMB 43 (POLE)	NIVOLUMAB-IPILIMUMAB		8,0	Toxicité (colite)	NETRINE MF137	2,6	3,1
12	TNE grade II	Amplification MET	CABOZANTINIB	3	7,3	Surveillance	FOLFIRINOX	3,9	1,9
13	TNE grade II	Fusion ROS1-CNTN4	ENTRECTINIB	4	5,6	Progression	SUTENT	10,9	0,5

Résultats : Sur l'ensemble des pts discutés en RCP de tumeurs endocrines depuis 2018, 47 (26 F / 21 H), soit 3,6% des pts, ont eu un génotypage tumoral extensif avec discussion en RCP moléculaire.
Parmi eux, 35 (75%) avaient une néoplasie neuroendocrine (25 tumeurs neuroendocrines (TNE) et 10 carcinomes neuroendocrines (CNE)), et 12 (25%) avaient une tumeur d'origine surrénalienne (9 corticosurrénalomes et 2 phéochromocytomes) ou paragangliome (1 cas).
Parmi les TNE et CNE, la plupart était d'origine digestive (96%), le plus souvent pancréas (16 pts), puis grêle (8 pts). Parmi les TNE, les grades 1, 2 et 3 représentaient respectivement 4 (16%), 17 (68%) et 4 (16%) des pts et l'index de prolifération Ki67 était en moyenne à 33%.
Sur l'ensemble des pts, 27 étaient métastatiques synchrones (57%) ; le site métastatique principal était le foie (83%). Les pts avaient reçu en moyenne 3 lignes de traitement avant discussion en RCP moléculaire.
Une anomalie moléculaire « actionnable » a été identifiée chez 40/47 pts : classification ESCAT I (dMMR/MSI ou TMB high) : 11 pts (23%), ESCAT III : 14 pts (29%) ; ESCAT IV : 16 pts (33%) (réf. 1)
En pratique, 13 pts (27%) ont pu recevoir un traitement orienté par le génotypage. Leurs caractéristiques, le type de traitement et son efficacité sont résumés dans le tableau.
L'immunothérapie orientée par le statut d-MMR (deficient mismatch repair) / MSI (instabilité microsatellitaire) ou par une charge mutationnelle (TMB) élevée était le traitement ciblé le plus représenté (9/13). Nous avons également identifié 2 fusions accessibles à une thérapie ciblée, rarement rapportées à ce jour dans les NE.
Chez ces pts ayant reçu un traitement ciblé, le GMI (growth modulation index) a été évalué (ref. 2). Un bénéfice clinique est décrit pour un GMI supérieur à 1.3. Dans notre étude, la moyenne est de 1,9 et la médiane de 1,56.

Conclusion : Notre étude, portant sur 47 pts avec NE avancée et analyse moléculaire tumorale extensive, révèle un taux important d'identification d'anomalies moléculaires « actionnables » et montre qu'un traitement spécifique guidé par ces anomalies a pu être donné chez 13 pts (27%) améliorant la survie sans progression par rapport à celle de la ligne précédente.
Cette étude rétrospective confirme l'intérêt de réaliser des analyses moléculaires (comprenant au minimum un statut MMR pour les CNE) chez les patients présentant des NE. Des études supplémentaires sont nécessaires pour déterminer le groupe de pts qui pourront bénéficier le plus de cette médecine personnalisée.

Intérêt des dosages du 5HIAA sérique et urinaire, de la sérotonine, de la chromogranine A et du NT-proBNP comme marqueurs prédictifs de la présence d'une cardiopathie carcinoïde dans les tumeurs neuroendocrines

A. Lecoeur [1], R.M. Sfeir [1], C. Lombard-Bohas [1], L. Gérard [1], L. François [1], T. Walter [1], L. Chardon [1]
(1) Lyon.

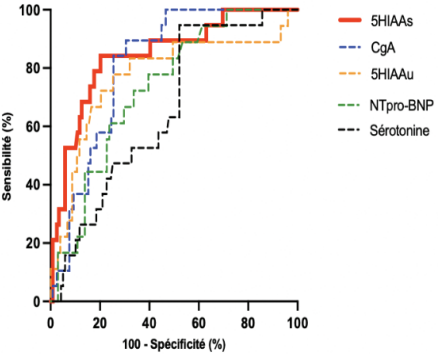
Introduction : La cardiopathie carcinoïde (CC) est la complication du syndrome carcinoïde (SC) la plus impactante dans le pronostic des patients ayant une tumeur neuroendocrine (TNE) sécrétant de la sérotonine.
Le traitement de la CC repose principalement sur la chirurgie de remplacement valvulaire, qui est à très haut risque de morbidité et mortalité post-opératoire, notamment lorsque la CC est trop avancée, d'où l'importance de la dépister régulièrement. Ce dépistage repose sur la réalisation d'une échographie cardiaque annuelle chez les patients à risque de CC par un cardiologue dédié.
Cependant, différents biomarqueurs pourraient aider à identifier précocement les patients à haut risque de CC.

Patients et Méthodes : Nous avons inclus des patients suivis dans un centre RENATEN/ENETS présentant : Une TNE avancée ou métastatique iléale, pulmonaire ou de primitif autre mais présentant un SC clinique ou une élévation des 5HIAA urinaires (5HIAAu).
Du sérum disponible au centre de ressource biologique (CRB entre le 4 janvier 2021 et le 7 avril 2022) pour doser les différents biomarqueurs : 5HIAA sérique (5HIAAs), sérotonine, chromogranine A (CgA).
Une échographie cardiaque et un dosage de NT-proBNP dans les 12 mois autour du prélèvement pour identifier les patients ayant une CC.
L'objectif principal était d'étudier différents biomarqueurs pouvant prédire la présence d'une CC. Les objectifs secondaires étaient d'étudier les possibles corrélations entre les différents biomarqueurs.

Résultats : Un total de 138 patients a été inclus, dont 66 (48%) femmes, d'âge médian 68 ans, présentant majoritairement des TNE iléales (118 ; 86%), de Ki67 médian à 2%, avec plus de 2 sites métastatiques dans 61% des cas. 105 (76%) patients avaient été opérés de leur tumeur primitive, et 129 (94%) étaient traités par analogues de la somatostatine.
Parmi ces 138 patients, 19 (14%) avait une CC : tous avaient une atteinte de la valve tricuspide et 11 (58%) avaient également une atteinte de la valve pulmonaire ; 7 (37%) présentaient une dilatation du ventricule droit. Les patients atteints de CC présentaient dans ¾ des cas une invasion du foie de plus de 25%.
Les taux de 5HIAAu et 5HIAAs, de NT-proBNP, de CgA et de sérotonine étaient plus élevés dans le groupe de patients avec une CC.
Les courbes ROC montrant la capacité de prédiction de la CC de chaque biomarqueur sont présentées ici; le 5HIAAs est le meilleur prédicteur de la présence d'une CC (AUC = 0,845), tandis que la sérotonine apparaît comme un mauvais prédicteur (AUC = 0,660). Une valeur de 782 nmol/L de 5HIAAs a une sensibilité (Se) de 84% et une spécificité (Sp) de 80% pour discriminer la présence d'une CC ou non. Une valeur de 5HIAAs de 516 nmol/L a une Se de 78% et une Sp de 75% d'être associée à un SC incontrôlé ; enfin un taux de 254 nmol/L a une Se de 65% et une Sp de 96% d'être associé à la présence d'un SC clinique.
Les biomarqueurs suivants étaient significativement corrélés entre eux : 5HIAAu et 5HIAAs (ρ=0,824 ; p < 0,01), CgA et 5HIAAs (ρ=0,751 ; p < 0,01), NT-proBNP et 5HIAAs (ρ=0,425 ; p < 0,01), sérotonine en spectrométrie de masse et 5HIAAs (ρ=0,661 ; p < 0,01).

Conclusion : Notre étude montre une très bonne corrélation entre les taux de 5HIAAu et 5HIAAs. Ce dernier est bien plus simple à réaliser pour les patients, et devrait faciliter leur suivi.
A l'inverse, le dosage de sérotonine, toujours remboursé, est un moins bon marqueur que le 5HIAAs ; ce dernier devrait logiquement le remplacer.
Un taux de 5HIAAs élevé devrait conduire à avancer la réalisation de l'échographie cardiaque annuelle recommandée actuellement, étant donné la très bonne capacité de prédiction de la cardiopathie carcinoïde par le 5HIAAs.
La prochaine étape sera de définir la fréquence la plus adaptée du dosage des 5HIAAs pour le dépistage précoce de la CC, et de démontrer que maintenir un seuil bas de 5HIAAs tout au long de la maladie permet de limiter l'apparition d'une CC.

COURBES ROC POUR LA DETECTION DE LA CARDIOPATHIE CARCINOÏDE



P172

Profilage moléculaire dans les cancers du pancréas : impact thérapeutique et pronostique

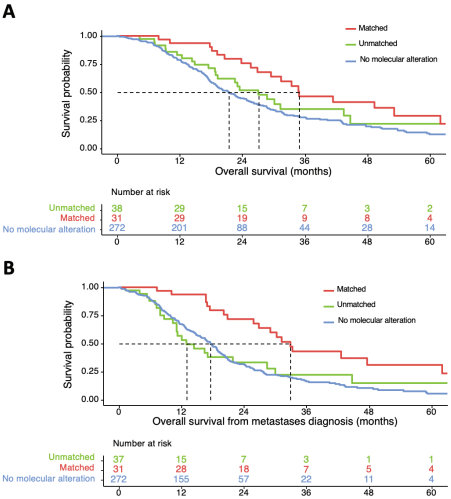
A. Tarabay [(1)], A. Boileve [(1)], C. Smolenschi [(1)], L. Antoun [(1)], M. Valéry [(1)], T. Pudlarz [(1)], D. Malka [(2)], V. Boige [(1)], A. Hollebecque [(1)], M. Ducreux [(1)]

(1) Villejuif ; (2) Paris.

Introduction : L'adénocarcinome du pancréas représente la 3ème cause de décès par cancer dans le monde. Diagnostiqué le plus souvent à un stade localement avancé ou métastatique, les choix thérapeutiques sont restreints, surtout à partir de la 2ème ligne de traitement. La médecine de précision permet actuellement de nouvelles orientations thérapeutiques potentiellement efficaces, en se basant sur les altérations moléculaires dites actionnables (AMA) selon l' ESMO Scale of Clinical Actionability for molecular Targets (ESCAT). Cependant, l'accès au profilage moléculaire dans le cancer du pancréas reste limité et les bénéfices cliniques controversés.

Patients et Méthodes : Nous avons mené une étude rétrospective sur tous les patients de plus de 18 ans diagnostiqués d'un adénocarcinome du pancréas, et ayant bénéficié d'un profilage moléculaire depuis 2010 dans notre institution dans le cadre d'essais cliniques de médecine personnalisée. L'analyse moléculaire a été réalisée sur de l'ADN tumoral issu directement de biopsie tumorale ou prélevé sur sang périphérique.

Résultats : Sur 342 patients ayant bénéficiés d'un profil moléculaire, 69 patients (20%) ont présenté une AMA selon la classification ESCAT (I à III), l'AMA la plus retrouvée étant une mutation de BRCA 1 ou 2. Quatre patients présentaient une instabilité des microsatellites (MSI). Uniquement 31 patients des 69 (45%) ont pu recevoir une thérapie ciblée sur leur altération moléculaire (TC). La survie globale (OS) des patients ayant reçu un traitement ciblé (groupe A) était statistiquement supérieure à celle des patients ayant une altération actionnable et n'ayant pas reçu de thérapie ciblée (groupe B), et à celle des patients n'ayant pas d'altérations actionnables sur le profil moléculaire (groupe C), avec une médiane de 34,89 mois pour le groupe A contre 27,07 mois pour le groupe B et 21,45 mois pour le groupe C (p=0.03, ajusté à l'âge au diagnostic, le stade de la maladie, le statut KRAS et le nombre de lignes de chimiothérapie reçues au moment de l'analyse moléculaire). Il en est de même pour la survie globale au stade métastatique avec une médiane OS de 32,88 mois pour le groupe A contre 17,58 mois pour le groupe B et 12,94 mois pour le groupe C (p=0,0004, ajusté au nombre de lignes de chimiothérapie reçues au moment de l'analyse moléculaire).



Conclusion : 20% des cancers du pancréas présentent une AMA pouvant être traitée par une TC et le duo AMA-TC améliore significativement la survie globale des patients ayant un cancer du pancréas, indépendamment de la présence ou non de l'anomalie moléculaire.

P.T13

Place de la médecine nucléaire dans la prédiction du risque de récidive post-opératoire des tumeurs neuroendocrines pancréatiques

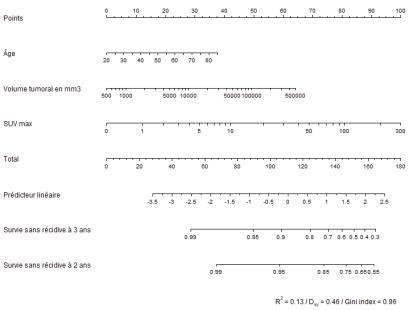
S. Pencreac'h [1], L. de Mestier [2], D. Fuks [1], P. Ruszniewski [2], A. Sauvanet [2], F. Paye [1], M. Gelli [3], C. de Ponthaud [1], B. Lambert [4], M. Faron [3], S. Deguelte-Lardière [5], R. Kianmanesh [5], A. Pellat [1], F. Teneubaum [1], S. Tzedakis [1], G. Mulier [1], U. Marchese [1], A.S. Cottereau [1]

(1) Paris ; (2) Clichy-la-Garenne ; (3) Villejuif ; (4) Le Kremlin-Bicêtre ; (5) Reims.

Introduction : Les tumeurs neuroendocrines pancréatiques (TNEp) comptent pour 1 à 3 % des néoplasies pancréatiques et constituent un groupe hétérogène de tumeurs.
Actuellement, la chirurgie du primitif reste la seule option curative. Cependant, selon les études, le taux de récidive post opératoire varie entre 20 et 50% sans pouvoir précisément identifier les patients concernés en pré opératoire.
L'objectif de cette étude était d'étudier l'intérêt des paramètres quantitatifs extraits de la TEP SRS et du TEP-FDG pré thérapeutique pour caractériser l'hétérogénéité tumorale et construire un nomogramme combinant biomarqueurs cliniques et d'imagerie afin de prédire le risque de récidive des patients opérés d'une TNEp non métastatiques.

Matériels et Méthodes : Entre 2010 et 2022, 216 patients opérés pour une TNEp sporadique non métastatique au sein de 7 hôpitaux et ayant eu une TEP au 68Ga-DOTATOC ou un TEP-FDG pré opératoire, ont été rétrospectivement inclus. Les patients ont été divisés en deux groupes selon l'imagerie pré opératoire (n= 157 pour la TEP-DOTATOC et n=102 pour le TEP-FDG)
Les variables associées significativement avec la récidive du cancer à trois ans en analyse univariée puis sélectionnées en analyse multivariée descendante ont été utilisées pour construire un nomogramme.

Résultats : La survie sans récidive globale à 3 ans était de 83 %.
Les facteurs intégrés au nomogramme pré opératoire du groupe TEP-DOTATOC étaient : l'âge, le volume tumoral fonctionnel et le SUV maxDOTA.
Les facteurs intégrés au nomogramme pré opératoire du groupe TEP-FDG étaient : le SUV maxFDG, l'âge et la taille pré opératoire déterminée sur l'imagerie conventionnelle.
L'aire sous la courbe du modèle de prédiction à 3 ans était de 0.77 [0.645 ; 0.878] en pré opératoire dans le groupe TEP-DOTATOC et 0.75 [0.605 ; 0.873] dans le groupe TEP-FDG.



Conclusion : Cette étude a mis en évidence l'intérêt de certains paramètres extraits de l'imagerie TEP pré opératoire comme le volume tumoral fonctionnel et l'intensité maximale de fixation. En association avec des facteurs clinico-pathologiques, ils semblent permettre de préciser le pronostique chez ces malades. Nos nomogrammes donnent une estimation personnalisée du risque de récidive permettant d'identifier les patients à haut risque qui pourraient bénéficier d'une adaptation de la stratégie thérapeutique.

P.T14

Chimiothérapie hépatique intra-artérielle : rôle au-delà du cancer colorectal ?

E. El Rawadi [1], A. Boileve [2], A. Tarabay [2], M. Gelli [2], L. Tselikas [2], C. Smolenschi [2], M. Valéry [2], L. Antoun [2], B. Besse [2], E. Baudin [2], B. Pistilli [2], D. Malka [3], A. Hollebecque [2], V. Boige [2], M. Ducreux [2]

(1) Arcueil ; (2) Villejuif ; (3) Paris.

Introduction : La chimiothérapie intra-artérielle hépatique (CIAH) combinée à une chimiothérapie systémique, avec ou sans thérapie ciblée, est très intéressante pour le cancer colorectal avec une maladie métastatique prédominant au foie. Cependant, leur utilisation n'a pas été pleinement explorée dans le contexte de métastases hépatiques secondaires à d'autres types de tumeurs. Les données disponibles sur ce sujet sont principalement des cas reportés et de petites séries de cas. Cette analyse descriptive a été réalisée pour étudier l'efficacité et la sécurité de la CIAH dans le traitement des métastases hépatiques des cancers non colorectaux.

Patients et Méthodes : Entre 1986 et 2023, nous avons inclus consécutivement tous les patients traités dans notre centre. Les critères d'inclusion étaient : (i) présence de métastases hépatiques secondaires à un cancer non colorectal, (ii) avoir reçu au moins un cycle de CIAH, seule ou en association avec d'autres types de thérapies le cas échéant (chimiothérapie, thérapie ciblée, hormonothérapie).

Résultats : Un total de 82 patients a été inclus, avec 51% de femmes et 49% d'hommes. Quatre-vingt cinq pourcents avaient une maladie hépatique non résécable ou potentiellement résécable au moment du diagnostic. Le nombre médian de cycles de CIAH reçus était de 4, et le nombre médian de lignes de chimiothérapie précédents la CIAH était de 1. Les différents types histologiques étaient les suivants : 15% d'origine biliaire (n=12), 12% sein (n=10), anus 11% (n=9), œso-gastrique 10% (n=8), poumon 7% (n=6), pancréas 7% (n=6), primitif hépatique 6% (n=5), tumeurs neuroendocrines 6% (n=5), et autres 26% (n=21). Les meilleures réponses observées pendant la CIAH étaient les suivantes : 32% de réponse complète, 21% de réponse partielle, 30% de stabilisation de la maladie et 14% de progression de la maladie. Les toxicités de grade 3/4 les plus fréquentes étaient la neutropénie (22%), la neuropathie périphérique sensorielle (10%) et la diminution du nombre de plaquettes (10%). Une ulcération duodénale de grade III a été observée chez un patient, et un décès est survenu en raison d'une hypertension portale secondaire à l'HAI. Le traitement a abouti à une chirurgie à visée curative chez 11% des patients. Les données de survie médiane sans progression sont en cours d'analyse.

Conclusion : Cette étude est la plus importante cohorte rapportée ce jour concernant la CIAH dans les cancers non colorectaux. Dans ce contexte, la CIAH est faisable et efficace, avec un taux de réponse objective de 53% et un taux de contrôle de la maladie de 83%, sans toxicités supplémentaires. Ainsi, cela pourrait potentiellement ajouter une option thérapeutique supplémentaire dans certains types de cancer présentant métastases prédominant au foie. Les résultats selon les sous-types de tumeurs seront détaillés ultérieurement.

P115

Nouvelles données comparatives du FOLFIRI et du FOLFOX en deuxième ligne thérapeutique du cholangiocarcinome avancé

T. Gil [1], K. Maoui [2], A. Kherrour [2], S. Mohamed [2], H. Boutallaka [3], J.M. Phelip [2], N. Williet [2]

(1) La Fouillouse ; (2) Saint-Étienne ; (3) Rabat, MAROC.

Introduction : Depuis les résultats de l'essai ABC-06 en 2020, le FOLFOX est devenu le traitement de référence de deuxième ligne du cholangiocarcinome avancé (CCA) après échec d'une chimiothérapie de type GEMCIS . Avant cela, les patients étaient majoritairement traités en 2ème ligne par une chimiothérapie de type FOLFIRI. Aucune étude randomisée n'a comparé le FOLFOX au FOLFIRI dans cette situation, et les résultats de plusieurs essais de phase 2 évaluant le NALIRI (irinotecan liposomal) vs. placebo restent controversés.
L'objectif de ce travail était de comparer l'efficacité et la tolérance du FOLFIRI et du FOLFOX en 2ème ligne du CCA en échec d'une 1ère ligne à base de Gemcitabine et de sel de platine.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective multicentrique issue de la cohorte ACABi PRONOBIL. Le recueil, les analyses et les résultats rapportés concernent un seul centre. Les patients inclus étaient atteints d'un CCA traité par FOLFOX ou FOLFIRI en 2ème ligne entre 2010 et 2023, après échec d'une chimiothérapie de type GEMCIS ou GEMOX. Le critère de jugement principal était la survie globale (SG-2) à partir de la seconde ligne, estimée par la méthode de Kaplan Meier, et comparée par le test de Log-Rank. Les objectifs secondaires étaient la survie-sans-progression (SSP-2) à partir de la 2ème ligne, et la toxicité chimio-induite selon les critères NCI-CTC. Les facteurs pronostiques étaient identifiés par analyses uni-et multivariées selon un modèle de Cox, avec ajustement sur l'âge et la localisation tumorale (intra, extra-hépatique et vésiculaire).

Résultats : Au total, 37 patients ont été inclus dont 20 traités par FOLFIRI. L'âge médian (69 ans), le ratio hommes/femmes (0,95), l'IMC médian (18,9), la SSP médiane en 1ère ligne (6,0 mois), l'état général en début de seconde ligne (ECOG PS 0/1: 75,6%) et le taux d'albumine médian (29 g/l) étaient comparables entre les deux groupes. De même, les caractéristiques de la maladie étaient comparables en termes de localisation tumorale (intra-hépatique : 45,9% ; péri-hilaire : 13,5% ; distale : 16,2% ; vésiculaire: 18,9%), de taux de CA19-9 au début de la 2ème ligne (médiane: 1832 UI/L), d'ACE (médiane: 3,5 UI/L) et de rapport polynucléaires neutrophiles (PNN) sur lymphocytes.
La SG-2 médiane était de 3 mois (IC 95% 2-6) dans la population globale : 5,5 mois (IC 95% 4-10) dans le groupe FOLFIRI *versus* 2,0 mois (IC 95% 1-4) dans le groupe FOLFOX (HR = 2,69 ; IC 95% : 1,33-5,45 ; p=0,004). Les facteurs pronostiques significativement associés à la SG-2 étaient l'état général (ECOG PS 2 vs. 0 : HR=4,51 ; p=0,002), le nombre de PNN (HR=1,13 ; p=<0,001) et le taux d'albumine (HR=0,86 ; p=0,004). En analyses multivariées et après ajustement sur l'âge et sur la localisation tumorale, le FOLFOX (HR=14,83 ; p=0,001) et le nombre de PNN (HR=1,46 ; p=0,05) étaient associés à un plus mauvais pronostic.
La SSP-2 était respectivement de 2,5 mois (IC 95% 2-8) *versus* 1,0 mois (IC 95% 1-3) (HR=2.74 ; IC 95% : 1,33-5,63 ; p=0,004). Les facteurs pronostiques étaient similaires à ceux objectivés pour la SG-2 hormis l'albumine. Après ajustement, le FOLFOX (HR=2,89 ; p=0,03) et le nombre de PNN (HR=1,09 ; p=0,045) étaient les deux seuls facteurs indépendants de mauvais pronostic. Excepté pour la neuropathie (29,4% vs 0,0% ; p=0,01), les taux de toxicité sévère (grade 3-4) étaient statistiquement similaires entre les deux groupes. On observait cependant une tendance à plus de thrombopénie avec le FOLFOX (23,5% vs. 5%) et une tendance à plus de neutropénie avec le FOLFIRI (20% vs. 0,0%).

Conclusion : Ces données préliminaires et monocentriques doivent être interprétées avec prudence. Elles suggèrent une possible supériorité du FOLFIRI par rapport au FOLFOX en 2ème ligne du CCA en échec d'un traitement à base de Gemcitabine et de platine. Elles devront être confirmées par des études complémentaires notamment celles issues de la cohorte ACABI PRONOBIL.

P116

Personnalisation des soins et de la (chrono) thérapie fondée sur la métrique automatisée des rythmes circadiens télémonitorés : évaluation intermédiaire chez des patients avec cancer du pancréas (PDAC) traités par mFOLFIRINOX (MultiDom, NCT04263948)

F. Levi [1], R. Balp [1], A. Ulusakarya [1], R. Bossevot [1], I. Hadjnaceur [1], X.M. Li [1], S. Dulong [1], D. Boudriche [1], E. Colle [1], A. Sa Cunha [1], R. Adam [1], B. Finkenstädt-Rand [2], M. Bouchahda [1], P. Hammel [1]

(1) Villejuif ; (2) Warwick, ANGLETERRE.

Introduction : Les différences de rythmes circadiens entre patients (pts) atteints de cancer pancréatique (PDAC) et leurs relations avec les caractéristiques clinico-biologiques au cours des chimiothérapies sont mal connues. L'étude multicentrique MultiDom vise à évaluer si la mesure continue des rythmes circadiens à domicile par télémonitoring et leur analyse automatisée en temps semi-réel permet d'améliorer la tolérance au mFOLFIRINOX grâce à des interventions proactives de l'équipe soignante (1).

Patients et Méthodes : Multidom prévoit l'inclusion de 67 pts atteints de PDAC. La durée de participation à l'étude est de 7 semaines, incluant une semaine de référence avant le début du mFOLFIRINOX. L'accélérométrie et la température corporelle (T°) sont mesurées chaque min. par un capteur télécommunicant porté en permanence ; le poids corporel quotidien est auto-mesuré avec une balance télécommunicante. Le modèle de Hidden Markov (HMM), les analyses spectrales et d'autres algorithmes (2) calculent automatiquement l'activité physique, le poids corporel et 12 paramètres circadiens de sommeil/activité, dont l'indice de dichotomie I

Résultats : La population comportait une majorité de femmes (56 %), avec un âge médian de 67 ans (38-82), un PS de 0 (44 %) ou 1 (56 %). L'observance était de 90 %. Une perturbation circadienne (valeur I

Conclusion : Ces résultats montrent la faisabilité de la télésurveillance des rythmes circadiens chez les patients atteints de PDAC. L'indépendance des mesures circadiennes par rapport à la plupart des caractéristiques des pts et de leur tumeur indiquent qu'elles peut fournir de nouvelles informations qui pourrait aider à personnaliser l'administration de la chimiothérapie

P117

Œsophagectomie mini-invasive hybride robot assistée *versus* œsophagectomie totalement mini-invasive robot assistée : début d'expérience dans un centre de moyen volume

A. Bourgeois [1], C. Honore [1], M. Gelli [1], I. Sourrouille [1], M. Neuberg [1], M. Flacs [2], T. Albert Nguyen [1], E. Maienza [1], A. Houbiers [1], E. Giurgiu [1], E. Fernandez De Sevilla [1], M. Faron [1], L. Benhaim [1]

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

Introduction : Depuis la publication de l'étude Miro il est recommandé pour l'œsophagectomie polaire supérieure (OPS) une approche hybride combinant coelioscopie et thoracotomie droite (OPS-H). Cette approche permet de diminuer les morbidités par rapport à la laparotomie. La transition vers l'OPS totalement mini-invasive, facilitée par une approche robot-assistée (OPS-Mi) est en cours d'évaluation. L'objectif était de comparer les résultats à court et moyen terme des deux approches.

Matériels et Méthodes : Nous avons inclus rétrospectivement toutes les OPS réalisées entre 2017 et 2023 dans notre centre en analysant les complications post-opératoires, et les durées de séjour.

Résultats : Parmi les 46 OPS robot-assistées, nous avons comparé les 29 OPS-H aux 17 OPS- Mi. Le taux de fistule anastomotique apparaissait plus élevé dans le groupe OPS-Mi que dans le groupe OPS-H (47% vs 20%). L'OPS-Mi était associée à un moindre taux de pneumopathies sévère que l'OPS-H (11% vs 38%). Le grade des complications était plus souvent Clavien III dans le groupe OPS-Mi (47% vs 17%) alors qu'il était majoritairement Clavien IV dans le groupe OPS-H (31% vs 6%). Le taux de reprise chirurgicale et les durées de séjour n'étaient pas différents. 70% des patients ont reçu une chimiothérapie adjuvante dans le groupe OPS-Mi contre 65% dans le groupe OPS-H.

Conclusion : L'OPS-Mi est associée pendant la phase d'apprentissage à une augmentation du taux de fistule. Malgré une incidence de fistule élevée la morbidité et surtout le taux de complications grade IV étaient diminués grâce à un taux faible de pneumopathie sévère.

P118

Chimiothérapie et transplantation de cellules souches autologues en traitement de maladie cœliaque réfractaires de type 2 et en prévention de lymphome T associés aux entéropathies (EATL)

O. Chatelanat [1], S. Khater [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 induite par le gluten et traitée par le régime sans gluten (RSG). Dans de rares cas, des patients présente une sprue réfractaire au RSG dont le type 2 (SRII) place les patients à haut risque de développer un lymphome à cellule T associé aux entéropathies (EATL). Pour la SRII, il n'y a actuellement pas de traitement standardisé et aucun traitement n'est prouvé efficace pour la prévention de l'EATL. En 2011, une étude a révélé une amélioration clinique et une normalisation histologique chez 50% des patients traités par transplantation autologue de cellules souches (aSCT)1. L'objectif de notre étude est de reporter l'expérience française du réseau CELAC des patients SR II traité par traité par aSCT et d'en comparer l'incidence d'EATL à un groupe contrôle.

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 aSCT dans le réseau CELAC. L'incidence d'EATL était comparé à un groupe contrôle de patients de ≤ 65ans avec un score de performance ECOG ≤ 2 n'ayant pas eu d'aSCT.

Résultats : Après exclusion des patients avec diagnostic d'EATL au début de la SRII, 50 patients ont été suivis dans le réseau CELAC entre janvier 2000 et décembre 2021. Six patients ont bénéficié d'une chimiothérapie suivie d'aSCT avec un suivi moyen de 93,2 mois (range: 14-157). Six patients avaient une atrophie villositaire (AV) au minimum partielle avant l'aSCT. La moyenne d'âge à l'aSCT était 51 ans (range : 34-59). Au dernier suivi, 5 patients étaient en rémission clinique et aucun des 6 patients n'a développé d'EATL, ni n'est décédé. Un seul patient est toujours sous budésonide, et un autre patient a été inclus dans l'essai d'un anticorps monoclonal anti-IL15. Aucun autre patient n'avait de traitement. Deux patients ont une AV partielle et 4 avait une disparition de l'AV. Dix patients ont été inclus dans le groupe contrôle. La moyenne d'âge était de 52 ans (Ecart-type : 42-62) et le suivi moyen de 40 mois (Ecart-type : 6-73). Durant le suivi, 5 patients ont développé un EATL représentant une taux d'incidence de 1,51 pour 10 patients-années sans aSCT. Calculé par le test de log-rank, la différence de survie entre le groupe aSCT et le groupe contrôle sans lymphome était statistiquement significative (valeur P =0,034).

Conclusion : Notre étude suggère un effet préventif d'une progression d'EATL chez les patients ayant une SRII. De plus, les résultats de rémission cliniques et d'amélioration histologiques au long terme sont prometteurs. Toutefois en raison d'un faible nombre de patient de la groupe aSCT, des études supplémentaires sont nécessaires pour en confirmer le bénéfice. Cette approche doit être considérée chez les patients avec risque d'EATL et un état général suffisant pour bénéficier d'une autogreffe.

P119

Prédiction de l'expression de PD-L1 sur scanner pré-thérapeutique dans une cohorte rétrospective de patients atteints d'adénocarcinome gastrique avancé

Y. Zemmour [1], P.H. Conze [2], L. Lebeau [1], J.M. Goujon [1], T. Aparicio [3], J.P. Tasu [1], D. Tougeron [1], V. Randrian [1]

(1) Poitiers ; (2) Brest ; (3) Paris.

Introduction : Les indications actuelles d'immunothérapie dans la prise en charge des cancers gastriques avancés sont soumises à l'expression du Programmed Death Ligand 1 (PD-L1), évaluée en immunohistochimie en calculant le Combined Positive Score (CPS) qui prend en compte l'expression de PD-L1 sur les cellules tumorales et les cellules immunitaires. L'évaluation de ce biomarqueur est chronophage, opérateur-dépendant et hétérogène au sein de la même tumeur.
Cette étude vise à prédire l'expression de PD-L1 par le score CPS chez des patients atteints d'adénocarcinome gastrique avancé, sur scanner pré-thérapeutique par un algorithme d'apprentissage profond, cherchant ainsi à identifier un biomarqueur radiologique en intelligence artificielle plus simple, reproductible et non-invasif.

Patients et Méthodes : Nous avons mené une étude rétrospective multicentrique, issue de 2 centres différents, cette étude a inclus tous les patients atteints d'un adénocarcinome gastrique avancé et ayant été suivis entre janvier 2012 à décembre 2020. Les critères d'inclusion étaient un adénocarcinome gastrique ou de la jonction œso-gastrique histologiquement prouvé, une tumeur localement avancée de stade T3 ou T4, non résécable, un tissu tumoral et imagerie par scanner disponibles et obtenus avant le début du traitement systémique.
Le CPS a été calculé pour chaque patient en évaluant l'expression de PD-L1 en immunohistochimie avec comme seuil positif un CPS PD-L1 ≥ 1. Cette expression a été relue par deux seniors expérimentés dans le calcul du score CPS. Les images de tomodensitométrie ont été collectées et segmentées d'une part manuellement par un radiologue expérimenté et d'autre part de manière automatique en utilisant une technique d'apprentissage profond à l'aide de l'outil Total Segmentator. Afin de prédire le CPS sur les images de tomodensitométrie, différentes architectures de réseaux de neurones : Squeeze and Excitation Network (SENet), DenseNet et EfficientB7 ont été utilisées et comparées entre elles. Une validation croisée à cinq plis, divisant l'ensemble de données en sous-enesmbles a été utilisée pour évaluer la performance des différents modèles. Elle divise l'ensemble de données en sous ensemble et en un nombre prédéfini. Le processus d'entraînement ou de validation est répété plusieurs fois, chaque sous-ensemble étant utilisé comme ensemble de test une fois, tandis que les autres sous-ensembles sont utilisés comme ensemble d'entraînement ou validation. Les indices d'évaluation adoptés dans cette étude comprennent la matrice de confusion, l'aire sous la courbe, la validation, la précision, et le rappel.

Résultats : Au total sur les 58 patients atteints d'adénocarcinome œso-gastrique inclus, la majorité étaient des hommes (82%), avec un poids moyen de 70,8 Kg et un âge moyen de 65 ans. La plupart ne buvaient pas d'alcool, et la moitié d'entre eux étaient tabagiques. La localisation la plus fréquente était le cardia (51%) et le type histologique le plus fréquent était le type intestinal (86%). En immunohistochimie 23 patients (39,7%) présentaient un CPS positif (≥ 1) et 35 (60,3%) un CPS négatif. Parmi les patients qui présentaient un CPS positif, 20,7% avaient un (CPS >5) et 15,5% avaient un CPS > 10. Après analyse par apprentissage profond, parmi les réseaux de neurones testés, le modèle SENet (192, 192, 96) a correctement prédit le score CPS pour 41 (71%) patients (13 CPS positifs, 28 CPS négatifs). Les autres modèles (DenseNet, EfficientB7 et SENet (128, 128, 64) ont permis 27 (46%), 36 (62%) et 37 (64%) prédictions correctes, respectivement. Le modèle SENet a également obtenu en moyenne un AUC de 0,64, une accuracy de 0,70, une précision de 0,73 et un rappel de 0,56 sur les cinq plis de validation croisée. Les autres modèles ont obtenu des performances limitées.

Conclusion : Cette étude pilote suggère que l'apprentissage profond pourrait être utilisé pour estimer le CPS de manière simple, reproductible et non-invasive dans les adénocarcinomes œso-gastriques avancés. Une cohorte de validation est en cours d'analyse et sera présentée lors du congrès pour explorer les sources de variabilité, améliorer la précision du modèle et confirmer que le modèle SENet (192, 192, 96) est le plus performant dans cette application.

Remerciements, financements, autres :
MOTS-CLÉS : deep learning, adénocarcinome gastrique, tomodensitométrie, expression PD-L1, CPS, biomarqueur, immunohistochimie, validation croisée.

P120

Traitements de 3ème ligne de l'adénocarcinome du pancréas : une cohorte rétrospective

A. Tarabay [1], A. Gueiderikh [1], M. Abdelouahab [1], M.L. Tanguy [1], M. Valéry [1], D. Malka [2], T. Pudlarz [2], A. Fuerea [1], V. Boige [1], A. Hollebecque [1], M. Ducreux [1], A. Boileve [1], C. Smolenschi [1]
(1) Villejuif ; (2) Paris.

Introduction : La chimiothérapie de l'adénocarcinome pancréatique métastatique (PDAC) repose principalement sur le FOLFIRINOX (LV5FU- irinotecan - oxaliplatine) et la gemcitabine – Nab-paclitaxel en première ligne. Cependant, les traitements de deuxième ligne restent moins bien définis et les données concernant les traitements de troisième ligne sont limitées. L'objectif de notre étude était de déterminer la proportion de patients passant à une chimiothérapie de troisième ligne, de décrire les différents schémas de chimiothérapie de troisième ligne utilisés en pratique courante et d'évaluer leur efficacité respective.

Patients et Méthodes : Dans une étude monocentrique rétrospective de 2010 à 2022 nous avons récupéré les caractéristiques cliniques, les résultats des traitements et la survie des patients atteints de PDAC ayant reçu au moins une ligne de chimiothérapie. Les survies globales ont été analysées à l'aide d'un modèle de Cox.

Résultats : Au total, 676 patients ont été inclus, avec une durée médiane de suivi de 69,4 mois (intervalle interquartile (IQR) = 72,1). Parmi eux, 251 patients (37%) ont reçu une chimiothérapie de 3ème ligne. La SSP médiane en 3ème ligne était de 2,03 mois = [IC95% 1,83, 2,36]. La médiane de la survie globale en 3e ligne était de 5,5 mois = [IC95% 4,8, 6,3]. En analyse multivariée, la chimiothérapie à base d'erlotinib s'est révélée délétère (HR=2,38, CI95%=[1,30, 4,34], p=0,005) par rapport à la chimiothérapie à base de fluoropyrimidine en termes de survie globale de 3ème ligne, tandis que la monothérapie à base de gemcitabine a montré une tendance à des résultats négatifs. La séquence des chimiothérapies de première et de deuxième ligne n'a pas influencé les résultats de la troisième ligne.

Conclusion : Dans notre cohorte, un tiers des patients traités ont reçu une chimiothérapie de 3ème ligne, ce qui a conduit à une SG médiane de 5,5 mois en 3ème ligne, ce qui est cohérent avec un traitement à un stade avancé. Nos résultats plaident contre l'utilisation de l'erlotinib et de la gemcitabine en monothérapie.

P121

Impact de la dose-intensité relative chez les patients traités par gemcitabine-nab-paclitaxel en deuxième ligne et plus d'un adénocarcinome pancréatique avancé

L. Tagemouati [1], A. Grancher [1], A. Gillibert [1], V. Vernon [1], J. Hoba [1], D. Sefrioui [1], P. Michel [1], M. Dutherage [1], F. Di Fiore [1]
(1) Rouen.

Introduction : L'association gemcitabine et nab-paclitaxel (GNP) a prouvé son efficacité dans le traitement de l'adénocarcinome pancréatique (ACP) avancé avec une utilisation majoritaire en 2ème ligne ou plus (L2+) en France. Plusieurs études ont évalué l'impact potentiel de la dose intensité relative (DIR) du GNP en 1ère ligne mettant en évidence pour la plupart un seuil d'exposition minimal impactant la survie. Dans ce contexte, l'objectif de notre étude était d'évaluer l'impact pronostique de la DIR chez les patients traités par GNP en L2+ pour ACP avancé.

Matériels et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective monocentrique incluant les patients traités par GNP en L2+ entre janvier 2014 et mars 2023. Les données initiales et d'exposition de la gemcitabine (GEM) et du nab-paclitaxel (NP) ont été colligées. Le critère de jugement principal était la survie globale (SG) selon la DIR au seuil ≥ ou < à 70% pour l'ensemble du protocole GNP entre C1 et le premier scanner (TDM1). Les objectifs secondaires étaient l'évaluation de la survie sans progression (SSP) selon la DIR, l'évaluation de la SG et de la SSP selon la fréquence relative (FR) des cures, la réponse au premier scanner (TDM1) selon la DIR et l'étude des toxicités.

Résultats : Sur 189 patients traités par GNP durant la période, 116 correspondaient aux critères d'inclusion. L'indice de performance OMS était de 0-1 pour 95 (82%) et 108 (93%) avaient une maladie métastatique à l'initiation du GNP. Le GNP intervenait en L2 pour 58 (50%) des cas et le nombre médian de cures avant le TDM1 était de 7 (4-12). L'évaluation au TDM1 objectivait un taux de contrôle dans 70% des cas avec réponse partielle dans 24% et une stabilité dans 46%. La médiane de SSP était de 3,4 mois et de SG de 7,1 mois pour l'ensemble de la population.
La DIR médiane était de 70% (range 20%– 110%) pour l'ensemble du protocole, soit 72% (range 20%-114%) pour la GEM et 68% (range 16%-106%) pour le NP. En comparaison des groupes DIR ≥ 70% vs < 70%, les sujets de plus de 70 ans et les patients ayant une albumine < 35 g/L étaient plus fréquents dans le groupe DIR < 70%, respectivement 29.3 vs 12.1% (p=0.03) et 36.2 vs 17.2% (p = 0.03). La SSP médiane était respectivement de 3.5 vs 3.2 mois (HR 1.3, p=0.21) et la SG médiane de 8,7 vs 7,0 mois (HR 1.2, p= 0.34) entre les groupes DIR ≥ 70% vs < 70%, respectivement. En analyse multivariée, seul le taux initial de Ca19.9 était associé à la SG (HR 1.5, p=0,046). En analyse exploratoire, le seuil de DIR à 60% était associé à la SSP et la SG, respectivement 4.3 vs 2.7 mois (p=0.03) et 8.7 vs 5.7 mois (p=0.03), pour une DIR ≥ 60% vs < 60% respectivement. Concernant le schéma du GNP, 15/116 patients ont reçu le traitement avec une FR <65% sans différence sur la SSP (4 vs 2.9 mois, p =0.9) et la SG (7.7 vs 6.3 mois, p = 0.8) selon la FR ≥ 65% vs <65%, respectivement. Il n'y avait pas de différence sur la survenue des toxicités de grade ≥ 3 selon le seuil de DIR à 70%. Enfin, 27/116 patients ont eu une réduction de dose initiale et 89 une réduction secondaire à une toxicité. L'asthénie était significativement moins fréquente en cas de diminution initiale qu'en cas de réduction ultérieure, 3.7% vs. 25.8% respectivement (p=0.013).

Conclusion : Nos résultats ne retrouvent pas d'effet pronostique majeur d'une exposition ≥ 70% du GNP chez les patients traités en L2+ pour un ACP avancé. En tenant compte des limites liées à la taille de l'effectif et du caractère rétrospectif, une exposition au GNP avec une DIR ≥ 60% et une fréquence adaptée par rapport au schéma théorique ne semble pas être délétère. Des études complémentaires sont nécessaires afin de déterminer si ces potentielles adaptations peuvent avoir un intérêt pour certains patients.

P122

Évaluation de l'efficacité et de la tolérance de la radiochimiothérapie dans les adénocarcinomes du pancréas localisés non résécables

L. Marie [1], A.C. Frin [1], A. Claren [1], X. Hébuterne [1], P. Chevallier [1], A. Saint [1]
(1) Nice.

Introduction : Le cancer du pancréas est une maladie fréquente et grave, dont le seul traitement potentiellement curatif est la résection chirurgicale. Pour les tumeurs de résécabilité borderline ou localement avancées, la réalisation d'une chimiothérapie d'induction reste la règle. Néanmoins, une chirurgie carcinologique reste souvent impossible à l'issue de cette séquence, pouvant faire discuter la réalisation d'une radiochimiothérapie complémentaire, sans que son intérêt dans l'arsenal thérapeutique soit établi.

Patients et Méthodes : Nous avons donc mené une étude rétrospective, observationnelle et multicentrique dont l'objectif principal était d'évaluer la place et les modalités de radiochimiothérapie réalisées à Nice entre 2011 et 2022, chez des patients atteints de cancers du pancréas non résécables suivis dans 3 centres d'oncologie différents (CHU Archet, CLCC Antoine Lacassagne et centre de Haute Energie).
Les objectifs secondaires étaient l'évaluation de la tolérance des traitements, l'analyse des données de survie globale et sans progression, ainsi que l'identification de facteurs pronostiques de survie potentiels.

Résultats : Nous avons inclus dans notre étude 59 patients, avec un suivi médian de 23 mois. Parmi eux, 54,2% présentaient une tumeur borderline et 45,8% une tumeur localement avancée. 80% des patients ont reçu une polychimiothérapie première (majoritairement du FOLFIRINOX).
Concernant la radiochimiothérapie, 55 patients ont été traités par RC3D ou IMRT avec un dose totale médiane de 50,4 Gy, systématiquement associée à une chimiothérapie concomitante, et 4 patients ont reçu un traitement par radiothérapie stéréotaxique. La tolérance globale de la séquence thérapeutique était correcte.
La survie globale médiane était de 16,3 mois, et la survie sans progression de 11,3 mois. Le taux de conversion chirurgicale dans notre étude était de 16%.
L'utilisation d'une polychimiothérapie d'induction semblait conférer un meilleur pronostic en termes de survie globale, néanmoins non significatif (18,4 vs 14,9 mois, p = 0,11). En revanche, l'utilisation d'une technique de radiothérapie de type IMRT conférait un bénéfice en survie globale significatif (17,3 vs 15,4 mois, p = 0,041), de même que la réalisation d'une chirurgie (24,8 vs 16,1 mois, p = 0,019), et la possibilité de reprise d'un traitement systémique à progression (18,7 vs 16,2 mois, p = 0,03).
En revanche, une albuminémie < 35 g/L au diagnostic est revenue comme un facteur de mauvais pronostic.

Conclusion : Une stratégie reposant sur un traitement d'induction par chimiothérapie puis radiochimiothérapie est réalisable en pratique clinique avec une tolérance correcte.
Une polychimiothérapie première combinée à une radiochimiothérapie par IMRT semblerait apporter les meilleurs résultats en termes de survie globale, mais cela reste à confirmer par des essais prospectifs randomisés.
La chirurgie, quand elle est possible, permet d'améliorer significativement la survie des malades, devant pousser les équipes à réévaluer systématiquement la résécabilité.
Enfin, le mauvais pronostic de la dénutrition doit pousser à intensifier la prise en charge nutritionnelle dans cette pathologie.

P123

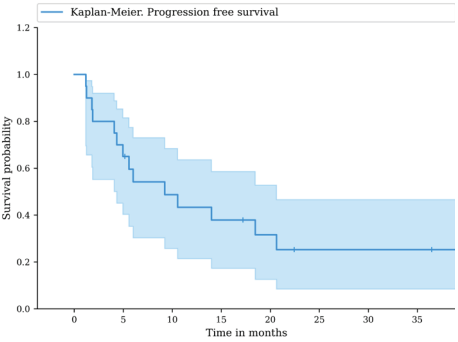
Efficacité de la thermoablation dans le cholangiocarcinome intra-hépatique

A. Briot [1], Y. Touchefeu [1], P. Girot [2]
(1) Nantes ; (2) La Roche-sur-Yon.

Introduction : Le cholangiocarcinome intra-hépatique (CCI) est la deuxième tumeur hépatique la plus fréquente après le carcinome hépatocellulaire. Ces dernières années, plusieurs traitements loco-régionaux, dont la thermoablation, ont été testés et ont montré des résultats encourageants.
L'objectif de cette étude était d'évaluer la survie sans progression (SSP), la survie globale (SG) et les facteurs pronostiques dans l'ICC traité par radiofréquence (RF) ou microondes (MO).

Patients et Méthodes : Les patients avec un CCI traité par radiofréquence ou micro-onde entre 2015 et 2023 dans 5 centres hospitaliers français ont été analysés rétrospectivement.
La SSP et la SG ont été évaluées par la méthode de Kaplan-Meier et les facteurs pronostiques par le test Log-rang et le modèle de Cox.

Résultats : 21 patients avec 31 nodules traités par RF ou MO pour un CCI ont été inclus. 76% étaient des hommes avec un âge médian de 67,5 ans. 70% avaient une hépatopathie chronique sous-jacente dont 50% de cirrhose. La taille médiane des lésions était de 17 mm (6-35 mm). Après un suivi médian de 33 mois (5-85), la SSP médiane était de 10,5 mois. La SG médiane était de 40,8 mois. En analyse univariée et multivariée, seule la taille de la lésion > 17 mm était associée à une mauvaise SG (HR 3,09 ; IC [1.02 ; 9.37] (p = 0,04). Un pneumothorax de grade 2 CTACE V6.0 lié à la radiofréquence a été rapporté.



Conclusion : La thermoablation est une méthode sûre et s'impose comme une alternative à la chirurgie pour les CCI de petite taille. Les tumeurs < 17 mm étaient associées à une meilleure survie globale. Ces patients doivent être discutés au cours de RCP comprenant des spécialistes en radiologie interventionnelle.

P.124

Intérêt de l'examen TEP-IRM sur machine hybride dans la prise en charge des tumeurs neuroendocrines digestives

C. Abid [1], J. Tannoury [1], M. Uzzan [1], E. Reizine [1], S. Mulé [1], J. Chalaye [1], A. Luciani [1], E. Itti [1], I. Sobhani [1]
(1) Créteil.

Introduction : Les tumeurs neuroendocrines digestives (TNE-D) sont des tumeurs rares à prise en charge multidisciplinaire. La TEP IRM d'introduction récente permet une évaluation hybride nucléaire et morphologique précise des tissus en un temps. Sa place dans les recommandations du Thesaurus national de cancérologie digestive (TNCD) n'est pas encore clairement établie

Matériels et Méthodes : La TEP IRM a été réalisée sur l'imageur TEP/IRM Siemens Biographm MR. Les traceurs utilisés étaient le DOTATOC, le FDG ou le DOPA. Des TEP IRM de suivi ont été proposées tous les 6 à 12 mois.

Résultats : Nous rapportons les résultats d'une étude pilote monocentrique analytique évaluant l'impact de la TEP IRM dans la prise en charge initiale et le suivi des patients atteints d'une TNE digestive. Soixante et onze patients (36 H, 35 F, d'âge moyen de 61 ans) ont été suivis par TEP IRM (de 2017 à 2021).
Lors du bilan initial, la TEP IRM a eu un impact diagnostique dans 12 cas (découverte de la tumeur primitive ou de nouvelles localisations spécifiques dont 2 myocardiques), et a influencé les décisions thérapeutiques dans 5 cas.
Au cours de la période de suivi l'impact diagnostique de la TEP-IRM a été noté dans 3 cas. Aucune différence significative n'a été observée entre les courbes de survie des deux sous-groupes (avec vs sans impact de TEP-IRM) sur cette période de suivi.

Conclusion : Il s'agit de la première série nationale rapportant la TEP IRM comme outil diagnostique et de suivi des TNE-D. Son intérêt cout-bénéfice économique mérite d'être évalué.

P.125

Gastrectomie robot assistée *versus* laparotomie : premiers résultats dans un centre de moyen volume

A. Bourgeois [1], C. Honore [1], M. Gelli [1], I. Sourrouille [1], M. Neuberg [1], M. Flacs [2], T. Albert Nguyen [1], E. Maienza [1], A. Houbiers [1], E. Giurgiu [1], E. Fernandez De Sevilla [1], M. Faron [1], L. Benhaim [1]
(1) Villejuif ; (2) Clichy-la-Garenne.

Introduction : La gastrectomie est le traitement curatif de référence du cancer gastrique. D'un point de vue oncologique, la voie ouverte est similaire à la voie mini invasive. L'abord laparoscopique a montré de meilleurs résultats post opératoires immédiats pour les gastrectomies distales. En revanche, il y a peu de larges séries pour les gastrectomies totales, plus difficiles à réaliser par voie laparoscopique. L'assistance robotique a été introduite en 2003 et pourrait permettre de généraliser les indications de gastrectomies. Notre objectif est de montrer les résultats à court et moyen terme des gastrectomies robot assistées réalisées dans notre centre.

Matériels et Méthodes : Nous avons inclus rétrospectivement toutes les gastrectomies réalisées entre 2017 et 2023 dans notre centre en analysant les complications post opératoires, et les durées moyennes de séjour, en distinguant les malades opérés au robot (GR) comparés aux malades opérés par laparotomie (GL). Il n'y avait pas de gastrectomies laparoscopiques dans notre série.

Résultats : Parmi les 58 gastrectomies, on dénombre 29 GR et 29 GL.
Les comorbidités étaient comparables dans les 2 groupes. L'âge moyen était significativement inférieur dans le groupe GR qui comprenait 8 GT prophylaxiques pour mutation CDH1.
La majorité des interventions consistait en une GT avec un taux similaire dans les 2 groupes (62 vs 67%).
La GL était réalisée pour des maladies plus avancées.
18% des patients présentaient des lésions secondaires, opérées de façon synchrone dans le groupe GL. Les malades du groupe GR étaient tous non métastatiques.
50% des patients du groupe GL présentaient un stade T3 ou T4, contre 28% dans le groupe GR.
La durée opératoire était plus longue dans le groupe GR, avec un taux de saignement significativement inférieur. La morbidité à J30 était inférieure dans le groupe GR (14%), par rapport au groupe GL (20%).
Le taux de fistule anastomotique était de 3% dans le groupe GR, et 10% dans le groupe GL.
Le nombre de ganglions prélevés était supérieur dans le groupe GR (24 *versus* 21 dans le groupe GL).
Les durées de séjour étaient plus courtes dans le groupe GR (19 jours *versus* 13 dans le groupe GL) .

Conclusion : Dans une population rigoureusement sélectionnée, l'approche robotique permet d'offrir des résultats post opératoires immédiats satisfaisants, avec peu de complications, et notamment un faible taux de fistule anastomotique. Elle est donc fiable pour les GT comme pour les GD. La voie d'abord ouverte était toujours privilégiée pour des maladies avancées.

P126

La valeur pronostique de l'immunohistochimie au cours des lymphomes gastriques B à grandes cellules

G. Gharbi [1], A. Khsiba [1], M. Yakoubi [2], A. Ben Mohamed [2], M. Mahmoudi [1], E. Chelbi [1], M. Medhioub [1], L. Hamzaoui [1], M. Azouz [1]
(1) Nabeul, TUNISIE ; (2) Tunis, TUNISIE.

Introduction : L'immunohistochimie constitue un outil indispensable pour le diagnostic des lymphomes gastriques B à grandes cellules(LGBGC). Sa valeur pronostique basée sur la recherche de l'expression de C-MYC, BCL2 et BCL6 reste débattue. Plusieurs études ont montré que la biologie moléculaire reste le Gold standard dans l'évaluation pronostique.
Le but de notre travail était de Etudier la valeur pronostique de l'expression de C-MYC, BCL2 et BCL6 en immunohistochimie au cours des LGBGC.

Patients et Méthodes : Une étude rétrospective multicentrique menée dans quatre services de gastro-entérologie s'étalant de 2005 à 2020 et incluant 26 patients.

Résultats : Cette étude a inclus 26 patients d'âge moyen de 59 ans et de sexe ratio H/F de 1,4. En se basant sur la classification d'Ann Arbor, le LGBGC était localisé (stades I, IIE1) chez 80,8% des patients et évolué (stades IIE2, III, IV) chez 19,2%. Le C-MYC était positif chez 10 patients (37,5%), le BCL6 chez 13 (50%) et le BCL2 chez 10 (37,5%). Une double expression C-MYC/BCL2 ou BCL6 a été notée chez 9 patients (60%) et une triple expression chez un patient. L'expression de ces 3 marqueurs, C-MYC, BCL2 et BCL6, n'étaient corrélée ni à une atteinte évoluée du LGBGC (p=0.9, 0.34 et 0.1 respectivement), ni à une mauvaise évolution définie par une réponse partielle ou l'absence de réponse à la chimiothérapie ou une récidive tumorale (p=0.58, 0.87 et 0.58 respectivement).

Conclusion : Bien que l'immunohistochimie représente un outil plus disponible et moins onéreux, la biologie moléculaire mettant en évidence les réarrangements des gènes C-MYC, BCL2 et BCL6 reste le Gold standard dans l'évaluation pronostique.

P127

Prévalence des cancers digestifs au cours des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin associées à la CSP

S. Kaouissi [1], A. Hmina [1], S. Mechhor [1], M. Cherkaoui [1], H. El Bacha [1], N. Benzzoubeir [1], I. Errabih [1]
(1) Rabat, MAROC.

Introduction : La cholangite sclérosante primitive (CSP) est une atteinte inflammatoire fibrosante des voies biliaires intra et/ou extra-hépatiques. Elle peut être associée aux maladies inflammatoires chroniques de l'intestin, avec un risque néoplasique notamment l'évolution vers le cholangiocarcinome et vers le cancer colique.
Le but de notre travail est d'étudier la prévalence des cancers digestifs lors de l'association MICI-CSP dans notre formation.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive monocentrique menée au sein de notre service, sur une période de 5 ans : de juillet 2018 à juillet 2023. Ont été inclus les patients ayant une MICI associée à une CSP.
Tous nos patients ont bénéficié d'un examen clinique complet, d'un bilan hépatique, d'un bilan endoscopique et d'une imagerie hépatique à savoir une CP-IRM.

Résultats : Sur les 424 patients atteints de MICI, 3 patients avaient une CSP associée, soit une prévalence de 0,70 % des cas.
L'âge moyen lors de la découverte de la CSP était de 37,3 ans. Il s'agissait de 2 hommes et une femme avec un sexe ratio H/F de 2. Le type de MICI était une RCH pancolique quiescente sous 5-ASA chez 1 cas et une maladie de Crohn (MC) chez les 2 autres cas de localisation iléo-colique chez un patient et pancolique avec LAP chez l'autre.
Chez tous nos patients, la CSP était diagnostiquée après la MICI. Le délai de diagnostic était de 20 ans pour la RCH et un délai moyen de 4,5 ans pour les 2 cas de MC.
Le diagnostic de CSP a été évoqué devant une cholestase biologique chronique puis confirmé par l'imagerie.
Tous nos patients ont été mis sous AUDC à la posologie de 15mg/kg/j en association au traitement de leur MICI.
La coloscopie de dépistage avec chromo endoscopie et biopsies étagées systématiques à la recherche du cancer colorectal était faite annuellement et était revenue normale chez tous nos patients.
L'évolution était favorable sous AUDC et était marquée par la normalisation du bilan hépatique chez deux malades. Toutefois, un cas de cholangiocarcinome du bas cholédoque a été noté chez le patient atteint de RCH.

Conclusion : L'association MICI-CSP reste rare dans notre contexte rendant l'analyse du profil clinique et évolutif difficile.
La CSP est un facteur de survenue de cholangiocarcinome et un facteur indépendant de survenue de cancer colorectal, un schéma de surveillance spécifique consensuel a été établi à savoir une coloscopie annuelle systématique dès le diagnostic de CSP.

P128

Etude épidémiologique et diagnostic étiologique des métastases hépatiques révélatrices

R. Chaouachi [1], E. Bel Hadj Mabrouk [1], A. Mensi [1], N. Trad [1], S. Ayadi [1], Y. Zaimi [1], Y. Said [1], L. Mouelhi [1]
(1) Tunis, TUNISIE.

Introduction : La découverte de lésions secondaires hépatiques est une situation relativement fréquente dans notre pratique et qui pose parfois un problème quant à la recherche de la tumeur primitive.. Une approche multidimensionnelle est alors nécessaire pour le diagnostic étiologique.
Le but de notre étude était d'évaluer les caractéristiques épidémiologiques et cliniques des patients ayant une métastase hépatique révélatrice ainsi que la démarche diagnostique et la prise en charge thérapeutique.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective sur 8 ans de 2015 à 2023 incluant tous les malades qui ont été hospitalisés pour exploration d'un foie secondaire sans tumeur primitive connue. Un recueil des données épidémiologiques, clinico-biologiques, endoscopiques, radiologiques et histologiques a été réalisé, ainsi que la conduite thérapeutique.

Résultats : Nous avons inclus 43 patients d'âge moyen de 65,8 ans, et de sex-ratio H/F de 2,3. Les antécédents familiaux de néoplasie étaient retrouvés chez 7% des cas.
Les circonstances de découvertes étaient dominées par l'altération de l'état général dans 91%, suivi par les douleurs de l'hypochondre droit dans 30% des cas, l'ictère dans 16% des cas et l'ascite dans 16% des cas. Sur le plan biologique un syndrome inflammatoire était retrouvé dans 88% des cas avec une CRP moyenne de 87,5mg/L. Une cytolyse était retrouvée dans 49% des cas et une cholestase dans 60% des cas. Les marqueurs tumoraux étaient élevés dans 30% des cas (ACE chez 60% des patients, CA19-9 chez 71%, α foetoprotéine chez 25%, la PSA chez 25% et les CA125 chez 1 patient). La gastroscopie et la colonoscopie étaient réalisées respectivement dans 67 % et 58% des cas et ont conclu au diagnostic du primitif respectivement dans14 % et 33 % des cas. Sur le plan radiologique l'échographie abdominale réalisée dans 63 % des cas, a montré des nodules multiples dans 52 % des cas. La taille moyenne des nodules était de 36 mm [8-90]. L'échographie a orienté le diagnostic dans 22% des cas. La tomodensitométrie thoraco-abdomino-pelvienne (TDM TAP) était pratiquée dans tous les cas et a montré un aspect de nodule hypodense dans 77% des cas associé à un rehaussement périphérique ou annulaire (en cocarde) dans 42% des cas. Les nodules étaient multiples dans 84% des cas avec une taille moyenne de 39 mm [6-135]. Le scanner a orienté le diagnostic dans 81% des cas. L'imagerie par résonance magnétique était pratiquée chez 8 patients et a montré un nodule en hyposignal T1, hypersignal T2 et hypersignal de diffusion dans 88%. Une carcinose péritonéale était associée dans 26% des cas.
En l'absence d'orientation diagnostic, une ponction biopsie du foie (PBF) était pratiquée chez 8 patients, et était contributive au diagnostic de la tumeur primitive dans 75 % des cas.
La tumeur primitive était retrouvée dans 93%, il s'agissait d'un cancer colique dans 44% (n = 17), pancréatique dans 15% (n=6), gastrique dans 13% (n=5), rectal dans 8%(n= 3), des voies biliaires dans 5% (n=2), de la vésicule biliaire dans 5% (n=2), pulmonaire dans 2% (n=1), du grêle dans 2% (n=1), hépatique dans 2% (n=1), surrénalien dans 2% (n=1) et mammaire dans 2% (n=1).
Le traitement était palliatif chez 75 % des patients, symptomatique chez 19% à cause d'un état général très altéré et ou un âge avancé et chirurgical dans 6% devant des tumeurs localisées avec une métastase hépatique unique.

Conclusion : D'après notre étude, la TDM TAP est d'un grand apport au diagnostic du cancer primitif devant des métastases hépatiques. Le cas échéant, en l'absence d'orientation la PBF constitue une alternative intéressante pour le diagnostic positif de la tumeur primitive et guider ainsi la prise en charge thérapeutique.

P129

Evaluation de l'effet du gingembre (zingiber officinale) pour traiter les vomissements chimio-induits

J. Chouef [1], Z. Benbrahim [1], H. Medyouni [1], O. Talbi [1], K. Hinaje [1], H. El Hilali [1], C. Chbihi [1], L. Amaadour [1], K. Oualla [1], S. Arifi [1], N. Mellas [1]
(1) Fès, MAROC.

Introduction : Le cancer est l'une des principales causes de décès dans le monde. On traite cette maladie avec la chirurgie, la radiothérapie, la chimiothérapie et la thérapie biologique.
La chimiothérapie occasionne des effets secondaires non négligeables et parfois délétères pour les patients, notamment des nausées et des vomissements. ces derniers peuvent dégrader considérablement la qualité de vie des patients.
Le gingembre est l'une des plantes les plus utilisées de la pharmacopée traditionnelle. Il a fait ses preuves en tant que thérapie complémentaire et on lui prête des vertus anti-nauséeuses.
Notre travail a pour but d'évaluer l'efficacité et l'intérêt du gingembre officinal dans la réduction des nausées et vomissements chimio-induites.

Matériels et Méthodes : 30 patients ont était randomisés (17 femmes et 13 hommes), ayant tous une tumeur solide sous chimiothérapie hautement émétisante (association Epirubicine +cyclophosphamide, cisplatine) ils avait tous reçu une cure de chimiothérapie avant l'inclusion, et ont tous eu des nausées et vomissements malgré un traitement antiémétique à base d'ondansétrons, et prednisolone.
Tous les patients ont reçu à partir de la deuxième cure de chimiothérapie deux gélules de gingembre (250 mg) deux fois par jour pendant les 7jours entourant la chimiothérapie (soit 3jours avant la chimiothérapie, le jour de la chimiothérapie et 3 jours post chimiothérapie). Les patients étaient leur propre Témoin.
La gravité des nausées et le nombre d'épisodes de vomissements ont été mesurée quatre fois par jour pendant les jours suivant l'administration de la chimiothérapie.
La qualité de vie des patients sera évaluée à l'aide du questionnaire de l'EORTC QLQ C30 traduit pour être adapté à notre population à J-3 et J5 du protocole .

Résultats : Après analyse des questionnaires, l'intensité des nausées pendant les 48 heures suivant la perfusion de la chimiothérapie a été significativement réduite chez 60% des patients (dont 55.5% étaient de sexe masculin).
Le nombre d'épisodes de vomissements tardifs n'a été réduit que chez 5 patients soit 16% des patients
En revanche aucun bénéfice n'a été objectivé sur la fréquence et l'intensité des vomissements aigus.

Conclusion : L'ajout de gingembre (1 g/j) au traitement antiémétique standard chez les patientes atteintes d'un cancer sous chimiothérapie hautement émétisante réduit efficacement la prévalence des nausées aigues (les 48 heures suivant la chimiothérapie) Cependant, le gingembre ne présente aucun autre avantage supplémentaire pour réduire la prévalence ou la gravité des Vomissements aiguës ou retardées.

Tumeurs stromales gastro-intestinales à Kinshasa (République Démocratique du Congo). Evaluation du risque de récidive

T. Ndarabu [(1)], A. Tshimpi [(1)], T. Tshiswaka [(1)], T. Monsere [(1)], B. Lebwazé [(1)], F. Bokambandja [(1)], D. Baume [(1)], A. Kikwisina [(1)], J.J. Matimbo [(1)], C. Mbendi [(1)], J.P. Kimpiatu [(1)], B. Batumona [(1)], P. Ngoma [(1)]

(1) Kinshasa, CONGO (RDC).

Introduction : Les tumeurs stromales gastro intestinales (GIST) ont une incidence mondiale estimée à 12 à 15 cas/million d'habitants/an. Elles ont représenté 6,2 % des cancers digestifs à Kinshasa dans une étude monocentrique. Il y a peu de données africaines. Leur pronostic est incertain. Il est amélioré avec les modalités diagnostiques et thérapeutiques actuelles, sans annulation du risque de récidive. La classification de Miettinem permet d'évaluer le risque de récidive.
Objectif : évaluer le risque de récidive chez les patients pris en charge pour GIST dans un service de pathologie digestive à Kinshasa.

Patients et Méthodes : Revue documentaire descriptive, série des cas, incluant les cas de GIST chez les patients suivis pour cancers digestifs dans une clinique de pathologie digestive de Kinshasa entre Novembre 2015 et Août 2022. Les paramètres d' intérêt ont été recueillis sous anonymat, saisis sur base Excel et analysés sur logiciel STATA 'StataCorp LLC version 15.0, Texas, USA, 2017).

Résultats : La fréquence de GIST était de 6,2 % (20 sur 319) parmi les patients enregistrés pour cancers digestifs. Treize patients étaient retenus sur vingt. Ils étaient 7 hommes (53.9 %) et 6 femmes (46.1%), d'âge moyen de 53 ans ± 13. L' antécédent de GIST opérée (15.4%) était concomitant dans la moitié des cas à la splenectomie. L'hémorragie digestive était observée dans 77% des cas, la douleur abdominale et de la perte pondérale > 10%, chacune dans 61.5% des cas, puis la masse abdominale dans 30.8% des cas. Le taux d'Hb était bas dans 61,5% des cas avec insuffisance rénale dans 15% des cas. L'échographie et la gastroscopie étaient réalisées chez tous les patients. La gastroscopie montrait une surélévation d'allure extrinsèque, déprimée à son sommet, parfois ulcérée ou hémorragique. Le scanner abdominal était réalisé dans 61,5% des cas et montrait la lésion tissulaire, sa localisation et son extension. L'échoendoscopie réalisée dans 61,5% des cas a permis de décrire la tumeur de la 4è couche, hypoéchogène et sa taille; de localiser la lésion et son extension loco- régionale, puis d'assurer une cytoponction dans 38.5% des cas devant le doute diagnostic. L'histologie de la pièce opératoire était obtenue dans 53,8% des cas. La localisation gastrique était la plus fréquente (69,2%). Les métastases étaient retrouvées dans 38,5 % des cas. La taille médiane de la tumeur était de 10 cm. L'index mitotique était > 5 dans 61.5% des cas. L'immunoHistoChimie était réalisée dans 15,4% des cas; la description était dominée par le profil Anti - CD 117 > 60%, Anti - dog1 marquage modéré, Anti - AML et Desmine marquage des cellules myoépithéliales et des parois vasculaires, Ki-67/Mib-1 marquage nucléaire >14%.

Evaluation du risque de récidive de GIST chez les patients concernés selon la classification de Miettinem

Diamètre maximal de la tumeur (cm)	Index mitotique	GIST Gastrique (fréquence) (%)	GIST jéjuno-iléale (fréquence) (%)	GIST Duodénale (fréquence) (%)	GIST Rectale (fréquence) (%)
≤ 2	≤ 5	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
> 2 – 5	≤ 5	R très faible (0)	R faible (0)	Faible (0)	Faible (0)
> 5 - 10	≤ 5	R faible (1) (7,7%)	Intermédiaire (1) (7,7%)	(0)	(0)
> 10	≤ 5	Intermédiaire (3) (23,1%)	Élevé (0)	Élevé (0)	Élevé (0)
≤ 2	> 5	0 (0)	Élevé (0)	Elevé (0)	Élevé (0)
> 2 – 5	> 5	Intermédiaire (0)	Élevé (0)	Élevé (1) (7,7%)	Élevé (0)
> 5 - 10	> 5	Élevé (1) (7,7%)	Élevé (0)	Élevé (0)	Élevé (0)
> 10	> 5	Élevé (4) (30,8%)	Élevé (1) (7,7%)	Élevé (1) (7,7%)	Élevé (0)

Conclusion : Les GIST sont retrouvées à une fréquence élevée parmi les cancers digestifs dans notre étude. Elles sont majoritairement de grande taille, de localisation gastrique et de forme agressive. Elles présentent un risque de récidive évalué élevé dans deux - tiers des cas selon la classification de Miettinem.

Mots clés : Tumeurs stromales (GIST) – Kinshasa - risque de récidive

P131

La dénutrition au cours des néoplasies gastro-œsophagiennes : apport de la jéjunostomie d'alimentation

A. Nciri [1], O.K. Sallem [1], M. Ben Abdelwahed [2], M. Zakhama [1], I. Jemni [1], A. Sabbek [3], R. Baklouti [1], A. Guediche [1], W. Bouhlel [1], M.H. Loghmari [1], N. Ben Chaaben [1], L. Safer [1]

(1) Monastir, TUNISIE ; (2) Tunis, TUNISIE ; (3) Sousse, 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 notre centre.

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.

P132

Prise en charge des tumeurs stromales gastro-intestinales dans un pays africain en développement

A.B. Fall [1], M.L. Bassène [1], M.P. Fall [1], S. Diallo [1], M.N. Gueye [1], I. Diallo [1], F. Fall [1], A. Yauck [1], D. Dia [1]

(1) Dakar, SÉNÉGAL.

Introduction : Les Tumeurs Stromales Gastro-intestinales ou GIST sont une forme rare de cancers du tube digestif appartenant à la famille des sarcomes. Le but de ce travail était de rapporter le profil épidémiologique et évolutif ainsi que les difficultés rencontrés dans la prise en charge de cette pathologie, dans un pays en développement.

Patients et Méthodes : Il s'agissait d'une étude rétrospective, descriptive sur une période de 07 ans (Janvier 2016 – Décembre 2022) au sein d'un service d'oncohématologie dans un centre hospitalo-universitaire d'Afrique subsaharienne .Tous les patients ayant un GIST confirmé par un examen histologique et immunohistochimiques ont été inclus. Les données ont été recueillies à partir des dossiers médicaux, des comptes rendus opératoires, anatomopathologiques et immunohistochimiques puis analysées grâce au logiciel Sphinx version 23.

Résultats : Durant la période d'étude 57 cas de GIST ont été inclus avec une fréquence hospitalière de 8 cas en moyenne par an. L'âge moyen des patients était de 56 ans [29-80 ans]. Le sex-ratio (H/F) était de 1,03. La localisation gastrique était la plus fréquente (54,32%) suivi par la localisation mésentérique (19,21 %). La douleur abdominale était le maitre symptôme trouvé chez 64,91% des patients. L'endoscopie digestive haute mettait en évidence une lésion tumorale endophytique chez 24,56% des patients et la tomodensitométrie objectivait une lésion tumorale exophytique chez 87,72% des malades. La taille tumorale moyenne était de 16,5cm [2,9-31cm]. L'histologie révélait le plus souvent une forme fusiforme (92,08%). Le C-kit était le marqueur le plus fréquent (56,14%). La classification AFIP était établie chez 33 (57,89%) patients et un risque élevé de récidive était noté chez 36,36% des patients. L'Imatinib était prescrit chez tous les patients. La chirurgie était indiquée dans 54,40% des cas. Un traitement endoscopique à type de « Full THICKNESS » était réalisé chez 1 patient. Après un recul moyen de 27,9 mois, une rémission complète maintenue était notée chez 24,56% des patients. Un décès était noté dans 28,07% des cas et une récidive dans 21,05% cas.

Conclusion : Notre étude montre que les GIST sont des tumeurs rares dans notre structure. La prise en charge est limitée par le retard diagnostique qui impacte le pronostic des malades. La récidive est fréquente d'où l'intérêt de rendre accessible les nouvelles thérapies ciblées.

P133

Survie des patients avec un cholangiocarcinome après drainage endoscopique : à propos d'une série universitaire

D. Azzouzi [(1)], M. Borahma [(1)], F.Z. Chabib [(1)], M. Kadiri [(1)], C. Berhili [(1)], N. Lagdali [(1)], I. Benelbarhdadi [(1)], F.Z. Ajana [(1)]
(1) Rabat, MAROC.

Introduction : Le cholangiocarcinome (cck) est un cancer provenant des canaux biliaires intra- ou extra-hépatiques représente environ 10 à 15 % de toutes les tumeurs malignes hépatobiliaires.L'incidence du cck varie à l'échelle mondiale. L'objectif de notre étude est de rapporter letaux de survie après drainage endoscopique du cholangiocarcinome dans notre centre.

Matériels et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive et analytique monocentrique. On a inclut tousles patients avec un cholangiocarcinome intrahépatique ou extrahépatique et de la vésiculebiliaire sur une période de 3 ans (juin 2019 à novembre 2022). L'analyse uni-variée et multi-variée des facteurs influençant la survie a été faite par le logiciel Jamovi, quant à celle de lasurvie a été faite par la méthode Kaplan Meier.

Résultats : Au total, nous avons colligé 40 patients atteints de cck, 12 patients avaient un CCK péri-hilaire (30%) classés : Bismuth 1 (50%) ; Bismuth 3 (16,6%) ; Bismuth 4 (33,3%).12 un cck intrahépatique (30%), 8 un cck distal (20%) et 8 patients un carcinome de lavésicule biliaire (20%).L'âge médian des patients était de 65,5 ans (min :23 ans ; max :83 ans) avec uneprédominance féminine de (70%), et un sex-ratio F/M de 2,33%. Les facteurs de risquesretrouvés chez nos patients étaient : une consommation excessive d'alcool a été notée chez55% des malades, un tabagisme chronique chez 47,5%, un diabète type 2 chez 32,5%, unsyndrome métabolique chez 20%, et un antécédent de lithiase biliaire chez 82,5% et unantécédent de cholangite sclérosante primitive chez 2 patients (5%).Cliniquement, tous les patients avaient un ictère cholestatique avec un prurit chez 97,5% desmalades, l'OMS de nos patients était de 2 chez 40% des malades, 1 chez 35%, 3 chez 20%, etOMS=0 chez 5% des patients.Biologiquement, les taux médians de la bilirubine totale était de 196 mg/l (min :39,max :348), et de l'albumine était de 29mg/l (min :19 ; max :36).8 patients se sont présentés d'emblée pour une angiocholite (20%). Le drainageendoscopique complet a été réalisé chez 77,5% (27 CCK extra-hépatiques, 4 CCK intra-hépatiques), et incomplet chez 22, 5% des malades. Le drainage par prothèse métallique aété utilisé chez 92,5% (n= 37) des patients, et par une prothèse plastique chez 7,5% desmalades (Un patient avec une tiumeur de la VB, et 2 CCK péri-hilaires classés Bismuth 1).17,5% des malades ont présenté une complication post-drainage (4 angiocholite post-CPRE,et 3 sepsis grave). 4 patients avec un cck péri-hilaire ont été jugés opérables (10%) et sontdécédés en post-opératoire, les autres malades ont bénéficié d'un traitement palliatif : soins de confort, antalgique, support nutritionnel (90%).La survie globale après drainage est de10% à 1 an.La survie moyenne est de 9 mois, avec un intervalle de confiance de 95% (6 – 12). L'analyseuni- et multi-variée des différents facteurs de risque étudiés n'a pas trouvé de facteursinfluençant la survie des malades. Si on prend le traitement endoscopique à part, on noteune différence statistiquement significative entre les malades qui ont eu un drainageendoscopique complet et ceux ne l'ayant pas reçu, avec une valeur p de 0,016.On ne note pas de différence statistiquement significative entre le type de prothèse et lasurvenue d'une complication post-opératoire.

Conclusion : L'incidence du cholangiocarcinome est en augmentation permanente avec un pronosticsombre. Dans notre série, La survie moyenne était de 9 mois, sans influence des facteurs derisque étudiés. Cependant, la survie a été influencée par la qualité du traitementendoscopique.

P134

Identification de nouveaux marqueurs diagnostiques du cancer colorectal dans les exosomes circulants : étude pilote (EXOSCOL01)

M. Barhoum [(1)], L. Ramont [(1)], O. Bouché [(1)], S. Brassart-Pasco [(1)], A. Dupont-Deshorgues [(1)], A. Thierry [(1)], L. Kanagaratnam [(1)], F. Ramaholimihaso [(1)], D. Botsen [(1)], C. Carlier [(1)], M. Brugel [(1)], M. Perrier [(1)]
(1) Reims.

Introduction : Le cancer colorectal (CCR) est la deuxième cause de mortalité par cancer dans le monde. Son dépistage est basé sur le test immunochimique de recherche de sang dans les selles (FIT), puis il est diagnostiqué à l'aide d'une coloscopie, un geste invasif menant à un faible taux de participation. Les protéines et ARNs contenus dans les exosomes, vésicules extracellulaires produites notamment par les cellules tumorales et stromales, suscitent un intérêt croissant dans la recherche de biomarqueurs diagnostiques de cancers. L'objectif de cette étude est de comparer l'expression de la MMP14, des sous-unités β1 et β3 d'intégrines, et du collagène α1(I) au sein de ces exosomes isolés à partir de plasma, entre les patients avec coloscopie normale et les patients avec CCR ou adénome colique.

Matériels et Méthodes : Nous avons inclus 71 patients, parmi lesquels 24 cas contrôles (coloscopie normale), 11 patients avec adénome colique, et 36 avec CCR. L'expression des 4 protéines exosomales plasmatiques d'intérêt a été étudiée par western blot. Les analyses biologiques ont été réalisées en aveugle. Ces valeurs semi-quantitatives ont été rapportées à la concentration en exosomes et en protéines exosomales.

Résultats : Nous avons observé une différence statistiquement significative concernant l'expression de la MMP14 (p=0,0007) en valeur absolue, de la MMP14 rapportée à la concentration en protéines exosomales (p=0,0003), et de la MMP14 rapportée à la concentration en exosomes (p=0,0005) dans la comparaison des 3 groupes. Ces 3 valeurs étaient significativement plus élevées chez les patients avec adénome en comparaison aux patients contrôles (respectivement, p=0,0013, p=0,0004, et p=0,0003). Seule l'intensité de la bande de la MMP14 en valeur absolue était significativement supérieure dans le groupe avec CCR en comparaison au groupe contrôle (p=0,0018). Aucune autre différence significative n'a été retrouvée.

	Médiane, IQR	Groupe 1	Groupe 2	Groupe 3	P value
Protéines exosomales (g/L)	10,9 [7,2 – 13,6]	10,2 [7,4-14,0]	6,2 [4,0-11,0]	11,9 [8,4-13,8]	0,024
Exosomes (x10^12/mL)	2,6 [1,7 – 6,9]	3,3 [2,0-9,6]	1,67 [1,3-2,0]	3,44 [1,7-5,8]	0,021
Exosomes : taille (nm)	93,4 [79,5-104,4]	83,45 [78,15-101,10]	96,2 [93,3-101,4]	94,5 [79,1-112,4]	0,29
β3 integrine : intensité de la bande (x10^6)	15,2 [11,9 – 24,8]	15,5 [11,4 – 23,5]	12,4 [8,0-13,2]	18,3 [13,3-30,6]	0,017
β3 integrine / protéines exosomales (x10^6)	1,8 [1,3 – 2,9]	1,5 [1,2 – 2,4]	2,0 [1,3 -2,9]	1,9 [1,0-3,1]	0,77
β3 integrine / exosomes	63 [30-99]	46,5 [19,3-66,0]	68 [55-94]	66 [26-139]	0,17
β1 integrine : intensité de la bande (x10^6)	3,7 [2,4 – 5,0]	3,9 [3,0 – 10,0]	4,0 [2,7- 5,2]	2,9 [1,8-5,6]	0,095
β1 integrine / protéines exosomales (x10^6)	3,7 [1,8 – 6,5]	3,9 [2,4 – 6,7]	6,2 [3,9 – 6,8]	2,1 [1,3 – 5,9]	0,012
β1 integrine / exosomes	11,5 [6 – 19]	13,0 [5,5-18,5]	18 [15-30]	8 [4-19]	0,08
COL1A1 : intensité de la bande (x10^6)	15,5 [10,1 – 21,9]	14,6 [10,6 – 23,9]	15,1 [5,5 -21,5]	16,4 [10,1-21,6]	0,68
COL1A1 / protéines exosomales (x10^6)	1,6 [1,0 – 2,2]	1,8 [1,0-2,2]	1,9 [0,4-3,8]	1,3 [0,9 – 1,8]	0,21
COL1A1/ exosomes	48 [22 – 85]	35 [22-77]	85 [30-161]	55 [19-80]	0,43
MMP14 : intensité de la bande (x10^6)	7,5 [4,9 – 10,5]	5,1 [3,0-7,3]	10,5 [7,8-15,7]	8,6 [5,5 – 12,1]	0,0007
MMP14 / protéines exosomales (x10^6)	7,72 [4,6 – 10,8]	5,7 [3,5 – 7,3]	18,7 [9,3 – 29,9]	7,8 [4,9 – 11,0]	0,0003
MMP14 / exosomes	22 [10 – 56]	14 [8-20]	60 [35-137]	28 [11-57]	0,0005

Conclusion : La MMP14 exosomale est un biomarqueur diagnostique prometteur pour le CCR et l'adénome colique. Une étude multicentrique de plus grande envergure avec utilisation de techniques quantitatives (ELISA, cytométrie en flux) permettrait de renforcer nos données.

P135

Immunothérapie dans le cancer colorectal MSI/dMMR non métastatique : étude rétrospective multicentrique de l'AGEO

C. Lemaire [1], J. Palle [1], A. Boileve [2], C. Coutzac [1], P. Girot [3], M. Muller [4], A. Cazelles [1], C. Gallois [1], J. Taïeb [1], G. Manceau [1]

(1) Paris ; (2) Villejuif ; (3) La Roche-sur-Yon ; (4) Nancy.

Introduction : Le Pembrolizumab est devenu le traitement de référence en 1ère ligne pour les patients ayant un cancer colorectal (CCR) de type adénocarcinome (ADK) métastatique avec instabilité des microsatellites (MSI). En situation localisée/localement avancée (LA), l'essai de phase II NICHE ayant inclus 21 patients MSI a montré une réponse histologique chez 100% des patients traités en pré opératoire par une double immunothérapie (IT), dont 60% de réponse histologique complète (RHC). Aucune donnée française n'a actuellement été publiée concernant l'IT dans le CCR MSI non métastatique. L'objectif de cette étude observationnelle était de décrire les types de protocoles d'IT prescrits dans cette situation, ainsi que leur tolérance et efficacité immédiate et d'identifier des facteurs prédictifs de réponse ou de résistance à l'IT en situation pré opératoire.

Patients et Méthodes : Cette étude observationnelle a inclus des patients suivis pour un CCR non métastatique de phénotype MSI en immunohistochimie et/ou dMMR en biologie moléculaire, ayant reçu au moins un cycle d'IT (quel que soit le protocole). Les patients traités dans le cadre d'un essai thérapeutique étaient exclus. Les caractéristiques cliniques et histologiques, le type d'IT reçue, la tolérance et les réponses radiologique (RECIST 1.1) et histologique (taux de régression tumorale selon Mandard) ont été recueillis de manière rétrospective.

Résultats : Entre avril 2019 et juillet 2023, 34 patients (colon droit : 23, colon gauche : 6 et rectum : 5) ont été inclus dans 5 centres français (ratio H/F = 1, âge médian= 67 ans). 33/34 patients présentaient un phénotype MSI et/ou dMMR, dont 11 ayant un syndrome de Lynch (32%). Un patient présentait une mutation de POLE. 21 patients ont reçu du Pembrolizumab en monothérapie (62%) et 13 l'association Nivolumab-Ipilimumab (Nivo-Ipi) puis Nivolumab seul, selon la stratégie NICHE (38%). Aucune toxicité de grade III-IV n'a été observée. 3 patients ont présenté un syndrome occlusif en cours d'IT (2 patients traités par Pembrolizumab, et 1 patient traité par Nivo-Ipi) dont 2 ont finalement été opérés et étaient en réponse histologique (RHC pour 1 patient, réponse majeure pour l'autre). A la date de clôture des données (30/09/2023), 26 patients (76%) avaient été opérés, 6 patients (18%) étaient toujours en cours d'IT, 1 patient ayant un ADK rectal non opéré dans le cadre d'une stratégie de watch-and-wait et 1 patient non opéré pour progression. Sur les 26 patients opérés 19 étaient en RHC (73%), dont 9 traités par Pembrolizumab et 10 par Nivo-Ipi. Une réponse radiologique complète, définie par l'absence de lésion résiduelle visible au scanner, était associée à une RHC dans 100% des cas (n=5). Dans les autres cas de RHC (n=14), la réponse radiologique était partielle (n=12) ou stable (n=2). Deux patients (7%) présentaient une réponse histologique majeure (TRG2) et 5 (18%) une absence de réponse (TRG 4-5) dont 2 traités par Nivo-Ipi et 3 par Pembrolizumab. Le statut MSI a été confirmé en IHC et en biologie moléculaire pour les 5 patients non répondeurs. Pour 4 d'entre eux (80%), un contingentde cellules indépendantes était retrouvé sur la pièce opératoire, suggérant que cette caractéristique pourrait représenter un facteur de résistance à l'IT préopératoire.

Conclusion : Cette étude rétrospective est la 1ère série française décrivant l'IT préopératoire chez les patients avec un CCR MSI non métastatique. Les protocoles prescrits étaient du Pembrolizumab (2/3 des cas) ou une double IT selon NICHE (1/3 des cas). Une RHC était observée chez 73% des 26 patients opérés. Les facteurs radiologiques de RHC ou de résistance à l'IT restent à définir. Sur ces données exploratoires, la présence de cellules indépendantes pourrait individualiser un sous groupe de patients résistants à l'IT néo-adjuvante. L'étude française IMHOTEP devrait apporter prochainement des réponses à ces questions sur une série prospective plus large.

P136

Caractéristiques cliniques et pronostiques des patients atteints d'un cancer colorectal métastatique KRAS G12c muté : une étude rétrospective, multicentrique française

C. Thibaut [1], A. Lopez [1]

(1) Nancy.

Introduction : Du fait de l'impact pronostique négatif de la mutation KRAS G12c sur la survie des patients atteints d'un cancer colorectal métastatique, des inhibiteurs spécifiques ont été développés ces dernières années avec une efficacité prometteuse. Néanmoins, il existe peu d'études étudiant les caractéristiques cliniques et pronostiques de ces patients, notamment en Europe. Ce travail de recherche a été mis en place pour répondre à cette question.

Matériels et Méthodes : Cette étude rétrospective inclut des patients atteints d'un cancer colorectal métastatique avec une mutation KRAS G12c ayant bénéficié d'au moins une ligne de chimiothérapie en stade métastatique. Les critères d'exclusion étaient une tumeur localisée réséquée sans récidive à distance, un suivi hospitalier hors centre avec données manquantes ou des patients en soins palliatifs exclusifs d'emblée. Les critères de jugement principal et secondaire étaient respectivement la survie globale et la survie sans progression pour les trois premières lignes de chimiothérapie. Nous avons également recueilli les données cliniques individuelles, tumorales ainsi que le traitement reçu. L'étude statistique était basée sur l'élaboration d'une courbe de KAPLAN MEIER, ainsi qu'une analyse bivariée et multivariée afin d'identifier les facteurs pronostiques potentiels.

Résultats : L'âge médian des 173 patients inclus était de 66 ans avec une prédominance masculine. Deux tiers des malades étaient métastatiques d'emblée, majoritairement au niveau hépatique et pulmonaire. La chirurgie de la tumeur primitive et des métastases était respectivement conduite dans 57 et 61% des cas. La survie globale médiane était de 35,5 mois (IC95%, 27,4 - 42,9 mois). La survie sans progression était respectivement de 10,7 mois (IC95%, 9,1 - 13,5 mois), 8 mois (IC95%, 6,2 - 9,3 mois) et de 4,3 mois (IC95%, 3,3 - 6,2 mois) pour la première, seconde et troisième ligne de chimiothérapie. Après analyse multivariée, le caractère métastatique d'emblée (HR 2.5 [IC95%, 1,5-4], p = 0,0003), la présence d'au moins deux sites métastatiques (HR 1.7 [IC95%, 1,1-2,6], p = 0,0113) et la résection chirurgicale du primitif (HR 2.6 [IC95%, 1,7-4], p < 0,0001) étaient significativement associée à une moins bonne survie globale.

Discussion : Cette étude rassemble la plus grande cohorte européenne de patients KRAS G12C mutés avec un total de 173 patients inclus. Les caractéristiques cliniques concordent avec la littérature : une prédominance d'hommes,un âge médian autour de 65 ans, une maladie fréquemment métastatique synchrone, une localisation primitive gauche préférentielle et la rareté du statut MSI. Notre analyse multivariée a l'avantage d'avoir été réalisée exclusivement sur la population KRAS G12C. En effet, les études similaires avaient réalisé leur analyse sur les patients mutés de l'exon 2. Les facteurs pronostiques significativement associés au décès ne peuvent donc pas être comparés avec les leurs. Néanmoins, le caractère rétrospectif de notre étude reste un biais majeur. De plus, la comparaison aux patients KRAS mutés non G12C n'a pas été réalisé, contrairement aux autres études.

La survie globale de notre étude est surprenante puisqu'elle est de 35,5 mois alors que la littérature rapporte une survie s'étendant de 21 à 29 mois. L'exclusion des patients suivis hors centre spécialisé a pu influencer ce pronostic. De plus, les caractéristiques des populations de la littérature divergent sur certaines variables telles que la proportion de patients ayant bénéficié d'une metastasectomie, d'une chirurgie primitive ou du taux de tumeurs indifférenciées. De ce fait, il est nécessaire que des études plus robustes sur le plan statistiques soient menées pour y répondre.

Conclusion : En conclusion, notre étude a mis en évidence une survie globale de 35,5 mois chez les patients atteints d'un cancer colorectal métastatique KRAS G12c mutés, meilleure que dans le reste de la littérature. La

résection de la tumeur primitive semble améliorer leur pronostic. Néanmoins, des études complémentaires sont nécessaires pour explorer cette hypothèse, d'autant plus que des thérapies ciblées (adagrasib, sotorasib) en cours de développement, semblent prometteuses en terme d'efficacité.

Remerciements, financements, autres :
Remerciements aux équipes des 17 centres français.
Absence de financement.

P137

Impact d'un courrier de rappel sur le suivi des personnes à haut risque de cancer colorectal par coloscopie après polypectomie

L. Vecchiato [(1)], M. Almeras [(1)], C. Exbrayat [(2)], P. Soler-Michel [(1)], T. Ponchon [(1)]
(1) Lyon ; (2) Meylan.

Introduction : En France, le dépistage organisé du cancer colorectal est proposé aux personnes à risque moyen, les personnes à risque élevé en sont exclues. Ces dernières requièrent un suivi par coloscopie, mais n'ont pas de rappel structuré de leur examen, ce qui est paradoxal et interroge sur le risque d'une détection précoce moins performante chez les personnes à risque élevé. L'objectif de cette étude est de mesurer l'impact de l'envoi d'un courrier de rappel de la coloscopie de surveillance aux personnes à risque élevé de cancer colorectal.

Patients et Méthodes : Un échantillon de 400 personnes à risque élevé de cancer colorectal a été tiré au sort à partir du logiciel métier de la structure. Ces personnes étaient identifiées dans la base par une coloscopie révélant une lésion (coloscopies de référence). Elles ont été randomisées en 2 groupes, en stratifiant sur la gravité des lésions trouvées et l'âge. Un groupe témoin et un groupe intervention avec envoi d'un courrier de rappel trois mois avant la date de leur coloscopie de surveillance. Les données sur les coloscopies de surveillance étaient récupérées directement auprès des hépato gastroentérologues (HGE).
L'analyse a été réalisée à partir du logiciel RStudio, elle a porté sur une description des caractéristiques de la population de l'ensemble de notre échantillon ainsi que dans chaque groupe (intervention et témoin). Une régression logistique multivariée a été réalisé pour comparer les deux groupes sur, la réalisation d'une coloscopie de surveillance et sur le respect du délai préconisé par l'HGE entre la coloscopie de référence et la coloscopie de surveillance. Les variables explicatives comme le sexe, l'âge et la strate (gravité de la lésion trouvée à la coloscopie de référence) ont été ajoutées au modèle.

Résultats : L'analyse a porté sur 374 personnes (186 : groupe intervention/ 188 : groupe témoin). Le pourcentage de femme était de 42.6 % dans le groupe témoin contre 47.3% dans le groupe intervention. L'âge moyen était de 66 ans dans les deux groupes. 92.5 % des personnes du groupe intervention et 96.8% du groupe témoin appartenaient à la strate 1 : Polype hyperplasique ou adénome de bas grade trouvé à la coloscopie de référence. Une coloscopie de surveillance a été réalisée par 60.7 % des personnes de l'échantillon :63.4% des dans le groupe intervention contre 58 % dans le groupe témoin. Le respect du délai préconisé par l'HGE entre la coloscopie de référence et la coloscopie de surveillance a été de 83% dans le groupe intervention contre 60.6 % dans le groupe témoin. La différence de réalisation de la coloscopie de surveillance était significative entre les deux groupes avec un OR 2.11 (IC 95% : 1.40 ; 3.22). Concernant le respect du délai la différence entre les deux groupes est également significative avec un OR 3.16 (IC95% 1.73 ; 5.99).

Discussion : Ces résultats montrent l'impact positif de l'envoi d'un courrier de relance sur la réalisation de la coloscopie de surveillance et les délais de surveillance chez les personnes à risque élevé de CCR suite à un antécédent personnel. En complément de ces résultats encourageants, il serait intéressant de regarder l'impact d'un courrier de relance à 6 mois, de comparer les lésions retrouvées aux coloscopies en fonction du respect ou non du délai et, d'évaluer l'impact du courrier sur les personnes à hauts risque de cancer colorectal pour antécédents familiaux.

Conclusion : L'envoi d'un courrier de rappel de la coloscopie aux personnes à risque élevé de cancer colorectal semble être un moyen efficace pour améliorer le suivi de ces personnes. En augmentant de manière significatif la réalisation d'une coloscopie de surveillance et en améliorant significativement le respect du délai préconisé par l'HGE. Avec 2.11 fois plus de chance de réaliser une coloscopie de surveillance et 3.16 fois plus de chance de respecter le délai préconisé par l'HGE.

Remerciements, financements, autres :
Nous remercions les hépato gastroentérologues pour leur implication.

P138

Résécabilité des métastases hépatiques colorectales (MHCCR) avec aflibercept plus FOLFIRI : résultats d'une cohorte française prospective

D. Tougeron [1], F. Bibeau [2], B. Chibaudel [3], S. Kim [2], T. Nguyen-Tan-Hong [4], J.M. Phelip [5], D. Mille [6], M. Bouattour [7], D. Tavan [8], Y. Rinaldi [9], T. Lecomte [10], H. Perrier [9], D. Spaeth [11], F.X. Caroli-Bosc [12], J.P. Metges [13], V. Hautefeuille [14], M. Deslandres [15], H. Caillou [16], C. Geffriaud-Ricouard [17], R. Mansar [2], R. Adam [18]

(1) Poitiers ; (2) Besançon ; (3) Levallois-Perret ; (4) Montbéliard ; (5) Saint-Etienne ; (6) Challes-les-Eaux ; (7) Clichy-la-Garenne ; (8) Lyon ; (9) Marseille ; (10) Tours ; (11) Nancy ; (12) Angers ; (13) Brest ; (14) Amiens ; (15) Toulouse ; (16) Floirac ; (17) Gentilly ; (18) Villejuif.

Introduction : La résection des métastases hépatiques est le seul traitement offrant une chance de survie globale (SG) à long terme aux patients atteints de MHCCR. Cette cohorte nationale prospective évalue le taux de résection R0/R1 chez des patients ayant des MHCCR et qui initient un traitement par aflibercept (AFL)+FOLFIRI après échec d'un traitement à base d'oxaliplatine.

Patients et Méthodes : Les patients ayant des MHCCR seules ou prédominantes (jusqu'à 5 nodules pulmonaires <2 cm autorisés) et initiant un traitement par AFL (4 mg/kg toutes les 2 semaines) + FOLFIRI selon le choix du médecin étaient éligibles. Le critère d'évaluation principal était le taux de résection R0/R1 post AFL+FOLFIRI. Les critères d'évaluation secondaires comprenaient le taux de réponse objective et pathologique, la survie sans progression (SSP), la SG et le profil de tolérance. En supposant un taux de résection de 10 à 20 % et 10 % de perdus de vue, 140 patients étaient nécessaires pour déterminer le taux de résection R0/R1 avec une bonne précision.

Résultats : De septembre 2016 à juillet 2020, 136 patients consécutifs atteints de MHCCR [âge médian 65 ans ; hommes 64,7 %; colon droit 28,7 %; mutation RAS/BRAF 55,1/8,1 % ; métastases synchrones 80,1 %; maladie extrahépatique 46,3 % ; médiane de 4 MHCCR] ont été inclus dans 21 centres français. Tous les patients avaient progressé après un traitement à base d'oxaliplatine ± thérapie ciblée (anti-VEGF 77.4%; anti-EGFR 19.0%). Une médiane de 7 cycles d'AFL + FOLFIRI ont été administrés. Globalement, 23 patients (16,2 %) ont eu une résection R0/R1 (19,2 % si maladie hépatique seule) : 4/11 (36,4 %) après échec de l'oxaliplatine en adjuvant, 17/99 (17,2 %) en 2e ligne de CCRm et 1/26 (3,8 %) en 3ème ligne de CCRm. Sur les 22 patients réséqués, 4 ont été jugés résécables d'emblée, 15 potentiellement résécables et 3 non résécables selon l'investigateur avant traitement. La durée médiane du suivi était de 10,7 mois. La SSP et la SG étaient significativement prolongées chez les patients réséqués (Tableau). La réponse pathologique a été évaluée chez 20/22 patients réséqués: 55% avaient une réponse tumorale majeure selon le score de Blazer. Quatre patients (18,2 %) ont présenté des complications postopératoires (grade I-II selon Dindo-Clavien) ; 34,3 % ont présenté des événements indésirables de grade ≥ 3 avec AFL + FOLFIRI.

	Réséqués (n=22)	Non réséqués (n=114)	p
Taux de réponse objective*	68.2%	22.8%	<0.0001
SSP mediane, mois	11.1	5.1	<0.0001
SG mediane calculée depuis l'initation de AFL+FOLFIRI, mois	NA	9.4	<0.0001
SG mediane calculée depuis le diagnostic de CCRm, mois	55.0	26.5	<0.0001
Taux de survie à 2 ans depuis l'initiation de AFL+FOLFIRI	62.6%	11.1%	<0.0001

*Réponses completes + partielles selon RECIST; NA: non atteint; CCRm: cancer colorectal metastatique

Conclusion : Les résultats de cette cohorte prospective suggèrent qu'aflibercept + FOLFIRI, principalement administré en seconde ligne (72.8% des patients), est associé à un taux cliniquement pertinent de métastases hépatiques colorectales réséquées (16,2 % dans l'ensemble de la cohorte; 19,2 % si maladie hépatique seule) et une réponse pathologique majeure chez 55% des patients réséqués.

Remerciements, financements, autres : L'observatoire RESECTION a été financé par Sanofi

P139

Métastases ganglionnaires retropéritonéales d'origine colorectale : un traitement multimodal apporte-t-il un bénéfice ?

A. Houbiers [1], M.A. Bani [1], R. Barbe [1], J. Durand-Labrunie [1], V. Boige [1], C. Smolenschi [1], A. Hollebecque [1], Y. Menu [1], M. Ducreux [1], A. Boileve [1], E. Fernandez De Sevilla [1], L. Benhaim [1], I. Sourrouille [1], M. Gelli [1]

(1) Villejuif.

Introduction : La prise en charge des métastastases ganglionnaires rétropéritonéales de cancer colorectal (MRP-CCR) n'a pas encore fait l'objet d'un consensus. Nous avons analysé la faisabilité et les résultats oncologiques d'un traitement multimodal en cas de MRP-CCR.

Patients et Méthodes : Nous avons inclus dans cette étude rétrospective monocentrique les patients traités consécutivement (2000-2023) après chimiothérapie d'induction pour des MRP-CCR sous-rénales, par chirurgie (CH,n=27), radiothérapie (RT,n=5) ou radiothérapie puis chirurgie (RTCH,n=28). Nous avons analysé les données peropératoires, la morbi-mortalité, la survie globale (SG) et sans récidive (SSR).

Résultats : Nous avons inclus 60 patients (34H/26F, 51±12ans) avec MRP-CCR dont 45%(n=27) avec maladie oligométastatique et 27%(n=16) avec métastases extra-ganglionnaires précédemment traitées. Pour 55(92%) patients opérés, 47(85.5%) ont été traités par un curage ganglionnaire rétropéritonéal étendu. La durée opératoire (285.5 vs 299.9 ;p=0.21), pertes sanguines (282.0 vs 355.4;p=0.39), morbidité sévère postopératoire (18.5 % vs 21.4%;p=0.8) et durée de séjour (19.5 vs 19.8;p=0.8) étaient similaires (groupe CH vs RTCH). La mortalité était nulle. La SSR médiane est de 13.0, 9.0 et 3.0 mois (p<0.001) dans les groupes RTCH, CH et RT avec un taux de récidive ganglionnaire et pulmonaire respectivement de 21.4%, 63.0% et 100% (p<0.001) et 32.1%, 48.1% et 100% (p=0.01). La SG médiane est de 123.7, 74.5 et 64.9 mois dans les groupes RTCH, CH et RT (p=0.83).

Conclusion : La prise en charge à visée curative des MRP-CCR par traitement multimodal associant radiothérapie et curage ganglionnaire après réponse à une chimiothérapie systémique est envisageable, avec une faible morbi-mortalité et des résultats oncologiques encourageants, dans un contexte de maladie métastatique avancée.

P140

Survie globale et survie sans progression des patients français atteints de cancer colorectal métastatique inclus dans l'étude PROMETCO

V. Bourgeois [1], L. Mineur [2], M. Ben Abdelghani [3], P. Michel [4], A. Sullivan [5], B. Chevallier [6], A. Luu [6], J.B. Bachet [7]

(1) Boulogne-sur-Mer ; (2) Avignon ; (3) Strasbourg ; (4) Rouen ; (5) Boston, ETATS-UNIS D'AMERIQUE ; (6) Suresnes ; (7) Paris.

Introduction : Les progrès réalisés dans le traitement du cancer colorectal métastatique (CCRm) ont permis d'améliorer la survie globale (SG) dans les essais cliniques, mais les données en vie réelle, en particulier dans les lignes avancées de traitement, sont rares. PROMETCO (NCT03935763) est la première étude internationale, prospective et en situation réelle à étudier la prise en charge thérapeutique chez tous les patients (pts) atteints de CCRm après deux progressions de la maladie depuis le diagnostic métastatique.

Patients et Méthodes : Les pts adultes atteints d'un CCRm ayant présenté deux progressions de la maladie depuis le diagnostic de la première métastase qui a conduit au premier traitement systémique et recevant un traitement ultérieur ont été inclus dans l'étude. Les données recueillies comprennent la SG, la survie sans progression (SSP), les caractéristiques des patients à l'inclusion et les protocoles de traitement reçus.

Résultats : De juin 2019 à avril 2023, 116 pts français étaient inclus dans l'étude (cf Tableau). 59 % des pts avaient un CCRm RAS muté ; 23 % RAS/BRAF sauvage ; 6 % BRAF muté. 72 % un statut MSS, 3 % un dMMR/MSI et 25 % des pts avaient un statut d'instabilité microsatellitaire (dMMR/MSI) inconnu. Au cours de leur traitement, la plupart des pts ont reçu une fluoropyrimidine (99,1 %), de l'oxaliplatine (87,9 %), de l'irinotécan (95,7 %), un anticorps anti-VEGF (87,9 %) ou anti-EGFR (27,6%), de la trifluridine/tipiracil (69,8 %) ou du régorafénib (38,8 %). Durant leur prise en charge, 59,5% et 25,9% des pts ont eu une chirurgie colorectale ou hépatique, respectivement. Pour les 93 pts qui ont terminé l'étude, la survie médiane à partir du diagnostic de CCRm était de 31,2 mois ; la survie médiane à partir de l'inclusion dans PROMETCO (après une deuxième progression de la maladie) était de 7,1 mois ; et la survie médiane à partir du début du traitement de troisième ligne était de 6,2 mois. La SSP médiane était de 9,0 mois en première ligne, de 4,2 mois en deuxième ligne, de 2,1 mois en troisième ligne et de 1,7 mois en quatrième ligne.

Tableau : Caractéristiques des patients au moment de l'inclusion dans PROMETCO

Caractéristiques	
Age moyen (fourchette) en années	70 (41 ; 87)
Sexe masculin, %	52.6
ECOG PS, %	
0	29.6
1	53.7
Sites métastatiques < 3, %	89.6
Métastases synchrones, %	69.8
Site des métastases, %	
Foie	75.0
Poumon	39.7
Carcinose péritonéale	25.9
Autre	10.3
Site de la tumeur, %	
Droite	30.4
Gauche	42.6

Conclusion : Ces données fournissent des informations essentielles dans la vie réelle, sur les caractéristiques des pts, les survies, concordantes avec celles des essais cliniques et les schémas de traitement, qui sont conformes aux recommandations nationales et internationales.

P.141

Radiochimiothérapie adjuvante après résection endoscopique des cancers rectaux T1

F. Corre [1], A. Belle [1], J. Leroux [1], R. Coriat [1], L. Lellouche [1], M. Carpentier-Pourquier [1], S. Chaussade [1], M. Barret [1]
(1) Paris.

Introduction : Les cancers rectaux T1 peuvent être traités par résection endoscopique grâce aux techniques thérapeutiques avancées qui se sont développées ces dernières années. Selon les recommandations 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 facteurs de risque histologiques suivant : marge profonde envahie, infiltration sous-muqueuse profonde (>1000µm), tumeur peu différenciée, emboles veino-lymphatiques ou budding tumoral de haut grade. Cependant, en raison de la morbidité importante de la chirurgie rectale carcinologique, cette-dernière est de moins en moins proposée, au profit de la radiochimiothérapie adjuvante, bien que celle-ci ne soit recommandée par l'ESGE depuis 2022 que pour les tumeurs avec envahissement sous-muqueux profond isolé comme facteur de risque histologique, et avec un niveau de preuve faible. L'objectif de cette étude était d'évaluer l'évolution des attitudes thérapeutiques après résection endoscopique d'un cancer rectal T1 à haut risque.

Patients et Méthodes : Nous avons mené une étude rétrospective monocentrique à l'hôpital Cochin à Paris. En utilisant les données issues de la RCP tumeurs superficielles, nous avons recueilli l'ensemble des cancers rectaux T1 traités par résection endoscopique et comparé l'évolution des attitudes thérapeutiques entre la période 2017-2020 et 2020-2023.

Résultats : Sur la période 2017-2020, 26 adénocarcinomes T1 du rectum traités endoscopiquement ont été classés à haut risque, c'est-à-dire avec au moins un facteur de risque histologique péjoratif. Sur ces 26 tumeurs T1, une radiochimiothérapie adjuvante a été proposée chez 4/26 (15,4%) patients. Sur ces 4 patients, un seul avait un envahissement sous-muqueux profond isolé et les 3 autres avaient plusieurs facteurs de risque histologiques.
Sur la période 2020-2023, 36 adénocarcinomes T1 du rectum traités endoscopiquement ont été classés à haut risque. Sur ces 36 tumeurs T1, une radiochimiothérapie adjuvante a été proposée chez 18/36 (50,0%) patients. Sur ces 18 patients, 2 avaient un envahissement sous-muqueux profond isolé et les 16 autres avaient plusieurs facteurs de risque histologiques.
Aucun des patients traités par radiochimiothérapie adjuvante n'a à ce jour récidivé.

Conclusion : Notre étude montre une évolution des attitudes thérapeutiques au cours des dernières années concernant le traitement adjuvant proposé en cas de résection endoscopique d'un cancer rectal T1 à haut risque, la chirurgie étant de moins en moins proposée en raison de sa morbidité, au profit de la radiochimiothérapie et dans la lignée de l'apparition des stratégies de conservation d'organe pour les tumeurs rectales de stade plus avancé. Ceci étant, le niveau de preuve scientifique de cette attitude est faible et il est donc absolument nécessaire de suivre ces patients sur le long terme.

P.142

Étude de transférabilité de seuil pour 3 tests de recherche de sang occulte dans les selles par méthode immunochimique dans un programme de dépistage du cancer colorectal

C. Ménard [1], R. Plantefève, [1], M. Bonin [1], F. Corbin [1], J.D. Rousseau, [1], J. Dubé [1], A. Caku [1]
(1) Sherbrooke, CANADA.

Introduction : Trois tests de recherche de sang occulte dans les selles par méthode immunochimique (RSOSi ou FIT) ont été évalués dans le contexte d'un possible changement de fournisseur pour le programme québécois de dépistage du cancer colorectal. Les tests RSOSi des différents fournisseurs ont des sensibilité, spécificité et taux de positivité variables pour un seuil prédéfini, ce qui influe sur le nombre de coloscopies générées par le programme. Notre hypothèse est qu'il est possible de définir un seuil équivalent à celui de notre fournisseur actuel en utilisant une méthode basée sur l'harmonisation du taux de positivité ou sur une analyse de régression. Ce seuil équivalent nous permettrait d'obtenir des performances cliniques similaires pour tous les fournisseurs.

Patients et Méthodes : Des trousses contenant un tube de prélèvement pour chaque fournisseur ont été distribuées à 6600 patients. Les prélèvements ont été effectués par les patients sur une selle fraîche non homogénéisée avec les instructions spécifiques de chaque fournisseur. Dans le cadre du programme québécois en vigueur, les patients, avec un résultat >=35 ug/g d'hémoglobine fécales étaient considérés positifs et référés pour une coloscopie. Une coloscopie a aussi été proposée à tous les patients dont le résultat était compris entre 20 et 35ug/g. Le résultat de la coloscopie était considéré positif si une néoplasie avancée (NA) était découverte. La NA est définie en présence d'un carcinome colorectal ou de lésions avancées (adénome à haut risque ou polype festonné avec dysplasie). Les seuils équivalents ont été déterminés en utilisant une méthode basée sur l'harmonisation des taux de positivité et une analyse de régression comparant les fournisseurs deux à deux. Les sensibilité et spécificité ont été calculées pour chaque fournisseur au seuil actuellement en usage dans le programme et aux seuils équivalents. Des tests de McNemar ont été utilisés pour déterminer si une différence existait entre les sensibilités et des spécificités des différents fournisseurs.

Résultats : Les trousses de 5513 patients ont été recueillies et analysées. Les résultats de coloscopie de 262 des 342 patients avec RSOSi positifs et de 65 des 155 patients ayant consenti à la coloscopie avec un résultat entre 20 et 35 ug/g,ont été étudiés. Des NA ont été détectées chez 69 patients. Les seuils équivalents procurant le même taux de positivité qu'Eiken à 35ug/g ont été calculés à 21.6 ug/g pour Sentinel et 37.4 ug/g pour Alfresa. Suite à un échec des tests de linéarité préalable, aucun seuil équivalent n'a pu être calculé en utilisant la méthode de régression. En utilisant la valeur seuil du programme Québécois, les sensibilités d'Eiken (0.71, IC :0.58-0.80) ne différaient pas significativement d'Alfresa (0.71, IC : 0.58-0.80), mais les deux étaient plus élevées que celle de Sentinel (0.52, IC :0,39-0,64, p= 0.0059 et 0.016). La spécificité de Sentinel (0.64, IC : 0.57-0.69) était significativement plus élevée que celle d'Alfresa (0.45 IC : 0.38-0.50, p= 3.3E-6) et d'Eiken (0.54, IC : 0.47-0.59 p= 0.0059), ainsi que celle d'Eiken en comparaison avec Alfresa (p=0.038). En utilisant les seuils équivalents obtenus par la méthode d'harmonisation des taux de positivité, aucune différence significative de sensibilité (Alfresa (0.68, IC :0.55-0.77), Eiken (0.71, IC :0.58-0.80), Sentinel (0.52, IC :0.46-0.70)) et de spécificité (Alfresa (0.51 IC : 0.45-0.57), Eiken (0.54, IC : 0.47-0.59), Sentinel (0.57, IC : 0.50-0.62) n'a été observée entre les compagnies.

Conclusion : Notre étude démontre qu'une stratégie de détermination de seuils équivalents basés sur le taux de positivité peut être utilisée pour ajuster les seuils en situation de comparaison de différents tests de RSOSi dans un contexte de transition possible de fournisseur. À notre connaissance, ceci est la première étude à évaluer l'équivalence du seuil de positivité entre différents tests de RSOSi dans un programme de dépistage du cancer colorectal actif où les prélèvements sont réalisés par les patients sur des selles fraiches non homogénéisées.

P143

Les maladies hépatiques comme facteur de risque pour le dépistage précoce du cancer colorectal

D. Aillaud [(1)], R. Catalan [(2)], R. Bhatia [(3)], H. Manzano [(4)], D. Marines [(1)]

(1) Houston, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (2) San Pedro Garza García, MEXIQUE ; (3) Austin, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (4) Puebla, MEXIQUE.

Introduction : Au niveau mondial, le cancer colorectal (CCR) est le cinquième cancer le plus fréquent et la cinquième cause de décès lié au cancer. En France, le cancer colorectal est le troisième cancer le plus fréquent chez l'homme et le deuxième plus fréquent chez la femme. Ce cancer constitue la deuxième cause de décès par suite de cancer en France (Institut National du Cancer, 2023). La moitié des décès sont attribuables aux facteurs de risque modifiables (Siegel et al., 2023). Les maladies hépatiques (MH) affectent 1,5 milliard de personnes dans le monde. La maladie hépatique stéatosique associée à un dysfonctionnement métabolique (MASLD) est la plus répandue, touchant 59% de la population, suivie par l'hépatite B (VHB) qui touche 29%, l'hépatite C (VHC) qui touche 9% et, dans le même cadre, la maladie alcoolique du foie qui touche 2% de la population atteinte de la maladie hépatique (Cheemerla & Balakrishnan, 2021). La MH est associée à des degrés élevés d'inflammation. Ces patients présentent un niveau élevé de marqueurs inflammatoires, tels que la protéine C-réactive et l'interleukine 6. De nombreuses études ont cherché à savoir si les MH, en particulier la MASLD, augmentaient le risque de développer le CCR. Le risque de tumeurs malignes extra-hépatiques est considéré comme modérément accru, car il est suggéré que l'inflammation hépatique pourrait conduire à l'initiation du CCR (Chakraborty & Wang, 2020).

Patients et Méthodes : Cette étude vise à déterminer s'il existe une relation entre une MH précédemment diagnostiquée et le développement d'un CCR. Il s'agit d'une étude transversale sur cinq ans qui a inclus des patients vus dans un hôpital communautaire de Houston, Texas aux États-Unis entre 2018 et 2022, chez qui des adénomes ou/ et un CCR ont été diagnostiqués par coloscopie. Le dossier médical de chaque patient a été recherché pour les MH préexistants, y compris la stéatose, la cirrhose, la cirrhose biliaire primaire, le VHB et le VHC. Il y avait 104 (47,49%) femmes et 115 (52,51%) hommes. Les fragments entiers du côlon réséqués ont été analysés. Les données recueillies comprenaient le sexe, l'âge, la race, l'origine ethnique et la localisation du cancer. Dans l'analyse statistique, les données ont été comparées au moyen d'un test du khi carré pour l'indépendance par rapport à la taille de l'échantillon pour les différentes variables testées. Une valeur $p < 0,05$ a été considérée comme statistiquement significative.

Résultats : L'analyse de 274 patients diagnostiqués avec du CCR a permis de trouver des preuves suffisantes suggérant une association statistiquement significative entre le CCR et les MH, avec une valeur p de 0,00233. En outre, en analysant chaque sexe séparément, la valeur p obtenue pour les femmes était de 0,0148, tandis que pour les hommes, elle était de 0,0561, ce qui implique que les femmes atteintes de MH ont un risque plus élevé de développer un CCR que les hommes. D'ailleurs, les caucasiens avaient une valeur p de 0,0087. En raison de la faible population de Noirs, d'Asiatiques et d'Amérindiens, la valeur p n'était pas significative. Les patients ont également été classés en fonction de leur origine ethnique, hispanique ou non. Les non-hispaniques avaient une valeur p de 0,0017 tandis que les hispaniques avaient une valeur p de 0,6558.

Conclusion : D'après les données recueillies dans le cadre de cette étude, les maladies hépatiques sont statistiquement significatives dans le développement du cancer colorectal, principalement chez les femmes. La population caucasienne et non hispanique avec une MH déjà diagnostiquée a montré un risque plus élevé de développer un CCR. La MH doit être considérée comme un facteur de risque; par conséquent, les patients présentant une MH préexistante devraient subir un dépistage du CCR au plus tard à l'âge de 45 ans. D'autres études analysant l'histoire naturelle d'un état hépatique inflammatoire chronique et ses manifestations extra-hépatiques sont nécessaires pour mieux comprendre la corrélation entre la MH et le développement du CCR.

P144

Risque de rechute dans le cancer colique localisé : paradoxe pronostique entre le stade II et le stade III

I. Barjij [(1)], B. Cherradi [(1)], N. Ghozali [(1)], A. Gourinda [(1)], K. Darif [(1)], M. Amzerin [(1)], F.Z. El M'rabet [(1)]

(1) Tanger, MAROC.

Introduction : Certaines données issues de la littérature suggèrent que les cancers coliques T4N0 (stade IIB/IIC) ont un pronostic défavorable par rapport à certaines tumeurs du stade III (stade IIIA). Les études réalisées sur ce sujet sont rares, mais elles soutiennent la thèse de l'agressivité des tumeurs T4N0. L'objectif principal de cette étude est d'évaluer le pronostic des stades II et III en comparant la survie sans maladie (DFS) du stade II, en particulier le T4N0, par rapport au stade III (non T4).

Matériels et Méthodes : 143 patients ayant un cancer colique classé stade II et stade III ont été inclus dans une étude, rétrospective comparative monocentrique, étalée sur une période de 4 ans (entre 2018 et 2022). Tous les patients ont reçu un traitement adjuvant après une chirurgie colique. L'objectif primaire de cette comparaison est d'évaluer la DFS des cancers coliques du stade II (T4) par rapport à celle du stade III (non T4). Les objectifs secondaires sont : la DFS de l'ensemble de la population et la survie globale.

Résultats : L'étude a inclus 143 patients âgés de 26 à 77 ans. Parmi eux, 42% sont des hommes et 58% sont des femmes. 19,4% des patients sont de stade II, tandis que 80,6% sont de stade III. Nous avons observé que le délai moyen de rechute pour les tumeurs de stade IIB/C (T4N0) était presque identique à celui des tumeurs de stade IIIB (T3N1) (13 mois contre 14 mois respectivement, $p = 0,177$) (Fig 1). En revanche, les tumeurs de stade IIIA avaient un bon pronostic par rapport aux tumeurs de stade IIB/C (la DFS du stade IIB/C est de 13 mois, tandis que celle du stade IIIA n'a pas été atteinte, $p < 0,001$). Dans le sous-groupe de patients du stade IIIB, la médiane de la DFS s'est établie à 14 mois, tandis que celle du sous-groupe de patients du stade IIIC était de 10 mois. À ce stade de l'étude, il convient de noter que les données relatives à la survie globale des patients sont encore immatures. Une surveillance à plus long terme sera nécessaire pour parvenir à des résultats concluants.

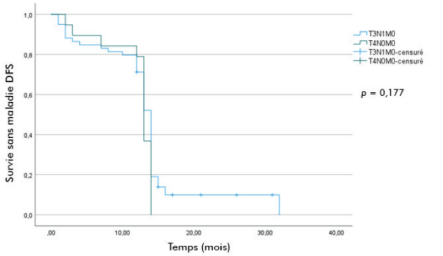


Figure 1 : Courbe de Kaplan-Meier illustrant la DFS des patients présentant un cancer colique aux stades T4N0 et T3N1.

Conclusion : Les tumeurs T4N0 (stade IIB/IIC) sembleraient avoir un caractère agressif par rapport au stade IIIA, et auraient un pronostic proche de celui des cancers coliques classés T3N1. Cela suggérerait la pertinence de reconsidérer la classification des cancers T4N0 et de les reclasser éventuellement dans la catégorie des stades III. Cette constatation imposerait éventuellement une prise en charge spécifique des tumeurs T4N0, distincte des autres cancers de stade II.

P145

Conséquence de la Covid-19 sur la prise en charge des patients atteints de cancer colorectal en Bretagne

M. Kermarrec [(1)], M. Robaszkiewicz [(2)], M. Morvan [(2)], K. Bideau [(3)], J. Edeline [(1)], J. Brousse-Potocki [(4)], D. Grasset [(4)], S. Lambert [(4)], J.P. Metges [(2)], A. Langlois [(5)], C. Pourchasse [(6)], R. Desgrippes [(5)]
(1) Rennes ; (2) Brest ; (3) Quimper ; (4) Vannes ;
(5) Saint-Malo ; (6) Lorient.

Introduction : La pandémie de COVID-19 a eu un impact sur l'organisation des soins en cancérologie dès mi-mars 2020, début du premier confinement. En parallèle, un Comité Régional COVID et Cancer a été mis en place par l'Agence Régionale de Santé de Bretagne et le réseau Oncobretagne afin d'avoir un retour d'expérience des acteurs de terrain et d'échanger autour des problématiques rencontrées en lien avec la pandémie. Les médecins impliqués en oncologie digestive ont alors fait part de l'impression d'une diminution du volume des coloscopies de dépistages lié à un accès restreint à l'endoscopie et une diminution du volume des consultations pour coloscopie de dépistage ou diagnostique, faisant craindre un retard diagnostic s'agissant des cancers colorectaux (CCR). Cette étude vise à analyser l'impact des confinements successifs sur le nombre de nouveaux patients atteints d'un CCR, ainsi que sur le mode de découverte et le stade du CCR au 1er passage en Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) en Bretagne.

Patients et Méthodes : La population I correspond à l'ensemble des patients atteints d'un CCR dont le dossier a été présenté pour la première fois en RCP digestive bretonne en 2018, 2020 et au premier semestre 2021. Les données ont été extraites du Dossier Communicant de Cancérologie de Bretagne et ont été complétées par certaines informations issues du Centre Régional de Coordination des Dépistages des Cancers. Les données suivantes ont été recueillies : (1) âge, (2) sexe, (3) localisation du cancer, (4) lieu de prise en charge (privé, public). Des comparaisons ont notamment été réalisées sur la période du 17 mars au 10 mai correspondant à la période du 1er confinement 2020.
Dans un second temps, afin de préciser le mode de découverte (dépistage, symptômes, urgence, autre) et le stade du cancer (I à IV), une analyse approfondie des fiches RCP a été réalisée pour un échantillon de patients issus de la population initiale (tirage aléatoire stratifié sur les territoires de santé de la région). Cet échantillon correspond à la population II. Trois périodes ont été comparées : « période A » : année 2018, période de référence, « période B » : 3 confinements successifs de 2020 et 2021, « période C » : périodes hors confinement de de 2020 et 2021.

Résultats : Au total, 4004 patients ont été inclus (43% de femmes et 57% d'hommes). Chez les patients âgés de 75 ans et plus, les femmes représentent 50,8% des cas. Le nombre de dossiers présentés en RCP est en baisse de 14% entre 2018 et 2020 sur la période du 1er confinement et de 3% entre 2018 et 2021.

Tableau 1 : Analyse de la population 2 selon les périodes de passage en RCP

Année	Période A, N = 744[1]	Période B, N = 261[1]	Période C, N = 858[1]	p-value[2]
Sex				0.5
Féminin	326 (44%)	103 (39%)	365 (43%)	
Masculin	418 (56%)	158 (61%)	493 (57%)	
Age	71 (12)	70 (12)	71 (12)	0.8
Classes d'âge				0.4
Moins de 50	27 (3.6%)	8 (3.1%)	42 (4.9%)	
50-74	424 (57%)	160 (61%)	493 (57%)	
75 et plus	293 (39%)	93 (36%)	323 (38%)	
Stade				0.038
I	143 (19%)	42 (16%)	150 (17%)	
II-III	418 (56%)	171 (66%)	502 (59%)	
IV	153 (21%)	32 (12%)	163 (19%)	
Inconnu	30 (4.0%)	16 (6.1%)	43 (5.0%)	
Mode de découverte				0.018
Autre	50 (7.6%)	28 (12%)	74 (9.5%)	
Dépistage	122 (19%)	39 (16%)	126 (16%)	
Symptômes	438 (67%)	151 (63%)	490 (63%)	
Urgence	45 (6.9%)	23 (9.5%)	93 (12%)	
Statut de l'établissement				0.003
ESPIC	73 (10.0%)	38 (15%)	73 (8.5%)	
PRIVE	327 (45%)	98 (38%)	334 (39%)	
PUBLIC	331 (45%)	123 (47%)	449 (52%)	

[1]Effectif (%) ; Moyenne (écart-type)
[2]Pearson's Chi-squared test; Kruskal-Wallis rank sum test

L'analyse de la population II est détaillée dans le tableau 1. Le CCR a été diagnostiqué dans un contexte d'urgence dans 6,5% des cas pendant la période A, 9,5% pendant la période B et 12% en période C. Les symptômes ont révélé le CCR dans 67% des cas pendant la période A, et 63% pour les périodes B et C. Les pourcentages de cas diagnostiqués à l'occasion d'une coloscopie de dépistage sont comparables d'une période à l'autre (16 à 19%). Les diagnostics de CCR de stade IV sont en baisse en période B (12%) vs période A (21%) et période C (19%), au contraire des CCR de stade II ou III en hausse : 66% contre 56% et 59% respectivement. On observe des différences significatives (p=0,003) sur la répartition du lieu de prise en charge des patients selon les périodes analysées.

Conclusion : En Bretagne, l'arrêt des campagnes de dépistage, l'accès limité à l'endoscopie pendant les périodes de confinement et un possible allongement du délai entre les premiers symptômes et la consultation spécialisée pourraient expliquer le taux plus élevé des CCR diagnostiqués en urgence en 2020 et 2021 sur les périodes hors confinement (période C). Par le nombre de patients présenté en RCP, cette étude confirme une réduction d'activité en période de confinement mais il n'est pas observé d'effondrement du dépistage pendant cette période.
La sous-représentation des stades IV pendant les périodes de confinement pourrait être liée à des difficultés d'accès aux soins et/ou à des changements de comportement des patients en lien avec la crise sanitaire. Cependant, le pourcentage de stade IV ne diffère pas entre 2018 et les périodes hors confinement des années 2020 et 2021.

P.146

Sensibilité du test immunologique dans la détection des cancers invasifs dans le cadre du programme de dépistage du cancer colorectal

M. Lhotte [1], M. Osman [1], F. Poncet [2], P. Delafosse [2], C. Exbrayat [1]
(1) Meylan ; (2) Grenoble.

Introduction : Le cancer colorectal (CCR) est la deuxième cause de mortalité liée au cancer dans le monde. Néanmoins, grâce au dépistage, l'incidence et la mortalité du CCR peuvent être réduites. En France, il existe un programme de dépistage organisé du CCR (DOCCR) pour les personnes âgées de 50 à 74 ans, via le test immunologique qui remplace le test au gaïac depuis 2015. Nos objectifs étaient d'évaluer la sensibilité du test immunologique et de décrire le profil épidémiologique des participants au DOCCR de 2015 à 2016.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive se basant sur les données du DOCCR du Centre Régional de Coordination du Dépistage des Cancers (CRCDC) et du registre des cancers du département. Nous avons extrait les données de l'ensemble des participants éligibles au DOCCR et ayant fait un test immunologique de 29 mai 2015 au 31 décembre 2016 de la base de données du CRCDC d'un département, que nous avons croisé avec celles du registre des cancers du même département de juin 2015 à décembre 2018 (intervalle prenant en compte le délai de deux ans entre deux programmes de DOCCR).Le test immunologique consiste en un prélèvement de selles, tous les deux ans en cas de négativité et en l'absence de facteurs de risques élevés à très élevés (antécédents personnels ou familiaux de cancer colorectal ou de polypes à risque). En France, le seuil de positivité retenu est supérieur ou égal à 30µg/g de sang dans les selles.Les cancers dépistés dans le cadre du dépistage organisé (KDO) sont les cancers invasifs diagnostiqués dans les deux ans suite à un test positif.Les cancers de l'intervalle (KI) analysés dans cette étude sont les cancers invasifs découverts dans les deux ans suivant un test négatif ou un test non-analysable. Pour le calcul de la sensibilité, seuls les cancers de l'intervalle suite à un test négatif ou non analysable étaient considérés comme faux négatifs.

Résultats : Le nombre total des participants au DOCCR était de 112177 dont 53,9% étaient des femmes. La moyenne d'âge était de 61,59 ± 7,08 ans (61,51 ± 7,11 ans hommes vs 61,66 ± 7,05 ans femmes, p<10-3).Les tests positifs représentaient 4,3% (n=4817) dont 6,5% étaient des KDO (n=311 dont 58,8% hommes). L'âge moyen des KDO était de 64,93 ± 6,55 ans. Le délai médian entre le test et le diagnostic du cancer était de 69 jours. Le taux moyen de sang dans les selles était 140,6 ± 69,03 µg/g (147,67 ± 66,75 µg/g hommes vs 130,61 ± 71,23 µg/g femmes, p=0,032). Le sigmoïde était la localisation prédominante (28,6%), suivi du rectum (24,8%). Plus de la moitié des KDO (58,2%) étaient des adénocarcinomes. Le stade pT1 et pT3 étaient prédominant (36,1% et 33,1% respectivement). La majorité des KDO avait un stade pN0 (71,4%) et un stade M0 (91,6%). Les cancers étaient découverts dans 97,4% des cas à la suite d'une coloscopie positive dans les deux ans suivant le test positif.Parmi les tests négatifs et non analysables (n= 107360, 95,7%), 68 (0,06%) participants ont développé un cancer de l'intervalle (57,4% hommes vs 42,6% femmes). Celui-ci s'est développé dans 33,8% des cas au niveau du rectum, suivi du caecum (19,1%). La majorité avait un stade pT1 (35,8%), un stade pN0 (71,4%) et un stade M0 (81,8%). Le type histologique prédominant était l'adénocarcinome (73,5%). Le délai médian entre le test et le diagnostic du cancer de l'intervalle était de 485,5 jours. Plus de la moitié des KI (58,8%) avaient un taux de sang dans les selles inférieur à 10 µg/g. Pour les 42,2% restant des KI, le taux moyen était 19,38 ± 6,31 µg/g.La sensibilité était de 82,06%. Chez les hommes, la sensibilité était de 82,4% contre 82,5% chez les femmes.

Conclusion : La sensibilité du test immunologique, test non invasif, était supérieur aux valeurs attendues et dépassait les 80%. Ces résultats préliminaires sur les premières années de mise en place du test immunologique sont encourageants pour l'efficacité du programme de DOCCR. Ils devront être consolidés par des études sur une plus large période et avec plusieurs départements disposant d'un registre des cancers.

Remerciements : On remercie le registre des cancers (Patricia D. et Florence P.)

P.147

Intérêt et faisabilité d'une évaluation et d'une prise en charge nutritionnelle précoce et multidisciplinaire chez les patients ayant un cancer

A.C. Paepegaey [1], M. Beguniot [1], J. Hermann [1], E. Le Roy Feret [1], E. Caron [1], M. Galeas [1], F. Magne [1], C. Gaulier [1], A.L. Proust [1], S. Magne [1], L. Paradisi-Prieur [1], M.A. Guillaumot [2], E. Cornu [1]
(1) Villeurbanne ; (2) Paris.

Introduction : La Société Européenne de Nutrition Clinique recommande une prise en charge nutritionnelle précoce et multidisciplinaire chez tous les patients atteint d'un cancer (1). En effet, la perte de poids est un facteur de mauvais pronostic de survie quelque soit l'Indice de Masse Corporelle (IMC) initial du patient (2). Malgré ces recommandations une étude récente a trouvé que seulement 57% des patients atteints d'un cancer et dénutris avaient une évaluation nutritionnelle (3). Le but de notre étude est donc d'évaluer l'intérêt d'une évaluation nutritionnelle précoce et systématique pour tous les patients sur la variation pondérale et la tolérance des traitements du cancer.

Patients et Méthodes : Depuis février 2021, un hôpital de jour (HDJ) d'évaluation nutritionnelle pré traitement est proposé à l'ensemble des patients ayant un cancer récemment diagnostiqué (< 6 semaines) et pris en charge au Médipôle de Lyon Villeurbanne. Cet HDJ comporte une consultation individuelle avec un endocrinologue nutritionniste afin de réaliser l'histoire pondérale et une impédancemétrie, avec un diététicien afin de comparer les apports et les besoins calorico-azotés, avec un éducateur en activité physique adaptée afin de mettre en place une activité physique au domicile ainsi qu'un atelier d'éducation thérapeutique en groupe sur le fractionnement et l'enrichissement de l'alimentation, les compléments nutritionnels oraux, l'alimentation artificielle (entérale ou parentérale) et les idées reçues sur alimentation en cancérologie. Les patients refusant l'HDJ se voient proposer une consultation diététique individuelle lors de leur première chimiothérapie (groupe contrôle). Une réévaluation à 1 an de l'ensemble des patients est prévue. L'objectif de l'étude est d'évaluer l'impact d'une évaluation multidisciplinaire précoce en comparaison d'une consultation diététique sur la variation de poids, et la survie globale à 1 an

Résultats : Nous avons pu inclure 227 patients : 129 dans le groupe interventionnel (participation à l'HDJ) et 98 dans le groupe contrôle. Les principaux cancers représentés dans le groupe interventionnel étaient les cancers du sein (45,7%), digestifs (38,8%), pulmonaires (6,9%), gynécologiques (3,9%) et hématologiques (3,1%). Dans le groupe contrôle, il s'agissait des cancers pulmonaires (40,8%), digestifs (26,5%), hématologiques (14,3%), du sein (9,2%) et gynécologiques (4,1%). Au diagnostic, 39,4% des patients avaient une dénutrition modérée et 23,7% une dénutrition sévère. Une dénutrition modérée à sévère étaient retrouvés chez 100% des patients avec un cancer pulmonaire, 90,1% avec un cancer digestif et 47,6% des patientes avec un cancer du sein. Du point de vue thérapeutique, 43,3% des patients recevaient des conseils d'enrichissement de l'alimentation (46,0% dans le groupe HDJ et 38,2% dans le groupe contrôle), 41,2% avaient une prescription de CNO (41,2% dans les deux groupes) et une alimentation artificielle était initiée chez 18,6% des patients (17,4% dans le groupe HDJ et 20,6% dans le groupe contrôle). Actuellement nous avons pu réévaluer 38/68 patients (55,9%) dans le groupe interventionnel et 15/39 (38,4%) patients dans le groupe contrôle. Les causes principales de non-réévaluation étaient le décès : 12 (17,6%) dans le groupe interventionnel et 16 (41,1%) dans le groupe contrôle et le refus des patients : 17 (25%) dans le groupe interventionnel et 6 (15,4%) dans le groupe contrôle. Les données de variation pondérale et de pronostic sont en cours d'analyse.

Conclusion : L'évaluation nutritionnelle précoce, pluridisciplinaire et systématique est réalisable et doit être organisée chez tous les patients ayant un cancer afin de prévenir et/ou prendre en charge précocement une éventuelle dénutrition. Le suivi sur le long terme de ces patients nous permettra d'évaluer l'impact de cette prise en charge sur l'évolution pondérale et le pronostic.

P148

Quand faut-il faire une cœlioscopie exploratrice pour identifier une carcinose péritonéale chez un patient opéré d'un cancer du côlon à risque de récidive : à un an ou à 6 mois ? Décision selon un nomogramme

J. Fawaz [1], M. Pocard [1], G. Liberale [2], C. Eveno [3], B. Malgras [4], L. Sideris [5], M. Hubner [6], C. Sabbagh [7], O. Sgarbura [8], A. Taibi [9], C. Hobeika [1]

(1) Paris ; (2) Bruxelles, BELGIQUE ; (3) Lille ; (4) Saint-Mandé ; (5) Montréal, CANADA ; (6) Lausanne, SUISSE ; (7) Amiens ; (8) Montpellier ; (9) Limoges.

Introduction : La survenue d'une récidive sous forme d'une carcinose péritonéale d'un adénocarcinome colique (CPAC) opéré est un événement qui peut être prédit. Les facteurs associés à ce risque sont connus : tumeur T4, occlusion, tumeur perforée, résection d'une petite carcinose avec la tumeur primitive, métastase ovarienne, présence de cellules indépendantes. Identifier cette carcinose avant qu'elle ne soit visible au scanner offre au patient une chance supplémentaire de survie. Mais quand proposer une cœlioscopie exploratrice au patient, ni trop tôt ni trop tard ?

Matériels et Méthodes : 9 centres experts en chirurgie de carcinose ont adressé les données de 235 patients ayant récidivé en CPAC. Le délai de survenue de la carcinose a été étudié ainsi que tous les facteurs de risques connus après la chirurgie du cancer colique primitif.

Résultats : La survenue médiane de la CPAC est à 13 mois (IC 95% 12-16). Pour 15,7% des patients elle a été rapide, dans les 6 premiers mois. Les facteurs identifiés comme associés à une survenue précoce à 6 mois ont été : l'existence d'une carcinose synchrone réséquée (PCI < 4) ou de métastases ovariennes (p<0.001) ; ou l'association d'éléments identifiés sur un nomogramme : Tumeur T4 (HR:1.47;95%CI(1.03,2.11);p=0.036), cancer du côlon droit (HR:0.35;95%CI(0.17,0.69);p=0.002), chirurgie en urgence (HR:2.06;95%CI(1.36,3.13); p<0.001), Kras muté (HR:1.78;95%CI(1.24,2.55);p=0.002), MSI (HR:2.29;95%CI(1.06,4.93);p=0.036), schéma de chimiothérapie complet ou incomplet (HR:0.93;95%CI(0.89,0.96);p<0.001).

Conclusion : Si la plupart des équipes proposent une cœlioscopie à un an d'une chirurgie colique jugée à risque de récidive sous forme d'une carcinose, alors en cas de métastase ovarienne, de petite carcinose réséquée ou de facteur de risque associés, la cœlioscopie doit être avancée et proposée à 6 mois.

P149

Etude rétrospective et monocentrique évaluant les données en situation de vie réelle du traitement néo-adjuvant total chez des patients opérés d'un adénocarcinome du rectum localement avancé

E. Pollien [1], H. Meillat [1], F. Poizat [1], M. Tyran [1], V. De Luca [1], E. Loir [1], S. Dermeche [1], M. Guenole [1], C. Nicolas [1], D. Dano [1], J.E. Saadoun [1], C. de la Fouchardière [1], M. Dazza [2], S. Launay [1], B. Chanez [1], Y. Belhadj [1], B. Lelong [1], C. de Chaisemartin [1], E. Mitry [1]

(1) Marseille ; (2) Rouen.

Introduction : Depuis 2021, le traitement néoadjuvant total est devenu le standard thérapeutique pour la prise en charge des adénocarcinomes du rectum localement avancé, permettant de diminuer le risque de récidive métastatique et d'améliorer la survie globale. La place de la chimiothérapie adjuvante après traitement néoadjuvant total n'est pas établie.

Matériels et Méthodes : Nous avons réalisé une étude monocentrique et observationnelle incluant les patients opérés d'un adénocarcinome du rectum localement avancé après traitement néoadjuvant total par chimiothérapie puis radio(chimio)thérapie préopératoire dans un centre expert entre septembre 2012 et décembre 2020. Les données cliniques, radiologiques, thérapeutiques et anatomo-pathologiques, ainsi que les données de suivi ont été collectées rétrospectivement et des analyses descriptives, comparatives et de survie ont été réalisées. Les objectifs de l'étude étaient d'évaluer la faisabilité en situation de « vie réelle » le traitement néoadjuvant total, d'identifier les facteurs pronostiques de survie sans récidive métastatique (SSRM) et d'évaluer le rôle de la chimiothérapie adjuvante.

Résultats : 114 patients (58,8% d'hommes, âge médian 62 ans) ont été inclus. Tous les patients ont reçu un traitement néoadjuvant total avec une chimiothérapie première (FOLFIRINOX 93% des cas ; FOLFOX 6,1%; LV5FU 0,9%) ; avec une médiane de 4 cycles (rang : 1-6) suivie d'une radiothérapie (CAP50 98,2%, radiothérapie courte 1,8%). La tolérance était acceptable. La chirurgie était conservatrice dans 77,1% des cas et une amputation abdomino-périnéale dans 16,7% des cas. Le taux de réponse complète histologique (pCR) était de 21,9% avec un grade TRG de Ryan modifié 0-1 dans 42,1% des cas. Le taux de survie sans récidive métastatique à 5 ans était de 71% (IC95% : 59,2-79,8) et le taux de survie globale à 5 ans de 83,9% (IC95% : 72,3-91). En analyse univariée, les facteurs pronostiques de SSRM étaient le stade TNM, le grade de régression TRG et la présence d'emboles vasculaires, avec comme seul facteur pronostique indépendant le stade TNM. Une chimiothérapie adjuvante a été réalisée chez 50% des patients et n'était pas associée à une amélioration de la survie sans récidive métastatique.

Conclusion : Le traitement néoadjuvant total des adénocarcinomes avancés du rectum est faisable et efficace en situation de « vie réelle ». Le stade TNM est le principal facteur pronostique associé à la survie sans récidive métastatique. La réalisation d'une chimiothérapie adjuvante, chez les patients présentant des facteurs de mauvais pronostic, n'était pas associée à une amélioration de la survie.

P150

Evaluation de la mise en place de la commande en ligne sur le dépistage organisé du cancer colorectal

C. Saléry [1], L. Vecchiato [2], M. Lhotte [3], M. Almeras [2], A. Mbvoumi Nloh [2], C. Exbrayat [3], P. Soler-Michel [2]

(1) Valence ; (2) Lyon ; (3) Meylan.

Introduction : Le programme de dépistage du cancer colorectal est proposé aux personnes de 50 à 74 ans à risque moyen de développer un cancer colorectal. Il repose sur la mise en œuvre d'une méthode immunologique quantitative de recherche de sang occulte dans les selles sur prélèvement unique. Le taux de participation au dépistage en France est de 35,0% en France, en deçà du standard européen de 45% (2021-2022, Site Santé Publique France (SPF)). Depuis le mois de mars 2022, une nouvelle modalité de remise de kit a été mise en place. Les personnes invitées à participer au dépistage peuvent désormais se connecter au site « Monkit. depistage-colorectal.fr » pour vérifier elles-mêmes leur éligibilité via un questionnaire, puis recevoir leur kit à domicile. Cette étude a pour objectif d'évaluer l'impact de la mise en place de la commande en ligne sur le dépistage organisé du cancer colorectal.

Matériels et Méthodes : Une extraction des données est réalisée pour les tests commandés entre le 01/03/2022 et 01/03/2023 sur les logiciels métiers de la région. Les données portent sur la date de la commande en ligne, les caractéristiques des personnes (âge, sexe, commune de résidence...) ainsi que leur historique de participation au dépistage. Les données extraites concernent la réalisation des tests effectués jusqu'au 30/06/2023. Les données de l'Accessibilité Potentielle Localisée (APL) issues de l'ORS sont analysées. L'APL indique l'accessibilité à des consultations auprès de médecins généralistes en tenant compte de la structure par âge de la population de la commune. Les communes ayant une APL inférieur à 2.5 sont considérées comme en situation de désert médical.

Résultats : Sur la période du 01/03/2022 au 01/03/2023, 25 236 habitants de 7 départements de la région ont commandé le kit immunologique sur le site internet. Les femmes représentent 45.9% des commandes et les hommes 54.1%. La proportion de femmes commandant en ligne varie de 43.8% à 47.5% selon les départements. L'âge médian à la commande est de 57 ans, le premier quartile est de 52 ans et le troisième de 64 ans. L'âge médian à la commande varie en fonction des départements de 57 à 59 ans. La tranche d'âge des 50/55 ans représente 41,8% de la population ayant commandé le test. 86.3% des personnes qui ont commandé vivent dans des communes pour lesquelles l'APL est supérieur à 2.5. Cette proportion varie selon les départements de 62.4 % à 94.1%. Sur les départements pris en compte pour l'analyse 57.7 % des personnes ayant commandé un test l'ont réalisé. Cette proportion varie selon les sexes avec un taux de réalisation de 46.6 % pour les femmes et 53.4% pour les hommes et selon les tranches d'âge avec 38% de réalisation pour les 50/54 ans. Ce dernier varie entre 41.6% et 80.6% selon les départements. Le délai médian pour la réalisation du test est de 44 jours. Le pourcentage de tests positifs est de 4.1%, le taux de non-analysable/non refait est de 1.2%. Les données sur les participations précédentes, étudiées dans un des départements de la région, montrent que 50.7% des personnes qui ont commandé le test n'avaient jamais réalisé de test auparavant. Si on exclut les entrants du programme (<52 ans), les primo participants représentent 28.7% des personnes ayant fait la commande en ligne.

Conclusion : Le recours à la commande en ligne reste faible pour cette année de démarrage. Mais les résultats observés indiquent que cette modalité pourrait toucher des populations différentes de la distribution par les médecins avec une proportion d'hommes supérieure aux femmes, une forte représentativité de la tranche d'âge 50/54 ans avec 38% des tests réalisés contre 23% sur les données globales 2021/2022 de SPF et une proportion importante de primo participants. Des analyses complémentaires pourront être faites pour étudier plus finement les populations qui ont utilisé la commande en ligne en fonction des territoires et de l'accès au médecin traitant. Afin d'identifier les conditions qui favorisent ce recours et les populations vers lesquelles la communication sur cette modalité pourrait être renforcée.

P151

Dépistage du cancer colorectal des individus à haut risque dans l'Essonne : une étude observationnelle rétrospective

S. Mir [1], J. Bardes [1], L. Josseran [2], D. Lamarque [3], S. Gautier [2]

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

Introduction : En France, il existe un programme de dépistage organisé du cancer colorectal (DOCCR). En 2023, il s'adresse aux personnes à risque moyen et exclut les individus à haut risque en raison de leurs antécédents, sans que l'on sache s'ils poursuivent ou non un suivi coloscopique pourtant recommandé. L'objectif principal de ce travail était d'étudier le comportement de dépistage post-exclusion des individus à haut risque de cancer colorectal (CCR) et les facteurs associés à leur suivi coloscopique individualisé.

Matériels et Méthodes : Nous avons construit une étude observationnelle descriptive de type cohorte rétrospective portant sur la population cible du DOCCR entre 2009 et 2020 dans le département de l'Essonne, à partir des données du Centre régional de coordination des dépistages des cancers en Île-de-France, de la Caisse primaire d'assurance maladie de l'Essonne et de données en libre accès. Des analyses descriptives et des régressions logistiques ont été réalisées.

Résultats : Nous avons identifié 553 259 personnes cibles du DOCCR sur la période et dont le dernier contact correspondait aux critères d'invitation et 38 712 personnes (7,0%) en étaient définitivement bloquées. Dans notre sous-groupe de 25 925 individus estimés comme exclus pour haut risque de CCR, assurés au régime général de la sécurité sociale et vivants en juillet 2023, 19,9% avaient réalisé une coloscopie entre le 1er juin 2021 et le 15 juin 2023, soit un taux de couverture qui pourrait être estimé à 48,9% par une projection à 5 ans dans les mêmes conditions. Les facteurs significativement associés à la réalisation d'une coloscopie étaient d'être un homme, d'avoir moins de 65 ans, de résider dans une commune urbaine ou favorisée, d'être exclu en raison d'antécédent personnel, d'avoir un médecin traitant ou d'avoir été exclu du dépistage organisé plus récemment. L'offre en gastro-entérologues pourrait également jouer un rôle.

Conclusion : Les données issues d'une large cohorte rétrospective, dans un département où toutes les catégories socio-professionnelles sont représentées, montraient que la moitié des sujets exclus du dépistage organisé du CCR ne réalisaient pas de coloscopie. Il est nécessaire d'assurer le suivi des patients à haut risque par des actions ciblées de sensibilisation et d'aller-vers. Le dépistage organisé devrait également évoluer pour réintégrer les patients à haut risque selon des modalités adaptées.

P152

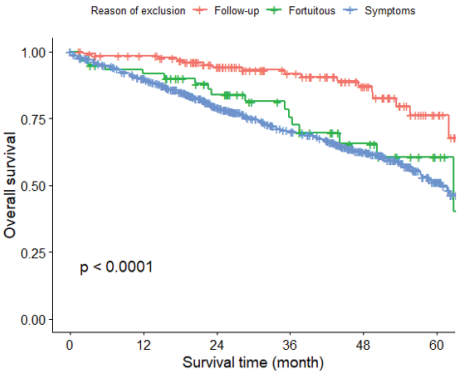
Analyse et survie des patients atteints d'un cancer colorectal en fonction du motif d'exclusion du dépistage organisé entre 2016 et 2019 dans un département français

Y. Debuc [(1)], M. Morvan [(1)], M. Canevet [(1)], J. Brousse-Potocki [(2)], T. Kermarrec [(1)], S. Bouzeloc [(1)], M. Robaszkiewicz [(1)], N. Reboux [(1)], L. Quénéhervé [(3)], J.B. Nousbaum [(1)]

(1) Brest ; (2) Vannes ; (3) Nantes.

Introduction : Le cancer colorectal (CCR) est le 3ème cancer en termes d'incidence dans le monde. Il fait l'objet d'un dépistage national en France selon deux modalités en fonction du niveau de risque. Les patients à haut risque ainsi que les patients à très haut risque font l'objet d'un dépistage par coloscopie. Les autres patients à risque moyen correspondant à la population générale entre 50 et 74 ans font l'objet d'un dépistage par test immunologique fécal (TIF). Une étude dans notre département en 2016 avait mis en évidence qu'un tiers des patients ayant un CCR était exclu du dépistage organisé (DO). Il n'existe pas d'étude portant sur la population exclue du DO dans son ensemble. L'objectif principal était d'évaluer leur survie en fonction du motif d'exclusion du dépistage organisé. Les objectifs secondaires étaient de calculer l'incidence du CCR dans cette population exclue du DO, de caractériser les patients et leurs lésions tumorales et d'analyser la survie en fonction des sous-groupes de patients.

Patients et Méthodes : Cette étude rétrospective observationnelle a utilisé la base de données du Comité régional de coordination de dépistage de cancer ainsi que celle du Registre des Tumeurs digestives. Nous avons collecté les données anthropologiques, de morphologie et de localisation tumorale, de stade du cancer au diagnostic et de prise en charge des patients. Ces derniers ont été répartis en 3 groupes: un groupe de patients suivis, un groupe ayant un CCR de découverte fortuite et un groupe de patients symptomatiques.



Résultats : 23 133 patients ont été exclus du DO entre 2016 et 2019. 845 (3,6%) patients ont eu un CCR. Il existait une majorité d'hommes (60%). Le motif le plus fréquent d'exclusion du DO était la présence de symptômes évocateurs de CCR (639 patients). Le groupe de patients suivis comportait 142 patients, dont 68 patients avec des antécédents familiaux de CCR ou d'adénome >1cm. Dans le groupe de patients ayant un CCR de découverte fortuite, 64 patients étaient exclus pour diagnostic lors du bilan d'une autre pathologie. Les patients du groupe suivi étaient plus fréquemment porteurs de lésions *in situ* (30%). Leur survie à 3 ans était significativement plus importante (92%; IC95%:87%-97%) que celle des patients du groupe de découverte fortuite, (76%; IC95%:64%-89%) et de celle des patients symptomatiques (70%; IC95%:66%-74%) (p<0.001)(Figure). Les patients symptomatiques avaient une survie significativement inférieure (p=0,03) à 3 ans (64%; IC95%:56%-72%) en cas de symptômes multiples par rapport à ceux n'ayant qu'un symptôme digestif évocateur de CCR (73%; IC95%:68%-78%). Parmi les patients suivis, ceux qui avaient un antécédent personnel d'adénome > 1cm avaient la meilleure probabilité de survie à 3 ans (98%; IC95%:93%-100%).

Conclusion : Cette étude montre la prédominance masculine chez les sujets exclus du DO et atteints d'un CCR. Les patients suivis semblent adhérer au programme de dépistage recommandé avec une meilleure survie que celle des patients symptomatiques, ou que celle des patients dont le CCR a été découvert de manière fortuite, mais il existe une marge d'amélioration. Ces résultats incitent à renforcer les stratégies de promotion du dépistage du CCR.

P153

Les facteurs associés à la survenue d'un syndrome de résection antérieure du rectum (LARS)

C. Ben Mehrez [1], A. Nakhli [2], S. Hamza [3], N. Hemdani [2], Z. Benzarti [1], B. Bouchabou [2], R. Ennaifer [2]

(1) Tunis, TUNISIE ; (2) La Marsa, TUNISIE ; (3) Ariana, TUNISIE.

Introduction : La prévalence du syndrome de résection antérieure basse (LARS) chez les patients opérés pour cancer du rectum est élevée. L'identification des facteurs de risque de survenue du LARS est primordiale afin d'adopter des mesures adéquates pour permettre d'améliorer la qualité de vie de ces patients.
L'objectif de notre étude était d'évaluer les facteurs associés au LARS chez les patients qui ont eu une résection antérieure du rectum.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude transversale ayant inclu les patients opérés pour une tumeur du rectum dans notre centre entre les années 2013 et 2023. Nous avons utilisé le questionnaire LARS score (Low Anterior Rectal Resection Syndrome Score) pour diagnostiquer le LARS . Le score comprend cinq questions explorant les symptômes digestifs : fuites de gaz, fuites de selles liquides, nombre de selles par 24 heures, impériosités et selles fractionnées. Ce score permet de distinguer trois catégories : Absence de LARS (0 à 20), un LARS mineur (21 à 29) et un LARS majeur (30 à 42). Les données épidémiologiques, cliniques, paracliniques, thérapeutiques et évolutives ont été précisées. L'étude statistique a été réalisée avec le logiciel SPSS (p significatif si inférieur à 0,05).

Résultats : Soixante patients ont été colligés. Il s'agissait de 36 hommes (60%) et de 24 femmes (40%). L''âge moyen était de 56 ans [27 - 80 ans]. Les antécédents étaient comme suit : hypertension artérielle (47%), dyslipidémie (30%) et diabète (38%).Vingt-trois patients (38%) étaient tabagiques. Le score ASA était comme suit : ASA 1 (40%), ASA 2(38%), et ASA 3 (22%). Il s'agissait d'un adénocarcinome bien différencié dans 80% des cas, moyennement différencié dans 17% des cas et indifférencié dans 3% des cas. La tumeur était localisée au niveau du haut rectum, du moyen rectum et du bas rectum dans respectivement 33%,48% et 19% des cas. Une radio-chimiothérapie néo adjuvante et une chimiothérapie adjuvante ont été indiquées chez respectivement 63% et 15% des patients. Tous les patients ont été opérés par voie médiane. L'anastomose confectionnée était colorectale et colo-anale dans respectivement 78% et 22% des cas. Elle était de type termino-latérale mécanique chez tous les patients. Une iléostomie de protection a été réalisée chez 47 patients (78%). Le délai moyen du rétablissement de la continuité digestive était de 8 mois [4 - 24 mois]. Le délai moyen du calcul du score de LARS par rapport au rétablissement de la continuité était de 25 mois +/- 18 [12 - 91 mois]. Le LARS score était en moyenne égal à 22,5 +/- 11 [0 - 41]. Un syndrome de résection antérieure basse était présent chez 2/3 des patients. Il était jugé minime ou sévère dans respectivement 32% et 35% des cas.
En analyse univariée, les facteurs associés à un LARS étaient : un âge lors du diagnostic de la maladie > 50 ans (p< 10-3), un tabagisme (p=0,013), une hypertension artérielle (p=0,013), un diabète (p=0,04), un score ASA ≥2 (p< 10-3), une anastomose colo-anale (p=0,016), un lâchage anastomotique (p=0,037) et une chimiothérapie adjuvante (p< 10-3). En analyse multivariée, une chimiothérapie adjuvante et une anastomose colo-anale étaient associées à la survenue d'un LARS (p< 10-3 et p=0,012 respectivement).

Conclusion : Dans notre série, le LARS concerne 2 patients sur 3. Une chimiothérapie adjuvante et une anastomose colo-anale constituent des facteurs de risque indépendants de sa survenue.

P154

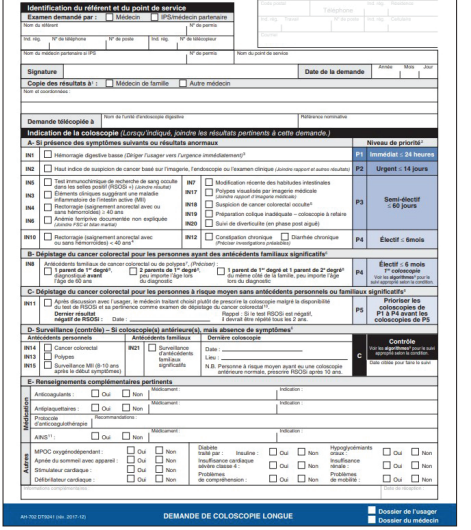
Impact de la pandémie de la Covid-19 sur les temps d'attente et la présence de lésions cliniquement significatives à la colonoscopie

A. Barkun [1], M. Bardou [2], D.H. Kim [1], G. Milky [1], P. Stanowski [1], O. Geraci [1], M. Martel [1], C. Ménard [3], D. Von Renteln [1]

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

Introduction : L'utilisation d'un formulaire de référence standardisé et validé pour la coloscopie à l'échelle du Québec (FRCQ), regroupant des indications de coloscopie (IN) mutuellement exclusives en catégories de délai de programmation prioritaires suggérées, a permis une évaluation plus complète de la pratique courante de la coloscopie. (figure 1)
Notre objectif est de mieux comprendre l'impact de la COVID-19 sur la pratique courante de la coloscopie.

Patients et Méthodes : Cette étude de cohorte rétrospective menée dans deux hôpitaux tertiaires inclut des patients adultes consécutifs ayant bénéficié d'une coloscopie conséquemment à la complétion du FRCQ par le médecin référent. Les caractéristiques des patients et de la procédure ont été enregistrées. Les critères de jugement principaux étaient les taux de diagnostic de cancers colorectaux (CCR) et de lésions cliniquement significatives (LCS), définis comme le CCR, les adénomes avancés, les polypes festonnés, des polypes ≥ 5 mm, la colite, les sténoses et d'autres découvertes diverses à l'exclusion des hémorroïdes et de la diverticulose. Le critère de jugement secondaire était les temps d'attente pour les procédures. Nous avons comparé les résultats de la coloscopie entre la période prépandémique COVID-19 (avant le 15 mars 2020) et celle de la pandémie (à partir du 15 avril 2020).


Santé et Services sociaux Québec

DEMANDE DE COLOSCOPIE LONGUE

Identification du référent et du point de service

Examen demandé par : ☐ Médecin ☐ IPS/médecin partenaire

Indication de la coloscopie (Lorsqu'indiqué, joindre les résultats pertinents à cette demande.)

A- Si présence des symptômes suivants ou résultats anormaux — Niveau de priorité[2]

IN1 ☐ Hémorragie digestive basse (Diriger l'usager vers l'urgence immédiatement)[3] — P1 Immédiat ≤ 24 heures
IN2 ☐ Haut indice de suspicion de cancer basé sur l'imagerie, l'endoscopie ou l'examen clinique (Joindre rapport et autres résultats) — P2 Urgent ≤ 14 jours
IN5 ☐ Test immunochimique de recherche de sang occulte dans les selles positif (joindre le résultat du dernier examen)
IN3 ☐ Éléments suggérant une maladie inflammatoire de l'intestin active (MII)
IN4 ☐ Rectorragie (saignement anorectal avec ou sans hémorroïdes) ≥ 40 ans
IN6 ☐ Anémie ferriprive documentée non expliquée (Joindre FSC et bilan martial)
IN10 ☐ Rectorragie (saignement anorectal avec ou sans hémorroïdes) < 40 ans[4]
IN7 ☐ Modification récente des habitudes intestinales
IN17 ☐ Polypes visualisés par imagerie médicale (Joindre rapport d'imagerie médicale)
IN18 ☐ Suspicion de cancer colorectal occulte[5]
IN19 ☐ Préparation colique inadéquate – coloscopie à refaire
IN20 ☐ Suivi de diverticulite (en phase post aiguë)
IN12 ☐ Constipation chronique ☐ Diarrhée chronique (Préciser investigations préalables) — P3 Semi-électif ≤ 60 jours
P4 Électif ≤ 6 mois

B- Dépistage du cancer colorectal pour les personnes ayant des antécédents familiaux significatifs[6]

IN8 ☐ Antécédents familiaux de cancer colorectal ou de polype[7] (Préciser) — P4 Électif ≤ 6 mois 1re coloscopie
☐ 1 parent de 1re degré[8], diagnostiqué avant l'âge de 60 ans
☐ 2 parents de 1re degré[8], peu importe l'âge lors du diagnostic
☐ 1 parent de 1er degré et 1 parent de 2e degré[8] du même côté de la famille, peu importe l'âge lors du diagnostic
Voir les algorithmes sur la spécificité selon la condition.

C- Dépistage du cancer colorectal pour les personnes à risque moyen sans antécédents personnels ou familiaux significatifs[9]

IN11 ☐ Après discussion avec l'usager, le médecin traitant choisit plutôt de prescrire la coloscopie malgré la disponibilité du test de RSOS et sa pertinence comme examen de dépistage du cancer colorectal[10]
Raison du refus du test de RSOS : ☐ Refus ☐ Le test RSOS est négatif, il devrait être répété tous les 2 ans.
Date : _____
P5 Prioriser les coloscopies de P1 à P4 avant les coloscopies de P5

D- Surveillance (contrôle) – Si coloscopie(s) antérieure(s), mais absence de symptômes[1]

Antécédents personnels
IN14 ☐ Cancer colorectal
IN13 ☐ Polypes
IN15 ☐ Surveillance MII (8-10 ans après le début symptômes)

Antécédents familiaux
IN21 ☐ Surveillance d'antécédents familiaux significatifs

Dernière coloscopie
Date : _____
Lieu : _____
N.B. Personne à risque moyen ayant eu une coloscopie antérieure normale, prescrire RSOS après 10 ans.

C — Contrôle Voir les algorithmes[11] pour le suivi approprié selon la condition.
Date ciblée pour faire le suivi :

E- Renseignements complémentaires pertinents

Médication
Anticoagulants : ☐ Oui ☐ Non — Médicament : — Indication :
Antiplaquettaires : ☐ Oui ☐ Non — Médicament : — Indication :
Protocole d'anticoagulothérapie — Recommandations :
AINS[12] : ☐ Oui ☐ Non — Médicament : — Indication :

Autres
MPOC oxygénodépendant : ☐ Oui ☐ Non
Apnée du sommeil avec appareil : ☐ Oui ☐ Non
Stimulateur cardiaque : ☐ Oui ☐ Non
Défibrillateur cardiaque : ☐ Oui ☐ Non
Diabète traité par : ☐ Insuline ☐ Oui ☐ Non ☐ Hypoglycémiants oraux ☐ Oui ☐ Non
Insuffisance cardiaque stades classe II : ☐ Oui ☐ Non
Insuffisance rénale : ☐ Oui ☐ Non
Problèmes de compréhension : ☐ Oui ☐ Non
Problèmes de mobilité : ☐ Oui ☐ Non

Information complémentaire — Date de réception

AH-702 CT00241 (déc. 2017-12) DEMANDE DE COLOSCOPIE LONGUE ☐ Dossier de l'usager ☐ Dossier du médecin

Résultats : 7 476 patients pré-COVID et 7 181 patients intra-COVID (âge moyen 59,2 ± 14,0 ans, 50,9 % de femmes) ont été inclus de septembre 2018 à août 2022. Il n'y avait aucune différence cliniquement significative entre les groupes dans les caractéristiques des patients. Le taux de CCR est resté similaire (0,9 % Pré-COVID contre 0,8 % intra-COVID, p = 0,69), tandis que des LCS ont été diagnostiquées plus fréquemment intra-COVID-19 (41,2 % contre 39,7 %, p = 0,02).

Les indications coloscopiques urgentes et semi-électives (P2, P3) étaient significativement plus fréquentes pendant la pandémie COVID (2,9 % contre 1,3 %, p<0,01, et 50,5 % contre 47,9 %, p<0,01). Les différences dans les indications intra- *versus* pré-COVID (toutes P <0,01) étaient les suivantes : une suspicion clinique de maladie inflammatoire intestinale active (6,4 % contre 5,2 %), une forte suspicion de cancer basé sur l'imagerie, l'endoscopie ou l'examen clinique (2,9 % contre 1,3 %), suspicion de cancer colorectal occulte (1,4 % contre 0,9 %) et réalisation d'une nouvelle endoscopie en raison d'une préparation intestinale antérieure inadéquate (1,3 % contre 0,8 %). En revanche, davantage de coloscopies électives avaient été réalisées pré-COVID (P4 : 15,5 % contre 8,6 %, p<0,01, et P5 : 5,2 % contre 3,8%, p<0,01). Les temps d'attente pour la coloscopie ont augmenté de manière significative pendant la période intra- *versus* pré-COVID (176,3 ± 252,4 jours contre 78,6 ± 110,2 jours, p < 0,01).

Conclusion : Nous avons constaté des changements significatifs dans les indications et les priorités de référence pour la coloscopie pré vs intra-COVID. Malgré des temps d'attente plus longs ces modifications de pratique n'ont pas affecté le taux de détection CCR mais cependant ont entraîné un plus grand taux de détection de LCS.

P155

Performance du test immunochimique fécal (FIT) dans le dépistage du cancer colorectal : résultats préliminaires d'un programme pilote régional de dépistage en Roumanie

M. Mănuc [1], B. Cotruta [1], I. Bancila [1], T. Manuc [1], C. Ciora [1], G. Becheanu [1], M. Dumbrava [1], C. Ungurean [1], M.M. Diculescu [1], E. Milanesi [1], C. Gheorghe [1]

(1) Bucarest, ROUMANIE.

Introduction : Le cancer colorectal (CCR) représente un problème de santé publique important, notamment dans les pays développés. Les résultats antérieures ont démontré que les programmes de dépistage du CCR réduisent considérablement les taux de morbidité et de mortalité du CCR [1]. Depuis 2003, le CRC est une priorité pour l'Union Européenne (UE). Un dépistage organisé dans la population à risque moyen (de 50 à 75 ans) est recommandé. Le test immunochimique fécal (TIF) est la première étape du dépistage. Les patients positifs doivent subir une coloscopie qui peut diagnostiquer précocement le cancer et faciliter également l'élimination des polypes ou du CCR.

Matériels et Méthodes : La Roumanie a initié les premières programmes régionaux de dépistage en 2020 (projets ROCCAS). L'objectif de ce rapport est de fournir des données concernant le taux de positivité TIF, le taux d'acceptation de la coloscopie, ainsi que les caractéristiques des lésions détectées en Munténie du Sud entre Décembre 2021-2022. Dans ce but, nous avons collecté des données du registre électronique ROCCAS développé pour le dépistage du CCR et géré par l'Institut National Roumain de Santé Publique. Les paramètres suivants ont été évalués : âge, sexe, valeur TIF et taux de positivité, ainsi que le taux d'acceptation de la coloscopie. Pour les lésions identifiées la classification de Paris était utilisée. Les adénomes avancés étaient définis par une taille ≥ 10 mm, la présence d'une dysplasie de haut grade ou d'un composant villeux.

Résultats : Au total, 31 262 tests TIF ont été proposés au cours de la période sélectionnée. Le taux de retour TIF a été de 90,51 % (28 296 échantillons). En considérant un seuil de 20 µg Hg/g, le taux de positivité TIF a été de 5,88 % avec une valeur moyenne (± SD) de 251,74 ± 745,89 µg Hg/g. Le taux de positivité TIF est revenu significativement plus élevé chez les hommes (7,82 %) que chez les femmes (4,71 %) (p < 0,0001). Le taux de positivité a été significativement plus élevé chez les personnes âgées de plus de 65 ans (p = 0,00174) que le sous-groupe plus jeune (7,63 %, 4,86 %, respectivement). On note un taux d'acceptation des coloscopies de 51,50 %. Au moment de l'analyse, 575 coloscopies étaient réalisées. 25,5 % des coloscopies n'ont révélé aucune lésion. Dans les 428 coloscopies restantes, un total de 1 052 lésions polypoïdes ont été identifiées. Selon la classification de Paris les lésions étaient : 0-1S (39,18%), 0-IIa (28,90%), 0-IIb (19,16%) suivi par 0-Isp (7,47%). 3,8 % des lésions étaient des masses tumorales. 53% des lésions ont mesuré ≤ 5 mm et 3 % des lésions ont mesuré plus de 30 mm. En classification histologique 76,3% étaient des adénomes, 10,7% de polypes hyperplasiques, 4% d'adénomes festonné et 5,3% de lésions malignes. 3,6% présentaient des lésions non néoplasiques. Au total, chez les patients avec TIF positif, 10,26 % ont reçu un diagnostic de CCR, 25,22 % ont eu un adénome avancé et 24 % ont eu des adénomes. La plupart des lésions néoplasiques (81,35 %) étaient localisées dans le côlon gauche. De plus, 11 patients avec un CCR ont été traités par voie endoscopique ; huit patients ont subi une résection complète.

Conclusion : Les résultats obtenus dans notre région - Munténie du Sud - confirment la faisabilité de programmes organisés de dépistage du CCR en Roumanie. La sélection optimale des patients nécessitant une coloscopie pourra améliorer le diagnostic précoce du CCR, réduisant ainsi le taux de mortalité.

Remerciements, financements, autres :
Financement UE - POCU/756/4/9/136828

P156

Impact des nouvelles stratégies de remise du kit de dépistage du cancer colorectal sur la participation des nouveaux entrants franciliens en 2022

C. Vincelet [(1)], H. Ait Hadad [(2)], H. Delattre [(3)], A. Koivogui [(4)], T. Le Trung [(5)], A. Bernoux [(6)], G. Abihsera [(7)], J. Nicolet [(8)]

(1) Le Chesnay ; (2) Lieusaint ; (3) Nanterre ; (4) Bondy ; (5) Cergy ; (6) Fontenay-lès-Briis ; (7) Joinville-le-Pont ; (8) Paris.

Introduction : La participation au dépistage organisé du cancer colorectal en France reste insuffisante : 34,3% en 2021-2022, 31,3% en Ile-de-France, avec des extrêmes sur la région de 27,2% (Seine-Saint-Denis) à 35,2% (Seine-et-Marne), pour un objectif européen à 45%. Depuis mars 2022, les modalités de remise du kit de dépistage ont été étendues avec la possibilité pour les personnes recevant une invitation de réaliser une commande en ligne. Auparavant, ceci reposait essentiellement sur les médecins traitants.

Matériels et Méthodes : L'objectif est de comparer la participation suite à une première invitation des personnes de 50 ans, entrant dans le dépistage du cancer colorectal et sans habitude établie, sur plusieurs périodes et d'estimer l'impact de la commande en ligne.
Quatre cohortes ont été constituées de primo invités âgés de 50 ans, sur les années 2016, 2018, 2021, et 2022, des mois de mars (en raison de la date d'ouverture du site de commande) à septembre (pour avoir un recul suffisant sur la cohorte 2022). L'analyse principale a porté sur la réalisation d'un test avec calcul du taux de participation à 1 an de l'invitation et pour la cohorte 2022 prise en compte du type de remise du kit.

Résultats : L'effectif de chacune des cohortes excède les 100 000 franciliens. En 2022, la participation à 1 an est de 20,5%. La participation était de 19,2% en 2016, 18,8% en 2018 et 22,7% en 2021. Une même dynamique s'observe sur la plupart des départements, légère augmentation de 2016 à 2021, et tendance à une diminution en 2022. La part de participation 2022 attribuable à une commande en ligne est de 28,7% (de 19,0% en Seine-Saint-Denis à 35,6% dans les Hauts-de-Seine).

Conclusion : L'analyse de l'impact de la commande en ligne ne montre pas d'augmentation de la participation en 2022 mais un transfert vers celle-ci pour près d'un participant sur trois, avec une variabilité selon les départements. La remise des kits par des pharmaciens est venue compléter le dispositif fin 2022, et aurait pu potentiellement impacter positivement la participation. D'autres leviers pour convaincre les personnes d'entrer dans le dépistage sont à mobiliser. Les analyses doivent être poursuivies avec un peu plus de recul et complétées par une analyse portant sur les dépistages positifs et la réalisation effective des coloscopies.

P157

Programme pilote régional de dépistage du cancer colorectal en Roumanie : données sur le test immunochimique fécal quantitatif (FIT)

M. Mănuc [(1)], B. Cotruta [(1)], C. Ungurean [(1)], T. Manuc [(1)], E. Milanesi [(1)], D. Gheonea [(2)], D. Eugen [(3)], M. Jinga [(1)], C. Gheorghe [(1)]

(1) Bucarest, ROUMANIE ; (2) Craiova, ROUMANIE ; (3) Constanţa, ROUMANIE.

Introduction : La Roumanie a initié en 2020 quatre programmes régionaux financés par l'Union Européenne pour le dépistage du cancer colorectal (CCR) (projets ROCCAS). Le programme a été développé avec FIT comme premier outil de dépistage, suivi d'une invitation à une coloscopie pour les cas positifs.

Matériels et Méthodes : Trois régions ont utilisé le test OC Sensor pour FIT (Munténie du Sud, Bucarest-Ilfov, Sud-Est). Les personnes âgées de 50 à 74 ans ont été invitées à participer au programme de dépistage. Dans un premier temps, on a réalisé une enquête d'évaluation des risques afin de stratifier la cohorte en deux sous-groupes : risque moyen et élevé de CCR. Cette enquête a été réalisée par le médecin généraliste qui a ensuite fourni un TIF aux personnes présentant un risque moyen. Les individus appartenant au groupe à haut risque ont été directement invités à réaliser une coloscopie. Un seuil FIT de 20 µg Hb/g de selles a été choisi. et une coloscopie a été proposée aux patients positifs. Les paramètres de qualité évalués sont : taux de retour FIT et taux d'acceptation de la coloscopie selon la catégorie d'âge, le sexe et la région de provenance. Les résultats suivants font partie du registre électronique national ROCCAS, géré par l'Institut National Roumain de Santé Publique.

Résultats : Entre janvier 2022 et mars 2023, 79 860 TIF ont été remis. Au total, 70 989 TIF ont été restitués (taux de retour préliminaire de 88,8 %). Le taux de retour global était similaire entre les hommes (87,17%) et les femmes (89,94%) indépendamment de la région d'origine et réparti de manière similaire dans les deux catégories d'âge considérées (Âge <65 = 88,22%; Âge ≥65 = 89,9%). Au moment de l'analyse des données, les résultats de laboratoire étaient disponibles pour 70008 TIF : 5,61 % de TIF positifs et 2,13 % non concluants, les 92,26 % restants étant négatifs. Aucune différence dans la positivité FIT n'a été observée entre les trois régions, alors que les tests étaient respectivement de 2,67 % et 2,31 % à Bucarest Ilfov et en Munténie du Sud, la région du Sud-Est n'en rapportant que 1 %. Le taux d'acceptabilité initial de la coloscopie était de 52,3 %, mais les patients disposent d'un délai de 6 mois pour décider de subir l'intervention. Il existe un délai entre le resultat TIF, la planification de la coloscopie et l'évaluation des résultats qui doit être pris en compte.

Conclusion : Ces résultats préliminaires révèlent un taux de retour élevé par rapport aux autres rapports nationaux de l'UE. Le taux de retour élevé est dû à l'implication directe des médecins généralistes et probablement sera moins represente avec le déploiement de l'extension nationale. L'intervalle de positivité TIF compris entre 5 et 6 % pendant toute cette période a été considéré comme acceptable et le seuil TIF a été maintenu. Nos données préliminaires respectent les paramètres de qualité recommandés par l'UE et créent des conditions favorables à l'expansion du futur programme national de dépistage au-delà de 2024. Par ailleurs nous devons déployer des efforts importants afin d'augmenter le taux d'acceptation de la coloscopie.

Remerciements, financements, autres :
POCU/757/4/9/136824

P158

Choix du traitement adjuvant basé sur l'analyse de l'ADN tumoral circulant chez des patients avec un cancer colorectal de stade III

L. Benhaim [1], M. Ducreux [1], V. Pezzella [2], L. Monard [2], S. Gourgou [3], V. Taly [4], C. Lepage [5], P. Laurent-Puig [2], J. Taïeb [2]

(1) Villejuif ; (2) Paris ; (3) Montpellier ; (4) Avignon ; (5) Dijon.

Introduction : Les facteurs histo-pronostiques sont insuffisants pour évaluer avec précision le risque de récidive chez les patients atteints de cancer du colon (CC). En cas de CC de stade III la détection d'ADN tumoral circulant post-opératoire est un biomarqueur pronostique sensible. En effet, la présence d'ADNtc (ADNtc+) est un signe de maladie résiduelle minime (MRM) et associé à un risque élevé de récidive (40 à 60%). En revanche, le risque de récidive est faible lorsque l'ADNtc est indétectable (ADNtc-). Dans l'étude IDEA, la DFS à 3 ans était de 82 % pour les patients ADNtc-, concordante avec ce qui a été observé dans la cohorte prospective ALGECOL où le risque de rechute était de 10,5 % seulement dans la même situation. Ce faible risque de récidive justifie de s'interroger sur le réel bénéfice de la chimiothérapie adjuvante (ACT) responsable d' effets secondaires à court et à long terme, dont la persistance de neuropathies invalidantes dans 8% des cas.

Patients et Méthodes : L'essai CIRCULATE III est un essai multicentrique du groupe Prodige financé au PHRC 2023 qui vise à évaluer l'impact d'une désescalade thérapeutique chez les patients atteints de CC de stade III et ADNtc - en post-opératoire.
L'objectif principal est d'évaluer la non-infériorité en termes de survie sans maladie (DFS) à 3 ans de l' administration de capécitabine seule (CAPE) pendant 6 mois (stratégie de désescalade) par rapport au traitement standard (capécitabine + oxaliplatine (CAPOX) pendant 3 mois).

Résultats : Le test de non-infériorité est calculé pour montrer que la DFS à 3 ans ne sera pas diminuée de plus de 4.4%, (hazard ratio = 1.26), puissance 80%, risque Alfa 0.025. Il est nécessaire d'inclure 1861 patients ctDNA-(randomisation ratio 1:2). Il est prévu le screening de 2450 patients, dont 1225 patients en France pour randomiser 930 patients ctDNA-. Nos pays partenaires sont l'Italie, la Suisse et la Suède.

Conclusion : L'essai CIRCULATE III pourrait permettre une prise en charge personnalisée, en sélectionnant mieux les patients relevant d'une chimiothérapie adjuvante, afin d'éviter la survenue de complications, y compris de neuropathies séquellaires. Pour le moment, 50 centres Français ont déclaré leur intérêt pour participation à l'étude.

Remerciements, financements, autres :
PHRC 2023

P159

L'intérêt pronostique des biomarqueurs sériques dans les cancers colorectaux

S. Zaouga [1], H. Sawsen [2], E. Slama [2], H. Elloumi [3], S. Ben Hamida [2], I. Cheikh [3]

(1) Monastir, TUNISIE ; (2) Tunis, TUNISIE ; (3) Bizerte, TUNISIE.

Introduction : Le cancer colorectal (CCR) constitue un véritable problème de santé publique dans le monde, et occupe le deuxième rang en termes de mortalité par cancer.L'utilité clinique des biomarqueurs pronostiques liés à l'inflammation disponibles à partir d'analyses sanguines de routine a été rapportée dans de nombreux cancers, notamment le rapport neutrophiles-lymphocytes (NLR), le rapport plaquettes - lymphocytes (PLR) et le rapport protéine C-réactive – Albumine (CAR).L'objectif de notre étude était d'évaluer le rôle du NLR, du PLR et du CAR dans la prédiction du pronostic du CCR.

Patients et Méthodes : Nous avons mené une étude rétrospective monocentrique, incluant tous les patients diagnostiqués avec un adénocarcinome colorectal entre 2019 et 2022.Les caractéristiques des patients, les marqueurs inflammatoires, le statut tumoral et les résultats ont été recueillis. Le NLR, le PLR et le CAR initiaux ont été calculés pour chaque patient.

Résultats : Quarante-quatre patients ont été inclus. 25 hommes et 19 femmes, Sexe Ratio H/F = 1.3. L'âge moyen était de 62 ans [28 - 87 ans]. Les comorbidités étaient dominées par le Diabète de type II chez 10 patients (22.7) et L'hypertension artérielle chez 15 patients (34 %). La tumeur était localisée dans le côlon droit chez 6 patients (13.6 %), dans le côlon gauche chez 24 patients (54 %) et dans le rectum chez 13 patients (29.5 %). Selon la classification TNM, les patients étaient principalement classés en stades II (40 %) et IV (29.5 %). En ce qui concerne le traitement, 28 patients ont bénéficié d'une chirurgie curative (63.6 %), 8 patients ont reçu une chimiothérapie palliative et 2 patients ont reçu un traitement néoadjuvant. La survie globale à 1 an était de 72 %. Lors de l'analyse de la courbe ROC, les aires sous la courbe (AUC) du NLR, du PLR et du CAR dans la prédiction de la survie à 12 mois étaient respectivement de [0,805 (IC à 95 % : 0,673-0,936, p = 0,002)], [0,742 (IC à 95 % : 0,589-0,895, p = 0,0014)] et [0,815 (IC à 95 % : 0,668-0,962, p = 0,001)].

Conclusion : Les biomarqueurs sériques pré-thérapeutiques (NLR, PLR et CAT) semblent être utiles pour prédire la survie globale. Ces ratios peuvent ainsi contribuer à une stratification du risque initiale pour optimiser les modalités thérapeutiques.

P160

Efficacité et morbidité de la toxine botulique A dans le traitement de la fissure anale chronique : étude prospective

C. Helis [1], R. Mabizari [2], F.Z. Hamour [2]
(1) Djelfa, ALGÉRIE ; (2) Alger, ALGÉRIE.

Introduction : La fissure anale chronique (FAC) est une ulcération superficielle de l'anoderme expliquée en partie par le spasme anal (1). L'injection de toxine botulique A (TBA) au niveau du sphincter anal (SA) est une technique d'épargne sphinctérienne développée il y'a quelques années afin de pallier au risque d'incontinence anale définitive liée à la chirurgie. L'objectif de notre travail est d'évaluer l'efficacité et la morbidité de la toxine botulique A (TBA) dans le traitement de la FAC.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude prospective mono-centrique réalisée entre Avril 2021 et Mai 2023. Nous avons inclus tous les patients adultes (≥18 ans) souffrant d'une FAC symptomatique n'ayant pas cicatrisé après au moins 06 semaines de règles hygiéno-diététiques associées à l'application locale de dérivés nitrés. Tous les patients ont bénéficié de l'injection de 100 ui de TBA au niveau du SA, à savoir : 40 ui sur chacune des faces latérales (droite et gauche) et 20 ui au niveau du pole postérieur. Les patients ont été revus aux semaines 4, 8 et 12. Le critère principal du jugement est la cicatrisation de la FAC. L'échec est définit par l'absence de cicatrisation de la FAC à S12 avec persistance des PPD. Le recueil des données a été effectué sur une fiche Excel préétablie.

Résultats : Cinquante cinq (55) patients ont été colligés, avec un âge moyen de 32,4 ans, et un sex-ratio (H/F) de 3,58. Tous les patients avaient des PPD, 80% (n=44) avaient un prurit anal, 81.8% (n=45) ont signalés des rectorragies et 76,4% (n=42) souffraient d'une constipation chronique. La FAC était polaire postérieure dans 92,7 % (n= 51) et ses berges étaient épaisses dans 67,27% (n=37). Un capuchon muqueux était présent dans 69,1% (n=38) et une maladie hémorroïdaire interne était associée dans 20% (n=11). L'injection de TBA a provoqué un saignement minime dans 9,1% (n=5), elle était décrite comme douloureuse dans 41,8% (n=23) et deux patients ont fait un malaise vagal. Les complications à court terme étaient : une incontinence transitoire aux gaz dans 18,1% (n=10) et une thrombose hémorroïdaire externe dans 10,9 % (n=6). Au cours du suivi, 3 patients étaient perdus de vue. Le taux de cicatrisation global à S12 est de 85,5% (n=47) réparti comme suit : 30,9% (n=16) à S4, 23,6% (n=13) à S8 et 32,7% (n=18) à S12. Le taux d'échec à S12 était de 14.5 % (n=8).

Conclusion : Dans notre série, le traitement de la fissure anale chronique par la toxine botulique A s'avère une option intéressante, avec des résultats encourageant à court terme en matière d'efficacité et de morbidité.

P161

Ligature élastique dans la maladie hémorroïdaire interne de l'adulte : efficacité et facteurs prédictifs d'échec

K. Babbou [1], B. Bouchabou [2], A. Nakhli [2], N. Hemdani [2], Z. Benzarti [1], R. Ennaifer [2]
(1) Tunis, TUNISIE ; (2) La Marsa, TUNISIE.

Introduction : Les traitements instrumentaux prennent une place de plus en plus importante dans la prise en charge de la maladie hémorroïdaire interne au cours de cette dernière décennie. La ligature élastique est parmi les procédures les plus préconisées du fait de son efficacité et son innocuité pour les hémorroïdes internes de grade 2, 3 ou prolabées selon la classification de Goligher.
Le but de notre travail était d'étudier les résultats de cette procédure et de déterminer les facteurs prédictifs de son échec.

Patients et Méthodes : Nous avons mené une étude transversale incluant tous les patients présentant des hémorroïdes internes traitées par une ligature élastique. Tous les patients ont eu une consultation préliminaire avec un examen proctologique classant la maladie hémorroïdaire selon la classification de Goligher (1). Une ou plusieurs séances de ligature ont été pratiquées par la suite. Une évaluation finale a été effectuée afin de noter le résultat de la procédure. Lors de chaque consultation, un interrogatoire et un examen proctologique ont été faits pour détecter les différentes complications.

Résultats : Soixante patients ont été inclus. Nos patients étaient majoritairement des hommes avec un sex-ratio H/F de 5,7. L'âge moyen était de 46±15,29 ans. Le mode de révélation de la maladie hémorroïdaire était majoritairement le saignement (51%) suivi par un prolapsus (30%). Cinquante-huit pour-cent des patients avaient une constipation associée . Cinquante-huit pourcent des patients avaient des hémorroïdes de grade 2,le reste des patients avaient des hémorroïdes prolabés de grade 3. La durée moyenne de suivi de nos patients était de 22,97±12,56 mois avec une médiane de 24 mois. La mise en place d'un seul élastique a été suffisante pour 84% des patients. Le délai moyen entre les séances de ligature était de 3 ±1,29 semaines avec une médiane de 3 semaines. Les suites étaient compliquées dans 10% des cas (N=6). La complication la plus fréquente était la thrombose survenue chez 3 patients. Pour les résultats à long terme, une amélioration a été observée dans 90% des cas. Elle était jugée totale dans 55% des cas et partielle dans 35% des cas. Une rechute était survenue dans 30% des cas avec un délai moyen de 3,93 ±4,13 semaines. Elle était majoritairement à type de saignement dans 72% des cas.
En Analyse univariée , Les facteurs corrélés de façon significative à la rechute après ligature élastique des hémorroïdes étaient représentés par le non contrôle de la constipation (p=0,015), le nombre important d'élastiques ayant permis l'éradication (p=0,002) ainsi que le nombre de séances ayant permis l'éradication (p=0,002).
En Analyse multivariée, le non contrôle de la constipation était le seul facteur indépendant prédictif de rechute (p=0,001).

Conclusion : La ligature élastique constitue un traitement efficace des hémorroïdes internes même celles qui étaient compliquées d'un saignement ou d'un prolapsus. Cependant, le contrôle de la constipation reste le pilier indissociable de la prise en charge thérapeutique afin d'éviter les récidives.

P162

Milligan et Morgan dans la PEC de la maladie hémorroïdaire : expérience d'unité de proctologie

A. Hmina [1], S. Kaouissi [1], S. Mechhor [1], M. Cherkaoui [1], H. El Bacha [1], N. Benzzoubeir [1], I. Errabih [1]

(1) Rabat, MAROC.

Introduction : La maladie hémorroïdaire (MH) est la pathologie la plus fréquente en proctologie avec une prévalence estimée entre 4.4% et 39%. Les moyens de sa prise en charge sont assez diversifiés : mesures hygiéno-diététiques, traitement médical, instrumental ou chirurgical. Ce dernier n'est envisagé qu'après échec du traitement instrumental ou d'emblée notamment dans la MH stade IV.
Notre étude a pour but de rapporter l'expérience de notre service dans la technique d'hémorroidectomie pédiculaire ouverte selon Milligan et Morgan dans la prise en charge de la maladie hémorroïdaire.

Matériels et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive analytique monocentrique menée sur une période de 12 ans : de Janvier 2011 à Janvier 2023. Les données étudiées étaient l'âge,le sexe, les facteurs de risque, les manifestations cliniques, le stade de la MH à l'examen proctologique et les données thérapeutiques. Sont inclus dans notre étude tous les malades ayant subi l'hémorroïdectomie de Milligan et Morgan et qui ont présenté des hémorroïdes stade IV et III (après échec du traitement instrumental). Sont exclus les malades asymptomatiques, les patients qui ont une contre-indication chirurgicale ainsi que les autres stades traités par les autres moyens thérapeutiques hors chirurgie.
L'étude statistique a été réalisé à l'aide du logiciel IBM-SPSS 20,0. Le test de khi-2 a été utilisé pour comparer les variables qualitatives.

Résultats : Quatre cent soixante huit patients ont été colligés durant la période de l'étude. L'âge moyen de cette population était de 41 ans avec des extrêmes allant de 22 ans à 71 ans. Le sexe ratio H/F était de 2.1. 415 (88,7%) patients avaient une constipation chronique, un accouchement par voie basse a été effectué chez 56 femmes soit 12%. L'expression clinique était dominée par des rectorragies chez 246 patients (74%), des proctalgies chez 132 patients (28%), un prurit anal chez 119 malades (25%) et un suintement anal chez 56 patients (12%). L'examen proctologique avait retrouvé des hémorroïdes stade IV chez 201 patients (43%) et des hémorroïdes stade III chez 267 patients (57%).Vingt cinq patients (5,3%) présentaient une fissure anale associée. L'anémie était retrouvée chez 341 malades (72,8%) avec une valeur moyenne de l'hémoglobine de 7,8 g/dl. La transfusion était nécessaire chez 65 malades (14%) qui ont présenté une anémie sévère de moins de 7g/dl. La coloscopie a été indiquée chez les patients ayant un âge supérieur à 45 ans présentant des rectorragies soit 87 patients (18,5%) et les malades aux ATCD de cancer digestif soit 42 malades (9%). L'indication de Milligan et Morgan était des hémorroides stade III avec anémie sévère chez 65 malades (14%), après échec à la photocoagulation par infrarouges chez 194 patients (41,4%); après échec au traitement par HAL-RAR n=8 (1,7%) et les hémorroïdes stade IV chez 201 malades (43%). Le geste réalisé est une hémorroïdectomie pédiculaire ouverte type Milligan et Morgan. Les malades ayant une fissure anale associée (5,3%) ont bénéficié en plus de l'hémorroïdectomie, de l'intervention de Bellan. Les complications post-opératoires immédiates étaient la douleur post-opératoire qui était présente chez tous nos patients, une rétention urinaire chez 31 patients (6,6%), une hémorragie post-opératoire importante chez 2 malades (0,5%) traitée par électrocoagulation au bloc et une hémorragie post-opératoire minime chez 117 malades (25%) traitée par pansement compressif. Cette dernière a été rapportée chez 43 patients (36,7%) ayant des hémorroïdes stades III et 74 patients (63,2%) ayant des hémorroïdes stade IV. Cette différence était statistiquement significative (p<0,001).

Les complications tardives étaient un retard de cicatrisation chez 9 malades (1,9%) dont 4 étaient diabétiques, une sténose anale chez 5 malades (1%) ayant nécessité une sphinctérotomie associée à une anoplastie chez 3 malades et une dilatation au doigt chez 2 malades. La sténose anale a été rapportée chez 4 malades n'ayant pas réalisé de toucher rectal en post-opératoire et 1 patient l'ayant fait. Cette différence est statistiquement significative p=0,03.

Conclusion : L'hémorroïdectomie de Milligan et Morgan reste une chirurgie de référence quant au traitement de la maladie hémorroïdaire. Elle accorde des résultats satisfaisants surtout à long terme. La sténose anale post-hémorroïdectomie reste la complication la plus redoutable.

P163

La tuberculose ano-périnéale : difficultés diagnostiques et thérapeutiques (à propos de 12 cas)

H.H. Abakar [(1)], W. Hliwa [(1)], F.Z. Elrhaoussi [(1)], M. Tahiri [(1)], F. Haddad [(1)], A. Bellabah [(1)], W. Badre [(1)]
(1) Casablanca, MAROC.

Introduction : La tuberculose constitue encore un problème majeur de santé publique dans les pays en voie de développement. La localisation ano-périnéale de la tuberculose est très rare posant ainsi des difficultés diagnostiques et thérapeutiques. La prise en charge thérapeutique associe la quadrithérapie antituberculeuse au traitement chirurgical des fistules anales. Le but de notre travail est de rapporter les aspects cliniques, les modalités et les difficultés de prise en charge diagnostique et thérapeutique de cette entité.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive, étalée sur une période de 10ans (Juillet 2013 - Juillet 2023), incluant tous les malades pris en charge pour une fistule anale. Un bilan fait d'une radiographie du thorax, du test quantiféron, d'une intradermoréaction (IDR) à la tuberculine avec recherche de bacille de koch dans les expectorations était réalisé chez tous les patients. Les données médicales des malades étaient collectées à travers les dossiers archivés avec le respect de la confidentialité.

Résultats : Durant la période d'étude, 12 cas de tuberculose anopérinéale ont été colligés, d'âge moyen de 41,5 ans avec un sex ratio de 3. Quatre malades (33,3 %) avaient un contage tuberculeux récent et un malade (8,3%) avait un antécédent de tuberculose osseuse. Aucun malade n'avait une infection rétrovirale à VIH.
Tous nos patients ont consulté pour des proctalgies et 75% parmi eux avaient un écoulement périanal associé. L'examen proctologique et l'exploration per-opératoire ont objectivé un périnée polyfistuleux chez 58,3% des patients. Tous les trajets fistuleux à l'exploration chirurgicale étaient trans-sphinctériens. Le diagnostic d'une tuberculose ano-périnéale était retenu devant l'identification sur l'analyse histologique de la collerette cutanée réalisée autour de l'orifice fistuleux externe d'un granulome épithélio-giganto-cellulaire avec nécrose caséeuse chez deux malades (16,6%) et sans nécrose caséeuse chez 10 malades (83,3%) . La PCR BK sur la collerette cutanée était positive chez la moitié de nos patients. Les bacilles acido-alcoolo-résistants ont été mis en évidence à l'étude bactériologique de l'écouvillonnage du pus issu de l'orifice fistuleux chez un patient.
L'IDR à la tuberculine et la recherche du bacille de koch dans les expectorations étaient positifs respectivement dans 2 cas (16,6%). Le test quantiféron était positif dans 8 cas (66,6%). La tuberculose pulmonaire, intestinale et ganglionnaire étaient associées à la tuberculose ano-périnéale dans respectivement 16,6%, 16,6% et 8,3%.
La totalité des patients ont bénéficié d'une prise en charge médicochirurgicale. Le traitement antibacillaire a été démarré selon le régime préconisé dans le protocole national de lutte anti tuberculeux et l'acte chirurgical a consisté aux drainages des fistules anales et leurs mises à plat au cas par cas. L'évolution était favorable chez 58% des patients, deux malades gardent toujours des collections périnéales fistulisées, prévus pour une ré-exploration chirurgicale, deux malades sont perdus de vue et un cas de récidive a été constaté après 5 ans de suivi. Aucun cas de décès n'a été enregistré durant cette période.

Conclusion : La localisation anopérinéale de la tuberculose est rare, on note une augmentation de son incidence nécessitant ainsi l'intérêt des proctologues. La prise en charge doit être médicochirurgicale. Dans notre étude, sa présentation clinique est dominée par la survenue de périnée polyfistuleux.

P164

Anti-inflammatoires non stéroïdiens et pathologie suppurative périanale, quel impact ?

A. El Azhari [(1)], M. Safdi [(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'abcès anal est une urgence proctologique fréquente. C'est une collection de pus qui prend source au niveau de la glande d'Hermann et Desfosses, située sur la ligne pectinée au creux d'une crypte. Son traitement repose sur l'incision sous anesthésie locale, et dans un deuxième temps sur la mise à plat du trajet fistuleux. L'objectif de notre travail est de faire le point sur le mésusage des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) pour le traitement des abcès périanaux et de citer les complications possibles.

Matériels et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive étalée sur une période de deux ans et demi (janvier 2021- juin 2023), incluant tous les patients ayant consulté aux urgences pour des proctalgies aigues révélant un abcès anal avec notion de prise d'AINS.

Résultats : 185 patients ont consulté pour un abcès anal. Parmi ces patients; 67 (36,2%) ont reçu des AINS. La moyenne d'âge est de 42 ans avec un sex ratio H/F de 3,4.
Le tabagisme chronique a été noté dans 32,8% des cas, un diabète dans 28,3% des cas, un antécédent de drainage d'abcès anal dans 5,3% des cas, 4 de nos patients étaient sous chimiothérapie (5,97%), 1 cas chez une femme enceinte, 1 cas sur maladie de crohn, et 1 cas sur VIH.
Le délai moyen de consultation de nos malades était de 7 jours avec des extrêmes allant de 1 à 15 jours.
63% de nos patients ont pris l'AINS par automédication, tandis que 37% ont été vus par des médecins généralistes. Aucun de nos malades n'a bénéficié d'un examen proctologique.
La prise concomitante d'AINS et d'antibiotiques a été notée dans 56,7% des cas.
Les classes thérapeutiques principalement prises par nos malades étaient le diclofénac dans 37,4% des cas, le kétoprofène dans 22,4% des cas, le fénoprofène dans 16,4% des cas et l'ibuprofène dans 13,4% des cas.
La voie orale était privilégiée chez 59 patients soit 88% des cas, tandis que 12% ont pris la forme intramusculaire.
L'examen proctologique retrouvait un abcès anal simple dans 62,8% des cas, compliqué d'une gangrène de Fournier dans 23,8% des cas, un bombement intra rectal a été objectivé chez 13,4% des cas.
Un drainage d'abcès en ambulatoire a été réalisé chez 42 patients, au bloc opératoire sous rachi anesthésie chez 9 patients, tandis que 16 de nos malades ont été adressés en chirurgie viscérale pour nécroséctomie.
L'arrêt des AINS a été préconisé chez tous nos patients.

Conclusion : Le recours aux anti-inflammatoires non stéroïdiens dans la pathologie suppurative périanale est contre-indiqué par toutes les sociétés savantes puisqu'il risque de favoriser la cellulite. Néanmoins cette pratique reste malheureusement assez fréquente du fait de la non réalisation de l'examen de la marge anale ainsi qu'au recours à l'automédication.

P165

Périnée polyfistuleux : quel apport de la coloscopie dans le bilan étiologique ?

Z. Boukhal [1], F. Haddad [1], F.Z. Elrhaoussi [1], M. Tahiri [1], W. Hliwa [1], A. Bellabah [1], W. Badre [1]
(1) Casablanca, MAROC.

Introduction : Le périnée polyfistuleux représente une entité qui peut rentrer dans le cadre de plusieurs étiologies.

Le but de cette étude est d'évaluer l'apport de la coloscopie dans le diagnostic étiologique du périnée poly fistuleux.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude prospective et descriptive menée dans le service de Gastro-entérologie entre avril 2020 et avril 2023, incluant tous les patients hospitalisés et suivis en proctologie pour périnée polyfistuleux.

Résultats : Durant la période d'étude 43 cas de périnée poly fistuleux ont été colligés. L'âge moyen de nos patients était de 40.2 ans +/-13.4, avec un sex ratio H/F de 2.04. L'antécédent de tabagisme était retrouvé chez18.6% des patients, d'appendicectomie chez 6.9% des cas, et de tuberculose pulmonaire chez 6.9% des cas. La durée moyenne d'évolution était de 1 an avec des extrêmes allant de une semaine à 5 ans. Le périnée poly fistuleux était associé à une diarrhée dans 32.6% des cas, et à une alternance diarrhée constipation dans 14% des cas.

La coloscopie avec cathétérisme de la dernière anse iléale était réalisée chez 90.7% des patients, les lésions retrouvées étaient : une valvule iléo-caecale ulcérée dans 23.2%, sténosée dans 9.3%, une iléite ulcérée dans 4.7% des cas, un aspect pseudopolypoide colique dans 4.7% des cas, des ulcérations coliques dans 11.6% des cas, une sténose colique dans 7% des cas et par ailleurs elle était sans anomalie dans 41.9% des cas. Le résultat anatomopathologique des biopsies iléocoliques était en faveur de maladie de crohn dans 68% des cas, de tuberculose iléocolique dans 20% des cas et non spécifique dans 12% des cas.

Conclusion : Dans notre étude la coloscopie a permis de poser le diagnostic étiologique chez plus de la moitié des patients. Son apport reste considérable dans le bilan de spécificité du périnée polyfistuleux à côté des biopsies chirurgicales des collerettes cutanées.

P166

Le mésusage des antibiotiques dans la prise en charge des abcès périanaux

M. Safdi [1], A. El Azhari [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'abcès ano-périnéal est une affection potentiellement invalidante et considérée parmi les urgences proctologiques les plus courantes dans la pratique. Sa prise en charge thérapeutique est chirurgicale. Les antibiotiques, en revanche, ne peuvent pas à eux seuls traiter cette suppuration.
Le but du travail est de mettre le point sur l'utilisation inappropriée des antibiotiques dans le traitement de l'abcès ano-périnéal ainsi que les indications de leurs prescriptions.

Matériels et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective et descriptive étalée sur deux ans et demi (janvier 2021 - Juin 2023), incluant tous les patients consultants aux urgences pour des proctalgies aigues et chez qui un abcès anal ou intramural était mis en évidence à l'examen clinique et ayant reçu un traitement préalable par antibiothérapie.

Résultats : Cents quatre-vingts cinq patients ont consulté pour un abcès anal . Parmi ces patients 73 (39,45 %) ont reçu une antibiothérapie. L'âge moyen était de 43,7 ans avec un sex-ratio H/F de 2,8.
Le tabagisme actif et le diabète étaient notés dans 31,5 % des cas chacun, un antécédent de drainage d'abcès dans 24,6 % des cas, 6,8% des patients étaient sous chimiothérapie, 2,73 % des malades sont suivis pour maladie de crohn et 1 une patiente était enceinte.
Tous nos patients ont consulté pour des proctalgies aigues et 4,1 % parmi eux avaient un écoulement de pus par la marge anale. Le délai moyen de consultation aux urgences était de 7,5 jours.
57,5 % des patients ont eu recours à l'antibiothérapie par automédication et 42,5 % des patients sur prescription par des médecins généralistes. Cette prescription d'antibiothérapie était combinée à des AINS chez 52 % des cas.
Concernant les classes thérapeutiques utilisées, la bi-antibiothérapie était reçue chez 21,9 % des cas, l'amoxicilline protégée seule et le métronidazole seul chez 23,8 % des cas chacun, la pénicilline M seule chez 16,43 % des cas.
Aucun examen proctologique n'a été réalisé avant la prescription du traitement.
L'inspection de la marge anale a retrouvé dans 67 % des cas un abcès anal simple, dans 20 % des cas un abcès compliqué d'une gangrène de Fournier et le toucher rectal a permis de faire le diagnostic d'un abcès intra mural dans 13 % des cas.
Pour la prise en charge, 67 % des patients ayant subi une incision en ambulatoire, 13 % des patients un drainage chirurgical au bloc opératoire sous rachianesthésie et 20 % des patients ont été adressés au viscéral.
L'antibiothérapie a été maintenue chez tous les malades diabétiques, crohniens et sous chimiothérapie et suspendue chez les autres qui n'ont pas d'indications.

Conclusion : L'abcès anal est une urgence dont le traitement est chirurgical, la prise d'antibiotique seule ne pourra guérir ce type de pathologie.
Leur prescription après l'incision est indiquée chez les patients immunodéprimés, les diabétiques, les patients cardiaques, les patients suivis pour maladie de crohn, ou lorsqu'il y a des signes de gravité comme de la fièvre ou une cellulite importante.

P167

Intérêt de la coloscopie au cours de la constipation : étude comparative selon l'âge

F. Ait Iken [1], R. Chaibi [1], I. Mouslim [1], S. Hdiye , C. Jioua [1], J.Y. Bangda Ekanga [1], A. Benhamdane [1], T. Addajou [1], R. Berraida [1], S. Mrabti [1], I. El Koti [1], F. Rouibaa [2], 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 2020 et Aout 2023.
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. Le recueil des données et l'analyse statistique ont été réalisés par le logiciel SPSS 22.0.

Résultats : Un total de 1518 patients ont fait une coloscopie dont 387 avaient une constipation soit 25,5%
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 p=0,007
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 significative entre les deux groupes concernant les ATCDs personnels et familiaux de cancer colorectal, ATCDs de polypes recto coliques.
La constipation était isolée dans 63,8%(n=247), alors qu'elle était associée à une alternance diarrhée constipation 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), méléna dans 0,3% (G1:0% ;G2:0,5%;p=0,512) et anémie ferriprive dans 3,8% (G1:3,6%,G2:4,1%;p=0,828)
La coloscopie était normale dans 62,8% 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 colo rectal 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 angiodysplasie colique dans 2,8% (G1: 0%, G2 :1,2% p=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) ; ATCD 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 permettant de dépister des lésions significatives dans 37,2% des cas dominées par les polypes et le processus recto coliques.
Notre étude a démontré que l'âge supérieur à 50 ans constitue un facteur de risque indépendant de coloscopie pathologique en cas de constipation. Le sexe masculin, les ATCDs de CCR et la présence d'une anémie seraient également des facteurs prédictifs de coloscopie pathologique dans ce contexte.

P168

Les proctalgies aiguës dans un service de gastroentérologie : aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques

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 : La douleur anorectale est un motif fréquent de consultation, dont l'étiologie reste variée et ne doit pas se limiter à la maladie hémorroïdaire.
Le but de notre travail est de décrire les aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des proctalgies aigues.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude prospective et descriptive menée dans le service de Gastro-entérologie entre juin 2019 et mai 2023, incluant tous les consultants aux urgences de gastrologie pour des proctalgies aigues.

Résultats : Durant la période d'étude 532 cas de proctalgies aigues ont été colligés. L'âge moyen de nos patients était de 39.8 ans, avec des extrêmes allant de 15 ans à 75 ans, avec un sex ratio H/F de 2.9. Dans les antécédents, on a retrouvé des habitudes toxiques chez 33.5% des patients. Le principal motif de consultation était des proctalgies aigues isolées chez 406 patients soit 76.3%. 67 de nos patients soit 12.8% ont pris un médicament à base d'antibiotique et ou d'anti-inflammatoire non stéroïdien. La symptomatologie évoluait en moyenne sur 5 jours, 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 un abcès anal chez 256 patients, soit 48.1%, 35 cas d'abcès intra mural et 10 cas de sinus pilonidal surinfecté, 86 patients avaient une fissure anale soit 16.2 % dont 15.1% fissure polaire postérieure et1.1% fissure polaire antérieure, 91 patients avaient une thrombose hémorroïdaire externe soit 17.1 %, et interne dans 2.3%, une gangrène de fournier a été notée chez 39 malades. Le traitement variait en fonction de l'étiologie : on a eu recours dans 254 cas soit 47.7% à un drainage d'abcès. 192 patients ont bénéficié d'un traitement médical (anti fissuraire 16.4%, anti hémorroïdaire associé à un antiinflammatoire 18%, ou corticoïdes1.1%), on a eu recours chez 35 patients à une exploration chirurgicale urgente, et 39 patients ont été adressé aux chirurgiens pour prise en charge d'une gangrène de fournier.

Conclusion : Les urgences proctologiques sont fréquentes. La douleur est le principal signe clinique dont le contrôle repose principalement sur un traitement médicamenteux et/ou certains gestes simples, mais l'interprétation de la douleur est cruciale.

P169

Le drainage biliaire endoscopique dans le traitement palliatif des tumeurs de Klatskin : résultats et facteurs associés au succès ou à l'échec

F. Ait Iken [1], S. Hdiye , R. Chaibi [1], I. Mouslim [1], A. Benhamdane [1], T. Addajou [1], R. Berraida [1], S. Mrabti [1], I. El Koti [1], F. Rouibaa [2], 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 2011 et août 2023, 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.

P170

Facteurs associés au succès du traitement endoscopique des gros calculs et de l'empierrement cholédocien : résultats d'une étude de 20 ans

J. Benass [1], C. Jioua [1], A. Benhamdane [1], T. Addajou [1], J.Y. Bangda Ekanga [1], I. Mouslim [1], S. Mrabti [1], R. Berraida [1], I. El Koti [1], F. Rouibaa [2], 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.

Patients 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 2023.
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.

P171

Mise en place de la CPRE après une année de formation intensive : bilan de l'activité

A. Aboikoni [1], M. Zappa [1], M. Alogo [1], A. Becar [1], M. Wallyn [2], D. Louvel [1], A. Belle [3]

(1) Cayenne, Guyane Française ; (2) Toulouse ; (3) Paris.

Introduction : Notre travail rapporte l'expérience de la création d'une offre de soins par CPRE dans un territoire isolé avec une activité inexistante dans l'ensemble des structures de santé nécessitant des évacuations sanitaires par avion. Cette création d'activité de CPRE a requis la formation d'un gastro-entérologue à l'endoscopie interventionnelle bilio-pancréatique durant un an dans un centre tertiaire, à raison de 2 jours par semaine.

Patients et Méthodes : Nous avons inclus de façon prospective tous les patients ayant eu une CPRE dans notre région depuis le début de cette nouvelle activité soit de décembre 2021 au 13 octobre 2023. Les données analysées étaient les suivantes : caractéristiques démographiques, indication de la CPRE, durée de la procédure, résultats de la CPRE. Nous avons calculé le taux de succès technique (vacuité des voies biliaires ou le succès de la pose d'endoprothèse) ; le taux de succès clinique (bonne évolution clinique, avec baisse d'au moins 50% du taux de bilirubine totale). Enfin, nous avons évalué le taux de complications.

Résultats : Soixante et onze procédures ont été réalisées chez 59 patients. La population était composée de 33 femmes (55,9%) et 26 hommes (44,1%). L'âge médian était de 56 ans +/- 17.6. L'examen était indiqué pour une lithiase biliaire symptomatique (douleur, cholestase, pancréatite aigüe biliaire) dans 51,0% des cas et avec angiocholite dans 32,0% ; pour une pathologie tumorale avec ictère dans 12,0% et avec angiocholite dans 3,4% et pour une autre cause dans 1,7%. Parmi les patients avec lithiase biliaire six (10,2%) avaient un macrocalcul, 5 (8.5%) un empierrement cholédocien. La durée médiane était de 60 minutes par procédure +/- 29.
Après la première procédure endoscopique, le taux de succès technique était de 81.3 % pour toutes les étiologies, 96% pour la lithiase biliaire, 18,2 % pour les pathologies tumorales. Le taux de succès clinique était de 76.3%.
Suite au premier geste, 3 patients en échec (5.0%) ont bénéficié d'un drainage biliaire radiologique percutané, 3 (5.0%) sont partis en évacuation sanitaire dans un centre hexagonal. Les autres ont eu une deuxième CPRE dont 5.0 % par la technique du RDV. Ainsi, le taux de succès technique après 2 procédures endoscopiques, était de 98.1% ; de même que le taux de succès clinique.
La présence d'une cause tumorale était associée significativement à l'échec de la première procédure ($p<0,001$).
Quatorze patients (23,7%) ont bénéficié d'une pose d'endoprothèse biliaire.
Le taux de complication était de 3,4 % dont une complication grave avec un choc septique survenant à J10 de la CPRE, une hémorragie digestive non grave, d'évolution spontanément favorable sans recours à un geste d'hémostase. Trois patients ont présenté des douleurs épigastriques intenses non typique de pancréatite aigüe, avec lipasémie et scanner normaux.

Discussion : Le taux de succès à la première procédure pour la lithiase biliaire concorde avec les données de la littérature alors que celui dans les pathologies tumorales est faible pouvant s'expliquer par une expérience insuffisante de l'opérateur et de l'équipe d'aide paramédicale qui était également novice.

Conclusion : La mise en place de la CPRE dans notre région a permis de limiter les évacuations sanitaires aux seules situations complexes . Le taux de succès après 1 à 2 procédures est de 98.1 % toutes causes confondues et le taux de complication est de 3,4 %.

Remerciements, financements, autres :
Service de Gastroentérologie, CHU Cochin APHP

P172

Traitement endoscopique des kystes hydatiques du foie fistulisés dans les voies biliaires : expérience d'un CHU

S. Salim [1], A.F.Z. Mejait [2], A. Lamine [1], M. Lahlali [1], H. Abid [1], A. El Mekkaoui [1], M. El Yousfi [1], S.A. Ibrahimi [1], M. El Abkari [1], D.A. Benajah [1], N. Lahmidani [1]

(1) Fès, MAROC ; (2) Paris.

Introduction : Le kyste hydatique du foie (KHF) est une affection parasitaire due au développement de la forme larvaire du tænia du chien (Echinococcus granulosus). Cette pathologie demeure fréquente et constitue un véritable problème de santé publique . C'est une maladie bénigne mais risque de devenir grave par ses complications notamment la fistulisation dans les voies biliaires, où elle pose des problèmes de prise en charge
L'objectif de notre travail est d'évaluer et analyser l'efficacité de la CPRE dans le diagnostic et le traitement des kystes hydatiques du foie rompu dans les voies biliaires.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive incluant les patients hospitalisés pour prise en charge des KHF fistulisés dans les voies biliaires, et ayant bénéficié d'un traitement endoscopique sur une période de 9 ans (de janvier 2013 à décembre 2022).

Résultats : 162 patients ont présenté un KHF rompu dans les voies biliaires. L'âge moyen des patients était de 42 ans, avec une prédominance masculine dans 68 % des cas.57 patients (groupe A) ont bénéficié initialement d'un traitement chirurgical,contre 105 patients(groupe B) ayant bénéficié d'emblée d'un traitement endoscopique . La symptomatologie clinique était marquée par une fistule biliaire externe persistante en post opératoire dans 22 % des cas, un ictère rétentionnel dans 34% des cas dans le groupe A,et un syndrome angiocholitique chez tous les malades du groupe B . Tous les patients ont présenté une cytolyse et/ou une cholestase biologique. Une échographie abdominale et une Tomodensitométrie abdominale ont été réalisé chez tous les patients, qui ont objectivés des lésions kystiques chez tous les patients, une dilatation des voies biliaires intra et/ou extra hépatiques chez 81 % cas et la présence du matériel hydatique dans la voie biliaire principale (VBP) chez 42 % des patients. La CPRE a été réalisée chez tous les patients avec une sphinctérotomie permettant l'extraction du matériel hydatique par ballonnet d'extraction ou par panier Dormia. L'évolution a été marquée par la disparition de l'ictère au bout de 5 à 15 jours en moyenne après le geste endoscopique et par le tarissement de la fistule biliaire externe au bout de 10 à 16 jours. Seulement 3 patients qui ont présentés une complication post CPRE type pancréatite.

Conclusion : La rupture du kyste hydatique dans les voies biliaires est une complication potentiellement grave, dont la prise en charge chirurgicale n'est pas dénuée de risque. Le traitement endoscopique représente une option thérapeutique séduisante et efficace et trouve sa place dans l'arsenal thérapeutique de cette affection

P173

Facteurs prédictifs d'échec du cathétérisme biliaire

R. Limam [1], M. Ben Abdelwahed [1], N. Ben Chaaben [1], H. Bouhlel [1], I. Jemni [1], R. Baklouti [1], M. Zakhama [1], A. Guediche [1], A. Sabbek [1], W. Bouhlel [1], M.H. Loghmari [1], L. Safer [1]

(1) Monastir, TUNISIE.

Introduction : La canulation sélective de la voie biliaire constitue une étape cruciale dans la réalisation de la cholangiopancréatographie rétrograde endoscopique (CPRE). Cependant, le cathétérisme biliaire peut être difficile et peut aboutir parfois à l'échec. Dans ce cas, l'utilisation d'autres techniques endoscopiques telles que la précoupe permet d'accéder à la voie biliaire.
L'objectif de ce travail était de déterminer l'incidence de l'échec du cathétérisme biliaire et les facteurs de risques associés.

Patients et Méthodes : C'est une étude prospective incluant tous les patients ayant eu une CPRE dans un service de Gastroentérologie entre septembre 2022 et Octobre 2023. La canulation biliaire difficile était définie selon les critères de l'ESGE (5-5-1).
Ont été exclus les patients ayant une papille sphinctérotomisée.

Résultats : On a colligé 151 patients. L'âge moyen des patients était de 62,3 ans [20-112 ans]. Le sexe-ratio (F/H) était de 1,74. L'indication principale de la CPRE était la lithiase de la voie biliaire principale (LVBP) dans 77,4 %, suivie de la sténose biliaire maligne (17,9%).
La canulation biliaire était réussie dans 90,1 % (n=136) des cas. Le cathétérisme biliaire était réussi par voie classique dans 69,9% (n=95).
Le recours à la précoupe permettait l'accès à la VBP dans 30,1% : fistulotomie (n=10), sphinctérotomie tans pancréatique (n=32) et la papillotomie (n=3).
Le cathéterisme biliaire était difficile dans 37,7 % (n=52) des cas.
Un cathétérisme non intentionnel du canal de Wirsung a eu lieu dans 38,4% des cas (n=58). La technique de double fil guide a été réalisée dans 18 cas.
En analyse univariée, l'échec du cathéterisme était significativement associé à la position difficile de la papille (p=0,005) et au caractère tumoral de la papille (p=0,016).
En analyse multivariée, seul le caractère tumoral de la papille (p=0,007) était associé au risque d'échec du cathétérisme.

Conclusion : La positon et le caractère tumoral de la papille conditionnent le risque d'échec du cathétérisme biliaire. L'utilisation des techniques de la précoupe permet de réduire ce risque.

P174

La papille péridiverticulaire est-elle un facteur d'échec du cathétérisme de la voie biliaire principale ?

H. Sawsen [1], M. Medhioub [2], A. Khsiba [2], A. Ben Mohamed [1], M. Mahmoudi [2], M. Yakoubi [1], G. Gharbi [1], L. Hamzaoui [2], M. Azouz [2]

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

Introduction : Le diverticule duodénal péri papillaire est fréquemment retrouvé au cours de la cholangiopancréatographie rétrograde endoscopique (CPRE), notamment chez le sujet âgé. Son impact sur les résultats du cathétérisme de la voie biliaire principale(VBP) est encore controversé. Le but de notre travail était d'évaluer si la papille péridiverticulaire (PPD)représente un facteur prédictif d'échec du cathétérisme de la VBP.

Patients et Méthodes : C'est une étude rétrospective, allant de juin 2017 à décembre 2022 incluant tous les patients ayant bénéficié d'une CPRE pour le traitement séquentiel des lithiases de la VBP dans le service de Gastroentérologie de l'hôpital Taher Maamouri Nabeul.

La papille périediverticulaire était défini soit par une papille intra diverticulaire soit par une papille para diverticualire (située à côté d'un diverticule duodénal)

Résultats : On a colligé 498 patients qui étaient âgés en moyenne de 61,08 ans ± 18,82. Au cours de la CPRE, une papille péri diverticulaire était retrouvée chez 18% des patients (n=90) : papilleintradiverticualire (n=17) et papille paradiverticualire (n=73).
La prévalence de la PPD était plus élevée chez les patients âgés (71,7% chez les patients >= 65 ans *versus* 28,9% chez ceux <65 ans, p=0,005).
Le cathétérisme de la VBP était réussi chez 87,8% des patients avec PPD et chez 95,1% des patients sans PAD. Le taux de succès du cathétérisme de la VBP était de 89% en cas de papille paradiverticulaire VS 82,4% en cas de papille intradiverticulaire.
En étude analytique, il n'avait pas été retrouvé d'association entre une papille péridiverticualire et l'échec de cathétérisme de la VBP (p=0 ,062), de même pour la papille paradiverticulaire (p=0,07), par contre la papille intradiverticulaire était associée à l'échec de cathétérisme de la VBP (p=0,047).
Le temps avant cathétérisme de la VBP était significativement plus long dans le groupe avec PPD par rapport au groupe sans PPD (7,7±8,59mm vs 5,2±6,4mm, p=0,02) de même pour le nombre de tentatives de cathétérisme de la VBP (4,26±4,63 vs 3,55±3,9, p=0,042).

Conclusion : Dans notre série, la papille péridiverticulaire représente un facteur de risque de cathétérisme difficile de la VBP au cours de la CPRE. La papille intradiverticulaire représente un facteur prédictif d'échec du cathétérisme de la VBP, contrairement à la papille paradiverticulaire.

P175

Apport de la CPRE dans la pathologie lithiasique chez le sujet âgé de plus de 75 ans

I. Mouslim [(1)], R. Chaibi [(1)], F. Ait Iken [(1)], A. Benhamdane [(1)], J. Benass [(1)], T. Addajou [(1)], R. Berraida [(1)], S. Mrabti [(1)], I. El Koti [(1)], F. Rouibaa [(2)], H. Seddik [(1)]

(1) Rabat, MAROC ; (2) Casablanca, MAROC.

Introduction : Devant une population à traiter de plus en plus âgée, la CPRE pose la question du bénéfice chez le sujet âgé.
L'objectif de ce travail est de déterminer les particularités et l'innocuité de la CPRE chez les patients de plus de 75 ans encomparant ses résultats avec le sujet moins jeune.

Matériels et Méthodes : De septembre 2004 à Aout 2023 a été menée une étude rétrospective descriptive et analytique incluant 122 patients, dont l'âge était supérieur à 75 ans, ayant bénéficié d'une CPRE pour pathologie lithiasique.
Des 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 JAMOVI.

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 ATCD de chirurgie de la 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.

P176

Impact du délai des examens morphologiques sur les résultats du traitement endoscopique des petits calculs de la voie biliaire principale

H. Sawsen [(1)], M. Medhioub [(2)], M. Mahmoudi [(2)], M. Yakoubi [(1)], A. Khsiba [(2)], A. Ben Mohamed [(1)], G. Gharbi [(1)], L. Hamzaoui [(2)], M. Azouz [(2)]

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

Introduction : La cholangiopancréatographie rétrograde endoscopique (CPRE) représente actuellement l'option de choix pour le traitement des calculs de la voie biliaire principale (VBP). Cependant, les petits calculs de la VBP peuvent migrer spontanément à travers la papille, rendant ainsi le recours à la CPRE non nécessaire. Le but de notre est d'évaluer l'impact du délai (examens radiologiques – CPRE) sur l'efficience de la CPRE dans le traitement des petits calculs de la VBP.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive, allant de juin 2017 à décembre 2022 incluant tous les patients ayant bénéficié d'une CPRE pour l'extraction de petits calculs de la VBP dans le service de Gastroentérologie de l'hôpital Taher Maamouri Nabeul.
Le diagnostic de LVBP ayant été porté par l'un des moyens d'imagerie (échographie abdominale, scanner abdominal, BILI-IRM, écho endoscopie).
Un petit calcul était défini par une taille ≤ 5mm

Résultats : Durant la période d'étude, on a colligé 194 patients qui étaient âgés en moyenne de 61 ±18,82 [8 - 100 ans]. Le sexe ratio H/F était de 0,5. Le diagnostic de LVBP était posé sur les données de : l'échographie abdominale chez 26,28% des patients, le scanner abdominal chez 31,44% des patients, la BILI-IRM dans 40,72% des cas et l' échoendoscopie chez uniquement 1,03% des patients.
Le cathétérisme de la VBP était réussi chez 184 patients (95%) . On avait mis en évidence des calculs de la VBP chez 88 patients. La CPRE était non nécessaire chez 96 patients (49,5%). La taille moyenne du plus gros calcul était de 4,37 ±2,32mm et le diamètre moyen de la VBP était de 9,23±3,02 mm [4-19]. Le délai moyen entre l'imagerie et la CPRE était de 27,66±19,97 jours [2-99]. Un délai (imagerie – CPRE) supérieur à 14 jours était associé à l'absence de calcul au cours de l'opacification (p =0,044).

Conclusion : Dans notre série, on a noté que la CPRE était non nécessaire chez environ la moitié des patients ayant des petits calculs de la VBP et elle était associée à un délai (examen morphologique- CPRE) dépassant les 2 semaines . Ce qui incite, d'une part à réactualiser le bilan d'imagerie juste avant la CPRE et d'autre part à proposer, en l'absence de complications, de différer le traitement endoscopique des petits calculs vue la possibilité de migration au niveau du duodénum.

P177

Aspects endoscopiques et anatomopathologiques des lésions ampullaires

R. Zmerli [(1)], M. Ghanem [(1)], S. Hafi [(1)], H. Ben Abdallah [(1)], S. Bizid [(1)], R. Bouali [(1)], M.N. Abdelli [(1)]
(1) Tunis, TUNISIE.

Introduction : Les lésions ampullaires sont des lésions rares et d'aspects endoscopiques variables. Elles sont dominées par les lésions néoplasiques qui sont majoritairement adénomateuses pouvant se transformer en lésions carcinomateuses. L'objectif de ce travail est de décrire les principaux aspects endoscopiques de ces lésions et de préciser la relation entre ces aspects et les résultats de l'examen anatomopathologique.

Matériels et Méthodes : On a réalisé une étude rétrospective descriptive et analytique ; allant de janvier2019 jusqu'à septembre2023 ; colligeant tous les patients chez qui des biopsies pour suspicion de lésions ampullaires ont été réalisées. On a décrit les principales constations endoscopiques et anatomopathologiques. On a ensuite réalisé une étude analytique pour préciser le rôle de l'endoscopie dans la prédiction de malignité.

Résultats : On a inclus 42 patients d'âge moyen 58,86 [16-79] ans avec un sexe-ratio : H/F=1,2. Cinq patients ont un antécédent personnel de tumeur solide pour laquelle ils ont eu un traitement par chirurgie ou chimiothérapie. Quatre patients ont un antécédent de polypose adénomateuse familiale (PAF). Les principales circonstances de découverte des lésions ampullaires étaient : une découverte endoscopique fortuite (14patients) ; un ictère rétentionnel (10patients) ; une anémie ferriprive (7patients) ; un contrôle endoscopique post ampullectomie(5patients), un bilan lésionnel de PAF (4patients) et une dilatation des voies biliaires sans ictère(2patients). Les constatations endoscopiques trouvées étaient essentiellement des lésions à développement extra-ampullaire (24patients), et intra-ampullaire (13patients). Un aspect cicatriciel post ampullectomie a été trouvé dans 5patients. Les formes à développement extra-ampullaires les plus fréquentes étaient : un processus ampullaire ulcéro-bourgeonnant (12patients), une papille bourgeonnante (8patients) et un aspect villeux adénomateux (4patients). Pour les formes à développement intra-ampullaires, on a constaté une papille bombante dans 8patients et une papille ulcérée déprimée dans5patients. Vingt patients (47,6%) ont bénéficié d'une Une cholangio-pancréatographie rétrograde endoscopique (CPRE). Les constatations cholangiographiques étaient une image de sténose distale qui était irrégulière dans 13patients, et régulière dans 7patients dont 4 avaient des images de calculs associés. Les biopsies ont été faites par un endoscope à vision axiale dans 13 patients, à vision latérale sans (10patients) et après (16patients) sphinctérotomie/ infundibulotome et sous écho-endoscopie dans 3 patients. Quant aux résultats anatomopathologiques ; des lésions tumorales ont été trouvées dans 59,5% des cas réparties en lésions malignes dans 13 patients (un adénocarcinome chez 11 patients, une tumeur neuroendocrine chez un patient et un carcinome épidermoïde chez un patient) et en lésions bénignes dans 12patients (lésions de dysplasie de bas grade chez 9 patients, une dysplasie de haut grade chez 2 patients et un léiomyome chez 1 patient). Les lésions non tumorales étaient des remaniements inflammatoires bénins dans 12 patients. Une biopsie normale était trouvée dans 5 patients.
En étude analytique ; la présence à l'endoscopie d'un aspect ulcéré ainsi qu'un aspect bourgeonnnant de la papille duodénale sont significativement associés à une malignité histologique (p<0,001, p=0,001, p=0,006 respectivement). De même, un aspect de sténose irrégulière du bas cholédoque était significativement associée à une lésion histologiquement maligne (p=0,001).

Conclusion : Les lésions ampullaires représente une entité rare dont l'aspect endoscopique et les constatations histologiques sont variables. Néanmoins ; il semble que la présence d'un aspect ulcérée ou végétant de la papille, ainsi qu'un aspect de sténose irrégulière du bas cholédoque à la CPRE sont significativement associés à des lésions histologiques malignes.

P178

Est-ce que l'aspiration à l'aiguille fine sous écho-endoscopie est toujours rentable dans le diagnostic histologique des masses pancréatiques et quels sont les facteurs influençant sa rentabilité ? Expérience d'un centre hospitalier marocain

H. Elommal [(1)], O. El Mqaddem [(1)], C. Mehdaoui [(1)], H. Koulali [(1)], A. Zazour [(1)], G. Kharrasse [(1)], Z. Ismaili [(1)]
(1) Oujda, MAROC.

Introduction : Le pancréas est une glande du système digestif situé profondément dans l'abdomen, l'écho-endoscopie a permis d'accéder aux masses pancréatiques en fournissant des images à haute résolution du parenchyme pancréatique ainsi que des canaux pancréatiques et d'obtenir un diagnostic histologique grâce à l'aspiration à l'aiguille fine (FNA) guidée par l'écho-endoscopie (EUS), mais une cytologie non concluante due aux faux négatifs peut retarder la prise en charge et modifier le pronostic des patients. Avec le développement de nouvelles techniques et de nouveaux matériels non encore disponibles dans tous les centres, est ce que la FNA par les aiguilles 19 et 22G est toujours rentable dans le diagnostic histologique des masses pancréatiques ? L'objectif de cette étude est de décrire et analyser les résultats de l'étude cytologique des cytoponctions des masses pancréatiques par FNA.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective ayant porté sur 164 patients ayant été admis entre Janvier 2018 et Septembre 2023 pour prise en charge d'une masse du pancréas et ayant subi une cytoponction par aiguille fine guidée par écho-endoscopie.
L'examen a été réalisé par un écho-endoscope linéaire sous sédation à l'aide des aiguilles fines 19, 20 et 22Gauge avec aspiration en slow pull back technique avec manœuvre de Fanning et Torque au cours de l'aspiration.
Un examen macroscopique en per geste de l'échantillon (Macroscopic On site Examination : MOSE) a été réalisé pour tous les patients avec transfert direct en solution de fixation ; cytolyt et formol.
L'analyse a été réalisé par le logiciel de statistiques SPSS avec calcul du test chi2.

Résultats : Sur 164 patients porteurs d'une masse pancréatique ayant subi une EUS FNA, la moyenne d'âge était de 62 ans avec des extrêmes de 22ans à 96 ans, avec une prédominance masculine, un sexe ratio H/F de 1.4, la localisation céphalique étant prédominante dans 55.49% (n=91) suivie par la localisation corporéo-caudale dans 33.5% (n=55) Les tumeurs pancréatiques se traduisent par une lésion focale dans 81.4% (n=132) des cas et prenant 2 localisations dans 18.51% (n=30), La taille moyenne était de 4cm variant entre 1.4 cm et 10cm, et des marqueurs tumoraux positifs notamment le CA 19-9 était positif chez 59% des patients (n=97).
Nous avons procédé à 2 passages chez 57.82% des cas (n=94), 3passages chez 28.05% des cas (n=46) et 1 passages chez 13.41% des cas (n=22) et 4 passages à 1.22% (n=2)
Les aiguilles de 22G ont été utilisées chez la plupart des patients 78.66% (n=129) patients.
Une cytologie concluante était retenue chez 119 patients 74% des cas et était non concluante dans 26% des cas (n =41), un adénocarcinome (ADK) du pancréas était retenu dans 61% % des cas (n=101), une tumeur neuroendocrine dans 0.6% des cas (n=1), une tumeur pseudo papillaire et solide du pancréas dans 1.2% des cas (n=2), une métastase pancréatique d'un primitif pulmonaire chez 1.2% (n=2) et un lymphome B dans 0.6% (1%), les étiologies bénignes étaient réparties comme suit ; une tuberculose pancréatique dans 0.60% (n=1) une pancréatite chronique dans 0.60% des cas (n=1), un cystadénome mucineux pancréatique dans 0.6% (n=1), et un cystadénome séreux pancréatique dans 0.6% (n=1).
Une seconde EUS FNA était reprise chez 17% (n=29) et une troisième FNA était réalisé chez 2 patients.
La taille et la localisation de la tumeur et le CA 19-9 n'avaient pas un impact sur le rendement diagnostique (p1=0.205, p2=0.9 et p3=0.6) respectivement.
Pour les malades qui ont eu 2 passages de l'aiguille la cytologie était concluante dans 74%, et les malades ayant

eu 3 passages 73%, le rendement diagnostique était presque identique également chez les malades ayant eu un seul passage (72%) (p=1).
Le type de l'aiguille n'a pas affecté le rendement diagnostique de la FNA, 130 ponctions ont été effectuées à l'aide de l'aiguille 22G dont 73% sont revenues concluantes et 34 ponctions soit 79% des cytoponctions faite par les aiguilles 19 et 20 étaient concluantes avec une comparaison non statistiquement significative entre la 22G d'une part et la 19 et 20G.

Conclusion : L'aspiration à l'aiguille fine sous écho-endoscopie a toujours une place dans l'exploration étiologique des masses pancréatiques, avec un rendement diagnostique non affecté par la taille de la tumeur, sa localisation, le nombre de passage et le type de l'aiguille.

P179

L'ampullectomie endoscopique : expérience d'un centre

S. Bostani [1], M. Ghanem [1], Y. El Mouldi [1], K. Boughoula [1], S. Bizid [1], H. Ben Abdallah [1], R. Bouali [1], M.N. Abdelli [1]
(1) Tunis, TUNISIE.

Introduction : L'ampullectomie endoscopique est considérée comme le traitement de choix des lésions ampullaires superficielles en raison de son efficacité prouvée et de la morbidité moindre par rapport à la chirurgie, qui implique souvent une duodéno-pancréatectomie céphalique.
Objectif : Evaluer les résultats de la résection endoscopique des tumeurs ampullaires dans notre centre.

Matériels et Méthodes : Evaluer les résultats de la résection endoscopique des tumeurs ampullaires dans notre centre.

Résultats : Seize patients ont été colligés (11 hommes et 5 femmes). L'âge moyen était de 58 ± 16 ans [15ans-79 ans]. Quatre patients étaient suivis pour une polypose adénomateuse familiale et un patient pour un syndrome de Lynch. Le diagnostic était fortuit chez 10 patients et révélé par un ictère ou une infection biliaire chez 6 patients.
Les lésions ampullaires avaient un diamètre moyen de 13.5mm [5mm-25mm], elles présentaient un aspect extra-ampullaire bourgeonnant dans 11 cas et un aspect intra-ampullaire ou aspect de papille bombante dans 5 cas.
La résection endoscopique était en monobloc dans 12 cas. Elle était macroscopiquement complète dans 13 cas. Un saignement immédiat durant l'acte est survenu dans 8 cas avec nécessité d'un traitement endoscopique chez 7 patients : mise en place d'un clip hémostatique et hémostase à la pince chaude réalisées chez respectivement 4 et 4 patients. Une prothèse pancréatique a été posée chez 10 patients.
L'examen anatomopathologique des pièces de résection a révélé un adénome chez 12 malades (8 cas de dysplasie de bas grade et 4 cas de dysplasie de haut grade) et un adénocarcinome dans 4 cas (carcinome in-situ pTis dans deux cas ; un carcinome invasif atteignant la sous muqueuse >pT1a dans deux cas), pour la plupart de type intestinal (12 patients). La résection était microscopiquement complète dans 13 cas.
Une concordance entre la nature anatomopathologique des biopsies préalables à la résection et celle de la pièce d'ampullectomie était présente dans 3/4 des cas, tous les patients inclus avaient au départ des biopsies révélant un adénome.
En conclusion, l'ampullectomie endoscopique était curative chez 13 patients. Pour les 3 autres patients, deux ont pu être opérés.
Des complications sont survenues chez 3 des patients : une pancréatite post-ampullectomie chez un patient, une angiocholite aigue chez un patient et une hémorragie retardée ayant nécessité des transfusions chez un patient. La durée moyenne d'hospitalisation était de 4.37 jours [2-10jours].
Pour les 13 malades avec une ampullectomie curative, la durée moyenne de suivi était de 40 mois [7-88 mois]. Deux patients ont présenté une récidive à un délai de 11 et 13 mois respectivement et ont été retraités endoscopiquement avec succès.

Conclusion : Les résultats de notre étude montrent que l'ampullectomie endoscopique est un traitement efficace avec un risque faible de complications. Cette procédure devrait être proposée en première intention pour les adénomes ampullaires et les adénocarcinomes intra-muqueux bien différencié. La décision d'une chirurgie complémentaire devra être discutée pour les malades opérables après résultat de l'examen anatomopathologique de la pièce d'ampullectomie.

P180

Intérêt de l'écho-endoscopie dans les dilatations de la voie biliaire principale sans obstacle visible sur imagerie conventionnelle

A. Mouffak [(1)], M. Salihoun [(1)], M. Acharki [(1)], I. Serraj [(1)], N. Kabbaj [(1)]
(1) Rabat, MAROC.

Introduction : L'echo-endoscopie constitue de nos jours un moyen incontournable diagnostique et thérapeutique, dans les affections bilio-pancréatiques et digestives, aussi bien bénignes que malignes.L'objectif de notre etude est de déterminer la place de l'echoendoscopie dans le diagnostic etiologique 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 monocentrique allant de Septembre 2015 à Aout 2023, incluant les patients les patients ayant bénéficié d'une écho-endoscopie biliopancréatique pour une dilatation de la voie biliaire principale sans obstacle visible à l'imagerie conventionnelle .Toutes les echo-endoscopies ont été réalisées à l'aide d'un échoendoscope Pentax avec sonde linéaire et /ou radiale et un échographe Aloka Prosound α5 SV .

Résultats : Sur un total de 649 écho-endoscopies bilio-pancréatiques réalisées, 115 patients avaient pour indication une dilatation de la voie biliaire principale sans obstacles visibles, soit 17,7%.
L'âge moyen de nos patients était de 61,2 ans avec des extrêmes allant de 18 ans à 93 ans avec une nette prédominance féminine avec un sex-ratio F/H de 2,7.
Dans notre étude, 39,5% de nos patients étaient asymptomatiques. 60,5% des patients ont présenté au moins un épisode de symptômes à type d'ictère cholestatique dans 26% des cas, de coliques hépatiques dans 21,7% des cas et d'épigastralgies dans 12,1% des cas .
Sur le plan biologique 55,6% des cas, n'ont pas présenté d'anomalies du bilan hépatique.
Une échographie a été réalisée chez 34,7% des patients, un scanner chez 26% des patients et une bili-IRM chez 60% des patients.
L'écho-endoscopie a permis de confirmer la présence d'une dilatation de la voie biliaire principale dans 67% des cas. Le diamètre moyen de la dilatation de la voie biliaire était de 12,2 mm et des extrêmes allant de 8,7 mm à 24 mm.
Cependant, la dilatation de la voie biliaire principale retrouvée à l'imagerie a pu être écartée dans 33% des cas . L'écho-endoscopie a permis d'établir un diagnostic étiologique chez 82% des cas, dont la lithiase de la voie biliaire principale dans 42,9% des cas, des dilatations kystiques dans 12,9% des cas, une oddite sphinctérienne dans 12,9% des cas et une pancréatite chronique dans 5,2% des cas. Une tumeur de la tête du pancréas a été retrouvée dans 3,8% des cas et un ampullome vatérien dans 3,8% des cas.
Aucune cause de la dilatation de la voie biliaire principale n'a pas pu être établi, aussi bien par l'imagerie conventionnelle que l'examen échoendoscopique dans 18% des cas.

Conclusion : Notre étude a permis de souligner le rôle et la performance de l'écho-endoscopie biliopancréatique dans le diagnostic étiologique des dilatations des voies biliaires sans obstacle visible à l'imagerie conventionnelle avec un rendement dans 82 % des cas .

P181

Rapport urée/créatinine prédicteur de l'origine haute ou basse du méléna : étude prospective

K. Gharbi [(1)], M.A. Lkousse [(1)]
(1) Marrakech, MAROC.

Introduction : Chez les patients présentant un saignement gastro-intestinal (GI), la source de saignement est incertaine en l'absence d'hématémèse.
Il est très intéressant de trouver des méthodes facilement accessibles et non invasives pour différencier diverses sources de saignements gastro-intestinaux (GI) avant d'effectuer une fibroscopie et une coloscopie.
La présente étude a été conçue dans le but d'évaluer les caractéristiques de performance de dépistage du rapport de l'urée sanguine à la créatinine pour prédire l'origine haute ou basse du méléna isolée sans hématémèse.

Patients et Méthodes : Etude prospective réalisée sur des patients présentant des saignements gastro-intestinaux aigus hospitalisés entre Janvier 2017 et décembre 2019.
Les patients qui ont présenté un méléna sans hématémèse ont été inclus dans l'étude.
Le rapport Urée / Créatinine plasmatique a été calculé pour tous les patients et sa précision dans la différenciation des saignements gastro-intestinaux supérieurs et inférieurs, confirmée par endoscopie ou coloscopie, a été évaluée.
Les patients ayant des antécédents d'insuffisance rénale confirmée, ceux présentant des signes d'hypertension portale, ainsi que les patients présentant des saignements gastro-intestinaux supérieur et inférieur ont été exclus de l'étude.

Résultats : Un total de 300 patients avaient des mélénas sans hématémèses avec un âge moyen de 48,49 ± 22 et un sexe ratio de 1.5 (60% d'hommes). Sur la base des résultats de l'endoscopie et de la coloscopie, 140 (46.6%) cas de saignement étaient liés au système digestif supérieur et 100 (33,3%) cas étaient liés au système digestif inférieur.
Le rapport Urée / Créatinine plasmatique était significativement plus élevé chez ceux présentant un saignement gastro-intestinal inferieur (75,90 ± 15,16 contre 38,16 ± 11,77 ; p = 0,001).
Un rapport inférieur à 50 était prédicteur de l'origine haute du méléna et un rapport supérieur à 60 était prédicteur de l'origine basse dans 90 % des cas.

Conclusion : Ce rapport simple d'utilisation, non invasif permet d'orienter le clinicien vers l'origine haute ou basse du méléna sans hématémèse.
Mots clés : hémorragie gastro-intestinale, méléna, Urée, créatinine.

P182

L'apport de la coloscopie chez les patients atteints de la spondylarthrite ankylosante : à propos de 173 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 spondylarthrite ankylosante (SPA) est une maladie inflammatoire chronique qui touche les enthèses, l'association maladie inflammatoire chronique de l'intestin (MICI) et SPA est très fréquente et bien reconnue, sa prévalence est sous-estimée.

Le but de notre travail est de préciser, chez un groupe de patient atteint de SPA toute forme confondue ayant bénéficié d'une iléo-coloscopie de dépistage, la fréquence des lésions macroscopiques et histologiques retrouvées à l'endoscopie.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective, étalée sur une période de 8 ans [Janvier 2015 - juin 2023]. On a inclus dans l'étude tous les patients ayant une SPA retenu selon les critères d'ESSG présentant au moins un critère majeurs (rectorragies, diarrhée organique, maladie périnéale) ou au moins 2 critères mineurs (douleur abdominale chronique, anémie et/ou carence martiale, fièvre inexpliquée , perte du poids inexpliquée, manifestations extra-intestinales ou antécédent (ATCD) familial de MICI) de dépistage . On a exclu les patients connus porteurs d'une MICI avant de développer une SPA.

Résultats : Un total de 173 patients atteints de SPA avaient bénéficié d'une iléo-coloscopie de dépistage.
On note une prédominance féminine à 58.38%, l'âge moyen de nos patients était 39 ans [16 ans - 67 ans] . Dans notre série 24.28% des patients avaient une SPA axiale Vs 54.91% avec SPA périphérique et une atteinte mixte chez 20.23%.
L'indication de la coloscopie était posée sur la présence d'au moins 1 critère majeur ou au mois 2 critères mineurs chez 88.9% , une calprotectine fécale élevée chez 2.8% et un aspect évocateur sur l'imagerie abdomino-pelvienne chez 8.3%.
Au moins un critère majeur était présent chez 82% (rectorragies chez 12.5% , diarrhée organique 58.3%,maladie périnéale 11.2%) , et au mois 2 critères mineurs étaient présent chez 73.6% (douleurs abdominales chroniques chez 36.1%,anémie et/ou carence martiale chez 20.8% , manifestations extra-intestinales chez 9.7%, fièvre isolée sans focalisation chez 15.3% , perte du poids inexpliquée chez 59.7%, ATCD familial de MICI chez 2.8%) .
Les résultats de l'endoscopie étaient comme suit : normal sans lésions macroscopiques chez 48.6% des patients et l'étude histologique des biopsies recto-coliques étagées systématiques a confirmé ces résultats. Chez 36.2% des patients l'endoscopie a révélé un aspect endoscopique compatible avec maladie de crohn (MC) avec une localisation iléale isolée chez 22.3% des patients, un aspect endoscopique compatible avec une rectocolite hémorragique (RCH) était révélé chez 8.2 % .
Les lésions endoscopiques décrites étaient : une congestion avec érythème, ulcérations aphtoïdes, des érosions, des ulcérations superficielles éparses et une muqueuse cicatricielle avec des pseudopolypes inflammatoires .
Les résultats histologiques chez ce groupe de patients étaient en faveur de MICI type MC chez 18.2% des patients Vs 6% de RCH, les lésions iléale et/ou coliques étaient non spécifiques chez 75.8% des patients, l'endoscopie a mis en évidence la présence de polypes coliques chez 7 patients sans lésions de la muqueuse et l'étude histologique était en faveur d'adénome tubuleux en dysplasie de bas grade chez 3 patient et non spécifique chez 4 patients .

Conclusion : Dans notre étude, l'iléo-coloscopie de dépistage a été réalisé chez les patients atteints de SPA avec au mois un critère majeur et au moins deux critères mineurs, a permis la mise en évidence sur le plan macroscopique de lésions en faveur d'une MICI chez 44.5% avec une confirmation histologique chez 24.2%. Ce dépistage est donc recommandé chez tout patient porteur de SPA devant la présence de certains critères permettant une prise en charge précoce des MICI.

P183

Evaluation de la technique d'amarrage par clip après surélévation et incision muqueuse dans la prévention de la migration de prothèse œsophagienne

A. Darnaude [1], C. Gomercic [1], J. Boulant [2], G. Vanbiervliet [1]
(1) Nice ; (2) Grasse.

Introduction : La migration reste une complication fréquente après la pose de prothèse œsophagienne, en particulier couverte. La fixation de la prothèse œsophagienne à la muqueuse à l'aide de clips hémostatiques a montré une réduction du taux de migration des prothèses œsophagiennes complètement couvertes. Dans l'hypothèse d'un ancrage plus efficace, la pose d'un clip en situation sous muqueuse a été décrite. L'objectif principal de l'étude était d'évaluer l'efficacité de cette technique de fixation dans la prévention de la migration de prothèse œsophagienne. Les objectifs secondaires étaient de déterminer les complications, les facteurs associés à la migration et le délai de migration après la pose de la prothèse.

Matériels et Méthodes : Il s'agit d'une analyse cas-témoin rétrospective d'une base de données prospective et monocentrique. Les patients inclus étaient porteurs d'une prothèse œsophagienne complètement couverte, fixée ou non à la muqueuse, insérées entre le 1er novembre 2020 et le 30 avril 2023, pour différentes indications. La fixation des prothèses, à leur pôle proximal, était réalisée à l'aide de clips through the scope, posés après surélévation puis incision muqueuse à la pointe d'une anse. L'un des mords était placé dans l'espace sous muqueux, saisissant la muqueuse et les mailles prothétiques avec l'autre mord.

Résultats : Un total de 42 patients a été inclus sur 71 recensés, 20 prothèses ont été fixée à la muqueuse œsophagienne (groupe fixé) et 22 prothèses ont été mise en place sans amarrage (groupe contrôle). Les pathologies bénignes représentaient 75,0% des indications de la pose de stent du groupe fixé et 50,0% dans le groupe contrôle (p=0,121). La répartition des sténoses et fistules était comparable dans les deux groupes (p=0,539). La période d'insertion de la prothèse était de 53,8 jours dans le groupe fixé et de 39,68 jours dans le dans le groupe contrôle (p=0,488). Le taux de migration global est comparable dans les deux groupes soit 55,0% dans le groupe fixé et de 36,36% dans le groupe contrôle (p=0,352). Une tendance en faveur d'une diminution du risque de migration précoce (dans le premier mois) était observée après fixation de la prothèse : parmi les prothèses ayant migrées, 18,18% des prothèses fixées et 50,0% des prothèses non fixées ont migré dans le mois suivant la pose (p=0,319). L'antécédent de radiochimiothérapie avant la pose de la prothèse était un facteur prédictif de migration. En revanche, la localisation de l'atteinte œsophagienne, le caractère bénin ou malin de la pathologie, la présence d'une sténose ou d'une fistule et l'antécédent de dilatation endoscopique ou de chirurgie œso gastrique n'étaient pas associés à un risque plus élevé de migration. Il n'était pas observé de majoration du taux de complication que ce soit à la pose de la prothèse ou au retrait dans le groupe de patient dont la prothèse a été fixée.

Conclusion : La technique de fixation de prothèse œsophagienne par clip après surélévation et incision muqueuse semble être faisable et sans sur risque de complication. Elle ne permet pas la prévention de la migration prothétique de manière globale mais pourrait réduire le risque de migration précoce (premier mois). D'autres techniques plus récemment décrites dans la littérature, telles que la suture endoscopique ou la fixation par clip over the scope, ont montré une meilleure efficacité. La fixation par clip hémostatique présente toutefois l'avantage de nécessité un matériel peu onéreux et facilement disponible dans les services d'endoscopie digestive.

P184

Les caractéristiques des images de cuvette prédisent la préparation colique avant la colonoscopie

L. Amer [1], N. Kaouk [1], M. Khanfour [1], T. Yaacoub [1], R. Slim [1], J. Amara [1], K. Honein [1], E. Mikhael [1], S. El Helou [1], E. Mahfouz [1], C. Yaghi [1]
(1) Beyrouth, LIBAN.

Introduction : La préparation colique est un des indicateurs clé de l'évaluation de l'efficacité de la coloscopie et la qualité de l'examen. Une préparation colique sous-optimale prolonge la durée totale de la procédure et raccourcit l'intervalle de suivi, entraînant un fardeau économique plus élevé. Pour relever ce défi, il est nécessaire de trouver des solutions innovantes pour évaluer la préparation intestinale, fournissant des résultats plus fiables et normalisés avant la procédure.

Matériels et Méthodes : Cette étude monocentrique vise à détecter les prédicteurs de la préparation intestinale à partir des caractéristiques des images de cuvettes. Nous avons recueilli 565 images de cuvettes de 100 patients après la deuxième dose d'une préparation, entre avril 2023 et octobre 2023. L'échelle de préparation colique de Boston (BBPS) calculée après la coloscopie du patient est divisée en deux catégories : Bonne ≥ 8 et insuffisante <8. Nous avons classé l'aspect visuel de la cuvette des toilettes en 1) clair ou trouble avec de légers débris ou 2) selles semi-claires aqueuses avec des particules troubles ou épaisses. Pour chaque image, nous avons amélioré la précision en utilisant le recadrage d'image à l'aide de MATLAB, puis nous avons spécifié les scores moyens correspondants de l'image en RGB (Rouge, Vert, Bleu) et HSV (Teinte, Saturation, Luminosité).

Résultats : Les 565 images de cuvettes ont une moyenne de rouge= 120.78 ± 22.07, vert= 103.93 ± 22.59, bleu= 73.99 ± 20.91, teinte= 0.09 ± 0.04, saturation= 0.54 ± 0.16, et luminosité= 0.47 ± 0.09. Une limite est définie pour chaque caractéristique d'images en utilisant l'aire sous la courbe (AUROC). De plus, chaque caractéristique est regroupée en quatre quartiles. La régression a montré une corrélation significative entre le bleu (seuil= 68, p= 0.013), la saturation (seuil= 0.64, p= 0.007), le premier quartile de la teinte (seuil ≤0.073 ; p < 001), et le dernier quartile de la luminosité (seuil ≥ 0.527, p= 0.002). Ensuite, une formule de régression est établie selon la formule suivante : 1.674 x teinte premier quartile + 1.301 x luminosité dernier quartile + 1.084 x saturation (seuil= 0.64)+ 1.149 x vert 97.5 – 0.778. L'AUROC de la nouvelle répartition est égale à 0.716 [0.636-0.796] et révèle un seuil égal à 3. La corrélation de la nouvelle classification basée sur la formule de régression obtenue avec les images de cuvettes est représentée dans le tableau dessous.

		Images précédentes	Dernière image	Toutes les images
Aspect visuel de la préparation colique	Sensitivité	83%	80%	82%
	Specificité	30%	44%	31%
	Précision diagnostique	57%	76%	60%
	Odds Ratio [CI]	2.1 [1.3- 3.3]	3.3 [1.1 – 9.7]	2.1 [1.4 – 3.1]
Boston	Sensitivité	80%	80%	80%
	Specificité	57%	76%	72%
	Précision diagnostique	78%	85%	76%
	Odds Ratio [CI]	5.4 [2.8, 10.3]	3.9 [1.1 – 13.5]	5.0 [2.8 – 8.9]

Discussion : Le résumé aborde les exigences de base pour la mise en œuvre d'une application destinée à aider les patients et les médecins pour obtenir la meilleure qualité lors de la coloscopie. Les éléments inclus constituent les nœuds d'un algorithme décisionnel. L'importance des données présentées est liée à la précision et à la haute sensibilité de l'outil développé.

Conclusion : Le bleu, la teinte, la saturation, et la luminosité de l'image de cuvette sont les principaux prédicteurs de la qualité de la préparation. En utilisant les limites spécifiques, nous avons établi un modèle en deux étapes pour prédire la qualité du nettoyage avant d'effectuer la procédure. Cette méthode peut permettre d'adapter la stratégie de préparation avant de subir la coloscopie pour améliorer le résultat final de la procédure.

P185

Étude rétrospective évaluant l'apport de l'intelligence artificielle et d'une nouvelle génération d'endoscopes sur le taux d'adénome d'un centre d'endoscopie

J. Lacroute [1], J. Huppertz [1], B. Dirrenberger [1], A. Derlon [1], P. Lévy [1], I. Tchoumak [1], O. Gronier [1]
(1) Strasbourg.

Introduction : Plusieurs études ont montré que l'intelligence artificielle (IA) pouvait avoir un impact sur le taux d'adénome, principalement en améliorant la détection des petits adénomes. Le rôle d'une génération d'endoscope +1 sur l'amélioration de la détection de lésions planes est débattu.

Matériels et Méthodes : Au sein de notre centre d'endoscopie digestive ambulatoire, nous avons revu rétrospectivement les comptes rendus d'anatomie pathologique des patients ayant eu une polypectomie en 2021 puis en 2022, après l'acquisition d'endoscopes de dernière génération et d'un module d'intelligence artificielle au sein de notre centre d'endoscopie digestive ambulatoire. Les données ont été recueillies en considérant la lésion la plus grave (hyperplasique, adénome de moins de 1 cm, adénome avancé soit en en dysplasie de haut grade ou plus d'1cm, cancer), les polypes festonnés étant systématiquement répertoriés. L'âge, le sexe des patients ont été recueillis ainsi que le nombre de patients avec fit positifs. Les endoscopistes étaient les mêmes en 2021 et 2022.

Résultats : En 2021(2022) 4144 (4162) coloscopies ont été réalisées au centre, dont 1140 (1307) avec polypectomie d'au moins un adénome. Le taux d'adénome était de 28 % en 2021 (31% en 2022). Le nombre d'adénomes avancés était de 202 (140), le nombre de cancers étaient de 61 (54), le nombre de polypes de moins d'un centimètre était de 784 (947), le nombre de polypes festonnés de 202 (286). Les patients étaient âgés de 63 ans (63 ans) en moyenne, il s'agissait d'hommes dans 52% (53%) des cas. Le nombre de coloscopies pour Fit positif était de 243 (115).

Conclusion : Ces résultats montrent une amélioration de la détection des adénomes, des petits polypes et des lésions festonnés. Cette amélioration correspond à l'introduction au centre d'endoscopes de nouvelle génération couplés à l'IA. On peut alors se demander si cette amélioration est significativement plus importante chez les endoscopistes ayant un taux de détection d'adénome plus bas. Une absence significative d'amélioration pourrait, entre autres, être liée à un temps de retrait trop court, ne permettant pas d'exploiter au mieux l'IA. Nous nous proposons d'étudier plus spécifiquement ces différents paramètres l'année prochaine pour mieux appréhender la meilleure façon d'associer la performance de l'IA à l'expertise humaine.

P186

Hémorragie par rupture de varices gastriques : facteurs de risque de récidive hémorragique après injection de colle biologique

A. Gnaba [(1)], A. Sabbek [(1)], R. Tababi [(1)], H. Bouhlel [(1)], M. Mabrouk [(1)], M. Ben Abdelwahed [(1)], I. Jemni [(1)], 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.

Introduction : L'hémorragie par rupture de varices gastriques (RVG) représente un défi clinique majeur chez les patients atteints d'hypertension portale (HTP). Elle reste grevée d'une lourde mortalité en l'absence d'une prise en charge appropriée associant traitement médical et endoscopique.
Objectif : Identifier les facteurs de risque associés à la récidive de l'hémorragie par RVG à 6 semaines suivant une injection de colle biologique, ainsi qu'à évaluer son impact sur la mortalité.

Matériels et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective analytique, ayant inclus tous les patients hospitalisés dans le service d'hépato-gastroentérologie de CHU Fattouma Bourguiba Monastir entre janvier 2014 et octobre 2023 pour une hémorragie digestive ayant comme étiologie exclusive une RVG et ayant eu une fibroscopie œsogastro-duodénale avec hémostase endoscopique par injection de colle biologique. Les données cliniques, biologiques et endoscopiques relatives aux différents épisodes de RVG ont été consignées. Les varices gastriques (VG) ont été classées selon la classification de Sarin.
La cirrhose était considérée avancée pour un score de Child > B7. La décompensation de la cirrhose associée (en dehors de l'hémorragie par HTP) était définie par la présence d'une ascite clinique ou d'une encéphalopathie hépatique ≥ grade II. La mortalité hépatique était attribuée à l'hémorragie, à une décompensation de la cirrhose associée ou à une infection. Pour l'analyse multivariée et l'estimation du risque, nous avons utilisé la méthode de régression de Cox.

Résultats : Soixante-quinze épisodes de RVG ont été enregistrés chez un total de 33 patients, dont l'âge moyen était de 58 ans ± 18 ans. Le sexe ratio était de 0,94. L'étiologie de l'HTP était principalement liée à la cirrhose (72,7%). Celle-ci était le plus souvent avancée (Child B = 37,3% des cas et Child C = 22,7%). La répartition des VG au cours des différents épisodes était la suivante : GOV1 (n=18 ; 24%), GOV2 (n=32 ; 42,7%), IGV1 (n=24 ; 32%) et IGV2 (n=1 ; 1,3%). Des varices œsophagiennes (VO) étaient présentes dans 96% des cas, et une gastropathie hypertensive (GHT) était observée dans la moitié des cas (56%). Parmi ces épisodes, 27 (36%) sont survenus sous un traitement antithrombotique. Une transfusion de culots globulaires était nécessaire dans 40 cas (53,3%) avec recours à la noradrénaline dans 9 cas (12%). La quantité moyenne de colle biologique utilisée était de 2 ml ± 0,5ml, avec un maximum de 4ml.
En effet, au cours d'un suivi médian de 363 jours [18-2540 jours], une récidive de RVG a été observée chez la moitié des patients (51,5%, N=17), survenant dans un délai médian de 345 jours [IC95% : 146-543 jours], correspondant à un taux de récidive à 6 semaines de 18,7%.
La récidive de RVG à 6 semaines était significativement associée à une cirrhose avancée (100% vs 70,8% ; p=0,040), à la présence concomitante d'une autre décompensation hépatique (57,1% vs 23% ; p=0,011), au saignement actif par la VG au moment de l'endoscopie haute (85,7% vs 37,7% ; p=0,001), aux varices de type GOV2 (54,3% vs 25% ; p=0,012) ainsi qu'à la présence d'une GHT (100% vs 70,5% ; p=0,020). Cependant, l'âge, le sexe, l'étiologie de l'HTP, le traitement antithrombotique, le carcinome hépatocellulaire, la présence de clou plaquettaire ou d'ulcération sur la VG, la présence de VO, la quantité de colle injectée, et la nécessité de transfusion n'étaient pas associés à la récidive de RVG à 6 semaines.
En analyse multivariée, seule la GHT était indépendamment prédictive de la récidive de RVG au cours du suivi, avec un Hazard Ratio de 4,8 [IC95% : 1,6-14,5 ; p=0,006].
En ce qui concerne la mortalité hépatique, elle s'est élevée à 42,4% (14 patients), avec un délai médian de 35 semaines [IC95% : 3-143 semaines]. Elle était étroitement associée à la récidive hémorragique (75% vs 31,8% ; p<0,001). En analyse multivariée, la récidive de RVG ainsi que le diabète étaient prédictifs de la mortalité, avec un risque relatif de 9,7 (p=0,021) et 21,3 (p=0,039) respectivement.

Conclusion : La récidive de RVG à 6 semaines semble être liée à la sévérité de l'hépatopathie ainsi qu'à la présence d'une GHT et d'un saignement actif au moment de l'endoscopie. Cette récidive, surtout chez les patients diabétiques, est associée à une majoration de la mortalité hépatique à court et à moyen terme. Il serait ainsi judicieux de proposer une surveillance plus attentive et rapprochée pour ces patients à risque élevé.

P187

Evaluation de l'efficacité comparée de la capsule gastrique pilotée par champ magnétique et de l'endoscopie œso-gastroduodénale

T.N. Berea [1], L. Lellouche [1], A. Assaf [1], F. Corre [1], J. Leroux [2], A. Belle [1], M. Barret [1], S. Chaussade [1], R. Coriat [1]

(1) Paris ; (2) Rouen.

Introduction : La vidéocapsule pilotée par un champ magnétique (VCEP) est une nouvelle technique non invasive permettant l'exploration de la cavité gastrique (NaviCam system par AnX Robotica, Wuhan, China, anciennement Ankon). Cet examen pourrait être proposé comme une alternative à l'endoscopie œsogastroduodénale (EOGD) en cas de refus d'un geste invasif ou de contre-indication à l'anesthésie générale. Le système NAVICAM Pro Scan permet un pilotage automatique par champ magnétique de la capsule à travers l'ensemble de la cavité gastrique.
L'objectif de cette étude est d'étudier la faisabilité et la rentabilité diagnostique au niveau gastro duodénale de la VCEP en comparaison à l'EOGD.

Matériels et Méthodes : Les patients ont réalisé un examen de la cavité gastrique par VCEP avec utilisation du système NAVICAM. Les patients inclus dans l'étude étaient âgés d'au moins 18 ans et avaient tous réalisé une EOGD avant de réaliser la VCEP. Les indications de l'EOGD et de la VCEP étaient des douleurs abdominales, une anémie, ou un antécédent de polype gastrique, d'un ulcère ou d'angiodysplasies.
Lors de la VCEP, les temps de réalisation de l'examen, d'analyse et d'interprétation ont été recueillis pour tous les patients. Les temps de passage dans chaque segment ont également été recueillis (œsophage, estomac, duodénum). La visualisation ou non visualisation de chaque segment anatomique a été notée. La lecture des images a été réalisée pendant le pilotage magnétique. L'élaboration du compte rendu de la VCEP et de l'exploration gastrique a été faite en aveugle du résultat de l'EOGD.

Résultats : Au total, 13 patients ont été inclus dans l'étude et ont réalisé une VCEP. Le délai moyen entre l'EOGD et la réalisation de la VCEP était de 10,9 mois. Le temps total moyen pour réaliser la VCEP gastrique était de 15,25 minutes. Le temps de passage dans l'œsophage était de 10,92 secondes. Le temps de passage dans l'estomac était de 13,24 minutes en moyenne.
Le cardia, le fundus gastrique, le corps gastrique, l'angulus, et le pylore ont été visualisé dans 84,61% des cas. Il y a eu un passage immédiat après la déglutition de la VCEP dans le duodénum chez 2 patients. Le segment le moins visualisé lors de la VCEP était le duodénum avec un taux de visualisation à 61,53% pour le bulbe et le premier duodénum, et de 46,15% pour le deuxième duodénum.
Le taux de détection des lésions antérieurement décrites en EOGD : sur les 2 gastrites détectées à l'EOGD 2 ont été détectées par la VCEP soit une sensibilité de 100%, les 2 lésions angiodysplasiques vues à l'EOGD ont été également retrouvées par la VCEP soit une sensibilité de 100%. Aucune varice œsophagienne, ulcérations ou polypes n'ont été identifiés lors de la VCEP en cohérence avec les résultats de l'EOGD.
Trois lésions antérieurement décrites par l'EOGD n'ont pas été identifiées par la VCEP: 2 hernies hiatales et 1 lésion d'œsophagite peptique infracentimétrique, toutes étant localisées au niveau œsophagien.
Quatre nouvelles lésions non visualisées lors de l'EOGD ont été mises en évidence par la VCEP: 1 bulbite, 1 antrite et 1 ulcération infra-centrimétrique antrale chez le même patient, et 1 polype gastrique antral chez un autre patient.

Conclusion : L'examen du tractus digestif supérieur par la VCEP représente une option faisable et une alternative potentielle à l'endoscopie digestive haute chez les patients refusant une endoscopie ou présentant une contre-indication à l'anesthésie générale, avec un taux de détection des lésions gastriques comparable à l'endoscopie digestive. A noter un taux de détection des lésions au niveau du duodénum de 61% inférieur aux critères de qualité d'une exploration digestive haute.

P188

L'effet weekend a un impact péjoratif sur l'évolution des hémorragies digestives hautes non variqueuses : mythe ou réalité ?

S. Riahi [1], M. Ayari [2], Z.E.I. Abdelaali [2], T. Jomni [2], H. Douggui [2]

(1) Tunis, TUNISIE ; (2) La Marsa, TUNISIE.

Introduction : L'hémorragie digestive haute non variqueuse (NVUB) est une urgence associée à une morbidité et une mortalité élevées nécessitant une surveillance étroite et une intervention endoscopique précoce pour diagnostiquer et arrêter le saignement. L'« effet week-end » suscite souvent des soucis de retard ou de prise en charge inappropriée du fait du manque habituel de personnel médical et paramédical laissant présager de ce fait un surrisque de morbi-mortalité.

Patients et Méthodes : Le but de notre étude était d'étudier les caractéristiques et le cours évolutif des NVUB survenant pendant le weekend. Nous avons mené une analyse rétrospective monocentrique des données cliniques et endoscopiques de tous les patients hospitalisés pour NVUB entre 2015 et 2023 à partir de la base de données des dossiers médicaux informatisés de notre hôpital. Les données sur le délai de réalisation de l'endoscopie, la prise en charge thérapeutique, la durée d'hospitalisation et la mortalité ont été collectées selon que l'hémorragie digestive était survenue le weekend (G1) ou durant la semaine (G2).

Résultats : Au total, 91 patients ont été recrutés : 58 hommes et 33 femmes avec un sex-ratio de 1,75 et un âge moyen de 63,9 ans (20-91). Les deux groupes étaient comparables en termes de temps moyen nécessaire pour réaliser une endoscopie gastro-intestinale haute (G1 : 11,9 heures vs G2 : 15,9 heures, p=0,06) ou une coloscopie (G1 : 39,94 heures vs G2 : 49,15 heures, p=0,11). Cependant, il y avait une légère augmentation du recours à un traitement hémostatique endoscopique dans le groupe weekend p = 0,05. Néanmoins, il n'y avait pas de différence significative entre les deux groupes en termes de durée totale d'hospitalisation (G1 : 7,19 jours vs G2 : 7,54 jours, p=0,65), de besoins transfusionnels en culots globulaires (G1 : 3, 33 vs G2:2,3, p=0,07) et l'utilisation de catécholamines pour maintenir un état hémodynamique optimal (p=0,51). De plus, il n'y avait pas de différence significative relative à la mortalité globale entre les deux groupes (G1 : 5% vs G2 : 12,9% respectivement, p=0,25).

Conclusion : Notre étude n'a pas démontré « effet week-end ». En effet, les résultats étaient indépendants du jour de l''admission. Cela reflète un développement continu et un meilleur accès à l'endoscopie interventionnelle, ainsi qu'une meilleure collaboration multidisciplinaire surmontant les difficultés logistiques et techniques souvent rencontrées durant le weekend.

P189

Évaluation de la santé mentale du personnel des unités d'endoscopie digestive des villes de xxx et de xxx en contexte de la pandémie de la Covid-19

E. Bella [(1)], O. Kamga [(1)], M. Tombedi [(1)], S.M. Biwole [(1)], M.P. Kowo [(1)], O. Njoya [(1)], F. Ankouane [(1)]
(1) Yaoundé, CAMEROUN.

Introduction : La crise sanitaire liée à la pandémie de la Covid-19 a installé un climat anxiogène, notamment chez le personnel de santé acteur de première ligne face à la pandémie.Le personnel des unités d'endoscopie digestive est particulièrement exposé au risque de propagation du SARS Cov-2, du fait du risque d'aerosolisation et du contact étroit entre patients et personnels (risque de projection de liquides biologiques émanant de patients potentiellement infectés). S'intéresser à la santé mentale des soignants peut paraitre tabou, car ils sont censés être en bonne santé, ne pas avoir de fragilités, et s'occuper des patients.Le but de notre travail, était d'évaluer la santé mentale du personnel des unités d'endoscopie digestive des villes de*** et de*** en contexte de la pandémie de la Covid-19.

Matériels et Méthodes : Nous avons mené une étude transversale descriptive et analytique au sein de 09 unités d'endoscopie digestive des villes de*** et de *** sur une période de 5 mois allant du 03 Mai 2021 au 30 Septembre 2021, correspondant à la troisième vague de la pandémie (la plus stressante à ce jour).Nous avons réalisé des entrevus individuels après obtention d'un consentement écrit.Nous avons inclus les Hépato-Gastroentérologues,les infirmiers aides endoscopistes et les aides-soignants des unités d'endoscopie digestive.Le personnel sous traitement anxiolytique ou antidépresseur a été exclu.Les résultats en matière de santé mentale ont été évalués au moyen de l'échelle d'évaluation du stress, l'échelle du trouble d'anxiété généralisée (GAD-7) et du questionnaire sur la santé des patients (PHQ-9).

Résultats : Au total 43 personnels des unités d'endoscopie digestive ont été retenus pour notre étude.Les femmes prédominaient à 67,45%.Le sexe ratio H/F était de 0,48.L'âge moyen de 39 ans avec des extrêmes allant de 20 à 60 ans.La majorité de nos participants exerçaient dans le secteur privé et dans la totalité des structures le personnel aide endoscopiste était également chargé de la désinfection des endoscopes.Nous avons trouvé que le respect strict des recommandations de la SFED n'était pas effectif dans toutes les structures notamment, le remplissage d'un questionnaire la veille de l'examen (évaluant le risque infectieux des patients grâce à la recherche de symptômes ou d'une exposition dans les 14 jours précédants la procédure)et le report des examens chez tout patient présentant des signes évocateurs de la Covid-19.Les deux principaux facteurs de risques psychosociaux organisationnels étaient un cadre de travail non sécuritaire (72,2%) et une faible reconnaisse des efforts et réalisations au travail (44,2%).Les deux principaux facteurs de risques psychosociaux individuels retrouvés étaient la crainte d'être infecté ou de contaminer un membre de sa famille (90,7%) et la perception de la Covid-19 comme une maladie grave potentiellement mortelle (58,2%). Nous avons trouvé un taux élevé de dépression mentale légère (91%)et d'anxiété généralisée (44,28%).Nous avons trouvé une association statistiquement significative entre le genre féminin (p=0,001)et le risque de développer des symptômes de dépression mentale d'une part et de l'impact du stress sur le travail en situation de performance d'autre part.

Conclusion : Le personnel des unités d'endoscopie digestive des deux grandes métropoles du***,est majoritairement jeune à prédominance féminine.Il est exposé à de nombreux facteurs de risques psychosociaux organisationnels et individuels.Nous avons trouvé une prévalence élevée des troubles anxio-dépressifs et d'impact du stress sévère sur le travail en situation de performance chez le personnel de notre étude.Les résultats obtenus dans notre travail soulignent la nécessité de promouvoir l'encadrement du personnel des unités d'endoscopie digestive par des spécialistes de la santé mentale.

P190

Quel est l'apport des prothèses duodénales partiellement couvertes extirpables dans les sténoses bénignes ou indéterminées ? Expérience d'un centre d'endoscopie interventionnelle : à propos de 18 cas

R. Mairin [(1)], J.P. Ratone [(1)], M. Giovannini [(1)], F. Caillol [(1)], S. Hoibian [(1)], Y. Dahel [(1)]
(1) Marseille.

Introduction : Les sténoses du tractus digestif haut pour lesquelles il pourrait exister une indication à la pose d'une prothèse duodénale partiellement-couverte extirpable (PDPCE) pour calibrage d'une sténose sont des pathologies hétérogènes (sténose bénigne ou indéterminée). Il manque à ce jour de données montrant une efficacité clinique initiale et au long cours. Nous avons voulu évaluer les résultats de ces prothèses dans notre centre. L'objectif principal était d'évaluer l'efficacité immédiate des PDPCE. Les objectifs secondaires étaient l'évaluation du taux de complication, l'efficacité au long cours.

Matériels et Méthodes : Tous les patients ayant bénéficiés de la pose d'une prothèse duodénale partiellement couverte extirpable entre le 04/06/2021 et le 05/04/2023 au sein de notre service[MR1] ont été inclus. Le succès clinique était évalué à l'aide du score de GOOSS avant et après l'intervention. Le taux de complication était évalué à l'aide de la classification AGREE.

Résultats : Il a été inclus 18 patients dont 72% (13/18) des patients étaient des hommes. L'âge moyen était de 65 ans (max = 90 ; min= 49). 94,4% (17/18) des patients avaient une sténose. La pancréatite chronique représentait 41% (7/17) des patients, tumorale 24% (4/17), peptique 17% (3/18), et enfin on retrouvait quelques causes rares comme les sténoses inflammatoires idiopathiques(n=1), les sténoses post résection(n=1), et les DKPA(n=1). 1 patient a bénéficié de la pose d'une prothèse duodénale pour la couverture d'une perforation duodénale survenue au décours d'une CPRE. 88% (15/17) d'entre eux ont eu une amélioration du score de GOOSS de 1 point ou plus après la pose de la prothèse duodénale. Il y a eu 55,5% (10/18) de complications qui sont survenues en moyenne à la 4ème semaine dont 100% (10/10) migrations intragastriques. Aucune migration après la sténose n'a été décrite. 11% (2/18) patients ont présenté une hémorragie digestive sur une érosion vasculaire secondaire à la dislocation de la prothèse. 5% (1/18) a eu une obstruction de prothèse Les complications ont pu être traitées endoscopiquement. 12% (2/17) des patients ont eu une calibration satisfaisante de la sténose par la prothèse duodénale (une sténose peptique, et une sténose post résection). Dans 70% des cas (12/17) la sténose était réfractaire au traitement par prothèse.

Conclusion : Malgré un taux de migrations élevé qui grève l'efficacité des prothèses duodénales partiellement couvertes extirpables, ces prothèses en cas de sténose inflammatoire, tumorale ou indéterminée peuvent permettre le passage d'un « cap » le temps de poursuivre les investigations pour avoir un diagnostic précis, de laisser les thérapeutiques médicales agir ou de renutrir les patients avant d'envisager un traitement chirurgical de second intention. Leur design partiellement couvert au pôle proximal mais extirpable ont évité toute migration dramatique en aval de la sténose comme avec les prothèses totalement couvertes. L'efficacité et la standardisation de la gastro-entéroanastomose endoscopique laissent peu de place à cette technique qui peut garder un intérêt dans une sténose longue bénigne en échec de dilatation. En effet, la prothèse est extirpable facilement et toutes les migrations sont intragastriques. Dans ce cas, il semble nécessaire de les retirer avant 4 semaines et ne pas attendre sa migration spontanée désagréable pour le patient et potentiellement pourvoyeur d'autres complications.

P191

L'apport de l'intelligence artificielle dans la classification des polypes et leurs prises en charges thérapeutiques

S. Salhani [1], L. El Rharbaoui [1], N. Al Maimouni [1], H. Ouaya [2], H. Meyiz [1], I. Mellouki [1]
(1) Tanger, MAROC ; (2) Marrakech, MAROC.

Introduction : En s'appuyant sur des algorithmes avancés et des techniques d'apprentissage automatique, l'intelligence artificielle a démontré des capacités remarquables dans la reconnaissance et la classification des polypes. En permettant une identification rapide et précise des polypes au cours des examens endoscopiques, l'IA a le potentiel de rationaliser le diagnostic, d'optimiser les stratégies de traitement et d'améliorer les résultats pour les patients.
Le but de ce travail est de développer un algorithme capable de reconnaitre et de classifier les polypes selon Connect et de déterminer la prise en charge thérapeutique adaptée.

Matériels et Méthodes : La première étape de notre travail a consisté de rassembler des images endoscopiques de polypes à partir de la base de données du service. Ces images étaient réparties en 5 types selon la classification Connect : IH, IS, IIA, IIC et III.
Au total, on a rassemblé 11 images de la classe IH, 10 de la classe IS, 22 de la classe II A, 24 de la classe IIC et 4 de la classe III.
On a développé un algorithme en utilisant des modèles tels que tensorflow.keras.models, nupmy et flask fréquemment adoptés dans l'intelligence artificielle permettant la reconnaissance des images.
Par la suite on a testé la capacité de notre programme a bien classifier les polypes sur des images endoscopiques de polypes. Pour chaque classe, on lui a remis 4 photos.

Résultats : Sur les 4 images de la classe IH, 3 ont été reconnus. La quatrième image a été confondu avec un IIA soit une sensibilité de 80 %. Uniquement 2 des images de la classe IIS ont bien été identifiés avec une sensibilité estimée à 66 %.
Pour les classes 2A et 2C, avec pourtant la meilleure base de données, l'algorithme a reconnu 3 images endoscopiques sur 4 et donc une sensibilité similaire à la première classe.
Et finalement pour la dernière classe, il en a reconnu aucune.
L'AUC de la courbe obtenue était de 0.665

Conclusion : L'intelligence artificielle pourrait jouer un rôle fondamental dans la classification des polypes et donc une prise en charge thérapeutique optimale. Ceci dit, une très large base de données est nécessaire pour développer un algorithme avec une meilleure sensibilité et spécificité, ce qui explique les résultats obtenus dans notre travail. La qualité des images endoscopiques pourrait aussi améliorer la performance des programmes de l'intelligence artificielle.

P192

Intérêt de la simulation endoscopique dans l'amélioration des performances des internes avant le passage de pratique sur un vrai patient

N. El Khamlichi [1], R. Ajana [1], Y. Ait Ahmed [1], H. Ouaya [1], H. Meyiz [1], I. Mellouki [1]
(1) Tanger, MAROC.

Introduction : Les simulateurs d'endoscopie gastro-intestinale représentent une solution valable pour permettre aux médecins de s'exercer dans un scénario préclinique.
Objectif :- Déterminer l'intérêt de la simulation endoscopique chez les médecins résidents au cours de leur formation avant sa réalisation sur un vrai patient.

Matériels et Méthodes : Chaque résident 1ère année a un nombre de module à valider avant de pouvoir passer à l'endoscopie sur un vrai patient, ce programme comporte un module de « fundamental skills », un module de fibroscopie haute et un autre de l'endoscopie basse.

Résultats : En analysant les résultats de ces modules de gastroscopie et coloscopie, on note l'amélioration de pourcentage de la surface examinée entre le premier cas clinique (66 +/-9%) et entre le dernier cas clinique (93+/- 2%) avec un P<0,008, ainsi que l'efficacité des photos prises, au début était de (49,7+/- 23,8%) avec une nette amélioration dans le dernier cas clinique (90 +/-10%), on a remarqué aussi que les résidents au début n'avaient pas le réflexe de faire les biopsie (0 biopsie) alors qu'après ils ont développé ce réflexe (10+/- 7 au total), l'amélioration pour arriver à la fin de cursus a connu aussi une nette amélioration au terme de durée, au début c'était (243+/-96 secondes), puis (77+/- 30 secondes), ainsi qu'une amélioration remarquable dans le handling dans le module de "fundamental skills".

Conclusion : l'intégration de la simulation endoscopique dans le cursus des résidents en hépato-gastroentérologie avant leur passage vers la pratique sur un vrai patient permet aux apprenants une maîtrise préalable des bases de l'endoscopie sur le simulateur, ce qui a un effet bénéfique sur le résident en matière de la diminution de niveau de stress et sur le patient (le confort et diminution des incidents).

P193

Activité de pose de gastrostomies pour administration de gel intétaitinal de lévodopa carbidopa chez les patients atteints de maladie de Parkinson avancée au stade de complications motrices

J. Coelho [(1)], A. Meneret, [(1)], I. Popa [(1)], L. Mantisi [(1)], H. Letrillart, [(1)], D. Grabli [(1)], X. Amiot [(1)]
(1) Paris.

Introduction : Le traitement des patients atteints de Maladie de Parkinson au stade des complications motrices non contrôlées par un traitement conventionnel comprend la stimulation cérébrale profonde, l'administration sous cutanée continue d'apomorphine, l'administration intétaitinale d'un gel de levodopa-carbidopa (GILC). Ce dernier traitement nécessite la pose d'une gastro-jéjunostomie(GEP-J), technique intrusive, à risque de complications. Les dysfonctionnements et complications de ces dispositifs sont fréquents. Nous rapportons l'expérience de la collaboration d'un Département de Neurologie et d'un service d'HGE pour le suivi des patients atteints de maladie de Parkinson, sous traitement par carbidopa-levodopa administré par sonde de GEP de 2020 à 2023.

Patients et Méthodes : La décision de traitement par GILC était prise par le service de neurologie, en fonction de l'état clinique, de l'historique thérapeutique des malades ainsi que de leurs préférences. Une information sur les bénéfices et les risques de la thérapeutique était délivrée aux patients. Une fois l'accord du patient obtenu, il était hospitalisé dans le service de neurologie. La sonde GEP-J était posée en endoscopie digétaitive. Le traitement était débuté et équilibré au cours d'une courte hospitalisation initiale dans le service de neurologie. Un changement annuel systématique de la GEP-J était prévu pour prévenir le risque de complication d'inclusion de la collerette de la gastrostomie dans la paroi gastrique. Une information était faite aux patients et à leurs soignants pour pratiquer des actions préventives de cette complication.
Des réparations en urgence étaient réalisées, avec ou sans endoscopies, en cas de dysfonctionnements ou de complications.

Résultats : Du 23/12/2019 au 30/9/2023, 202 procédures chez 73 patients (F=17,H=56) ont été réalisées dans le service d'endoscopie digestives. La file active était de 59 patients

Motif d'intervention		N (%)	
Activité programmée	Première pose	39 (19)	107 (53)
	Changement systématique	68 (34)	
Activité de recours urgente	Intervention endoscopique pour réparation	63 (31)	93 (46)
	Réparation simple de la sonde	30 (15)	
Retrait de définitif sonde		2 (1)	
Total		202	

Trente-trois patients n'avaient eu que des interventions de pose et de changements programmés.Le nombre moyen d'interventions par patient était de 2,13 (extrêmes 1-10, médiane = 2).

Complications :
Les complications étaient survenues chez 40/73 patients. Les complications observées étaient, Inclusion sonde gastrostomie paroi gastrique (2),Pneumopéritoine symptomatique (1), occlusion grêle par traction sonde j (1), migration sonde j(55), plicature, obstruction sonde j (8), ulcère duodénal (1), bézoard (1),Arrachage du dispositif de connexion (38).
Deux retraits définitifs étaient réalisés et au total 9 patients avaient arrêté leur traitement. Huit décès étaient rapportés dans la cohorte. Six étaient liés à l'évolution de la pathologie neurologique, deux possiblement liés aux interventions digestives itératives

Conclusion : Les complications des sondes GEP-J mises en place pour traitement par GILC pour traitement de la maladie de Parkinson avancée sont fréquentes mais souvent bénignes. Le traitement par GILC nécessite une collaboration active entre les neurologues, les intervenants paramédicaux, les accompagnants et les gastro-entérologues, pour assurer le dépistage précoce et le traitement des complications et dysfonctionnement de sonde afin d'assurer la continuité du traitement et les meilleurs résultats thérapeutiques pour les patients.

P194

L'adhérence des patients à la surveillance par coloscopie après résection endoscopique des polypes colorectaux et les facteurs associés à la perte de suivi

M. Aouroud [(1)], H. Aouroud [(1)], A. N'Khaili [(1)], F.E. Lairani [(1)], O. Nacir [(1)], A. Ait Errami [(1)], S. Oubaha [(1)], S. Zouhour [(1)], K. Krati [(1)]

(1) Marrakech, MAROC.

Introduction : Les patients présentant une dysplasie de haut grade lors de la coloscopie diagnostique initiale présentent un risque accru de néoplasie avancée métachrone. Une coloscopie de surveillance est recommandée chez ces patients dans le but de réduire le risque de cancer colorectal. Cette étude visait à évaluer le taux d'adhésion des patients à la surveillance et identifier les facteurs associés à la perte de suivi.

Matériels et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective sur 7 ans entre 1er septembre 2016 et 1er septembre 2020, regroupant 140 patients ayant bénéficié d'une résection endoscopique de polypes dysplasiques. Les données démographiques des ces patients, les caractéristiques procédurales, l'histologie des polypes et le suivi ont été examinés. L'objectif principal était d'évaluer l'adhérence à la coloscopie de surveillance et ainsi qu'une étude logistique multivariée a été réalisée pour identifier les facteurs associés à la perte de suivi.

Résultats : Au total, 140 patients (âge moyen 66,5 ans, 48,5 % femmes, 82,8 %) ont subi une coloscopie avec résection de polypes dysplasiques (taille médiane 15 mm). Sur les 140 patients, 43,6 % ont subi une coloscopie de surveillance à une durée médiane de 3 ans pour les polypes de haut grade, alors que 56,4 % ont été perdus de vue.
Sur l'étude logistique multivariée, les facteurs suivants étaient associés à une probabilité plus élevée de perte de suivi : Statut célibataire (Odds Ratio [OR] : 1,60 ; intervalle de confiance à 95 % [CI] : 1,11-2,34 ; pZ0,02), absence de médecin de premier recours (OR : 1,61 ; IC 95 % : 1,09-2,34 ; pZ0,01), référé par un médecin extérieur à notre système de santé (OR : 1,7 ; IC 95 % : 1.2-2.4 ; pZ0,005) et résidence à plus de 60 km de l'unité d'endoscopie (OR : 2,0 ; IC à 95 % : 1,15-3,51 ; pZ0,01) étaient fortement associé à la perte de suivi (OR : 2,81 ; IC à 95 % : 1,95-4,04 ; p<0,0001).

Conclusion : Notre étude démontre une faible adhésion des patients à la coloscopie après résection endoscopique de polypes colorectaux. Fournir des recommandations de suivi écrites aux patients peut être essentiel pour améliorer l'observance du patient. Nous avons également identifié des éléments sociaux (état civil, distance des résidence du service d'endoscopie) et accès médical (disponibilité d'un gastro-entérologue, médecin référent extérieur au système de santé) comme facteurs importants liés à perte de vue. Élaborer des stratégies pour résoudre ces problèmes et cibler les groupes à haut risque peut améliorer l'observance du patient.

P195

Rôle de l'écho-endoscopie dans le diagnostic de lésions sous-muqueuses gastro-intestinales

R. Zmerli [(1)], M. Ghanem [(1)], S. Bizid [(1)], H. Ben Abdallah [(1)], R. Bouali [(1)], M.N. Abdelli [(1)]

(1) Tunis, TUNISIE.

Introduction : Les lésions sous muqueuses gastro-intestinales sont fréquentes et peuvent être de natures variables. L'écho-endoscopie est de plus en plus pratiquée pour le diagnostic de ces lésions. Le but de ce travail est de décrire les principales constatations endoscopiques, échographiques de ces lésions. De même, on a visé à préciser le rôle de l'écho-endoscopie dans leur caractérisation.

Matériels et Méthodes : On a mené une étude rétrospective descriptive colligeant tous les patients ayant bénéficié d'une écho-endoscopie pour suspicion de lésion sous muqueuse gastrique ou intestinale ; allant de janvier2018 jusqu'à septembre 2023. On a décrit les aspects endoscopiques échographiques et histologiques de ces lésions si une biopsie a été réalisée ; concluant ainsi le rôle de l'écho-endoscopie dans la détermination du diagnostic de ces lésions.

Résultats : On a inclus 43patients d'âge moyen de 54,58[20-81] ans et un sex-ratio (H/F)=1,05. Les principaux antécédents médicaux trouvés étaient une maladie de Biermer (n=5), et un lymphome gastrique (n=3) Les indications de réalisation d'une écho-endoscopie étaient une suspicion de tumeur sous muqueuse antrale (n=20), fundique (n=12), ou duodénale (n=7) ; un bilan d'extension d'un lymphome gastrique (n=3) .
Concernant les aspects endoscopiques gastriques ; on a trouvé une lésion d'allure sous muqueuse recouverte d'une muqueuse normale (19patients), une surélévation ulcérée (7patients) ou ombiliquée (2patients) de la muqueuse gastrique, un épaississement congestif d'allure infiltré (3patients), et des gros plis pré-pyloriques (3patients) ou fundique (2patient). Pour les lésions duodénales, on a constaté des lésions d'allure sous muqueuse non ulcérées (5patients), une bulbite ulcérée (1patient), et un orifice diverticulaire duodénal (1patient). La taille moyenne de ces lésions était de 18,9mm [4-45] mm.
Les principales constatations écho-endoscopiques étaient des formations arrondies bien limitées hyperéchogènes évoquant un lipome gastrique (n=9) ou duodénal (n=1), une lésion tumorale hypréchogène développée au dépend de la couche musculeuse évoquant un léiomyome (n=6), une formation sous muqueuse hétérogène contenant des structures canalaires évoquant un pancréas aberrant (n=4), une formation développée au dépend de la sous muqueuse isoéchogène hétérogène hypovascularisée évoquant une GIST (n=7). On a également trouvé une lésion nodulaire atteignant la sous muqueuse fundique évoquant une tumeur neuroendocrine TNE (n=5), et un épaississement atteignant la sous muqueuse sans la dépasser et sans adénopathies évoquant une infiltration localisée d'un lymphome gastrique (n=3) et une lésion ne dépassant pas la sous muqueuse d'allure bénigne non caractérisable (n=3). L'écho-endoscopie en cas de gros plis gastrique (n=5) était normale.
Une biopsie sous écho-endoscopie a été réalisée en cas de suspicion de GIST (un total de 12biopsies). L'examen anatomopathologique était concordant aux diagnostics évoqués (GIST et TNE) dans tous les cas ; montrant une tumeur stromale gastrique à expression C-Kit modérée (n=5) ou faible (n=2), et une TNE à index mitotique modéré (n=5). Pour les tumeurs non caractérisables échographiquement, l'histologie a montré une muqueuse gastrique superficielle dissociée par l'hémorragie avec une sous muqueuse normale (n=1), un polype hyperplasique (n=1) et un lipome (n=1).

Conclusion : L'écho-endoscopie joue un rôle primordial dans la caractérisation des lésions sous muqueuses gastro-intestinales. Elle permet également la biopsie de ces lésions avec un examen histologique souvent concordant aux diagnostics évoqués.

P196

Intérêt et applicabilité des critères de l'EPAGE (European Panel on the Appropriateness of Gastrointestinal Endoscopy) dans l'indication de l'endoscopie digestive haute

R. Jemai [1], W. Dahmani [2], E. Souilem [3], N. Elleuch [2], A. Hammami [2], A. Ben Slama [2], M. Ksiaa [2], A. Braham [2], S. Ajmi [2], H. Jaziri [2], A. Jmaa [2]

(1) Manouba, TUNISIE ; (2) Sousse, TUNISIE ;
(3) Monastir, TUNISIE.

Introduction : La prescription de l'endoscopie œsogastroduodénale ne cesse d'augmenter. Les indications deviennent parfois abusives d'où la nécessité de rationaliser sa pratique. Les critères de l'EPAGE qui ont été élaborés par un panel d'experts Européens permettent d'évaluer la pertinence des indications de l'endoscopie digestive haute. Le but de ce travail est d'évaluer les critères de l'EPAGE dans la validation de la pertinence de l'indication d'une endoscopie digestive haute et de rechercher une corrélation entre la pertinence de l'indication et le résultat endoscopique.

Patients et Méthodes : Étude rétrospective, descriptive, colligeant les patients ayant eu une EOGD dans l'unité d'endoscopie digestive du Centre hospitalo-universitaire Sahloul, Sousse, entre Avril 2023 et Juillet 2023. La pertinence de l'indication de l'EOGD était classée selon les critères de l'EPAGE en : appropriée et nécessaire, appropriée, incertaine, inappropriée ou critères non applicables, selon un logiciel disponible sur le site http : //www.epage.ch. Les EOGD dont les indications ne figurent pas dans les critères de l'EPAGE ont été exclues.

Résultats : Deux-cent-quatre-vingt-dix de endoscopies digestives hautes ont été pratiquées durant la période d'étude dont 42 (14,48%) ont été exclues. Au total, 248 patients d'âge moyen de 59,2 ans (14-93) ont été inclus. Le sexe ratio(H/F) était de 0,7. Les indications de la EOGD les plus fréquentes étaient : une hémorragie digestive haute (28,3%),une dyspepsie (24,2%) et l'anémie ferriprive (15,3%). La pertinence a été jugée appropriée et nécessaire dans 60,5% des cas, appropriée dans 23,4%. Elle était inappropriée dans 12,9% des cas et incertaine dans 3,9% des cas. Dans 15,5 %, les critères de l'EPAGE étaient non applicables. Une lésion endoscopique significative a été notée dans 79% des cas, lorsque l'indication était jugée appropriée et nécessaire/appropriée. La pertinence de l'indication et le résultat endoscopique étaient significativement associés (p=0,02). Lorsque l'indication était jugée inappropriée/incertaine, une lésion endoscopique significative a été rapportée dans 40% des cas dont 5 cas d'ulcère gastique/duodénal, 3 cas de lésions néoplasiques.

Conclusion : Nos indications étaient appropriées dans presque 80% des endoscopies digestives hautes. Toutefois, 40% des examens dont l'indication était jugée inappropriée/incertaine avaient révélé des lésions significatives. Ceci souligne la nécessité de réactualiser les critères de l'EPAGE.

P197

Complications de la gastrostomie percutanée endoscopique : prévalence et facteurs de risque

M. Mabrouk [1], H. Bouhlel [2], M. Ben Abdelwahed [2], S. Fyras [2], I. Jemni [1], M. Zakhama [1], A. Guediche [1], M.H. Loghmari [1], N. Ben Chaaben [1], L. Safer [1]

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

Introduction : La gastrostomie d'alimentation percutané endoscopique (GPE) représente actuellement la procédure de choix pour la nutrition entérale prolongée de moyenne et de longue durée (>3semaines) chez l'adulte. Ce geste peut néanmoins se compliquer d'évènements graves.
L'objectif de notre travail était de rapporter les complications de la GPE et d'en déterminer les facteurs de risque

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive mono- centrique incluant les patients ayant bénéficié d'une GPE sur une période de 9 ans allant de janvier 2014 à juillet 2023. Tous les patients ont bénéficié d'une GPE par technique pull combinant un temps endoscopique et un temps cutané.

Résultats : notre étude a inclus 122 patients. L'âge moyen était de 43,2ans (extrêmes de 5-88 ans) avec une prédominance masculine et un Sexe ratio H/F =1.6
La majorité de nos patients (97 patients) étaient référés par des services de réanimation (79,5%).
La principale indication était les troubles neurologiques sévères et prolongés (88,5%) secondaires le plus fréquemment a un TC dans (54%) et des AVC dans (15,5%).
Un échec de repérage n'était présent que chez un seul malade (0,8%) qui n'a pas eu de ce fait une GPE. Le repérage était jugé difficile dans 18 cas (14,7%).
La durée moyenne du geste était de 15 minutes [10-25 minutes]
Le geste s'est compliqué d'un saignement minime au niveau de la paroi gastrique spontanément contrôlé chez deux patients(1,6%). Le siège de l'orifice était para-ombilicale gauche dans 64 cas (52,4%).
Des complications post-procédurales précoces étaient noté chez 9 malades (7,3%).Il s'agissait d'une infection de la paroi chez 4 malades (3,27%), une péritonite par perforation chez un malade (0,8%).
Une complication hémorragique était notée chez 4 patients (2 hémopéritoines (1,63%) + 2 hémorragies digestives).
En étude uni variée, les facteurs de complications étaient : un abdomen opéré (p=0.005),), une paroi trop épaisse ou trop mince(p=0.002),un sepsis (p=0.01), un repérage difficile (p=0.000 ou une durée de l'acte > 18 minutes(p=0.04).
En étude multi variée, seuls le sepsis(p=0.000) et la paroi trop mince ou trop épaisse (p=0.012) étaient significativement associés à la survenu de complications précoces

Conclusion : La GPE est une procédure simple et rapide dont l'objectif est d'assurer une alimentation entérale essentiellement chez les patients présentant des troubles neurologiques. Ses complications sont rares.

P198

Apport de la vidéocapsule endoscopique PillCam™ SB 3 dans le cadre des hémorragies digestives

C. Khyat [1], M. Salihoun [1], I. Serraj [1], F. Bouhamou [1], N. Kabbaj [1]
(1) Rabat, MAROC.

Introduction : Les progrès récents dans l'exploration de l'intestin grêle, notamment avec l'avènement de la vidéocapsule endoscopique (VCE), ont permis d'identifier la cause du saignement de l'intestin grêle (SIG) chez la plupart des patients.
Il est suspecté lorsqu'un patient présente un saignement gastro-intestinal avec une endoscopie supérieure et inférieure négative ; et peut se présenter sous la forme d'un saignement manifeste ou occulte.

Matériels et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective au sein du service des Explorations Fonctionnelles Digestives Hépato-Gastro-Entérologiques (EFD-HGE) au CHU Ibn Sina de Rabat, sur une période s'étalant sur 6 ans, de janvier 2018 à aout 2023, incluant tous les patients explorés par vidéocapsule endoscopique du grêle type PillCam® SB3 dans le cadre d'une suspicion d'un saignement de l'intestin grêle.
Les patients avaient un bilan endoscopique standard négatif incluant : FOGD et iléocolonoscopie.

Résultats : Sur un total de 86 VCE réalisées, 66 patients (76,7%) avaient une suspicion d'un SIG sous forme d'hémorragie digestive extériorisée dans 46 cas (69,7%) , un saignement occulte dans 20 cas (30,3%).
L'âge moyen était de 58,14 , le sex ratio H/F était de 0,94 soit une légère prédominance féminine.
La prise médicamenteuse notamment d'anticoagulants, d'antiagrégants plaquettaires et d'anti-inflammatoires non stéroïdiens a été notée chez 19 patients (28,7%).
Le délai moyen entre la symptomatologie et la VCE était de 31 mois.
Le taux d'hémoglobine moyen des patients était de 6,85 g/dl. Une transfusion sanguine était nécessaire chez 71,2% et un traitement martial chez 51,5% des patients.
Dans le groupe des hémorragies inexpliquées, la VCE a permis d'objectiver des lésions grêliques dans 28 cas (63,3%), dominées par les angiodysplasies (40,9 %), suivies des lésions inflammatoires et ulcéreuses (9%) et des lésions tumorales dans 13,6% des cas. Absence de lésions grêliques dans 14 cas (31,8%), un saignement actif gênant l'exploration dans 3 cas (6,8%). Des lésions en dehors de l'intestin grêle ont été mises en évidence à type d'angiodysplasies gastriques chez 11,3% des patients, caecales chez 13,6%, des ulcères gastro-bulbaires chez 11,3% des cas. Le rendement diagnostic de la VCE dans ce groupe de patient était de 60%.
Dans le groupe des patients avec anémie ferriprive sans hémorragie extériorisée, la VCE a permis d'objectiver des lésions grêliques dans 13 cas (65%), dominées par les angiodysplasies (35 %), aspect en faveur d'une maladie cœliaque (10%) et des lésions tumorales dans 5 % des cas. Absence de lésions grêliques dans 35 % des cas. Des lésions en dehors du grêle a type d'angiodysplasies gastro-bulbaires ou coliques dans 35% des cas, des ulcères gastro-bulbaires dans 15% des cas. La VCE avait un rendement diagnostique de 65% dans ce groupe de patients.

Conclusion : La VCE grêlique représente une avancée fondamentale dans l'exploration du grêle.
Elle est l'examen de première intention dans le cadre de la suspicion d'un saignement de l'intestin grêle de part son rendement diagnostique élevé
Dans notre étude, la VCE a montré des lésions dans 62,5 % des cas ; dominées par les angiodysplasies .

P199

Evaluation de l'apprentissage par la simulation procédurale en endoscopie digestive diagnostique

M. Aouroud [1], H. Aouroud [1], N. El Azzam [1], F.E. Lairani [1], O. Nacir [1], A. Ait Errami [1], S. Oubaha [1], S. Zouhour [1], K. Krati [1]
(1) Marrakech, MAROC.

Introduction : Introduction: L'apprentissage de l'endoscopie digestive sur simulateur procédurale commence à se développer depuis l'acquisition de simulateurs basse fidélité et vient s'ajouter à l'apprentissage au temps réel sur malade sous la supervision d'un sénior
Notre étude à pour objectif d'évaluer l'intérêt de l'apprentissage de l'endoscopie digestive diagnostique par simulation procédurale chez nos résidents en gastroentérologie.

Matériels et Méthodes : Méthodes : Il s'agissait d'une étude prospective, transversale ayant inclus les résidents en gastroentérologie de première et deuxième année, ayant participé à une formation en endoscopie digestive diagnostique à la faculté de médecine sur une période de 2 ans entre Septembre 2021 et Mai 2023. Chaque résident a participé à des séances de simulation (En moyenne 20 séances) encadrées par des formateurs expérimentés en endoscopie et a eu une auto puis une hétéro-évaluation que ça soit sur des simulateurs en endoscopie digestive haute (FOGD) ou en coloscopie

Résultats : Résultats : L'étude a inclus 18 résidents avec un âge moyen de 26,5±1,6 ans et un genre-ratio de 0,27. Les résidents étaient globalement très satisfaits de la formation avec une moyenne générale (sur cinq) pour les différentes questions posées de 3,99±0,855. Une progression significative dans l'acquisition des compétences en endoscopie digestive diagnostique, après la formation, a été rapportée dans l'auto-évaluation des résidents (p<0,0001). Un résident a estimé avoir gardé le même niveau de compétence avant et après la formation. De même, l'hétéro-évaluation des résidents a montré des moyennes satisfaisantes pour l'acquisition technique de l'endoscopie digestive haute et basse et pour le savoir être.

Conclusion : Conclusion : L'apprentissage des techniques de base de l'endoscopie digestive diagnostique par la simulation sur modèle procédural, améliore les performances techniques des résidents à court terme dans un environnement sécurisé et ces derniers sont satisfaits de leurs progrès.

P200

Différence en termes de détection des lésions pré-néoplasiques et/ ou néoplasiques entre endoscopistes expérimentés et novices

S. Bostani [(1)], A. Nakhli [(2)], A. Jerbi [(1)], N. Hemdani [(2)], B. Bouchabou [(2)], Z. Benzarti [(1)], R. Ennaifer [(2)]
(1) Tunis, TUNISIE ; (2) La Marsa, TUNISIE.

Introduction : La fibroscopie œso-gastro-duodénale (FOGD) est un examen utilisé pour l'exploration, le traitement et le suivi des pathologies du tractus digestif supérieur, notamment des lésions pré-néoplasiques des cancers œsophagiens et gastriques. Son objectif est d'être précise et sans risques. Cependant cet examen présente des limitations importantes. De même qu'il existe des cancers coliques d'intervalle, plusieurs études ont révélées des lésions manquées lors d'une FOGD. Une méta-analyse publiée en 2014 a montré un taux de cancer non détecté de 6.4% pour les patients ayant eu une FOGD dans l'année et de 11.3 % pour les patients explorés dans les trois années précédentes, sans différences entre cancer gastrique ou œsophagien.(1) Ceci souligne l'importance de l'expérience de l'opérateur dans la détection des lésions.
Objectif : Evaluer la différence du taux de détection des lésions néoplasiques et/ou pré-néoplasiques entre endoscopistes expérimentés et novices.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude prospective descriptive menée sur une période de 6 mois (de février à aout 2023) évaluant la différence du taux de détection des lésions néoplasiques et pré-néoplasiques entre endoscopistes expérimentés et novices.
Les endoscopistes inclus dans l'étude étaient au nombre de 8 : dont quatre expérimentés (ayant totalisé plus que 200 FOGD avec un nombre de 100 FOGD par an pour maintenir leur niveau de compétence) et quatre novices en cours de formation, accompagnés systématiquement par un senior.

Résultats : Nous avons inclus 140 patients. L'âge moyen était de 54 ±16 ans. Le sexe ratio était de 1.12.
Une lésion pré-néoplasique a été retrouvée dans 19% des cas et une lésion néoplasique a été retrouvée dans 2.8% des cas. Parmi ces lésions : 61.29% ont été détectées par un senior contre 38.70% par un endoscopiste junior. Il y avait une différence significative entre opérateurs expérimentés et juniors en termes de détection de lésions pré-néoplasiques et/ ou néoplasiques (p= 0.03).

Conclusion : Le taux de détection des lésions pré-néoplasiques et/ou néoplasiques est meilleur en cas d'examen réalisé par un endoscopiste expérimenté. Il serait donc préférable que les endoscopies réalisées pour le dépistage et la surveillance des lésions pré-néoplasique soit réalisées par des endoscopistes expérimentés.

P201

Impact de l'information du patient avant la réalisation d'une endoscopie digestive haute

C. El Manjra [(1)], I. Bounouar [(1)], F.E. Lairani [(1)], O. Nacir [(1)], A. Ait Errami [(1)], S. Oubaha [(1)], Z. Samlani [(1)], K. Krati [(1)]
(1) Marrakech, MAROC.

Introduction : L'endoscopie œso-gastroduodénale (EOGD) est un examen fréquemment pratiqué par les gastro-entérologues, vu son spectre d'indications très large. Malgré son caractère indolore, sa réalisation sans anesthésie est source d'anxiété majeure chez nos patients, souvent mal informés.
L'objectif de notre étude est de déterminer l'impact de l'information préalable du patient sur sa tolérance, son confort au cours du geste, sa satisfaction globale, ainsi que la performance de l'opérateur.

Patients et Méthodes : Nous avons mené une étude descriptive prospective étalée sur 2 ans (Mars 2021- Mars 2023) intéressant les patients ayant bénéficié d'une EOGD sans anesthésie générale dans notre service d'endoscopie digestive d'urgence. Au total, 780 cas ont été colligés. Les patients ont été répartis en 2 bras. Le groupe A (N= 390) a bénéficié des informations classiques que l'on propose à tout patient avant la réalisation de l'EOGD. Le groupe B (N=390) a reçu au préalable, en plus des explications habituelles, une fiche de renseignements, traduite en arabe, et accompagnée de schémas clairs, ce qui a permis de se rapprocher au maximum de leur niveau intellectuel. Toutes les gastroscopies ont été réalisées par des opérateurs ayant le même niveau d'expérience. A la fin du geste, pour chacun des patients des deux bras, les informations suivantes ont été recueillies : compréhension du déroulement du geste, conscience de ses possibles complications, degré d'anxiété due à l'examen exprimé par l'échelle visuelle analogique (EVA), temps de l'EOGD, tolérance et facilité de l'examen exprimée également par l'EVA (0 = pas facile du tout et 10= très facile), et score de satisfaction globale du patient évalué de 0 à 100 (0= pire satisfaction et 100 = meilleure satisfaction). La performance de l'endoscopiste a également étudiée en fin de geste.

Résultats : L'âge moyen de nos patients était de 52 ans, avec des extrêmes allant de 21 à 86 ans. Il y'avait une légère prédominance féminine avec un sex-ratio de 1.1 (F/H).
Le temps moyen d'examen était de 7.4 et 7.2 minutes respectivement dans les deux groupes. 86.5% des patients du groupe A et 87.2% du groupe B étaient conscients des potentielles complications. 42.6% des patients du groupe A prétendaient avoir bien compris le déroulement du geste, alors que dans le groupe B, ceci concernait 81.5% des malades. Le degré d'anxiété était en moyenne de 9/10 dans le groupe A et de 4.5/10 dans le groupe B selon l'échelle visuelle analogique. Le degré de facilité de l'examen a été jugé en moyenne de 3/10 dans le groupe A, et 7/10 dans le groupe B. En ce qui concerne la satisfaction globale des malades, elle a été évaluée à 30/100 dans le groupe A et 80/100 dans le groupe B.
Ainsi, une différence statistiquement significative a été notée entre les deux groupes, en ce qui concerne la compréhension du déroulement du geste, le degré d'anxiété, la facilité de l'examen et la satisfaction globale des patients (p< 0.05).
Il n'y avait pas de différence significative entre les deux groupes concernant le temps d'examen et la conscience des possibles complications (p> 0.05).
De plus, les endoscopistes ont reconnus être performants à 89% dans le groupe B contre 57% dans le groupe A.

Conclusion : Cette étude a permis de confirmer l'impact positif de l'information correcte des patients avant les endoscopies digestives hautes sur le degré d'anxiété, la tolérance et la satisfaction globale des malades durant cet examen. De plus, la performance des endoscopistes est également meilleure.

P202

Que font les médecins généralistes devant une anémie ferriprive ?

F. Toumi [1], S. Touil [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'anémie ferriprive est l'une des causes les plus fréquentes d'anémie chronique qui affecterait environ 15 à 30% de la population mondiale, ayant un impact négatif considérable sur la qualité de vie des patients. Les causes d'anémie ferriprive sont multiples: alimentaires, gynécologiques et digestives.
Le but de cette étude est d'évaluer la conduite diagnostique devant une anémie ferriprive par les médecins généralistes.

Matériels et Méthodes : Nous avons réalisé une enquête descriptive transversale en prospective à l'aide d'un questionnaire, auprès des médecins généralistes sur une période d'un mois (juin 2023 – juillet 2023), portant aussi bien sur leurs connaissances théoriques que sur leurs pratiques quotidiens concernant l'anémie par carence martiale.

Résultats : Au total, 130 médecins généralistes ont répondu au questionnaire, dont 37 hommes (33%) et 76 femmes (67%), la moyenne d'âge était de 36 ans
Pour ce qui était de l'ancienneté des praticiens,50% des médecins ont une durée d'exercice moins de 5 ans. Par ailleurs, 49% médecins inclus dans notre travail exerçaient en secteur public.
Sur 10 consultations de médecine générale, l'anémie était observée dans en moyenne 3 d'entre elles. 46% des médecins généralistes recherchent l'étiologie systématiquement et 54 % tentent un traitement martial d'épreuve, avec éventuelle exploration ultérieure en l'absence de réponse.
Le bilan étiologique réalisé était : un bilan inflammatoire (44 %), sérologie de la maladie cœliaque (48%), une échographie pelvienne (41 %), hémocculT (10%), une endoscopie digestive (18%).
Une endoscopie digestive était demandée essentiellement devant un signe d'appel digestif dans 78% des cas.

Conclusion : L'anémie ferriprive constitue une situation courante à laquelle font face les médecins généralistes, d'où l'importance de renforcer leur formation à ce sujet, mais aussi d'encourager la collaboration interdisciplinaire afin de garantir une prise en charge optimale de ces patients.

P203

Analyse de la survie des patients âgés atteints d'hémorragie digestive, en gériatrie et en HGE dans un CHU

A. Le Houarno [1], M. Paccalin [2], C. Silvain [2], E. Liuu [2], R. Olivier [2]
(1) Niort ; (2) Poitiers.

Introduction : Il n'y a actuellement pas de recommandations fortes spécifiques à la personne âgée dans la prise en charge de l'hémorragie digestive. Or celle-ci représente l'une des urgences Hépato-gastroentérologiques les plus fréquentes, dont la moyenne d'âge de survenue est amenée à augmenter parallèlement au vieillissement de la population. Amenant donc à devoir reconsidérer dans le parcours de soin, les spécificités d'une population âgée, plus comorbide, fragile et à risque de complications.
L'objectif est de comparer la survie chez les patients de 75 ans et plus atteints d'une hémorragie digestive, selon leur orientation à l'entrée et leur service d'hospitalisation : en Gériatrie ou en Hépato-gastro-entérologie (HGE).

Patients et Méthodes : Nous avons réalisé une étude rétrospective, mono-centrique, analytique, incluant les patients de 75 ans et plus, hospitalisés dans un Centre Hospitalo-universitaire (CHU) dans le service de Gériatrie et dans le service d'HGE, dans le secteur des soins intensifs, entre le 01/07/2020 et le 30/06/2021, pour une hémorragie digestive, ou en ayant présenté une lors d'une hospitalisation. Le suivi a été réalisé de la date d'admission, pour les patients admis pour hémorragie digestive, ou de la date de survenue de l'hémorragie digestive pour ceux déjà hospitalisés, jusqu'au décès ou à la date des dernières nouvelles, avec une date de point au 2 janvier 2023. L'objectif principal était la comparaison de la mortalité entre les 2 groupes au 30eme jour. Les objectifs secondaires étaient : la comparaison des mortalités dans les 2 groupes à 6 mois et demi définir les facteurs de risques ou protecteurs quand à la mortalité.

Résultats : Les deux groupes présentaient des différences significatives tel que l'âge, plus élevé en Gériatrie ; le GIR, donc l'autonomie, plus élevé en HGE ; et la survenue de l'hémorragie digestive au cours de l'hospitalisation (patient se présentant initialement pour un autre motif), plus fréquente en Gériatrie. A 30 jours de suivi, 6 patients sur 24 étaient décédés dans le bras Gériatrie (25%), alors que 5 patients sur 78 étaient décédés dans le bras HGE (6%), pour une durée moyenne de suivi de 234 jours (±255 jours) en Gériatrie, et de 443 jours (±290 jours) en HGE. L'orientation en Gériatrie était donc associée de manière significative à une survie moindre avec un p = 0,0021. Concernant les critères secondaires, à 200 jours de suivi, 13 patients sur 24 étaient décédés dans le bras Gériatrie (54%), alors que 14 patients sur 78 étaient décédés dans le bras HGE (18%), avec un p = 0,0021 soit une survie significativement moindre à 200 jours pour une orientation en Gériatrie. En analyse multivariée, les facteurs de risques de mortalité retenus en modèle final étaient l'âge (HR 1,10, p 0,0037), le score de Charlson modifié (HR 1,22, p 0,0004), et la CRP (HR 1,01, p < 0,0002). Les facteurs protecteurs étaient la supplémentation martiale intraveineuse (HR 0,36, p 0,0025), ainsi que l'hémorragie digestive comme motif d'hospitalisation (HR 0,48, p 0,0389). La valeur de l'hémoglobine à l'entrée, la présence d'un traitement anticoagulant ou antiagrégant, ou d'un surdosage en AVK, n'étaient pas associés de manière significative à la survie.

Conclusion : La mortalité des patients âgés de 75 ans et plus, présentant une hémorragie digestive, est plus élevée lorsque le patient est orienté en service de Gériatrie plutôt que dans celui HGE. Le pronostic de l'hémorragie digestive du sujet âgé est sévère, d'autant plus que le patient est : âgé, comorbide et inflammatoire. Néanmoins le pronostic reste correct si les patients sont bien sélectionnés à l'entrée et correctement pris en charge dans une unité adaptée de soins intensifs notamment. Une mutualisation des expertises semblerait donc adaptée et l'âge ne doit pas être un obstacle à une prise en charge thérapeutique adaptée. La réalisation systématique d'une supplémentation martiale intraveineuse, qu'il y ait ou non une carence martiale biologique, paraît être un facteur protecteur et de nouvelles études pour le confirmer semblent intéressantes.

MOTS CLES :
Hémorragie digestive, Sujet âgé, Supplémentation martiale, Gériatrie, Hépato-gastroentérologie.

P-204

Intérêt de la phytothérapie dans la tolérance de l'endoscopie digestive haute sans sédation : résultats préliminaires d'une étude contrôlée randomisée

A. Medhioub [(1)], Y. Fradi [(1)], A. Nakhli [(1)], N. Hemdani [(1)], Z. Benzarti [(1)], B. Bouchabou [(2)], R. Ennaifer [(1)]

(1) Tunis, TUNISIE ; (2) La Marsa, TUNISIE.

Introduction : Dans les hôpitaux publics en Tunisie, la Fibroscopie œsogastroduodénale (FOGD) est réalisée à vif dans la majorité des cas. Une tolérance adéquate est alors requise pour permettre une exploration convenable. Différentes phytothérapies (Passiflore, mélisse) ont démontré leur intérêt dans le traitement des symptômes liés à l'anxiété sans les effets indésirables classiques des anxiolytiques.
Étant donné que l'une des principales causes de mauvaise tolérance des explorations endoscopiques est l'anxiété précédant l'examen, un prétraitement à base de phytothérapie pourrait être utile pour améliorer le confort des patients.
Le but de cette étude était d'évaluer l'intérêt de la phytothérapie sur la tolérance de l'endoscopie digestive haute réalisée à vif.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude prospective contrôlée randomisée double-aveugle ayant inclus les patients consécutifs explorés par FOGD entre Juillet et septembre 2023. La taille de l'échantillon à inclure était de 80. Les critères d'inclusions étaient : Les patients âgés de 18 à 55 ans, en bonne santé apparente (score OMS à 0 ou 1), se présentant pour prendre un rendez-vous pour une FOGD sans sédation, pour des indications diverses, après avoir consenti à participer. Les critères d'exclusions étaient : l'annulation de l'examen endoscopique et l'erreur dans le mode d'emploi du traitement.
Les patients ont été randomisés en deux groupes : G1 (prétraitement par une phytothérapie à base de magnésium marin, d'extraits de Passiflore, d'Aubépine, de Camomille et de Mélisse : Calmowell® 2 gélules/j pendant 1 semaine) et G2 (prétraitement par un Placebo : Emballage et gélules identiques au Calmowell® et à la même posologie). Le critère de jugement principal était l'acceptation de refaire à nouveau l'examen dans les mêmes conditions. Les critères secondaires étaient la survenue de nausée, de douleur, de sensation d'étouffement et d'anxiété évalués à l'aide d'une échelle visuelle analogique (EVA), la totalisation ou non de l'examen ainsi que la difficulté de l'examen évaluée par l'opérateur selon l'échelle de Likert : excellente, bonne, moyenne ou mauvaise.

Résultats : A la date du 30 septembre, nous avons inclus 30 patients. Seize patients (53,3 %) ont reçu le Calmowell® et 14 (46,7%) ont reçu un placebo.
Dans le G1, l'âge moyen des patients était de 44,8 ans [26-52] avec un sex ratio H/F de 0,6. Les FOGD étaient principalement pratiquées pour épigastralgies (50%), anémie ferriprive (32%), diarrhée chronique (11 %) et syndrome d'hypertension portale (7%). Dans le G2, l'âge moyen des patients était de 43 ans [21-53] avec un sex ratio H/F de 0,75. Les indications de la FOGD étaient dominées par les épigastralgies (57 %), diarrhée chronique (35%) et anémie ferriprive (8%).
Dans le G1, 8 patients (50%) ont accepté de refaire l'examen *versus* 5 patients (35,7 %) dans le G2 sans différence significative.
L'EVA était moindre chez les patients recevant le Calmowell (3,8/10 *versus* 4.4/10) sans que la différence ne soit significative. Il y avait plus de FOGD totale dans le G1 (93,8%) par rapport au G2 (78 %) sans que la différence ne soit significative.
Il n'y avait pas de différence entre les deux groupes concernant la difficulté de l'examen jugée par l'opérateur (p>0,05).

Conclusion : La tolérance de la FOGD réalisée à vif est meilleure dans le groupe prétraité par phytothérapie sans que la différence ne soit statistiquement significative. L'inclusion d'un échantillon plus important est nécessaire pour confirmer ces résultats.

P-205

Peut-on prévoir la survenue de chute d'escarre post-ligature des varices œsophagiennes (LVO) ?

M. Aouroud [(1)], A. N'Khaili [(1)], H. Aouroud [(1)], O. Nacir [(1)], F.E. Lairani [(1)], A. Ait Errami [(1)], S. Oubaha [(1)], S. Zouhour [(1)], K. Krati [(1)]

(1) Marrakech, MAROC.

Introduction : La ligature endoscopique (LVO) est le traitement de choix de l'hémorragie digestive chez le patient cirrhotique. La chute d'escarre, en demeure une complication rare mais grave

Notre étude a pour but de déterminer les facteurs prédictifs de survenue de cet incident ainsi que sa mortalité.

Patients et Méthodes : Etude rétrospective, incluant 480 malades atteints d'hypertension portale cirrhotique ayant bénéficié d'une ligature entre Janvier 2014 et Juin 2023. Une analyse univariée et multivariée ont été réalisées pour déterminer les facteurs prédictifs d'hémorragie par chute d'escarre post LVO.

Résultats : La chute d'escarre est survenue chez 24 patients (5%) dont l'âge moyen était de 39,9ans [18;75], avec un sexe ratio M/F de 1,13. 12 patients étaient admis par le biais des urgences pour hémorragies digestives. La cirrhose d'origine virale post hépatite B ou C chez 12 malades et d'origine alcoolique chez 1 patient. Six patients (15%) avaient un child C. L'hémorragie par chute d'escarre est survenue dans un délai moyen de 7,4 jours [1;16] induisant une instabilité hémodynamique chez 10 malades (25%) nécessitant une transfusion chez 78% des patients. Selon l'analyse univariée, les facteurs de risque de survenue de cet événement étaient: la ligature dans le cadre d'urgence(p=0,004), la présence d'ascite (p=0.001),l'EH (p=0,001), le taux de plaquettes <70 000(p=0,04), la présence de gastropathie d'HTP (p=0,001),un score child Pugh avancé (p=0,0034) et la réalisation de la FOGD par un junior (p=0,004). L'analyse multivariée a permis de conclure que seul un taux de plaquettes bas est statistiquement associé à la survenue de chute d'escarre. La mortalité était de 0.7% dans les suites de cette complication.

Conclusion : L'hémorragie par chute d'escarre post LVO chez le malade cirrhotique est une complication sévère, redoutable surtout en cas de recrutement par les urgences. La survenue de cette complication était statistiquement liée à un taux de plaquettes bas et grevé d'une mortalité élevée 1/3 des patients.

P-206

Exploration des diarrhées chroniques : concordance entre les aspects endoscopiques et les résultats des biopsies coliques systématiques

J. Rizkou [(1)], M. Aouroud [(1)], N. El Azzam [(1)], F.E. Lairani [(1)], O. Nacir [(1)], A. Ait Errami [(1)], S. Oubaha [(1)], S. Zouhour [(1)], K. Krati [(1)]
(1) Marrakech, MAROC.

Introduction : Le diagnostic étiologique des diarrhées chroniques (DC) repose sur les explorations endoscopiques digestives haute et basse. Au cours de la coloscopie, les aspects endoscopiques sont polymorphes mais l'étude histologique peut faire défaut au cours des coloscopies normales. Le but de notre travail est de décrire les résultats de l'endoscopie digestive basse dans le diagnostic étiologique d'une diarrhée chronique isolée et de les confronter à l'examen histologique des biopsies coliques systématiques.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive et analytique, incluant les patients ayant bénéficiés d'une endoscopie digestive basse faite pour une diarrhée chronique sur une période de 4 ans (mars 2019-mars 2023). Ainsi, les comptes rendus ont été analysés, ainsi que les résultats des biopsies quand elles étaient pratiquées.

Résultats : 134 coloscopies ont été réalisées pour DC. L'âge moyen des patients était de 45 ans (17-87 ans) avec un sex-ratio H/F à 1.16 (72 hommes et 62 femmes). Une coloscopie totale a été réalisée chez 100% des patients, la dernière anse iléale a été cathétérisée dans 71,4% des cas. L'iléocoloscopie était normale dans 67,7 % des cas et a montré des anomalies dans 32,3% des cas. Les lésions endoscopiques macroscopiques observées étaient à type de colite (38.5%), polype (27%), diverticulose (20,5%), et d'iléite (14%). Dans ces cas, des biopsies systématiques ont été réalisées dans 83,7%. Elles ont révélé un aspect histologique normal dans 14% des cas. Une anomalie histologique à type de colite chronique, iléite chronique, adénome, adénocarcinome, et iléite non spécifique a été notée dans respectivement 41,9% ; 11,6% ; 20,9% ; 4,7% ; 4,7% et 2,3%. Dans le cas des endoscopies digestives basses normales, les biopsies iléales et coliques étagées systématiques ont été réalisées dans 92,2%. L'étude histologique des biopsies était normale dans 78,9% des cas. Dans les autres cas, elle a permis de révéler une colite microscopique à collagène dans 3% des cas, une colite microscopique lymphocytaire dans 3% des cas, une colite a éosinophiles dans 3% des cas, une colite oedémato-congestive dans 3% des cas et une iléite oedémato- congestive dans 1% des cas.

Conclusion : Devant une diarrhée chronique, l'iléocoloscopie est normale dans 2/3 des cas. Dans cette situation, des biopsies iléales et coliques étagées systématiques permettent de révéler des anomalies histologiques.

P-207

Existe-il des facteurs prédictifs de la présence des polypes colorectaux ?

S. Hdiye , R. Chaibi [(1)], A. Benhamdane [(1)], T. Addajou [(1)], S. Mrabti [(1)], R. Berraida [(1)], I. El Koti [(1)], F. Rouibaa [(2)], H. Seddik [(1)]
(1) Rabat, MAROC ; (2) Casablanca, MAROC.

Introduction : Les polypes colorectaux sont les principales lésions pré néoplasiques du cancer colorectal (CCR), et ce sont 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.

Matériels et Méthodes : Nous avons mené une étude rétrospective descriptive incluant tous les patients ayant bénéficié d'une coloscopie entre Janvier 2020 et Aout 2023. Les données épidémiologiques, cliniques et endoscopiques ont été recueillies, contrairement aux données anatomopathologiques.
L'analyse statistique a été réalisée par le logiciel JAMOVI.
Les facteurs liés à la détection des polypes ont été évalués par analyse uni et multivariée.

Résultats : 1518 coloscopies ont été réalisés dont 356 avaient révélés des polypes colo rectaux soit 23,4%.
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 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 : les rectorragies dans 26,1% (n=93), la constipation dans 24,4% (n=87), la diarrhée dans 16,3% (n=58), l'anémie ferriprive dans 12,9% (n=46) et les 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.
Après 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).
Après 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 très statistiquement significative à l'âge, aux antécédents de polype et à la présence de processus colo rectal.

P-208

Apport de la gastroscopie dans les hémorragies digestives hautes d'origine non variqueuses et facteurs prédictifs de nécessité d'un traitement endoscopique

F. Ait Iken [1], I. Mouslim [1], S. Hdiye [1], R. Chaibi [1], J.Y. Bangda Ekanga [1], C. Jioua [1], A. Benhamdane [1], T. Addajou [1], R. Berraida [1], S. Mrabti [1], I. El Koti [1], F. Rouibaa [2], H. Seddik [1]
(1) Rabat, MAROC ; (2) Casablanca, MAROC.

Introduction : Les hémorragies digestives hautes (HDH) restent un motif fréquent d'hospitalisation d'urgence en hépato-gastroentérologie. Schématiquement, elles se répartissent en HDH variqueuses et non variqueuses, cette dernière étant la plus fréquente fera l'objet de notre travail.
Le but de notre étude est d'évaluer l'apport de la gastroscopie dans les HDH non variqueuses et les facteurs prédictifs de recours de l'hémostase endoscopique.

Matériels et Méthodes : Il s'agit d'une étude prospective monocentrique transversale à propos de 261 patients menée sur une période d'un an entre juin 2022 et août 2023 au sein du service d'endoscopie des urgences de notre hôpital.
Les informations concernant les données démographiques, cliniques, endoscopiques et thérapeutiques ont été recueillies, et l'ensemble de ces données étaient saisies et analysées sur une base de données sur le programme SPSS version 22.0.

Résultats : L'âge moyen de nos patients était de 58 +/- 17 ans, avec des extrêmes allant de 17 ans à 90 ans. Notre série a été caractérisée par une nette prédominance masculine à 72%, soit un sex ratio de 2,57. 28,7% des patients avaient des comorbidités avec notion de prise d'antithrombotiques chez 19,9%.
91% de nos patients ont reçu un traitement par les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) à la seringue auto pulsée (SAP) avant la réalisation de l'endoscopie.
Les principales étiologies révélées par la fibroscopie œso-gastroduodénale (FOGD) étaient un ulcère bulbaire dans 24.1% des cas, un ulcère gastrique dans 11.9%, une œsophagite dans 16,1%, une gastrite érosive/duodénite dans 31 % des cas, un processus gastrique dans 7,7% des cas, un processus œsophagien dans 3.1% des cas, un processus duodénal dans 1,9% et des lésions d'angiodysplasies dans 3,1 %.
Un saignement actif lors de l'endoscopie a été mis en évidence dans 11,9% des cas, et une hémostase endoscopique a été réalisée dans 6,5% des cas, cependant, un recours à la chirurgie s'est avéré nécessaire chez 3 patients suite à un saignement non accessible à l'hémostase endoscopique.
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'usage des IPP à la SAP ; seules la présence d'un saignement actif et l'usage des IPP à la SAP influencerait la nécessité au recours à l'hémostase endoscopique. En effet, la présence d'un saignement actif lors de l'endoscopie multiplie par 15,17 le risque de recours à une hémostase endoscopique (OR: 15,17, IC : 6,08-67,87, p< 0,001) alors que et l'usage des IPP à la SAP semble diminuer ce risque (OR: 0,249, IC : 0,093- 0,668, p=0,006).

Conclusion : L'HDH d'origine non variqueuse reste dominée par l'origine ulcéreuse. L'imprégnation par les IPP avant la réalisation d'une FOGD pour HDH semble avoir un effet bénéfique sur la qualité de réalisation de l'endoscopie. La présence d'un saignement actif est un facteur prédictif d'utilisation de l'hémostase endoscopique alors que l'utilisation des IPP à la SAP avant la FOGD semble diminuer ce recours.

P-209

Comorbidités et facteurs de risques des hémorragies digestives sur angiodysplasie

A. Bouayad [1], M. Cheker [1], M. Lahlali [1], A. Lamine [1], H. Abid [1], M. El Yousfi [1], A. El Mekkaoui [1], D.A. Benajah [1], S.A. Ibrahimi [1], M. El Abkari [1], N. Lahmidani [1]
(1) Fès, MAROC.

Introduction : L'angiodysplasie digestive (AD) est une malformation vasculaire fréquente du tube digestif, souvent associée à une anémie ferriprive chronique ou à des saignements potentiellement graves dont les facteurs de risques restent mal connues

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive incluant tous les patients présentant une hémorragie digestive liée à des angiodysplasies, suivis dans notre formation sur une période de 10 ans (janvier 2013 - janvier 2023). Les données épidémiologiques, cliniques, biologiques, thérapeutiques et évolutives des patients ont été recueillies.

Résultats : Quarante-neuf patients ont été inclus, avec un âge moyen de 72,4 ans [53-93]. Le sex ratio (H/F) était de 1,04. Vingt-trois patients avaient une cardiopathie ischémique ou valvulaire (47 %), seize patients étaient hypertendus (32 %), quinze patients avaient un diabète de type II (30 %), treize patients avaient une insuffisance rénale chronique au stade d'hémodialyse (26 %) et un patient était cirrhotique post viral C (2 %). Dix-sept patients recevaient un traitement anticoagulant (34 %) et seize patients prenaient des antiagrégants plaquettaires (32 %). Ces deux traitements étaient associés dans 11 cas (22 %). Le mode de révélation était une hémorragie extériorisée sous forme de méléna chez 36 patients (73,4 %), d'hématémèse chez 7 patients (14 %) et de rectorragie chez 6 patients (12 %). Le taux d'hémoglobine initial moyen était de 7,42 g/dl [2,9-12 g/dl]. En analysant la distribution des lésions, nous avons constaté que les localisations d'angiodysplasies, par ordre décroissant,étaient les suivant : le caecum (n=22, 44 %), le colon droit (n=15, 30 %),le duodénum (n=8, 16 %),intestin grêle (n=8, 16%),estomac (n=7, 14%) et le rectum (n=6, 12%) . Le traitement par APC a permis la cessation du saignement dans 83 % des cas. Une récidive hémorragique a été observée dans 34 % des cas, avec un délai moyen de 13,4 mois.



Conclusion : En résumé, notre étude met en lumière l'impact des comorbidités sur les hémorragies digestives liées à l'angiodysplasie. Personnaliser les approches diagnostiques et thérapeutiques pourrait améliorer la prise en charge des patients et réduire les récidives hémorragiques

P210

Hémorragie digestive haute qui soigner en ambulatoire ?

Y. Gharbi [1]
(1) Cefalù, ITALIE.

Introduction : Nous avons essayé dans ce travail de répondre à la question : en cas d'une hémorragie digestive haute qui soigner en ambulatoire
Nous nous sommes intéressés aux facteurs de gravité et de récidive précoce de l'hémorragie digestive supérieure, afin d'établir une checkliste de critères de prise en charge du patient en ambulatoire.

Patients et Méthodes : Nous avons entrepris une étude rétrospective, au sein de l'hôpital universitaire de Cefalu. Nous avons colligé 50 patients, hospitalisés dans le service de gastro-entérologie pour hémorragie digestive haute entre Mars 2022 et Février 2023. Nous avons étudié les facteurs de gravité, les facteurs de récidive précoces.

Résultats : 60 % de nos patients étaient des hommes. L'âge de présentation générale oscille entre 27 et 83 ans avec une médiane de 51 ans +- 14 ans. Le taux d'incidence le plus élevé a été constaté entre les tranches d'âge de 40 à 60 ans. 38 % des patients présentaient uniquement une hématémèse, 30 % une mélana uniquement, 30 % une hématémèse et une méléna et 2 % une hématochézie et une hématémèse. Les causes d'hémorragie gastro-intestinale supérieure, étaient l'ulcère gastro-duodénal (40 %), l'hypertension portale (20 %), des érosions gastroduodénales (10 %) et une œsophagite par reflux (10%) et étaient responsables d'environ 80 % des épisodes. Dans environ 10 % des cas, une étiologie plus rare était trouvée et les causes sont dominées par le syndrome de Mallory-Weiss (1cas), les anomalies vasculaires (1cas), ulcération de Dieulafoy (1cas), hémorragie d'origine pancréatique ou biliaire (1cas) et fistules aorto-digestives (1cas). Dans environ 10 % des cas, l'endoscopie n'avait pas permis pas le diagnostic. Les cas les plus graves avaient un âge supérieur à 65 ans (10 patients) et avec de nombreuses comorbidités (hypertension artérielle, diabète, néoplasie…). Les cas les plus graves avaient une tension artérielle de 80/50+-10.2 mmHg, un pouls de 105 +-30 B/Min, une hémoglobine 8 +- 1 g/dl et des besoins transfusionnels élevés. Les facteurs de récidive hémorragique étaie: un score de Forrest élevé (80%), gros ulcère (80%), certaines localisations (face postérieure du bulbe, petite courbure gastrique) (60%), comorbidité (50 %), premier saignement abondant (80 %). 20 % des patients avaient un score de Blatchford inférieur à 3, 60 % un score compris entre 4 et 16 et 20% un score supérieur à 16. 5 patients avaient un score clinique de 0, 6 patients avaient un score complet inférieur à 2 et n'avaient pas de récidive d'hémorragies et aucun décès n'est survenu dans ce groupe. 35 patients avaient un score compris entre 2 et 8, 5 patients parmi eux ont eu des saignements récurrents, 2 patients sont décédés. 4 patients avaient un score entre 9 et 11 ans, l'hémorragie a récidivé et 3 d'entre eux sont décédés. 22 patients ont bénéficié d'un traitement médical, 25 patients (50%) ont bénéficié de traitement endoscopique : 7 patients (14%) ont eu un clipping, 10 patients (20% une ligature vasculaire des varices œsophagiennes, chez 3 patients (6 %) a été transférée en chirurgie digestive. 16,3% de nos patients sont décédés pendant leur hospitalisation. Les hémorragies gastro-intestinales liées à l'hypertension portale ne conviennent pas aux patients ambulatoires.

Discussion : La prise en charge ambulatoire des hémorragies gastro-intestinales hautes non liées à l'hypertension portale concerne potentiellement 10 à 30 % des hémorragies communautaires. Une endoscopie préalable est le plus souvent nécessaire. Le score clinico-biologique de Blatchford peut aider à identifier les candidats aux soins ambulatoires. Les soins ambulatoires doivent être réservés aux : -patients de moins de 70 ans, -sans comorbidité, -saignements interrompus et peu abondants avec un faible risque de récidive hémorragique, en tenant compte de la cause du saignement et de la classification Forrest, qui doit être inférieur à II b, ce qui exclut les patients traités par hémostase endoscopique. Les patients doivent être informés de la marche à suivre en cas de saignements récurrents et pouvoir se rendre à nouveau dans un centre spécialisé [1].

Conclusion : Nous avons essayé par ce travail de répondre à la question : qui soigner en ambulatoire ? Pour cela, il faudra au praticien de s'intéresser aux facteurs de gravité et de récidive précoce des hémorragies gastro-intestinales hautes. Le score clinico-biologique de Blatchford peut aider à identifier les candidats aux soins ambulatoires. Les soins ambulatoires doivent être réservés uniquement à certains patients.

Remerciements, financements, autres :

1.Stanley AJ, Ashley D, Dalton HR, Mawat C, Gaya DR, Thompson E, et al. Outpatientmanagement of patients with low-risk upper-gastrointestinal haemorrhage: multicentrevalidation and prospective evaluation. Lancet 2009;373:42-7.

P211

Quels sont les facteurs qui augmentent le taux de détection des polypes recto-coliques ? Expérience d'une unité d'endoscopie digestive

O. Ghannei [1], O. M'solli [1], S. Ben Amor [1], M. Trimech [1]

(1) Monastir, TUNISIE.

Introduction : La détection puis la résection des polypes recto coliques permet de diminuer de façon significative l'incidence et de la mortalité du cancer colorectal. Le but de notre travail est de déterminer les facteurs influençant le taux de détection des polypes recto-coliques.

Patients et Méthodes : De Janvier 2019 à Septembre 2023, nous avons mené une étude rétrospective descriptive et analytique, incluant les patients ayant bénéficié d´ une coloscopie. Les données démographiques, cliniques et endoscopiques ont été recueillies pour tous les patients. Les coloscopies indiquées en urgence ont été exclus de notre étude

Résultats : Pendant la période d´étude 1118 coloscopie ont été réalisées, dont 410 (36.6%) avaient révélés des polypes colo rectaux. La population d´étude a comporté 69% des hommes et 30,4% des femmes avec 68,2% de patients de 50 ans et plus.85 patients avaient un antécédent de polype soit 20,7%, 42 patients avaient un antécédent de cancer colorectal soit 10,2%. Les indications de la coloscopie étaient : une constipation chronique dans 39% de cas, une diarrhée dans 23,6% de cas, une anémie ferriprive dans 13,4% de cas et un test immunologique positif dans 21,4% de cas. Le taux de mauvaise préparation (score de Boston < 6) était de 19,26 %. Le taux de coloscopie incomplète était de 7,2 %. En analyse uni variée, la présence des polypes colorectaux était associée de façon statistiquement significative à l'âge (>50 ans) (p=0,024), à l'indication de la coloscopie : 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)>=0,041) , un test immunologique positif (p=0,15), à la bonne qualité de la préparation colique (p<0,001) ; > =0,017) et à l'intubation caecale (p<0,001) e>=0,035). En analyse multivariée les facteurs indépendants de détection des polypes étaient une bonne qualité de la préparation (RR=1,4) et l´indication de la coloscopie le contrôle de polypectomie (RR=1,7) et un test immunologique positif(RR=1,22).

Conclusion : Notre étude a montré qu´un taux de détection des polypes élevé est significativement associé en analyse multivariée aux indications « antécédents personnels des polypes et « Test Immunologique positif » et à la bonne qualité de la préparation colique.

P212

Facteurs prédictifs de la résection complète des gros polypes recto-coliques

S. Chtioui [1], M. Medhioub [1], A. Khsiba [1], M. Mahmoudi [1], A. Ben Mohamed [1], M. Yakoubi [2], L. Hamzaoui [1], M. Azouz [1]

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

Introduction : Avant les avancées des techniques endoscopiques, la résection endoscopique des gros polypes colorectaux est actuellement l'option thérapeutique de choix. Cependant, le recours à la chirurgie reste fréquent, notamment en cas de résection incomplète ou des signes d'invasion.
Les objectifs de notre étude étaient de déterminer le taux de résection complète histologique ainsi que la qualité de la polypectomie pour les gros polypes recto-colique et de déterminer les facteurs associés à cette résection complète.

Patients et Méthodes : Il s'agissait d'une étude rétrospective colligeant tous les patients ayant bénéficié d'une résection endoscopique d'un ou plusieurs gros polypes recto coliques dans le service de gastroentérologie de l'hôpital Mohamed Thar Maamouri de Nabeul, durant une durée de 6 ans (de Janvier 2016 à Décembre 2022). Les données endoscopiques et anatomopathologiques ont été recueillies chez tous les patients.
Un gros polype était défini par une taille >10mm

Résultats : Cent-douze dossiers ont été collectés. L'âge moyen des patients était de 67,3 ans avec des extrêmes allant de 40 à 83 ans. Parmi nos patients, 59,8% étaient des hommes avec un sex-ratio H/F de 1,5. Le score moyen de Boston était de 6,2[4-8]. La coloscopie était pratiquée sans sédation dans la majorité des cas (89,3%). Au cours de l'examen endoscopique sans sédation, la tolérance était jugée subjectivement bonne dans 49,3% des cas, moyenne dans 44,9% des cas et mauvaise dans 5,8% des cas. Le temps de retrait moyen était de 12,5min [6-30]. Les polypes étaient localisés dans le colon gauche chez 70 patients (62,5%), le colon droit chez 24 patients (21,4%) et le rectum chez 18 patients (16,1%). La taille moyenne des polypes était de 14,3 mm [10-35]. Dans 18,8% des cas, la taille moyenne des polypes était >20mm. Selon la classification de Paris, les polypes étaient sessiles dans 50,9 % des cas, pédiculés dans 41,1% des cas et plans dans 8% des cas. La polypectomie a été pratiquée en monobloc chez 83 patients (74,1%) et fragmentée chez 19 patients (17%). Dans 8,9% des cas, la qualité de la résection n'était pas précisée dans le compte-rendu. Les polypes ont été récupérés après résection et adressés pour examen anatomopathologique dans 73,2% des cas. A l'examen histologique, les polypes étaient de type tubuleux-villeux dans 41,7%. Il s'agissait d'un adénome en dysplasie de bas grade dans 22,5% des cas, un adénome en dysplasie de haut grade dans 21,6% des cas, un polype hyperplasique dans 12,7% des cas et un polype festonné dans 15% des cas. Un adénocarcinome intra muqueux et un adénocarcinome infiltrant étaient notés dans un seul cas respectivement. A l'examen histologique, la résection était complète avec des marges saines dans 56,3% des cas, et la qualité de la résection était non évaluable dans 28% des cas. Le recours à la chirurgie était nécessaire chez 3 patients. Au cours de la polypectomie, 7 patients avaient un saignement, jugulé dans 4 cas par la mise en place d'un clip, et une évolution spontanément favorable dans les 3 autres cas. La mise en place d'un clip à visée prophylactique a été pratiquée chez 5 patients.
En analyse univariée, la résection en monobloc était liée statistiquement au degré de dysplasie (p=0,04) et au type pédiculé selon la classification de Paris (p=0,04). La résection complète évaluée à l'histologie était corrélée statistiquement avec la résection en monobloc (p=0,009). Toutefois, le siège (p=0,5), la taille (p=0,8) et le degré de la dysplasie (p=0,3) n'étaient pas associés au caractère complet de la résection. La survenue d'une complication (saignement) en per procédure était corrélée avec la taille du polype >20mm (p=0,04).

Conclusion : La résection complète des gros polypes colorectaux était corrélée à la classification de Paris des polypes plutôt qu'à leurs tailles. Cependant, la résection endoscopique des polypes >20mm était associée à un risque plus élevé de saignement, d'où la nécessité de la mise en place des mesures prophylactiques chez ces patients.

P243

Hémorragie gastro-intestinale haute aiguë de l'adulte : aspects épidémiologiques, étiologiques et thérapeutiques à propos d'une série marocaine

R. Boukhraiss [1], M. Borahma [1], F.Z. Chabib [1], I. Benelbarhdadi [1], F.Z. Ajana [1]

(1) Rabat, MAROC.

Introduction : Les hémorragies digestives hautes aigue (HDH) sont des urgences médicochirurgicales à la fois fréquentes et graves, et demeurent une cause importante de morbidité et de mortalité. L'ulcère gastroduodénal (UGD) et la rupture des varices œsophagiennes sont les causes les plus fréquentes. Les enquêtes épidémiologiques des HDH dans notre pays sont encore limitées.
Le but de notre travail est d'étudier les différents aspects épidémiologiques, étiologiques et thérapeutiques de l'hémorragie digestive haute aigue.

Patients et Méthodes : Étude rétrospective monocentrique menée dans un service d'hépato-gastro-entérologie sur une période de 5 ans. On a réalisé une EOGD chez 314 patients admis aux urgences pour une hémorragie gastro-intestinale haute aigue ou basse avec une instabilité hémodynamique, avec un score de Blatchford supérieure à 1.

Résultats : L'HDH représentait 84.6% de l'ensemble des indications des endoscopies digestives hautes dans le contexte des urgences. L'âge moyen était de 57.7 ans, avec des extrémités allant de 19 à 90 ans, avec une prédominance masculine (sex-ratio 1.3)
Chez nos patients on retrouvait une hépatopathie chronique connue dans 18.7% (n=59) des cas, une insuffisance rénale terminale dans 6% (n=19) des cas, une cardiopathie sous-jacente dans 7.9% (n=25) des cas, tabagisme chronique dans 2.8% (n=9) des cas, une histoire d'une maladie ulcéreuse gastroduodénale connue était présente chez 4.7% (n=15) des cas, une prise récente d'AINS dans 1.9% (n=6) des cas, prise des anticoagulants dans 5.4% (n=17) des cas.
A l'admission, 33 patients (10.5%) étaient en instabilité hémodynamique, L'HDH a été révélée par des mélénas isolées dans 37% (n=116) des cas, une hématémèse et un méléna concomitant chez 30% (n=94) des cas, une hématémèse isolée dans 23.8% (n=75) des cas et des rectorragies avec instabilités hémodynamiques chez 9.2% (n=29) des cas.
Le bilan biologique a montré une anémie légère dans 7.3% (n=30), une anémie modérée dans 57.9% (n= 182) et anémie sévère dans 32.4% (n=102) dont 224 malades(71%) ayant nécessite la transfusion d'un ou plusieurs culots globulaire
L'endoscopie digestive faite dans un délai moyen de 16 heures après leur admission était concluante dans 80.5% (n= 253) des cas.
Les étiologies du HDH étaient dominées par les ulcères gastroduodénaux dans 33.8% (n=106) des cas, dont localisation gastrique dans 43.4% (n=46) des cas et duodénale dans 56.6% (n=60) des cas, les ruptures de varices œsophagiennes dans 26.4% (n=83) des cas, varices gastro-œsophagiennes (GOV) dans 0.9% (n=3) et gastroraphie d'HTP dans 3.8% (n=12). Œsophagite sévère dans 15 cas (4.7%), dont était grade D dans 8 cas, grade C dans 3 cas et grade B dans 4 cas. Cause tumorales hémorragiques dans 13 cas (4.1%), dont un processus gastrique était dans 9 cas, duodénale dans 3 cas et œsophagien dans un seul cas. Les angiodysplasies étaient trouver chez 5 cas (1.6%), GIST hémorragique, syndrome Plummer Vinson, syndrome de Mallory-Weiss et candidoses œsophagiennes trouvées dans un seul cas. La EOGD était normale dans 61 cas (19.4%).
Le traitement était essentiellement médical dans 75% des cas. Un traitement endoscopique était réalisé chez 77 cas (24.5%) des patients, dont ligature des varices œsophagiennes dans 55 cas (17.5%), injection de colle biologique pour des GOV dans 03 cas (0.9%), injection d'adrénaline seule dans 05 cas (1.6%) et mise en place d'un clip hémostatique après injection d'adrénaline dans 13 cas (4.1%), le recours à la chirurgie en urgence était nécessaire dans un seul cas.

Conclusion : Dans cette étude rétrospective, nous avons confirmé que l'endoscopie digestive haute contribue à identifier le site de saignement dans la plupart des cas. La pathologie ulcéreuse et l'hypertension portale restent les premières causes des HDH. Seule une prise en charge multidisciplinaire, rapide et adéquate notamment chez les sujets âgés avec comorbidités peut améliorer le pronostic vital des malades.

P214

Profils évolutifs des ulcères bulbaires sténosants

A. Bouayad [(1)], M. Cheker [(1)], M. Lahlali [(1)], A. Lamine [(1)], H. Abid [(1)], M. El Yousfi [(1)], A. El Mekkaoui [(1)], D.A. Benajah [(1)], S.A. Ibrahimi [(1)], M. El Abkari [(1)], N. Lahmidani [(1)]

(1) Fès, MAROC.

Introduction : Les ulcères bulbaires sténosants représentent un défi diagnostique et thérapeutique majeur. Cette étude vise à analyser les profils évolutifs de ces ulcères en mettant en évidence leurs caractéristiques cliniques, endoscopiques et histologiques, ainsi que l'impact des diverses options thérapeutiques sur leur progression.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive incluant tous les patients ayant une sténose ulcéreuse du bulbe, suivis dans notre formation sur une période de 8 ans (janvier 2015 - janvier 2023). Les données épidémiologiques, cliniques, biologiques, thérapeutiques et évolutives des patients ont été recueillies.

Résultats : Un total de 45 patients ont été inclus, avec une moyenne d'âge de 49,2 ans [21-82]. Le ratio homme/femme était de 4 (36 hommes et 9 femmes). Le tabagisme chronique était observé chez 26 patients, soit 57,7%. Les manifestations cliniques étaient principalement dominées par des vomissements chroniques (88,8%), des épigastralgies (55,5%), un syndrome anémique sans saignement externe (13,3%) et une hémorragie digestive haute (6,6%). Un bruit de clapotement à jeun était détecté chez 66,6% des cas. La fibroscopie œso-gastro-duodénale a révélé une sténose pyloro-bulbaire chez tous les patients, dont 73,3% étaient infranchissables par le fibroscope. L'infection à *Helicobacter pylori* a été recherchée chez 40 patients, avec un taux positif de 85%, et éradiquée chez 26 patients (65%). Tous les patients ont été mis sous inhibiteurs de la pompe à protons. Onze patients (24,4%) ont bénéficié d'un traitement chirurgical par gastro-entéro-anastomose, et 4 patients ont subi une dilatation endoscopique (8,8%). L'évolution a montré une amélioration clinique chez 60% des cas, une récidive des symptômes initiaux chez 13,3% des cas, tandis que les autres ont été perdus de vue. La mauvaise observance du traitement médical, principalement due à un manque de moyens, a été la principale cause d'échec.

Conclusion : En somme, cette étude met en lumière les défis associés aux ulcères bulbaires sténosants et souligne l'importance d'une approche clinique et thérapeutique adaptée. Malgré les avancées, le suivi médical et l'observance demeurent des enjeux essentiels pour obtenir de meilleurs résultats à long terme.

P215

Apport de la coloscopie en cas de rectorragie : étude comparative en fonction de l'âge

O. Ghannei [(1)], O. M'solli [(1)], S. Ben Amor [(1)], M. Trimech [(1)]

(1) Monastir, TUNISIE.

Introduction : Les rectorragies représentent 20% des hémorragies digestives, c'est le mode le plus fréquent de révélation des hémorragies digestives basses. Les étiologies sont diverses et diffèrent selon l'âge. L´objectif de notre étude est d´évaluer l'apport de la coloscopie dans le bilan des rectorragies en fonction de l'âge.

Patients et Méthodes : De Janvier 2019 à Septembre 2023, nous avons mené une étude rétrospective descriptive et analytique, incluant les patients ayant bénéficié d´ une coloscopie pour rectorragie. La population d´étude était répartie en deux groupes ; Groupe 1(G1) : âge<50 ans et Groupe 2(G2) : âge>50 ans. Les données démographiques, cliniques et endoscopiques ont été recueillies pour tous les patients et comparées entre les deux groupes.

Résultats : 217 patients étaient inclus. La population d´étude était à prédominance masculine avec un sex-ratio H/F à 1,12(115 hommes et 102 femmes).122 patients appartenaient au groupe 2 (>50 ans) soit 56,2% et 95 patients appartenaient au groupe 1 (< 50 ans) soit 43,7%. La coloscopie était pathologique dans 73,7% de cas (G1 : 26,7% ; G2 : 47,% ;p=0,045). Les lésions diagnostiquées étaient ; les hémorroïdes dans 23% de cas (G1 : 4,6% ; G2 : 18,4% ; p=0,03), les tumeurs recto coliques dans 13,8 % de cas (G1 : 5,5% ; G2 : 8,2% ;p=0,2). Les colites inflammatoires représentaient 46,5% de cas (G1 : 27% ; G2 : 18% ;p=0,045), l'angiodysplasie colique dans 7,8% de cas (G1 : 2,7% ; G2 : 5% ;p=0,032), la pathologie diverticulaire représentait 18% de cas (G1 : 2,3% ; G2 : 16,% ;p=0,015) alors que les polypes recto coliques dans 9% de cas (G1 : 4,14% ; G2 : 5,06% ;p=0,55). Les varices rectales ectopiques étaient notées dans un seul cas. En analyse multivariée, le seul facteur associé à un résultat pathologique de la coloscopie était l'âge supérieur à 50 ans.

Conclusion : Notre étude a montré que l'âge > 50 ans est associé à un résultat pathologique de la coloscopie en cas de rectorragie et que la pathologie hémorroïdaire, la diverticulose colique et l´angiodysplasie étaient les cause le plus fréquentes chez les sujets âgés par rapport aux sujets jeunes(<50 ans) où le diagnostic des colites inflammatoires était prédominant.

P.216

Hémorragies digestives du sujet âgé : anticoagulants ou pas anticoagulants ?

D. Ibn Majdoub Hassani [1], A. Lamine [1], M. Lahlali [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 : L'hémorragie digestive est le site le plus fréquent des hémorragies majeurs associées aux anticoagulants. Les patients surtout âgés, souffrant d'une hémorragie gastro-intestinale majeure présentent une morbidité pouvant aller jusqu'à 10 %.
Les anticoagulants sont fréquemment interrompus à la phase aiguë de l'hémorragie, mais avec beaucoup d'incertitude sur quand et comment les reprendre une fois l'hémorragie est jugulée.
L'objectif de notre étude est de dresser un profil des HD sous AC, et de comparer la mortalité chez les patients âgés qui sont sous anticoagulant et ceux qui ne le sont pas.

Matériels et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective comparative menée sur un an, allant de juillet 2021 jusqu'au juillet 2023, incluant 54 les patients âgés supérieur de 60 ans, ayant présenté une hémorragie digestive haute ou basse sous anticoagulants (groupe I). On compare ce groupe a 42 patients plus de 60 ans qui ne sont pas sous anticoagulants (groupe II), ayant présenté des hémorragies digestives. Les patients ayant une hypertension portale sont exclus de l'étude.

Résultats : L'âge moyen des patients du (groupe I) était de 69,9 avec des extrémités allant de 60-89 ans, avec une prédominance masculine (sexe ratio H/F de 1,65). 55,5% des cas du groupe I étaient sous AVK, 37% Sous AOD, 7,5% sous héparine injectable, 52% des cas pour FA compliqué ou non d'AVC,22% pour un remplacement valvulaire, 18,5% pour une embolie pulmonaire et 7,5% pour autres causes confondues.
18,8 % des patients du groupe I présentaient un état de choc à l'admission comparée à 10,6% dans le groupe II. 33,3% du groupe I avaient une hémoglobinémie < 7g/dl Vs 29,4% du groupe II.
65% des patients du groupe I ont été transfusé, comparé à 42% du groupe II. Le besoin transfusionnel était aussi plus important sur le groupe I, avec une moyenne de 2,4 culots globulaires par patient, et de un 1,1 chez le groupe II.
Les explorations endoscopiques ont objectivé : un ulcère gastroduodénal chez 64,8 % des patients, des angiodysplasies chez 14,8%, des diverticules chez 9,2%, une tumeur digestive chez 7,4%, des varices chez 5,4%. L'étiologie n'a pas été trouvées chez5,4% des patients.
On a arrêté les ATC chez tous les patients du groupe I à la phase initiale de l'hémorragie digestive.On a réintroduit les ATC chez 92,5% des patients après une moyenne de 5,9 jours (varie entre 3-10jous).50% ont repris directement leur doses habituelles d'anticoagulants,42,5% à des doses progressives.
Aucun de nos patients n'a présente de complications thrombotiques lors de l'arrêt des AC, par contre 18,5% des patients ont récidivé leurs HD avec la reprise des ATC.
En concertation avec leurs médecins, quatre patients ont nécessité l'arrêt définitif des AC vu le risque de récidive hémorragique majeur chez eux.
Le taux de mortalité était de 11,1% chez nos patients qui avaient déjà repris le traitement anticoagulant comparé à 8,2 % chez les patients non anticoagulés, avec un p<0,003.

Conclusion : En conclusion, notre étude met en évidence le risque accru de mortalité chez les patients âgés sous anticoagulants souffrant d'hémorragies digestives. Ces résultats soulignent l'importance d'une gestion prudente et individualisée de ces traitements, en tenant compte du risque de récidive hémorragique chez chaque patient.

P.217

L'intérêt des biopsies étagées lors d'une coloscopie normale chez les patients ayant une de diarrhée chronique

N. Ammar [1], L. Mnif [1], H. Gdoura [1], H. Mohamed Vall [1], L. Chtourou [1], M. Moalla [1], A. Amouri [1], M. Boudabbous [1], N. Tahri [1]

(1) Sfax, TUNISIE.

Introduction : Les diarrhées chroniques représentent un motif de consultation fréquent dont le diagnostic étiologique s'impose. L'iléo coloscopie représente un examen clé dans l'exploration et la prise en charge de la diarrhée chronique. Le but de notre travail est d'évaluer l'intérêt des biopsies systématiques chez les patients souffrant de diarrhées chroniques et chez qui la coloscopie était normale.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive colligeant tous les patients ayant une diarrhée chronique avec iléo coloscopie normale et ayant bénéficié de biopsies iléo coliques systématiques, au service d'hépato-gastro-entérologie du centre hospitalo-universitaire Hédi Chaker de Sfax sur une période de 6 ans (2018-2023).

Résultats : Nous avons colligé 91 patients. L'âge moyen était de 44.7 ±5.3 ans. Le sex ratio H/F était de 0.82. La coloscopie était normale chez tous nos malades, elle était totale avec cathétérisme de l'iléon chez 68.1 % des cas. La préparation était jugée bonne chez 42% des cas. Tous nos malades avaient des diarrhées liquidiennes. Les douleurs abdominales et l'amaigrissement étaient décrits respectivement dans 15% et 6% des cas. Une anémie était notée chez 5% des patients. Une maladie auto immune était présente dans 10% des cas. 4 patients était suivis pour une spondylarthrite ankylosante. Les résultats des biopsies ont objectivé la présence d'une colite à éosinophile, d'une colite à collagène, et d'une colite lymphocytaire, observées respectivement chez 6.5%, 3.3%, et 2.1% des patients. La maladie inflammatoire chronique de l'intestin a été retenue chez 2.1% des patients.

Conclusion : Les biopsies systématiques dans le cadre du bilan étiologique des diarrhées chronique s'imposent même devant une coloscopie normale.

P-218

Particularités de l'hémorragie digestive haute chez les patients sous antithrombotiques : étude prospective

J. Benass [1], C. Jioua [1], A. Benhamdane [1], T. Addajou [1], I. Mouslim [1], J.Y. Bangda Ekanga [1], S. Mrabti [1], R. Berraida [1], I. El Koti [1], F. Rouibaa [2], 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.

Patients 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-219

Facteurs associés à une coloscopie incomplète

J.Y. Bangda Ekanga [1], A. Benhamdane [1], R. Chaibi [1], T. Addajou [1], S. Mrabti [1], I. El Koti [1], H. Seddik [1]

(1) Rabat, MAROC.

Introduction : La coloscopie est un examen médical utilisé pour d'exploration le rectum et du côlon à l'aide d'un instrument appelé coloscope. Elle permet le dépistage du cancer colorectal, surtout chez les personnes de plus de 50 ans ou celles présentant des facteurs de risqué. Correctement réalisée, elle est généralement sûre, précise et bien tolérée. Le cathétérisme de la dernière anse iléale (DAI) est l'un des objectifs d'une coloscopie de qualité. Cependant, une coloscopie incomplète se produit dans environ 10 % des cas. L'objectif de notre étude est de déterminer les facteurs associés à une coloscopie incomplète.

Matériels et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive et analytique incluant tous les patients ayant bénéficié d'une coloscopie entre Janvier 2020 et Aout 2023. 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. Une coloscopie incomplète a été définie comme la non visualisation du cæcum.

Résultats : Parmi 1518 coloscopies réalisées, 105 étaient incomplètes soit 11,5%.
Les patients ayant une coloscopie incomplète étaient plus âgés (p=0,003), plus susceptibles d'être des hommes (p=0,026), d'avoir des antécédents de chirurgie abdominale (p<0,001), une constipation (p=0,001), une diarrhée (p=0,002) et des rectorragies (p=0,006) avec une mauvaise préparation (p<0,001).
Après analyse multivariée, les facteurs associés à une coloscopie incomplète étaient : des antécédents de chirurgie abdominale (OR : 13,8, IC95% :4,2- 45,1, p<0,001), une mauvaise préparation (OR : 224, IC95% : 57- 884, p<0,001), la présence de diarrhée (OR : 0,2, IC95% :0,08-0,5, p=0,002), et de constipation (OR : 0,33, IC95% : 0,1-0,7, p=0,007).

Conclusion : Dans notre étude, 11,5% des coloscopies étaient incomplètes et les facteurs qui y semblent associés sont les antécédents de chirurgie abdominale, une mauvaise préparation et la présence de diarrhée et de constipation.

P220

Peut-on prédire un résultat pathologique lors d'une coloscopie ?

R. Chaibi [1], S. Hdiye , I. Mouslim [1], F. Ait Iken [1], A. Benhamdane [1], C. Jioua [1], J.Y. Bangda Ekanga [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 : Avec l'émergence des cancers colorectaux, la coloscopie est devenue l'examen de référence pour le dépistage, le diagnostic et même le traitement endoscopique des différentes pathologies coliques. Mais, les indications deviennent parfois abusives vu la disponibilité de cet examen d'une part, et la crainte de passer à côté d'une pathologie néoplasique d'autre part.

L'objectif de notre étude est d'évaluer la pertinence de l'indication d'une coloscopie pathologique ainsi que ses facteurs associés

Matériels et Méthodes : Une étude rétrospective descriptive et analytique a été menée entre Janvier 2020et Août 2023, incluant tous les patients ayant bénéficié d'une coloscopie.
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 SPSS20 en utilisant le modèle de régression logistique binaire en analyses univariée et multivariée.

Résultats : 1518 coloscopies ont été réalisées dont 655 étaient pathologiques soit 44,6%.
L'âge moyen de ces patients étaient de 57,6 +/- 14,98 ans avec des extrêmes allant de 12 à 92 ans. Le sexe ratio (H/F) était de 1,59 avec une nette prédominance masculine à 61,4%.
Les principales indications d'une coloscopie pathologique étaient : les rectorragies dans 31% (n=203), la diarrhée dans 22% (n=144), la constipation dans 21,8 % (n=143), l'anémie ferriprive dans 15,3% (n=100) et méléna dans 3,4% des cas (n=22)
Les principaux diagnostics retrouvés étaient : les polypes colo rectaux dans 55,6% (n=356), une colite dans 19,7% (n=126), un processus colo rectal dans 13,4% (n=86), une diverticulose colique dans 11,9 % (n=76) et une angiodysplasie colique dans 9,7% des cas (n=62).
Après analyse multivariée, l'âge > à 50 ans (OR : 1,9, IC95% : □1,4- 2,5□, p<0,001) ; le sexe masculin (OR : 1,7, IC95% : □1,3-2,3□, p<0,001), un antécédent de polypes colo rectaux (OR : 3,8, IC95% : □2-7□, p<0,001), une bonne préparation (OR : 1,4, IC95% : □1- 1,9□ ; p=0,015), la présence d'une anémie ferriprive (OR : 0,7, IC95% : □0,5-0,8□ ; p=0,007), de constipation (OR : 0,7, IC95% : □0,5-0,9□ ; p=0,037) ; et de rectorragies (OR : 1,3, IC95% : □1-1,8□ ; p=0,038) étaient des facteurs associés significatifs à une coloscopie pathologique

Conclusion : Dans notre étude, les rectorragies étaient le motif de coloscopie le plus pertinent. Les facteurs associés à une coloscopie pathologique étaient l'âge, le sexe, une bonne préparation et la présence de rectorragies, de constipation et de diarrhée.

P221

Morbidité de la ligature élastique des varices œsophagiennes : expérience monocentrique

C. El Manjra [1], I. Bounouar [1], F.E. Lairani [1], O. Nacir [1], A. Ait Errami [1], S. Oubaha [1], Z. Samlani [1], K. Krati [1]

(1) Marrakech, MAROC.

Introduction : L'hypertension portale (HTP) est une conséquence majeure de la cirrhose, responsable de ses principales complications, notamment l'ascite, l'hémorragie digestive et l'encéphalopathie hépatique. La rupture de varices œsophagiennes (RVO) représente la principale cause d'hémorragie digestive chez ces patients, et l'une des sources les plus importantes de mortalité. La ligature élastique des varices œsophagiennes en constitue, jusqu'au jour d'aujourd'hui, le traitement endoscopique de référence. C'est un geste qui a prouvé son efficacité et sa bonne tolérance. Cependant, sa morbidité n'est pas nulle.
L'objectif de notre étude est d'étudier la morbidité de la ligature élastique endoscopique des varices œsophagiennes en cas de RVO chez nos patients cirrhotiques.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude descriptive rétrospective étalée sur 5 ans (Janvier 2018-Janvier 2023). Elle a inclus tous les patients cirrhotiques hospitalisés dans notre service pour hémorragie digestive par RVO et ayant bénéficié d'une ligature élastique endoscopique.

Résultats : Au total, 330 cas ont été colligés durant cette période. L'âge moyen de nos patients était de 47 ans, avec des extrêmes allant de 18 à 76 ans. Il y'avait une légère prédominance masculine avec un sex-ratio de 1.1. La cause la plus fréquente était la cirrhose post-hépatite virale B. Les patients étaient classés CHILD B dans 43% des cas, CHILD A dans 41% des cas, et CHILD C dans 16% des cas.
Une hémostase primaire a été assurée chez 96.2% de nos malades. Après la procédure, une récidive hémorragique précoce par chute d'escarre a été notée dans 6.7% des cas (n=20). Le délai moyen était de 6.1 jours avec des extrêmes allant de 4 à 8 jours. Une récidive hémorragique tardive a été constatée dans 3.9% des cas (n=13). 41.8% de nos patients (n=138) se sont plaint de douleurs rétrosternales en post-geste. L'intensité de la douleur était comprise entre 2 et 3 selon l'échelle visuelle analogique pour 75% d'entre eux. Elle était apparue dans les deux premiers jours suivant le geste dans 82% des cas. La douleur était calmée par les antalgiques classiques chez 100% de ces patients. Une dysphagie a été rapportée par 3% de nos malades (n=10). Elle était transitoire et spontanément réversible chez tous les patients. La fièvre a été notée dans 1.8% des cas (n= 6). Aucun cas de sténose œsophagienne ni d'ulcère œsophagien n'ont été notés dans notre série. Quant au taux de mortalité, il a été évalué à 4%.

Conclusion : Cette étude a permis de confirmer que la ligature élastique des varices œsophagiennes demeure une technique d'hémostase endoscopique efficace et bien tolérée avec une morbi-mortalité plutôt faibles.

P222

Profil épidémiologique, clinique et évolutif des hémorragies digestives au cours du surdosage en AVK

M.A. Dhiflaoui [1], H. Jaziri [2], W. Dahmani [2], S. Hamdi [1], A. Hassine [1], M. Mhadhebi [1], A. Hammami [2], A. Ben Slama [2], M. Ksiaa [2], A. Braham [2], N. Elleuch [2], A. Jmaa [2]
(1) Kairouan, TUNISIE ; (2) Sousse, TUNISIE.

Introduction : Tous les traitements anticoagulants, qu'ils soient préventifs ou curatifs, peuvent être responsables d'hémorragie digestive(HD). Il s'agit essentiellement des anti-vitamines K (AVK), le plus souvent en raison d'une erreur de posologie. La prise en charge de ces patients pose un problème thérapeutique majeur puisque l'hémorragie survient chez des patients à haut risque thrombo-embolique avec l'augmentation de l'incidence de gravité de ces HD. Le but de ce travail était de préciser le profil épidémiologique, clinique et évolutif des HD chez les patients avec surdosage en AVK et déterminer les facteurs prédictifs de gravité de ces HD.

Matériels et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive à visée analytique sur une période de 10 ans allant du 1er janvier 2010 au 31 décembre 2020 incluant tous les patients hospitalisés au service de Gastro-entérologie au CHU Sahloul de Sousse(Tunisie) pour une hémorragie digestive en rapport avec un surdosage en AVK. Les patients ont été répartis selon le critère de nécessité de transfusion de culots globulaires (parmi les critères établis par la HAS en 2008) en deux groupes, groupe 1: patients avec surdosage en AVK non transfusés (HD non grave) et groupe 2: patients avec surdosage en AVK transfusés(HD grave). La recherche des facteurs de gravité a été faite par une analyse univariée.

Résultats : Le nombre total de patients inclus dans l'étude était de 51 patients. Il s'agit de 21 hommes (41,2%) et 30 femmes (58,8%). L'âge moyen était de 67 ans[33-83]. L'indication à un traitement par AVK était: une ACFA (41,17%), un remplacement valvulaire (33,3%) et une thrombose veineuse profonde (9,8%). L'hémorragie a été extériorisée sous forme de méléna (58,8%), d'hématémèse(31,4%) et de rectorragies (23,5%). Aucun de nos patients ne s'est présenté avec un état de choc, 13,7% des patients étaient tachycardes et 3,9% avaient une hypotension. L'HD était confirmée dans, à peu près, 82,3 % des cas par le toucher rectal. L'analyse des données biologiques a révélé une anémie [hémoglobine(HGB)<10 g/dl] dans 88,2% des cas, le taux moyen de TP chez nos malades était de 13,88±5,10, la valeur moyenne de l'INR au moment du diagnostic était de 9,34±4,08, et le taux moyen de l'urée était de 14,22 ±11,69 mmol/L. Les lésions responsables de l'hémorragie étaient: la maladie ulcéreuse gastroduodénale(18,5%), les atteintes œsophagiennes(13,7%), les tumeurs recto coliques(2%), une diverticulose colique (14,2%), des hémorroïdes internes (2%), des angiodysplasies coliques (3,9%) et une colite ulcérée (3,9%). Concernant la prise en charge, un arrêt immédiat de l'anticoagulant a été entrepris chez tous les patients en parallèle à l'administration de la vitamine K et du PPSB. Trente cinq patients (68,6%) ont reçu des culots globulaires rouges (CGR) avec une moyenne de CGR transfusés de 3 CGR. Nous avons eu recours à un traitement endoscopique chez 3 patients (5,88%) ; un patient a eu une ligature élastique des varices œsophagiennes, un patient a eu un traitement par du plasma argon et un patient a eu une injection d'adrénaline. Nous avons eu recours à un traitement chirurgical chez un patient à type de colectomie totale pour une HD incontrôlable. L'évolution était favorable dans la majorité des cas (98,04%). Le décès est survenu chez 1 patient suite à une récidive hémorragique de grande abondance. En étude univariée, le genre (féminin)(p=0,036), le taux d'HGB(p<0,001) et l'urée(p=0,002) étaient statistiquement associés à un risque significatif de gravité de l'HD par surdosage en AVK.

Conclusion : La survenue d'une hémorragie digestive sous AVK est une complication grave d'autant plus si elle survient chez un sujet âgé et multi taré. En effet,l'étude détaillée des étiologies et des facteurs prédictifs de gravité de ce type d'HD a permis de relever et d'analyser plusieurs éléments pertinents qui pourraient mieux guider la prise en charge ultérieure de ces HD et prévenir les complications hémorragiques iatrogènes de ces médicaments.

P223

Les angiodysplasies digestives : aspects diagnostique et thérapeutique

O.A. Yangba Kalebanga [1], B. Kouwakanou [1], N. Cheikh [1], F.E. Lairani [1], A. Ait Errami [1], S. Oubaha [1], S. Zouhour [1], K. Krati [1]
(1) Marrakech, MAROC.

Introduction : Les angiodysplasies sont des malformations vasculaires les plus fréquentes du tube digestif se manifestant par des saignements digestifs extériorisés ou occultes surtout chez des sujets âgés en présence de certaines comorbidités. L'objectif de cette étude est de décrire les différentes modalités de diagnostic et de prise en charge des angiodysplasies gastro-intestinales.

Matériels et Méthodes : Etude rétrospective sur 9 ans (janvier 2013 à décembre 2022), colligeant les patients hospitalisés au service d'Hépato gastro entérologie de CHU Mohammed VI de Marrakech pour des lésions d'angiodysplasie. Le logiciel SPSS a été utilisé pour analyse uni et multivariée.

Résultats : Au total 160 patients dont 82 hommes et 78 femmes (sex ratio de 1,05 H/F), d'âge moyen de 76,3 (+/- 6,01) ans étaient inclus dans notre étude pour des lésions d'angiodysplasies, révélées pour la plupart des cas par une hémorragie digestive extériorisée chez 64,4% contre une anémie ferriprive chez 33,8% patients. 35,6% patients étaient sous anti-agrégant plaquettaire contre 40,6% qui n'étaient sous aucun traitement. 43% des patients étaient hospitalisés pour une récidive sur les d'angiodysplasie. Les principales comorbidités étaient insuffisance rénale chronique (31,3%), un rétrécissement aortique (38,1%) et une maladie du système (18,1%) (Tableau 1). Le diagnostic positif et le traitement reposaient sur les méthodes endoscopiques après rétablissement hémodynamique permettant de localiser les lésions d'angiodysplasies dans l'estomac et le colon dans 50% des cas, jéjunum dans 15% des cas. 68,1% patients étaient transfusés et 87,5% étaient traités par APC (Tableau 1). En analyse multivariée, la récidive était associée au sexe (2,7 fois chez la femme que les hommes), la prise de médicaments incriminés ainsi qu'à la présence des comorbidités telles que l'IRC, le rétrécissement aortique, une maladie systémique sous anticoagulant d'angiodysplasie respectivement de 2,7 fois, 3,8 fois et de 4,3 fois (Tableau 2). Aucun facteur n'est associé à la distribution des lésions d'angiodysplasie ni au nombre de segments digestifs atteints. Le séjour moyen en hospitalisation était inférieur à une semaine chez 68,75% patients (Tableau 1).

Conclusion : La prise en charge des angiodysplasies digestives repose sur les explorations endoscopiques. 43% de nos patients ont récidivé après un traitement bien conduit. Les facteurs de récidives étaient l'IRC, le rétrécissement aortique, une maladie systémique sous anticoagulant et la prise de médicaments incriminés

Remerciements, financements, autres :
NB: nous avons deux tableaux à inserrer mais je ne parviens pas à les telecharger en format demandé jpg, pnp

P224

Hémorragie digestive basse : quelles particularités dans la coloscopie chez les sujets âgés de plus de 50 ans ?

K. Attaqi [1], S. Riffi Temsamani [1], W. Boukamza [1], I. El Fadli [1], H. Ouaya [1], H. Meyiz [1], I. Mellouki [1]
(1) Tanger, MAROC.

Introduction : L'hémorragie digestive basse est un motif de consultation fréquent aux urgences, en particulier chez les patients âgés, et pouvant mettre en jeu le pronostic vital. La coloscopie est l'examen de choix pour établir un diagnostic étiologique précis et mettre en place un traitement d'hémostase.
L'objectif de notre étude est d'évaluer la valeur diagnostique de la coloscopie dans le contexte des hémorragies digestives basses chez les patients âgés de 50 ans et plus.

Matériels et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective menée au service de Hépato- gastro entérologie implanté dans un hôpital régional, étalé sur une période de 3 ans allant de janvier 2020 au janvier 2023. Les données ont été collectés à partir des registres de coloscopie portant sur des sujets âgés de 50 ans et plus présentant des rectorragies ou de méléna avec une Fibroscopie digestive normale, Tous les examens étaient réalisés sous sédation

Résultats : Au cours de cette période d'étude 75 coloscopies étaient réalisées chez des patients âgés de 50 ans et plus. L'âge moyen des patients était de 63 ans avec des extrêmes de 50 et 90 ans. Une légère prédominance masculine avec sex-ratio de 1.4 (Il s'agissait de 31 femmes et de 43 hommes).
Des ATCD pathologique ont été rapportées 34% patients (n=25) représentés principalement par : les cardiopathies dans 14% (n=10), des antécédents personnels néoplasiques chez 5% des cas (n=4), l'hypertension et le diabète dans 4% chacun, alors que des antécédents familiaux de CCR étaient notés chez 2 malades.
Le motif de réalisation de la colonoscopie était des rectorragies chez la majorité des patients soit 77% (57), et des mélénas après avoir éliminé une origine haute du saignement par une endoscopie digestive haute chez 17 patients soit 23% des cas. La préparation colique était jugée moyenne dans la moitié des cas (n=38), médiocre dans 19% et bonne dans 19%.
La coloscopie était totale dans 81%des cas, avec cathétérisme de la DAI chez 43 %, Incomplète vue la mauvaise préparation dans 19%. Elle a été pathologique dans 60% des cas objectivant : Un processus recto-coliques chez 23% cas, suivi de lésions d'angiodysplasies dans 16%, des polypes recto-colique chez 11%, et de diverticulose chez 5 %, parmi ceux avec coloscopie normale l'examen proctologique avait révélée la pathologie hémorroïdaire qui a été retenu comme étiologie de rectorragies (7 cas).

Conclusion : L'hémorragie digestive basse constitue un motif de consultation fréquent chez les personnes âgées aux services d'urgences. Les rectorragies sont le mode de révélation le plus courant des hémorragies digestives basses. La coloscopie permet d'établir un diagnostic étiologique dans 60 % des cas. Dans notre série, on observe une prédominance de la pathologie tumorale et des angiodysplasies coliques chez les individus âgés de 50 ans et plus

P225

Pertinence des biopsies iléo-coliques systématiques chez les patients ayant une diarrhée chronique avec une coloscopie normale

S. Hamouda [1], M. Ben Abdelwahed [2], R. Limam [2], R. Baklouti [1], I. Jemni [1], M. Zakhama [1], W. Bouhlel [1], A. Sabbek [3], A. Guediche [1], N. Ben Chaaben [1], M.H. Loghmari [1], L. Safer [1]
(1) Monastir, TUNISIE ; (2) Tunis, TUNISIE ; (3) Sousse, TUNISIE.

Introduction : La diarrhée chronique représente un motif fréquent de consultation.
Le diagnostic étiologique repose entre autre des explorations endoscopiques digestives hautes et basses.
En l'absence d'anomalies macroscopiques, l'étude histologique peut révéler une atteinte microscopique.Le but de notre travail est de rapporter la pertinence des biopsies iléales et coliques systématiques en l'absence d'anomalies endoscopiques chez les patients explorés pour diarrhée chronique.

Matériels et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive menée au service d'hépato- gastroentérologie sur une période de trois ans (2018-2020). Tous les patients souffrant d'une diarrhée chronique avec une endoscopie basse normale avaient été inclus.

Résultats : Durant la période d'étude, 101 coloscopies ont été réalisées. L'âge moyen des patients était de 42 ans (14-79), avec un sexe ratio de 1.06.
La coloscopie était totale dans 99% des cas. La dernière anse iléale a été cathétérisée dans 81,2% des cas.
La préparation était moyenne dans 64.4% des cas. Des biopsies iléocoliques ont été réalisées chez 82 patients (81.2%), et seulement coliques chez 18,8%.L'examen histologique révélait des anomalies microscopiques dans 16% (n =15) des cas. L'étude anatomopathologique était contributive chez 8 malades. Il a permis de retenir le diagnostic d'une une colite collagène dans 4 cas (4%), d'une colite lymphocytaire chez 3 patients (3%) et d'une maladie de Crohn colique quiescente chez un seul patient(1%) .Néanmoins, les résultats n'étaient pas très contributifs dans 7 cas (7.8 %) en montrant un infiltrat inflammatoire non spécifique au niveau du colon. Enfin, aucune atteinte iléale microscopique n'a été retrouvée.

Conclusion : Devant une diarrhée chronique avec l'iléocoloscopie normale, les biopsies coliques systématiques permettent de poser le diagnostic étiologique chez environ un malade sur 10. Toutefois, les biopsies iléales en l'absence d'anomalies macroscopiques semblent peu contributives, voire inutiles.

P-226

Hémorragie digestive haute chez le cirrhotique révélant un ulcère gastro-duodénal

F.A. Mezouari [(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'ulcère gastro-duodénal est une cause fréquente d'hémorragie digestive haute chez le cirrhotique pouvant engager le pronostic vital du malade, d'où l'importance de ne pas méconnaitre ce diagnostic.
Le but de cette étude est de rapporter les facteurs de risque, l'aspect endoscopique ainsi que la prise en charge de la maladie ulcéreuse gastro-duodénale chez le cirrhotique.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive monocentrique menée de Janvier 2019 à Juillet 2023 dans un service d'hépato-gastro-entérologie, incluant tous les cirrhotiques hospitalisés pour une hémorragie digestive haute révélant à l'endoscopie haute un ulcère gastro-duodénal associé ou non à un saignement par hypertension portale.

Résultats : Notre étude comprend 31 malades avec un âge moyen de 61,19 ans [24-81] et un sex-ratio H/F de 1,58. L'étiologie de la cirrhose la plus identifiée chez notre population était L'hépatite virale C dans 22,6% des cas . 71% des patients avaient un antécédant de décompensation hémorragique et 41.9% étaient en décompensation ascitique. Cinq patients étaient suivis pour un carcinome hépato-cellulaire, 11 étaient tabagiques et 7 avaient une notion de prise d'anti-inflammatoire non stéroïdiens. Au moment de l'incident hémorragique 51,6 % des malades avaient un score child-pugh C. L'endoscopie haute avait permis d'objectiver un ulcère duodénal dans 54,8% des cas et un ulcère gastrique dans 45,2%. 17 patients avaient un ulcère gastroduodénal hémorragique associé à des varices œsophagiennes et/ou cardio-tubérositaire et/ou gastropathie hypertensive. L'ulcère stade III de la classification de Forrest était le plus décrit dans 67,7% ; un cas d' ulcère stade IIa a été rapporté et a bénéficié d'une injection d'adrénaline avec pose de clip, sans incident hémorragique immédiat. Le reste des patients ont tous bénéficié d'un traitement médical par inhibiteur de la pompe à protons. L'évolution était favorable dans 93,5% avec une récidive chez deux patients. Aucun cas de décès n'a été enregistré.

Conclusion : L'hémorragie digestive ulcéreuse était plus fréquente chez les cirrhotiques avec un score Child- Pugh avancé . Son évolution était favorable sous traitement médical dans la quasi-totalité des cas.Serait-il judicieux d'introduire des Inhibiteurs de la pompe à proton en association avec le traitement spécifique lors de la prise en charge initiale de l'hémorragie digestive haute chez le cirrhotique Child-Pugh C?

P-227

Iléite nodulaire isolée : faut-il toujours biopsier ?

R. Limam [(1)], A. Guediche [(1)], S. Ben Jemia [(1)], R. Baklouti [(1)], I. Jemni [(1)], M. Ben Abdelwahed [(1)], A. Sabbek [(1)], M. Zakhama [(1)], W. Bouhlel [(1)], A. Rhaiem [(1)], N. Ben Chaaben [(1)], M.H. Loghmari [(1)], L. Safer [(1)]
(1) Monastir, TUNISIE.

Introduction : L'iléite nodulaire isolée est définie par un aspect macro et/ou micronodulaire de l'iléon en l'absence d'autres lésions en particulier congestive, ulcérée ou bourgeonnante à l'iléo-coloscopie.
Le but de ce travail est de déterminer les caractéristiques cliniques, endoscopiques et histologiques de cette entité afin d'évaluer la place des biopsies systématiques.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive s'étalant sur une période de dix ans (2013-2023) menée dans un service de gastroentérologie.
Nous avons inclus les patients présentant une iléite nodulaire à l'iléo-coloscopie. Nous avons exclus les patients connus porteurs d'une maladie de Crohn, ceux ayant un antécédent de résection iléale et ceux présentant des lésions iléales érythémateuses, œdémateuses, ulcérées et/ou bourgeonnantes.

Résultats : Nous avons colligé 52 patients d'âge moyen de 26,9 ans [9-66]. Une prédominance masculine a été notée avec une sex-ratio (H/F) de 1,8.
Un antécédent familial de maladie de Crohn était retrouvé chez un(1.9%) patient.
Le principal mode de révélation était une diarrhée chronique qui était présente chez 30 (57,7%) patients associée à une douleur de la fosse iliaque droite dans 38,5% des cas.
L'iléite nodulaire était par ailleurs découverte lors de l'exploration d'une alternance diarrhée-constipation (n=2), de syndromes sub-occlusifs dans 3 cas (5.8%) et lors du bilan étiologique de fistules ano-périnéales chez 6 (11,5%) patients.
Une imagerie du grêle, de type entéro-scanner ou entéro-IRM, était réalisée chez 15 patients montrant un épaississement iléal chez 9 (17,3%) patients associé dans 2(3.8%) cas à un épaississement colique et dans un (1,9%) cas à une sclérolipomatose.
L'histologie des biopsies iléales était normale dans 69,2% des cas (n=36). Elle a révélé une inflammation aigue non spécifique chez 7 (13,5%) patients, une hyperplasie des follicules lymphoïdes/ plaques de Peyer dans 5 (9.6%) cas et une inflammation aigue et chronique focale non granulomateuse compatible avec une maladie de Crohn dans 2 cas (3,8%) . Chez ces deux patients, l'iléite nodulaire a été révélée à l'occasion de l'exploration d'une diarrhée chronique avec mise en évidence à l'imagerie d'un épaississement iléal chez l'un d'eux.

Conclusion : Notre étude souligne que l'iléite nodulaire isolée peut être symptomatique mais qu'elle est le plus souvent non pathologique. De ce fait, les biopsies devraient être réalisées en cas de forte suspicion d'une maladie de Crohn ou d'association à des anomalies radiologiques.

P228

L'hémorragie digestive haute chez les patients en insuffisance rénale chronique : quelles particularités ?

A. Mouffak [(1)], M. Salihoun [(1)], F. Bouhamou [(1)], M. Acharki [(1)], I. Serraj [(1)], N. Kabbaj [(1)]

(1) Rabat, MAROC.

Introduction : Un pronostic sévère des hémorragies digestives hautes (HDH) survenant chez les patients ayant une insuffisance rénale chronique terminale a été rapporté . L'objectif de notre étude est de déterminer le profil épidémiologique, lésionnel et pronostique des hémorragies digestives hautes chez les IRC

Matériels et Méthodes : Il s'agit d'une étude monocentrique réalisée de septembre 2017 à Aout 2023, incluant tous les malades ayant une IRC admis aux urgences pour une hémorragie digestive haute et qui ont bénéficié d'une FOGD. Les différentes données ont été collectées à partir des registres d'endoscopie.

Résultats : Sur 662 patients admis par le biais des urgences pour HDH, 59 cas des IRC (8.9%) ont été inclus, dont 43 cas sont au stade d'hémodialyse (72.88%). L'âge moyen était de 57.17 ans avec une prédominance masculine (sex ratio H/F de 1.55). Les mélénas isolés étaient le motif principal d'admission observés dans 35cas (59.32%), suivis des hématémèses avec mélénas dans 9 cas
(15.25%) puis d'hématémèses sans mélénas dans 10 cas (16.94%) alors que les rectorragies massives étaient présentes dans 5 cas (8.47%). La FOGD a permis de poser le diagnostic étiologique de l'HDH dans 40cas (67.8%) et a objectivé les lésions suivantes : 25 cas d'ulcère gastroduodénale (62.5%) :2 cas (8%) d'ulcère gastrique antral,1 cas (4%) d'ulcère bulbaire Forrest IIc, 12cas (48%) d'ulcères bulbaires Forrest III et 10cas (40%) de bulbite ulcérative, 12 cas (30%) d'angiodysplasies gastriques et duodénales, 2 cas (5%) d'œsophagite grade B et C de Los Angelos et 1 cas (2.5%) de VO grade II ligaturés chez un malade non connu porteur d'une HTP .
La FOGD était négative dans 32.2% des cas

Conclusion : Les hémorragies digestives hautes sont fréquemment rencontrées chez les patients en insuffisance rénale chronique sous forme de méléna dans la majorité des cas et secondaires essentiellement à l'ulcère gastroduodénal et les angiodysplasies

P229

Quel est l'apport de la coloscopie dans les mélénas chez les patients avec une fibroscopie œso-gastroduodenale normale ?

I. Mouslim [(1)], S. Hdiye [(1)], R. Chaibi [(1)], A. Benhamdane [(1)], T. Addajou [(1)], C. Jioua [(1)], R. Berraida [(1)], S. Mrabti [(1)], I. El Koti [(1)], F. Rouibaa [(2)], H. Seddik [(1)]

(1) Rabat, MAROC ; (2) Casablanca, MAROC.

Introduction : Les mélénas sont l'émission par l'anus de sang digéré noiratre 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 fibroscopie œso-gastro- duodénale normale ; ainsi que les facteurs associés.

Matériels et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive et analytique, entre Janvier 2020 et Septembre2023, incluant 40 patients ayant bénéficié d'une coloscopie pour méléna avec une fibroscopie œso-gastro-duodénale normale. Le recueil des données et l'analyse statistique ont été réalisés par le logiciel JAMOVI.
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 Antécédant personnels, 3 patients avaient un antécédant de cancer colorectal opéré (7,5%) et un seul patient avait un antécédant 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 pouvant mettre en jeu le pronostic vital du patient. Lorsque la fibroscopie œsogastro duodénale 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.

P230

Ingestion de corps étrangers en milieu carcéral : quelle prise en charge ? Étude de 13 cas

F.A. Mezouari [(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 volontaire de corps étrangers est une situation fréquente dans le milieu carcéral. Le but de cette étude est de décrire le profil des détenus qui ont ingérés des corps étrangers, de déterminer la nature de ces corps étrangers et de préciser leur prise en charge.

Patients et Méthodes : Notre étude rétrospective et descriptive a porté sur 13 détenus ayant ingéré 47 corps étrangers et qui ont consulté aux urgences du service de Gastro-Entérologie sur une période de 5 ans allant de Janvier 2018 à juillet 2023.

Résultats : La population d'étude est constituée de 12 hommes et d'une femme avec une moyenne d'âge de 32 ans(24 ans - 47 ans). Les corps étrangers ingérés par les détenus sont dominés par les piles (59,52%) suivies par les briquets (19,04%). La majorité des corps étrangers était au moment de leur découverte, localisée principalement au niveau de l'estomac (6 cas) et du colon (4 cas). L'ingestion a entraîné une douleur épigastrique (3 cas), une hémorragie digestive extériorisée avec des épigastralgies (2 cas), et aucun symptôme (8 cas). Sur les 13 cas d'ingestion de corps étrangers, 6 patients ont fait l'objet d'une extraction endoscopique au sein du service de gastro entérologie. L'extraction se faisait par l'anse diathermique, l'anse dormia et panier endoscopique. Le succès d'extraction a été obtenu dans 4 cas (66,66%), l'extraction avait échoué dans 2 cas (33.33%). un seul détenu a nécessité une extraction chirurgicale et chez 6 patients l'élimination dans les selles des corps étrangers était spontanée sous surveillance médicale .

Conclusion : L'ingestion de corps étranger est fréquente et volontaire dans le milieu carcéral. Elle se caractérise par la multiplicité des corps étrangers. Le taux de succès d'extraction des corps étrangers ingérés, dans notre pratique, est satisfaisant, nécessitant un endoscopiste expérimenté afin de réaliser l'extraction sans complications et éviter le recours à la chirurgie. L'éducation de la population carcérale est importante et le suivi psychologique doit être incontournable.

P231

Pertinence de l'indication de la gastroscopie selon les critères de l'EPAGE : expérience d'un centre tunisien d'endoscopie digestive

A. Nciri [(1)], M. Mahmoudi [(1)], M. Yakoubi [(1)], A. Khsiba [(1)], A. Ben Mohamed [(1)], M. Medhioub [(1)], L. Hamzaoui [(1)], M. Azouz [(1)]
(1) Nabeul, TUNISIE.

Introduction : La gastroscopie est l'examen de référence pour le diagnostic des anomalies du tractus digestif haut. Ses indications abusives prolongent les listes d'attente et augmente les coûts sans vrai bénéfice. Les critères de l'European Panel on the Appropriateness of Gastrointestinal Endoscopy (EPAGE) servent à évaluer la pertinence des indications de gastroscopie.
Les objectifs de notre étude étaient d'évaluer la pertinence des indications de la gastroscopie selon les critères de l'EPAGE et rechercher une éventuelle corrélation entre la pertinence de l'examen et le résultat endoscopique.

Patients et Méthodes : On a inclus de manière rétrospective tous les patients consécutifs ayant eu une gastroscopie entre janvier et Juin 2023. La pertinence de l'indication a été jugée appropriée et nécessaire, appropriée, incertaine, inappropriée ou critères non applicables (http : // www.epage.ch). Les résultats de la FOGD étaient comparés selon la pertinence de l'indication.
Les patients ayant bénéficié d'endoscopie interventionnelle, surveillance après ligature de varices œsophagiennes ou endobrachyœsophage ont été exclus.

Résultats : Un total de 391 gastroscopies dont l'indication figurait parmi la liste de l'EPAGE ont été retenues. L'âge moyen était 44,7 ans [02-91] avec un sex-ratio H/F de 1,13. Les indications étaient jugées appropriées et nécessaires, appropriées, incertaines et inappropriées dans respectivement : 21%, 30,4%, 26,1% et 22,5%. Les patients avec une indication inappropriée ou incertaine étaient plus jeunes (28,7 ans vs 57,3 ans, p=0,013). La persistance des épigastralgies après un traitement bien conduit était l'indication appropriée la plus fréquente dans notre série (69,7%). Des lésions significatives ont été retrouvées chez les patients avec une indication appropriée dans 47,7% vs. 24,4% dans le groupe de patients avec indication incertaine ou inappropriée (p=0,021).

Conclusion : D'après nos résultats, les critères de l'EPAGE sont corrélés au diagnostic de lésions endoscopiques cliniquement significatives : De ce fait, ils optimisent la rentabilité diagnostique de la gastroscopie et réduisent les taux d'indications inappropriées.

P232

Performance de la polypectomie à l'anse froide dans l'exérèse endoscopique des adénomes coliques : expérience d'un centre tunisien

A. Nciri [1], M. Mahmoudi [1], A. Khsiba [1], A. Ben Mohamed [1], M. Yakoubi [1], G. Gharbi [1], M. Medhioub [1], L. Hamzaoui [1], M. Azouz [1]
(1) Nabeul, TUNISIE.

Introduction : Les adénomes coliques représentent un état précancéreux. L'exérèse de ces tumeurs se fait dans la majorité des cas par voie endoscopique. Cette résection doit etre complète et se faire en monobloc.
L'objectif de cette étude est d'observer les performances de la polypectomie à l'anse froide dans l'exérèse complète des adénomes coliques.

Patients et Méthodes : Nous avons consulté la base de données des colonoscopies réalisées dans notre centre durant une période de 03 ans, entre janvier 2020 et décembre 2022. En présence de polypes colorectaux, et après étude anatomopathologique, seuls les adénomes réséqués à l'anse froide ont été inclus.

Résultats : Sur 189 colonoscopies réalisées, un total de 236 adénomes réséqués à l'anse froide ont été inclus. La taille moyenne estimée était de 06mm [6-10]. Le nombre moyen de polypes était de 03 par colonoscopie [2-8]. La localisation des adénomes était colique chez 132 patients, rectale dans 31 cas et colorectale chez 26 patients. La colonoscopie était réalisée sans anesthésie générale dans 153 cas.
On a réussi une résection macroscopiquement complète et en monobloc dans 171 cas (72,5%). Parmi ces polypes, la résection était jugée microscopiquement complète dans 159 cas (67,3%).
En étude analytique, la résection incomplète était significativement associée à la localisation colique droite (p=0,0416] et à la multiplicité des polypes [p=0,029]. Les résections endoscopiques incomplètes étaient majoritairement réalisées sans anesthésie générale (74/77) sans avoir de corrélation statistiquement significative (p= 0.59).

Conclusion : La performance de la résection endoscopique par anse froide des adénomes colorectaux n'est pas optimale dans notre population. La résection guidée par la chromoendoscopie et le recours à l'anesthésie générale pourraient, éventuellement, optimiser ces résultats.

P233

Mélanose colique : à propos d'une série marocaine

M. Maizi [1], H. Delsa [1], N. Anass [1], F. Belabbes [1], O. Bahlaoui [1], N. Benjelloun [1], L.A. Idrissi [1], Y. Bennani [1], W. Khannoussi [2], I. Benelbarhdadi [3]
(1) Casablanca, MAROC ; (2) Oujda, MAROC ;
(3) Rabat, MAROC.

Introduction : La mélanose colique ou maladie des laxatifs est une affection bénigne caractérisée par une coloration brunâtre de la muqueuse colique et la présence de dépôts de lipofuscine à l'histologie. Les objectifs de notre étude étaient de déterminer la prévalence de la mélanose colique dans une population marocaine, d'étudier son extension endoscopique, ses caractéristiques histopathologiques et d'identifier les différents facteurs de risque associés à une mélanose diffuse.

Matériels et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétro-prospective monocentrique s'étalant sur 29 mois allant de janvier 2021 à mai 2023 au niveau d'un centre hospitalier universmmitaire marocain. Les données ont été recueillies via une fiche d'exploitation puis analysées. Deux groupes ont été comparés : Un premier incluant les malades avec mélanose diffuse et un deuxième comprenant les malades avec mélanose segmentaire.

Résultats : Sur un total de 2082 coloscopies, 70 (3.36%) patients présentaient une mélanose colique. L'âge moyen était de 61.1 ans +/- 15.5. Le sexe ratio était de 0.79 avec une prédominance féminine. En termes d'antécédents, 37.1% (n=26) des patients avaient une HTA, 10% (n=7) étaient tabagiques chroniques, 7.2% (n=5) étaient suivis pour un cancer colorectal dont 4.3%(n=3) avaient bénéficié d'une anastomose colique. 1 patient était suivi pour une RCH. 2.9% (n=2) avaient un syndrome de l'intestin irritable. 97% (n=68) ont pris des laxatifs à base d'anthraquinone dont 2.8% (n=2) avait pris des AINS et 1.4% (n=1) a pris du séné à l'état brut. La constipation chronique était le maitre symptôme chez notre population (74.3%, n=52), suivie par les douleurs abdominales diffuses (51.4%, n=36) et le ballonnement abdominal (20%, n=14). Sur le plan biologique, 18.5% (n=13) des patients présentaient une anémie et 4.2% (n=3) une hypocalcémie.
La coloscopie a retrouvé une mélanose diffuse dans 75.7% des cas (n=53). Elle était segmentaire chez 24.3% (n=17) des patients avec une prédominance de l'atteinte colique droite (52.9%, n=9).
Les lésions endoscopiques associées étaient les polypes coliques chez 23 patients, les diverticules coliques non compliqués chez 24.3% des patients (n=17, p=0.74) et l'iléite ulcérée dans 2.9% des cas (n=2, p=0.68). Le taux de détection des polypes coliques était de 32.9% avec une différence non significative entre les 2 groupes (p =0.72).
62.9% (n=44) de nos patients ont bénéficié de biopsies coliques dont 16% (n=5) présentaient des dépôts de lipofuscine. Après la coloscopie, l'arrêt des laxatifs à base d'anthraquinone a été préconisé chez tous nos patients avec l'instauration des mesures hygiéno-diététiques pour la constipation.
En comparant les 2 groupes, en régression logistique binomiale, il a été retrouvé deux facteurs associés au degré d'extension de la mélanose : l'âge (p=0.021) et la présence de diverticules coliques (p=0.036).

Conclusion : La mélanose colique est une pathologie en émergence vu la consommation excessive de certains laxatifs, avec une prévalence estimée à 3.36% dans notre série. 4 patients sur 5 présentaient une mélanose diffuse, deux facteurs étaient associés à l'extension de la mélanose (l'âge et les diverticules coliques). Cependant, d'autres études à plus large échelle doivent être instaurées pour confirmer nos résultats et définir les facteurs de risque.

P234

Polypes duodénaux : aspects histologiques et lésions endoscopiques associées

C. Louati [1], E. Bel Hadj Mabrouk [2], A. Mensi [2], Y. Zaimi [2], S. Ayadi [2], N. Trad [2], L. Mouelhi [2], Y. Said [2], R. Debbeche [2]

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

Introduction : Le polype duodénal est une petite excroissance faisant saillie dans la lumière duodénale. Elle peut siéger dans n'importe quel segment. C'est une lésion rare de découverte fortuite à l'endoscopie. Elle est souvent asymptomatique. Sur le plan histologique, ces lésions peuvent être épithéliales ou non épithéliale, néoplasique ou non néoplasique.

Matériels et Méthodes : Nous proposons dans ce travail d'étudier le type histologique des polypes duodénaux et son association avec les lésions gastriques.
C'est une étude rétrospective descriptive s'étalant sur 5 ans (Janvier 2018-novembre 2022) colligeant tous les patients pris en charge dans l'unité d'endoscopie du service de gastroentérologie de l'hôpital Charles Nicole dont la fibroscopie avait montré un polype duodénal. Nous avons exclu les patients chez lesquels les biopsies n'ont pas pu être faites et chez qui l'endoscopie avait montré un aspect de processus ulcéro-bourgeonnant.

Résultats : Quarante et un patients ont été inclus dans notre étude. L'âge moyen était de 57 ans [26-82]. Le sex-ratio H/F était de 1.8. L'indication la plus fréquente de la fibroscopie était les épigastralgies présentes chez 71 % des patients. L'histoire familiale n'a retrouvé aucun cas de polypose adénomateuse familiale. L'endoscopie œsogastroduodénale a montré des lésions gastriques associées dans 66 % des cas. Ces lésions étaient à type de gastrites (35%), ulcère duodénal (6%), aspect en fond d'œil de la muqueuse fundique (6%), et de polype gastrique (18%). Le polype était localisé dans la première portion duodénale dans 77% des cas et dans la 2éme portion dans 23% des cas. Aucun polype n'a été retrouvé dans la 3éme ou la 4éme portion duodénale. La taille moyenne des polypes est de l'ordre de 8mm [4-14]. Tous les polypes ont été biopsiés. Le nombre moyen de biopsie était 2 [1-5]. L'examen anatomopathologique a conclu à une muqueuse normale (65%), un adénome de bas grade (11%), une hyperplasie glandulaire (6%), une dystrophie de la muqueuse (6%), une métaplasie gastrique (6%) et enfin un carcinome (6%). Une infection à *Helicobacter pylori* a été retrouvé chez 25% des malades. L'étude analytique a montré qu'il existe une corrélation statistiquement significative entre les polypes à type métaplasie gastrique et la présence d'HP, les lésions de gastrite et l'ulcère duodénal avec (p<0,05). Les polypes gastriques n'étaient pas corrélés à la présence d'un polype duodénal et à aucun type histologique.

Conclusion : La portion D1 représente la localisation la plus fréquente des polypes duodénaux. Ces petits reliefs de la muqueuse duodénale sont souvent de structure histologique normale. Néanmoins, ils sont fréquemment associés à des lésions gastriques. La découverte d'un adénome à la biopsie impose la résection endoscopique de tout le polype.

P235

Lésions endoscopiques associées à la gastrite à *Helicobacter pylori* : à propos de 302 cas

S. Aftis [1], M. Nakmouche [2], H. Mahiou [2], W. Aissi [1], F. Boutra [3], M. Oudjehih [1], O. Bafdel [1], H. Khadraoui [1]

(1) Batna, ALGÉRIE ; (2) Alger, ALGÉRIE ;
(3) Constantine, ALGÉRIE.

Introduction : L'*Helicobacter pylori* (HP) est une bactérie qui colonise préférentiellement la muqueuse gastrique humaine. Elle entraine une gastrite chronique avec perturbation de la sécrétion acide. L'hypochlorhydrie qui en résulte va compromettre la barrière gastrique vis-à-vis des microorganismes carcinogènes exogène et endogène le long du tractus digestif. Actuellement, beaucoup de manifestations extragastriques sont attribuées à l'infection HP ou ses conséquences. L'objectif de notre travail était de définir les différents aspects endoscopiques associés à la gastrite à HP à travers une cohorte hospitalière du Sud-Est Algérien.

Patients et Méthodes : Etude monocentrique, prospective colligeant 302 cas symptomatiques admis dans l'unité d'endoscopie digestive sur une durée de 3 ans à partir de février 2020 jusqu'à février 2023 pour exploration endoscopique haute avec biopsies à la recherche d'HP (protocole et classification de Sydney). Les patients inclus, étaient ceux chez qui la gastroscopie était indiquée pour pathologie digestive ou extra digestive suspecte d'HP, tout âge confondu. Nous avons exclu les ingestions récentes de caustiques et les hémorragies digestives massives.

Résultats : La prévalence hospitalière était élevée à 82%. L'âge moyen des patients infectés (n =249) était de 44,86 ans avec prédominance féminine (sex-ratio : 0.83). L'endoscopie avait révélé un aspect de gastrite dans la presque totalité des cas (99,6 %) : L'atteinte combinée de l'antre et du fundus était de loin la plus fréquente avec un taux de 73%. Les lésions endoscopiques associées étaient fréquentes et présentes chez 75% des cas infectés.
Au niveau gastrique : Les atteintes pyloriques étaient prédominantes : Sténose du pylore (6.8%), Gros plis érythémateux prépylorique (3.2%), Pylore érythémateux (2.8%). Ulcère gastrique (2.8%), Hypokinésie (2.8%), Polype gastrique (1.6%), Pancréas aberrant (1.2%), Antrectomie (1.2%), Fundoplicature (0.8%), Microkyste (0.8%), Compression extrinsèque (0.8%), Phytobézoard (0.4%). La gastrite chronique liée aux cancers tout type confondu était observée dans 3,21%. Il s'agissait d'adénocarcinomes gastriques dans 1,60%, lymphomes gastriques dans 0,80%, linite : 0,40%, GIST maligne : 0,40 %. L'HP était retrouvé dans 89% de l'ensemble des néoplasies décomptés parmi l'échantillon global (n= 302).
Au niveau de cardia : Les troubles moteurs étaient de taux égaux ; achalasie (0.8%) et béance du cardia (0.8%).
Au niveau de l'œsophage : Les hernies hiatales étaient en première ligne (11.2%), suivie de l'œsophagite (5.6%), varices œsophagiennes (5.2%), aspect d'endobrachyœsophage (3.6%), troubles moteurs de l'œsophage (2%), candidose œsophagienne (2%), sténose de l'œsophage (0.8%) et tumeur œsophagienne (0.4%).
Au niveau du duodénum : Les bulbites étaient observées dans (20.5%), parmi elles, l'ulcère bulbaire constituait (11.6%), les duodénites (16.1%). Le reflux bilieux duodénaux gastrique était présent dans (13.3%). L'atrophie duodénale (9.6%), lymphome duodénal compliquant une maladie cœliaque (0.8%), polype (0.4%) et syndrome de la pince mésentérique (0.4%).
Au niveau de l'iléo-colon : Nous avons observé l'iléite dans (1.6%), colite dans (1.2%), polype dans (0.8%), masse caecale dans (0.4%), diverticulose dans (1.2%), ADK dans (0.8%), recto sigmoïdite dans (0.4%), fissure anale dans (0.8%) et les hémorroïdes dans (1.6%).

Conclusion : Il s'avère que plusieurs lésions endoscopiques en dehors de l'estomac, lieu privilégié de l'infection à HP sont retrouvées au cours de l'exploration endoscopique haute de routine ou basse lors d'une symptomatologie d'appel. Vue cette fréquence observée, on pourrait suggérer qu'un lien pourrait exister entre HP et les autres lésions endoscopiques rencontrées.

P236

Apport de l'endoscopie digestive en cas d'épaississement digestif à l'imagerie

F.E. Aharbil [1], M. Jarti [1], M. Haida [1], O. Nacir [1], F.E. Lairani [1], A. Ait Errami [1], S. Oubaha [1], S. Zouhour [1], K. Krati [1]
(1) Marrakech, MAROC.

Introduction : L'avènement récent de nouvelles techniques d'imagerie a certainement modifié la prise en charge des pathologies du tube digestif. Le but de notre étude était d'évaluer l'intérêt de l'endoscopie digestive chez les patients présentant un épaississement digestif en imagerie.

Matériels et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective incluant tous les patients ayant eu une endoscopie digestive haute ou une iléocolosscopie, dans le cadre de l'exploration d'un épaississement digestif découvert en imagerie, durant la période comprise entre janvier 2023 et août 2023.

Résultats : Au total, 310 examens endoscopiques ont été réalisés, dont 54 répondaient aux critères d'inclusion. Il s'agissait de 26 endoscopies digestives hautes (48%) et 28 iléoclonoscopies (51%). L'âge moyen des patients était de 41,6 ans, avec un sex-ratio H/F = 1,34. Un épaississement digestif a été découvert fortuitement dans 25 % des cas. Il était localisé dans le côlon (40%), le tube digestif supérieur (31%), l'iléon (14,8%), le rectum (7%) ou l'œsophage (5%). L'épaississmeent était irrégulier (27%). L'examen endoscopique était normal dans 31 % des cas. Un processus tumoral a été objectivé dans 20 % des cas, des localisations recto-coliques dans la plupart des cas. Autres anomalies endoscopiques observées : congestion muqueuse (24 %), surélévation muqueuse (6,9%), ulcérations (13,8%) diverticules (4,9%), angiodysplasie (5 %) polypes (14,7 %).

Conclusion : L'endoscopie digestive est primordiale en cas d'épaississement digestif à l'imagerie, afin de ne pas passer à côté de lésions potentiellement malignes.

P237

La stéatose hépatique : un état des lieux des pratiques en médecine générale

I. Raqi [1], F. Haddad [1], N. Maachi [1], F.Z. Elrhaoussi [1], M. Tahiri [1], W. Hliwa [1], A. Bellabah [1], W. Badre [1]
(1) Casablanca, MAROC.

Introduction : La prise en charge de la MASLD (metabolic dysfunction-associated steatotic liver disease) est un enjeu de santé publique majeur, au vu de la pandémie d'obésité en cours et en raison de son impact en termes de morbi-mortalité et d'augmentation des coûts de santé. L'objectif principal de notre étude est de faire une enquête descriptive des pratiques en matière de prise en charge diagnostique, de traitement et de suivi des médecins généralistes marocains. Secondairement, cette prise en charge a été comparée aux recommandations internationales.

Matériels et Méthodes : Cette étude observationnelle, descriptive est basée sur les données recueillies à partir d'un questionnaire auto-administré en ligne. La population cible concerne les médecins généralistes marocains en cours d'exercice et ayant accepté de participer à l'étude.

Résultats : 58 médecins ont pu être inclus. Une grande partie soit 45 % exerce depuis plus de 10 ans, le milieu d'exercice le plus représenté est le milieu urbain avec 72 % des médecins.
Sur le plan diagnostic, les circonstances les plus souvent rapportées comme évocatrices d'une MASLD sont l'obésité par 60 % des médecins et le surpoids par 51 % des médecins, des anomalies du bilan hépatique et le diabète de type 2 par 43 % des médecins.
L'examen clinique habituellement réalisé par les médecins dans le cadre du diagnostic comporte l'examen cardiovasculaire avec la prise de la tension artérielle de façon systématique par 81% des médecins et l'auscultation cardiaque par 63% des médecins. L'IMC est calculé systématiquement par 67% des médecins interrogés, la mesure de tour de taille n'est notée que dans 43% des cas.
Dans le cadre du bilan biologique initial, un dosage des transaminases est systématiquement prescrit par 72% des médecins. Le bilan métabolique comportant l'évaluation des anomalies lipidiques (EAL) est « toujours » demandé par 67% des médecins interrogés, ainsi que la glycémie à jeun par 75% des médecins et l'HBA1c par 58% des médecins.
100% des médecins demandent une échographie hépatique dans le bilan morphologique initial avec 8.6% des médecins qui demandent également un Fibroscan en bilan complémentaire.
Parmi les examens complémentaires à visée étiologique afin d'identifier les causes secondaires de MASLD. L'examen le plus fréquemment réalisé est celui des sérologies des hépatites virales par 72% des médecins, un bilan auto-immun par 27% des médecins, et le dosage de la cuprurie/céruléoplasmine par 10% des médecins.
Dans le cadre du bilan des comorbidités, les examens les plus réalisés sont le dosage de la TSH par 53% des médecins, la recherche d'un syndrome des ovaires polykystiques (SOPK) par échographie par 24% des médecins et une polysomnographie par 1.7% des médecins.
Parmi les moyens de prévention utilisés par les médecins généralistes figurent largement en tête les conseils oraux pour 91% d'entre eux.
Les principaux traitements préconisés sont les consignes diététiques pour 93% des médecins, les consignes sportives pour 87% des médecins et la prise en charge nutritionnelle pour 63% des médecins.
Les traitements pharmacologiques sont moins plébiscités : 39% des médecins prescrivent des statines, 24% prescrivent la metformine, et de façon moins fréquente sont prescrits les antioxydants pour 15% des médecins, la vitamine E pour 6% d'entre eux et les traitements insulinosensibilisateurs pour 15% des praticiens.
Une majorité soit 98,3% des médecins orientent vers des spécialistes en matière de prise en charge de la MASLD.
Les freins identifiés par les médecins généralistes interrogés dans la prise en charge des patients sont pour 75% d'entre eux le manque de formation.

Conclusion : L'étude révèle que la prise en charge de la MASLD par les médecins généralistes suit globalement

les grandes lignes de recommandations mais reste très hétérogène et peu rationalisée, surtout guidée par la prise en charge des facteurs de comorbidité. Cette enquête de pratique montre également une sous-évaluation de cette pathologie témoignant du niveau d'importance encore trop faible qui lui est accordé.

P238

Performance des scores ADRESS-HCC et THRI dans la prédiction du carcinome hépatocellulaire chez les patients cirrhotiques tunisiens

R. Tababi [1], S. Mrabet [1], R. Harbi [1], A. Neji [1], I. Akkari [1], S. Harrathi [1], E. Ben Jazia [1]
(1) Sousse, TUNISIE.

Introduction : Les scores ADRESS-HCC et le Toronto HCC Risk Index (THRI) sont des outils basés sur des paramètres cliniques et des biomarqueurs simples. Ils ont été développés et validés aux États-Unis et au Canada, respectivement, dans le but de prédire l'incidence du carcinome hépatocellulaire (CHC) chez les patients atteints de cirrhose, quelle qu'en soit l'étiologie. Ces scores ont été conçus pour optimiser les stratégies de surveillance du CHC en réduisant les coûts, en particulier dans les centres de ressources limitées.
L'objectif de notre étude était d'évaluer la performance de ces deux scores dans la prédiction du CHC chez les patients cirrhotiques, au sein d'un centre tunisien.

Patients et Méthodes : Nous avons réalisé une analyse rétrospective des données des patients atteints de cirrhose suivis dans notre service entre 2008 et 2021. Les scores ADRESS-HCC (1) et THRI (2) au moment du diagnostic de cirrhose ont été calculé en suivant les références originales. La survenue de CHC et son délai ont été enregistrés. La performance discriminative ainsi que les seuils de ces scores ont été déterminés par l'analyse de la courbe Receiver Operating Characteristic (ROC) avec calcul de l'aire sous la courbe (AUROC). L'analyse de survie a été réalisée grâce au modèle de Kaplan-Meier avec test Log-rank. Le risque de CHC a été évalué par la régression de Cox, en calculant les Hazard Ratios (HR) avec des intervalles de confiance à 95% (IC95%).

Résultats : Nous avons inclus 200 patients, d'âge médian de 60 ans (IQR : 47-67 ans), avec une prédominance féminine de 56%. Les étiologies de la cirrhose étaient principalement l'hépatite virale B (30%), l'hépatite virale C (16%), la stéatopathie dysmétabolique (18%), la cholangite biliaire primitive (10,5%), l'hépatite auto-immune (5%), la maladie du foie liée à l'alcool (4,5%), et des étiologies diverses (16%).
Pendant une période de suivi maximale de 168 mois, 34 patients (17%) ont développé un CHC avec un délai médian de 12 mois (IQR : 0-28 mois). Parmi les patients ayant développé un CHC, les étiologies de la cirrhose étaient dominées par l'hépatite virale B (50%) et l'hépatite virale C (29,4%), et dans 85,3% des cas, le CHC était déjà présent au moment du diagnostic de la cirrhose.
Les scores ADRESS-HCC et THRI avaient des médianes de 4,97 (IQR : 4,31-5,68) et 235 (IQR : 171-286) respectivement. Ces scores se sont révélés prédictifs du CHC avec une AUROC de 0,75 (p<0,001) pour ADRESS-HCC et de 0,73 (p<0,001) pour THRI.
Un score ADRESS-HCC de 5,31 ou plus avait une excellente valeur prédictive négative (VPN) de 93%, une sensibilité de 74%, une spécificité de 70%, une précision diagnostique (PD) de 71%, et une valeur prédictive positive (VPP) de 34%. Les patients avec un score inférieur avaient une meilleure survie sans dégénérescence à un an (82% vs. 40%, p<0,001), et un risque de CHC réduit de 71% au cours du suivi (HR : 0,29, IC95% : 0,13-0,66, p=0,003).
Pour le score THRI, un seuil optimal de 226 présentait une excellente VPN de 96%, une VPP de 29%, une sensibilité de 88%, une spécificité de 55%, et une PD de 61%. Les patients avec un score inférieur à ce seuil avaient un taux de survie sans dégénérescence à un an de 90% contre 42% (p<0,001), et un risque de CHC réduit de 81% au cours du suivi (HR : 0,19, IC95% : 0,07-0,54, p=0,002).

Conclusion : En résumé, les scores ADRESS-HCC et THRI présentent une performance modérée pour prédire le carcinome hépatocellulaire chez les patients cirrhotiques en Tunisie. Leur excellente valeur prédictive négative peut être utile pour identifier les patients à faible risque de dégénérescence, bien que leur valeur prédictive positive soit plus limitée. Ces scores simples peuvent avoir un potentiel pour améliorer les directives de dépistage du carcinome hépatocellulaire.

P-239

Histoire naturelle et impact du traitement sur les manifestations extra-hépatiques des patients avec hépatite chronique C : étude de suivi chez 210 patients

Y. Gharbi [1]
(1) Cefalù, ITALIE.

Introduction : Chez les patients infectés par le VHC les manifestations extra hépatiques (MHE), n'ont pas été étudiées prospectivement avant, après ou en l'absence de traitement antiviral.
Notre but était d'étudier la prévalence des MHE chez les patients avec hépatite chronique C, avant, pendant, après et en l'absence de traitement.

Patients et Méthodes : Une cohorte prospective, monocentrique de 520 patients consécutifs a été étudiée avant tout traitement. Le critère d'inclusion était un suivi de 18 mois comportant 4 consultations. L'analyse statistique a comporté l'analyse de variance et la régression logistique.

Résultats : Deux cent dix patients ont été inclus, 50 % d'hommes, d'âge moyen 42+/-10 ans, 25 % ayant une fibrose septale ou une cirrhose et 40% une cryoglobulinémie. Trente-six patients n'ont pas été traités, 120 patients étaient des répondeurs soutenus, 20 rechuteurs, et 34 non répondeurs.

Prévalence des MHE avant et après 18 mois de suivi dans les différents groupes

	Début suivi	18 mois	18 mois vs début
Non traités (n=36)			
-Au moins une MHE	16 (44%)	10 (27,7%)	p = 0.07
-Fibromyalgie	7 (19,4%)	5 (13,8%)	p = 0.3
-Cryoglobuline (n=15)	5 (33,3%)	3 (20%)	p = 0,3
Répondeurs soutenus (n=120)			
-Au moins une MHE	44 (36.6%)	26 (21,6%)	p = 0,76
-Fibromyalgie	48 (40%)	18 (15%)	p = 0.03
-Cryoglobuline (n=68)	30 (44,1%)	5 (7.3%)	p < 0,001
Rechuteurs (n=20)			
-Au moins une MHE	7 (35%)	5 (25%)	p = 0,6
-Fibromyalgie	4 (20%)	10 (50%)	p = 0,05
-Cryoglobuline (n=14)	10 (71,4%)	2 (14,2%)	p = 0,2
Non répondeurs (n=34)			
-Au moins une MHE	14 (41,1%)	12 (35,2%)	p = 0.4
-Fibromyalgie	14 (41,1%)	13 (38.2%)	p < 0.001
-Cryoglobuline (n=17)	4 (28,5%)	2 (11,7%)	p = 0.01

Parmi les répondeurs soutenus les patients avec fibromyalgie (asthénie accompagnée de myalgies ou arthralgies) à 18 mois étaient plus souvent des femmes (25 vs 10 %, p = 0.04) et plus âgées (51+-10 ans vs 46+-10 ans, p = 0,01) que ceux sans fibromyalgie. Il n'y avait pas de différence pour la cryoglobulinémie, l'ingestion d'alcool, la fibrose, l'index de masse corporelle et la dépression.

Conclusion : La fibromyalgie et la cryoglobulinémie se sont améliorées chez tous les patients traités. Parmi les répondeurs soutenus, la cryoglobulinémie persistait chez 7,3%, la fibromyalgie chez 15% et au moins une MEH chez 21,6%.

P-240

Prévalence de la dépression chez les patients cirrhotiques : un lien étroit avec le sommeil

R. Hamouga [1], **S. Ayadi** [1], **N. Ghithia** [1], **A. Mensi** [1], **E. Bel Hadj Mabrouk** [1], **Y. Said** [1], **L. Mouelhi** [1], **Y. Zaimi** [1], **R. Debbeche** [1]
(1) Tunis, TUNISIE.

Introduction : La cirrhose est une affection irréversible et diffuse du foie. Cette maladie fréquente représente un véritable problème de santé publique du fait du retentissement sur la qualité de vie, l'image corporelle, la qualité du sommeil et par conséquent sur l'humeur des patients. Notre objectif est d'évaluer la qualité du sommeil et déterminer la prévalence de la dépression chez les patients atteints de cirrhose.

Matériels et Méthodes : Nous avons mené une étude transversale monocentrique, descriptive et analytique s'étalant sur une période d'un an.
Les patients ont été invités à remplir le questionnaire sur le sommeil pour évaluer la qualité du sommeil au cours du dernier mois: Index de Qualité du Sommeil de Pittsburgh(PSQI).
Le PSQI comprend 19 questions d'auto-évaluation et cinq questions au conjoint ou compagnon de la chambre.
Les 19 questions se combinent en sept composantes évaluant les différents domaines de chaque composante est notée sur une échelle de 0 à 3. Le score PSQI global compris entre zéro et 21 correspond à la somme des différentes composantes. Plus le score est élevé, plus la qualité du sommeil est altérée. Un score global supérieur à cinq est corrélé à une mauvaise qualité de sommeil.
La dépression a été évalué par l'inventaire de Beck (BDI-II) qui permet de retenir le diagnostic de dépression à partir d'un seuil de 10 et de juger sa gravité :
0 – 13 : dépression absente ou légère ; 14-19 : dépression légère à modérée ; 20-28 : dépression marquée et de 29-63 : dépression sévère.
Nous avons aussi dépisté l'encéphalopathie hépatique infra-clinique à travers le test d'énumération des animaux avec une valeur seuil de 20 noms en une minute. La présence d'encéphalopathie hépatique clinique était un critère d'exclusion.

Résultats : Quatre-vingts patients ont été inclus, avec un sex-ratio H/F de 0.57 et un âge moyen de 57,46 ans avec des extrêmes allant de 22 à 70 ans. Les étiologies de la cirrhose étaient devancées par les hépatites virales chroniques . Vingt et un patients (26,6%) avaient une infection virale B et 18 patients (22,5%) avaient une infection virale C. Aucune étiologie n'a été identifiée chez 9 patients soit dans 11,3% des cas. La cirrhose était classée Child A dans 37 %, Child B dans 50% et Child C dans 13% des cas.
36% des patients ont présenté au moins un épisode de DOA. La cirrhose a été compliquée d'une hémorragie digestive dans 16% des cas, d'une thrombose porte non tumorale dans 10% des cas et d'une infection spontanée du liquide d'ascite (ISLA) dans 9% des cas. Quarante-trois patients avaient une encéphalopathie infraclinique.
Les deux tiers des patients (64%) étaient de mauvais dormeurs(PSQI-score>5) avec un score global médian de 7 et des extrêmes allant de 2 à 17.
Les scores de dépression variaient entre 0 et 41 avec une médiane de 15. Le diagnostic de dépression a été retenu chez 51% des cas avec un score supérieur à 10.
Dans l'étude analytique, nous avons observé une association significative entre une mauvaise qualité du sommeil et la présence de dépression avec une p=0,006.
La présence d'encéphalopathie infraclinique était associée à une mauvaise qualité du sommeil (p=0,003) et à une dépression sévère avec une différence statistiquement significative p<10^-3.

Conclusion : En conclusion, cette étude met en évidence les liens significatifs entre la dépression, la qualité du sommeil et l'importance du dépistage systématique de l'encéphalopathie infraclinique pour améliorer la qualité de vie des patients cirrhotiques. Cependant, il est essentiel de souligner que des recherches supplémentaires sont nécessaires pour approfondir notre compréhension de ces relations. Des études futures pourraient inclure une évaluation plus poussée de l'ammoniémie pour confirmer ces observations.

P-241

Prévalence de la dépression chez la population cirrhotique : étude observationnelle monocentrique

H. Aouroud [(1)], M. Aouroud [(1)], A. N'Khaili [(1)], F.E. Lairani [(1)], O. Nacir [(1)], A. Ait Errami [(1)], S. Oubaha [(1)], S. Zouhour [(1)], K. Krati [(1)]
(1) Marrakech, MAROC.

Introduction : la dépression et l'anxiété peuvent avoir des effets négatifs sur les patients et il est important de les traiter. Peu d'études ont été menées sur leur prévalence chez les patients atteints de cirrhose. Nous avons cherché à caractériser la prévalence et les facteurs de risque de la dépression et de l'anxiété dans une grande cohorte multicentrique de patients atteints de cirrhose.

Patients et Méthodes : Nous avons mené une enquête téléphonique auprès de patients atteints de cirrhose. Sur 287 patients approchés, 102 (35,6%) ont répondu à l'enquête. La dépression et l'anxiété ont été évaluées à l'aide des instruments PHQ-9 (fourchette de 0 à 25) et STAI (fourchette de 20 à 80), les valeurs cliniquement significatives étant définies comme PHQ-9 ≥15 et STAI ≥40. Nous avons effectué une analyse de régression logistique multivariée pour identifier les facteurs associés à une dépression et une anxiété significatives.

Résultats : Le score PHQ-9 médian était de 7 (25e percentile-75e percentile, 3-12) et le score STAI médian était de 33 (25e percentile-75e percentile, 23-47) ; 15,6 % des patients souffraient d'une dépression modérément sévère à sévère et 42,6 % des patients étaient très anxieux. Dans les analyses multivariables, la mauvaise santé déclarée (odds ratio [OR], 4,08 ; IC 95 %, 1,79-9,28), le fait d'être veuf (OR, 2,08 ; IC 95 %, 1,07-4,05), la crainte d'un carcinome hépatocellulaire (OR, 1. 89 ; IC à 95 %, 1,04-3,42), un revenu familial plus élevé (OR, 0,30 ; IC à 95 %, 0,10-0,95) et l'origine hispanique (OR, 0,57 ; IC à 95 %, 0,33-0,97) ont été associés à une dépression modérément sévère à sévère. Le sexe masculin (OR, 0,71 ; 95% CI, 0,51-0,98), la mauvaise santé auto-déclarée (OR, 2,73 ; 95% CI, 1,73-4,32), et la peur du carcinome hépatocellulaire (OR, 2,24 ; 95% CI, 1,33-3,78) ont été associés à une anxiété élevée.

Conclusion : Près d'un patient sur six atteint de cirrhose souffre d'une dépression modérément sévère à sévère et près de la moitié d'une anxiété modérément sévère. Les patients atteints de cirrhose devraient être évalués pour ces deux troubles.

P-242

Comportement du personnel de santé en cas d'accident d'exposition au sang : préoccupation pour le VHB et le VHC

R. El Jim [(1)], M. Lahlali [(1)], A. Lamine [(1)], H. Abid [(1)], A. El Mekkaoui [(1)], M. El Yousfi [(1)], D.A. Benajah [(1)], S.A. Ibrahimi [(1)], M. El Abkari [(1)], N. Lahmidani [(1)]
(1) Fès, MAROC.

Introduction : L'exposition au risque de contamination par les virus de l'hépatite B (VHB) et de l'hépatite C (VHC) constitue une préoccupation majeure chez le personnel soignant, notre travail a comme objectif d'évaluer l'attitude et le comportement du personnel de santé après un accidents d'exposition au sang (AES). En examinant comment ces professionnels perçoivent et abordent cette situation, nous visons à approfondir notre compréhension des enjeux liés à la prévention et à la prise en charge de ces infections virales au sein de cette population particulière.

Matériels et Méthodes : Nous avons mené une étude transversale qui s'est concentrée sur un échantillon du personnel du CHU, englobant diverses catégories telles que les médecins, les infirmiers et les professionnels paramédicaux etc. Pour cela, nous avons conçu un questionnaire structuré et codifié, incorporant une section dédiée aux commentaires personnels des participants. Nous avons pris en considération plusieurs variables, dont l'âge, le genre, la compréhension des virus, les antécédents d'exposition au sang, ainsi que le statut vaccinal contre le VHB, entre autres. Ce questionnaire anonyme préalablement élaboré a ensuite été soumis à une analyse statistique descriptive et analytique.

Résultats : Un échantillon de 261 professionnels de la santé a été inclus dans l'étude, affichant une moyenne d'âge de 29,42 ans. La prédominance féminine était notable, avec 56,7 % de femmes (n=148). Parmi les participants, 97 % (n=261) exerçaient au sein de services exposés à un risque de contamination par ces virus. De plus, 90 % (n=237) avaient une compréhension adéquate en ce qui concerne le risque de transmission.17% seulement des participant en reçu les 3 dose du vaccin du VHB de façon adéquate.
Le pourcentage des participants ayant signalé un antécédent d'exposition au sang s'élève à 64,75 % (n=169), parmi lesquels seulement 30 % (n=52) ont suivi les protocoles de conduite à tenir post-exposition. Les autres victimes ont justifié le non-respect de ces procédures par divers motifs, notamment : la complexité du circuit administratif (27,8 %) et la crainte de découvrir une sérologie positive (27,2 %), identifiés comme les principales raisons entravant l'adhésion à la conduite à tenir recommandée.

Conclusion : Les résultats obtenus soulignent la nécessité pour le personnel soignant de faire preuve de responsabilité, compte tenu de la dissonance entre leur connaissance satisfaisante des risques et leur non-respect de la procédure post-exposition. Par conséquent, nous préconisons vivement aux responsables des ressources humaines de faciliter l'accès à la vaccination contre le VHB ainsi qu'à la procédure recommandée, tout en encourageant le personnel à observer scrupuleusement ladite procédure.

P243

Comparaison des mesures de fibrose hépatique par FIB-4 et FibroScan® avant traitement chez les patients atteints d'hépatite C issus de l'étude HELIOS-3

D. Ouzan [1], G. Pénaranda [2], L. Cattan [3], N. Renaud [4], M. Seux [5], N. Martin [4], S. Pol [3]

(1) Saint-Laurent-du-Var ; (2) Marseille ; (3) Paris ;
(4) Boulogne-Billancourt ; (5) Fontaine-lès-Dijon.

Introduction : L'éradication de l'hépatite C est un défi important rendu possible grâce à la disponibilité de médicaments très efficaces ayant peu d'effets secondaires. Pour atteindre les objectifs d'élimination en 2025, il faut augmenter le dépistage et le traitement des populations à forte prévalence, telles que les usagers de drogues. Cela implique de promouvoir le dépistage viral et l'évaluation de la fibrose hépatique. La disponibilité du Fibroscan pourrait représenter un obstacle au traitement, en particulier chez les usagers de drogues

Patients et Méthodes : L'éradication de l'hépatite C est un défi important rendu possible grâce à la disponibilité de médicaments très efficaces ayant peu d'effets secondaires. Pour atteindre les objectifs d'élimination en 2025, il faut augmenter le dépistage et le traitement des populations à forte prévalence, telles que les usagers de drogues. Cela implique de promouvoir le dépistage viral et l'évaluation de la fibrose hépatique. La disponibilité du Fibroscan pourrait représenter un obstacle au traitement, en particulier chez les usagers de drogues

Résultats : Parmi les 371 patients de l'étude, 228 avaient à la fois un résultat de Fibroscan et de FIB-4 à baseline. L'âge moyen des patients était de 53 ans et 27 % étaient F3/F4. Les patients du groupe non spécialiste avaient une consommation excessive d'alcool 63 vs 43% et de drogue 53 vs 11% plus fréquente que ceux du groupe spécialiste. Le délai médian entre la PCR positive et le début du traitement était de 30 jours. La réponse virologique soutenue était de 98.3% dans les 2 groupes. Pour un seuil de FIB-4 de 1.3-2.67 habituellement utilisé aujourd'hui dans plusieurs maladies du foie, le score a permis d'identifier correctement les patients présentant une fibrose étendue (Fibroscan F3-F4) avec une aire sous la courbe ROC de 0,772 (IC95% 0,705-0,839 ; p<0,001). L'aire sous la courbe ROC était très proche : 0,782 (0,718 – 0,846) pour le seuil historique de 1,45-3,25 spécifique à l'hépatite C. Un indice FIB-4 <1,3 avait une valeur prédictive négative de 91,4% pour exclure une fibrose extensive. Un indice FIB-4 >2,67 avait une valeur prédictive positive de 65,4% pour confirmer une fibrose extensive ou une cirrhose. Une discordance Fibroscan/FIB-4 a été observée dans 7,9% des cas.

Corrélation entre FIB-4 et Fibroscan chez 228 patients atteints d'hépatite C avant traitement

FIB4	Fibroscan		
	F0-F1-F2 (< 10 Kpa)	F3-F4 (≥10 Kpa)	
< 1,3	91,4% (n=74)	8,6% (n=7)	81
1,3-2,67	78,9% (n=75)	8,6% (n=20)	95
> 2,67	34,6% (n=18)	65,4% (n=34)	52
Total	73,2% (n=167)	26,8% (n=61)	228
AUC	0,772 (0,705 – 0,839)		

FIB4	Fibroscan		
	F0-F1-F2(<10Kpa)	F3-F4 (≥ 10 Kpa)	
< 1,45	91,9% (n=91)	8,1% (n=8)	99
1,45-3,25	71,7% (n=66)	28,3% (n=26)	92
> 3,25	27,0% (n=10)	73,0% (n=27)	37
Total	73,2% (n=167)	26,8% (n=61)	228
AUC	0,782 (0,718 – 0,846)		

Conclusion : Chez les patients atteints d'hépatite chronique virale C, le score FIB-4 a permis d'identifier correctement les patients présentant une fibrose extensive par comparaison au Fibroscan. Ces résultats montrent que le FIB-4 dont le calcul automatique se généralise en France est une option en raison de sa simplicité et de sa rapidité d'obtention. Cela pourrait permettre de raccourcir les délais de mise sous traitement des patients atteints d'hépatite chronique virale C.

Remerciements, financements, autres :

HELIOS Study Group
Alexandra Heurgué, Anne Strateman, Bianca Pineau, Brigitte Reiller, Celine Douzon, Christophe Renou, Claudine Lasbasses, Colette Gerbaud, Dan Pospait, Denis Ouzan, Etienne Hiegel, Ghassan Riachi, Hatem Salloum, Isabelle Fouchard Hubert, Jean Pierre Bronowicki, Jean-Jacques Meurisse, Juliette Foucher, Kouadjo Joseph Koffi, Laure Elkrief, Laurent Cattan, Laurent Cuissard, Laurent Roudière, Magdalena Meszaros, Marie-Josée Ferro-Collados, Matthieu Chardon, Michel Antoni, Moana Gelu-Simeon, Patrick Vogt, Philippe Gouiry, Priscila Pajaud Passe-Coutrin, Stanislas Pol, Sylvie Balteau, Thierry Constant, Vincent Leroy, Yavor Delchef.
Financé par Gilead Sciences. Remerciements particuliers à Olivier Lada et Thomas Nogier pour leur participation active.

P-244

Biopsie hépatique transjugulaire : quelles performances diagnostiques des aiguilles à aspiration et Quick-Core® dans les hépatites chroniques ?

M. Kaci [(1)], A.R. Fartas [(1)], T. Bassaid [(1)]
(1) Oran, ALGÉRIE.

Introduction : La principale cause d'échec diagnostique d'une biopsie hépatique trans-jugulaire est la fragmentation ou l'exiguïté du prélèvement. Le but de ce travail est d'évaluer le taux de succès diagnostique de la biopsie hépatique par voie trans-jugulaire au cours des hépatopathies chroniques et d'analyser les facteurs influençant la qualité du prélèvement réalisé avec deux types d'aiguille.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude descriptive incluant 40 patients atteints d'une hépatopathie chronique, ayant une contre-indication à la biopsie hépatique transcutanée. La veine jugulaire interne droite a été ponctionnée sous guidage échographique et la biopsie a été réalisée au niveau du foie droit via la veine sus-hépatique droite avec une aiguille à aspiration de 18 gauge ou une aiguille incluant un système de prélèvement semi-automatique (set Quick–core de 18 gauge). Les fragments ont été systématiquement mis dans des cassettes de protection, la longueur et le taux de fragmentation ont été estimés avant la fixation du prélèvement. L'examen anatomopathologique a déterminé le nombre d'espaces portes et le diagnostic histologique. Nous avons analysé la qualité du prélèvement obtenu ainsi que l'influence du type d'aiguille utilisée et du nombre de passages nécessaires sur le taux de succès diagnostique.

Résultats : L'étude a concerné 40 patients, candidats à une biopsie hépatique par voie transjugulaire. Elle a été réalisée avec succès chez 37 patients (92.3%), 10 avec une aiguille à aspiration et 27 avec une aiguille Quick-core. Le nombre de passages nécessaires pour obtenir un prélèvement macroscopiquement adéquat était de 2 passages (1-3) avec le système semi-automatique. La biopsie mesurait en moyenne 13.5 mm (2-20), l'analyse anatomopathologique a déterminé le nombre d'espaces portes sur 22 prélèvements (84,6 %), il variait de 3 à 9 espaces portes avec une moyenne de 6,5 espaces portes. En revanche, avec le système aspiratif, 3 passages en moyenne étaient nécessaires pour obtenir un fragment hépatique, celui-ci mesurait en moyenne 8.4 mm, le nombre d'espace porte a été déterminé dans 5 cas (50%), en moyenne 2.4 espaces portes. Dans 5cas (50%), ce critère n'a pas été précisé en raison d'une fragmentation excessive. Le taux de fragmentation était plus élevé avec les aiguilles à aspiration (60%) qu'avec les aiguilles semi-automatiques (30%). L'étude histopathologie a permis d'orienter le diagnostic étiologique dans 4 cas avec le système aspiratif et dans 20 cas avec le système semi-automatique avec des taux de succès diagnostique respectivement de 40% et 77 %.

Conclusion : Notre étude montre que l'utilisation du système de prélèvement semi-automatique nécessite moins de passages pour obtenir un prélèvement adéquat et offre un meilleur rendement diagnostique que le système aspiratif.

P-245

HEPATOFIT, HEPATOcarcinomes traités en Finistère par Immunothérapie et Thérapie ciblée : étude de vie réelle sur la survie et la tolérance

M. Even [(1)], P.G. Poureau [(1)]
(1) Brest.

Introduction : Le traitement des carcinomes hépatocellulaires (CHC) avancés reposait sur le Sorafenib (inhibiteur de tyrosine kinase). L'essai IMbrave150 a prouvé la supériorité de l'association de l'Atezolizumab (anti-PDL1) et du Bevacizumab (anti-VEGF) *versus* Sorafenib en première ligne. Les analyses en sous-groupe montraient un meilleur bénéfice pour les patients ayant une cirrhose virale. L'objectif de l'étude est d'évaluer l'efficacité de cette association thérapeutique dans notre département où la majorité des cirrhoses sont non virales.

Patients et Méthodes : Nous avons inclus tous les patients traités par Atezolizumab et Bevacizumab du 1er septembre 2020 au 31 décembre 2022 dans les centres hospitalisers publics de notre département. Les patients ont été suivis jusqu'au 31 mai 2023.

Résultats : 72 patients ont été inclus. La survie globale médiane était de 14,2 mois et la survie sans progression médiane était de 6,0 mois. Les taux de survie globale à 6 et 12 mois étaient de 71 et 54% respectivement. Les taux de survie sans progression à 6 et 12 mois étaient 50 et 35% respectivement. L'aFP > 400 ng/mL, le taux de neutrophile sur lymphocytes > 3 et le Child-Pugh A étaient des facteurs pronostics signigficatifs. Il n'y a avait pas de différence significative associée à l'étiologie virale ou non de la cirrhose.

Conclusion : Les données de vie réelle retrouvent une efficacité de l'Atezolizumab et du Bevacizumab dans les CHC avancés concordante avec les données de la littérature, même chez les patients ayant une cirrhose non virale. Les facteurs pronostics connus ont été confirmés. Des connaissances complémentaires sur le micro-environnement tumoral seraient intéressantes pour définir de nouveaux facteurs de bonne ou de mauvaise réponse aux traitements.

P.246

Hépatite C : disparités Nord-Sud dans les résultats des anti-viraux directs

H. Cherkaoui [1], W. Soub Defeu [2], M. Lahlali [1], A. Lamine [1], S.A. Ibrahimi [1], M. El Yousfi [1], M. El Abkari [1], N. Lahmidani [1], D.A. Benajah [1], A. El Mekkaoui [1], E. Toussaint [3], H. Abid [1]

(1) Fès, MAROC ; (2) Charleroi, BELGIQUE ;
(3) Bruxelles, BELGIQUE.

Introduction : Depuis l'avènement des antiviraux à action directe, le traitement de l'hépatite C a connu une révolution à l'échelle mondiale. L'objectif de l'OMS est d'éradiquer l'hépatite C d'ici 2030. C'est pourquoi notre étude s'intéresse à la comparaison des résultats de l'éradication de l'hépatite C entre deux pays ayant des contextes économiques différents.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective analytique portant sur une série étendue de cas d'hépatite C collectés sur une période de dix ans entre deux centres universitaires belge et marocain. Notre objectif est de comparer les caractéristiques des deux populations atteintes d'hépatite C ainsi que les résultats de l'éradication virale sous traitement antiviral à action directe.

Résultats : Nous avons recueilli un total de 287 patients, parmi lesquels 162 étaient Marocains (groupe M) et 205 Belges (groupe B). L'âge moyen au moment du diagnostic était de 53 ans (55 ans dans le groupe M et 49 ans dans le groupe B). La cirrhose a été diagnostiquée chez 43 % des patients du groupe M et 12 % du groupe B. Une consommation excessive d'alcool a été notée chez 6 % du groupe M et 20 % du groupe B. L'asthénie était le signe clinique le plus fréquent (55 % dans le groupe M et 65 % dans le groupe B). Les analyses biologiques ont révélé une thrombocytopénie (10 % dans le groupe M et 2,4 % dans le groupe B), un temps de prothrombine bas (6 % dans le groupe M et 4 % dans le groupe B), une cytolyse (5 % dans le groupe M et 20 % dans le groupe B), et une augmentation des GGT (5 % dans le groupe M et 4 % dans le groupe B). Des co-infections étaient présentes dans les deux populations : co-infection par le VHB (5 % dans le groupe M, 3 % dans le groupe B), profil de guérison du VHB (3 % dans le groupe M, 2 % dans le groupe B), et le VIH (1 % dans le groupe M et 2,4 % dans le groupe B). Le génotype le plus fréquent dans les deux populations était le génotype 1b (35 % dans le groupe M et 28 % dans le groupe B). La charge virale moyenne avant le traitement était de 6 logs dans le groupe M et de 5 logs dans le groupe B. Les évaluations par Fibroscan ont montré une fibrose significative chez 44 % des patients du groupe M et 12 % du groupe B. Une biopsie hépatique a été réalisée chez 6 % des patients des deux groupes suite à une discordance entre le Fibroscan et le Fibrotest. Chez les patients cirrhotiques, la gastroscopie a révélé des varices œsophagiennes chez 12 % des cas (groupe M) contre 4 % dans le groupe B, une gastropathie hypertensive portale chez 2 % du groupe M et 4 % du groupe B. Les traitements les plus couramment utilisés dans les deux groupes étaient le sofosbuvir et le velpatasvir (39 % du groupe B) pendant 12 semaines, le sofosbuvir, le daclatasvir ± ribavirine (29 % du groupe M contre 3 % du groupe B) pendant 12 semaines, le sofosbuvir et le ledipasvir (27 % du groupe M), le glecaprevir et le pibrentasvir pendant huit semaines (58 % du groupe B), et une combinaison d'interféron pégylé et de ribavirine (44 % du groupe M). Le taux d'éradication dans le groupe M était de 69 % (55 % chez les patients sous ribavirine et 98 % chez les patients sous antiviraux à action directe). Dans le groupe B, le taux d'éradication était de 92 % (tous les patients étaient sous antiviraux à action directe). L'utilisation d'antiviraux à action directe est un bon facteur de réponse thérapeutique dans le groupe M (p : 0,01), ainsi que dans le groupe B (p : 0,02). La cirrhose est un facteur de mauvaise réponse thérapeutique dans le groupe M, quel que soit le régime thérapeutique prescrit.

Conclusion : À travers cette étude, nous constatons que les différences de taux d'éradication entre les groupes M et B sont liées à la présence de cirrhose post-virale C et à l'utilisation de la ribavirine. Ces facteurs étaient prédominants dans la population M par rapport à la population B.

P.247

Couverture vaccinale et séroprévalence de l'hépatite virale B parmi les étudiants en médecine de 2 universités

Y.S. Cheuleu Tchoussi épouse Njike [1], A.W. Ndjitoyap Ndam [1], M.P. Kowo [1], F. Ankouane [1]

(1) Yaoundé, CAMEROUN.

Introduction : L'infection par le virus de l'hépatite B (VHB) est un problème majeur de santé publique. La vaccination contre cette infection reste le meilleur moyen de prévention. Ainsi, l'OMS recommande le dépistage et la vaccination systématique des professionnels de santé y compris les étudiants en médecine. Cette étude avait pour objectif de déterminer la couverture vaccinale et la séroprévalence de l'hépatite virale B parmi les étudiants en médecine.

Matériels et Méthodes : Nous avons mené une étude transversale descriptive et analytique avec collecte des données de février à juin 2020 auprès des étudiants en médecine sélectionnés par échantillonnage consécutif. Les données ont été collectées par un questionnaire auto-administré suivi d'un test de diagnostic rapide de l'hépatite virale B. La couverture vaccinale et la séroprévalence de l'HVB ont été estimées avec un intervalle de confiance de 95%. Les déterminants de la séroprévalence et de l'échec vaccinal ont été identifiés en calculant le rapport de côte.

Résultats : Des 558 étudiants approchés, seuls 375 étudiants ont participé à l'étude, avec une moyenne d'âge de 21,3 ans. Parmi eux, seuls 18.6% soit 70 étudiants avaient reçu une vaccination complète soit les trois doses recommandées par l'OMS, 26,1% avaient reçu 2 doses et 15,1% une seule dose de vaccin. Neuf participants avaient une sérologie positive à l'HVB soit une séroprévalence de 2,4%. en recherchant les facteurs de risque des hépatites virales chez ces derniers, nous avons retrouvé principalement la présence d'hépatite virale dans la famille avec une valeur p=0.027. Les hommes étaient les plus touchés par la maladie, soit un ratio de 8/1. Les facteurs limitant la bonne couverture vaccinale étaient principalement la négligence (53,2 %), les facteurs économiques (25,3%) et l'ignorance de l'existence d'un vaccin contre l'hépatite virale B (17,5%). L'Ag HBs était présent chez un seul sujet vacciné, soit 1,4%.

Discussion : Notre étude nous a permis de constater que très peu d'étudiants en médecine ont reçu le vaccin contre l'hépatite virale B, pourtant obligatoire depuis 2007. Ceci serait dû au fait que dans certains pays, notamment en voie de développement, il n'y a pas assez de sensibilisation concernant les ravages de cette pathologie ainsi que l'existence de moyens efficaces de prévention. De plus l'absence d'une couverture de santé universelle, impliquant le financement propre de tous les soins médicaux, pourrait également constituer un frein à la mise en place de cette recommandation. La présence d'HVB dans la famille était statistiquement associée à la présence d'HVB dans notre population d'étude pouvant s'expliquer par le risque élevé de transmission mère-enfant en cas de mauvais suivi de la grossesse, ainsi que le risque de contamination au sein de la fratrie dû au partage d'objets coupants, favorisé par la promiscuité fréquemment observés dans le tiers monde.

Conclusion : La couverture vaccinale contre l'hépatite virale B des étudiants en médecine est faible dans les pays en voie de développement, avec moins d'un d'étudiant sur quatre vacciné, ce qui est contraire aux recommandations de l'OMS. Etant donné le risque élevé de cette population particulière, des mesures doivent être prises afin de rendre ce vaccin obligatoire et d'améliorer cette couverture vaccinale.

P-248

Les complications métaboliques de la transplantation hépatique

C. Ben Mehrez [1], N. Hemdani [2], K. Ben Abdallah [2], A. Nakhli [2], Z. Benzarti [1], B. Bouchabou [2], R. Ennaifer [2]
(1) Tunis, TUNISIE ; (2) La Marsa, TUNISIE.

Introduction : Les complications métaboliques représentent l'une des principales causes de morbi-mortalité de la transplantation hépatique (TH) à long terme.
L'objectif de notre étude est d'étudier les complications métaboliques chez les patients transplantés et de dégager les facteurs prédictifs de leur survenue.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective, ayant colligé des patients suivis après TH dans notre centre durant une période de 24 ans (1999-2023).
Nous avons utilisé le logiciel SPSS (p significatif si inférieur à 0,05).

Résultats : Soixante-trois patients ont été colligés, Il s'agissait de 36 hommes (57%) et de 27 femmes (43%), d'âge moyen lors de la TH de 38 +/- 13 ans [1 - 64 ans]. Les antécédents étaient comme suit : diabète (9,5%), hypertension artérielle (3,2%) et dyslipidémie (1,6%). L'indice de masse corporelle moyen lors de la TH était de 22,7 Kg/m² +/- 6 avec des extrêmes allant de 14 à 48 Kg/m². Un score MELD >15 était l'indication la plus fréquente retrouvée chez 58 patients (92%). Les autres indications de la TH étaient une hépatite fulminante chez deux patients (3,2%), une cholestase intrahépatique familiale progressive chez un patient (1,6%), un hémangioendothéliome épithélioïde chez 1 patient (1,6%) et une atrésie des voies biliaires chez 1 patient (1,6%).
Dix-sept patients (27%) ont développé un diabète dans un délai moyen de 24 mois +/- 50 [1-168 mois] : 12% étaient sous Tacrolimus, 58% sous MMF et Tacrolimus et 30% sous MMF, Tacrolimus et corticoides. Le diabète était équilibré sous règles hygiéno-diététiques dans 23% des cas. Il a nécessité des antidiabétiques oraux dans 48% des cas, une insulinothérapie dans 23% des cas et un inhibiteur de la SGL2 dans 6% des cas.
Une hypertension artérielle (HTA) s'est révélée chez 16 patients (25%) dans un délai moyen de 60 mois +/- 44 [1-180 mois] dont trois (18%) ont nécessité une bithérapie. Un patient (6%) avait une HTA rebelle avec une néphropathie hypertensive malgré une trithérapie.
En post TH, huit patients (12%) avaient un surpoids, 5 patients (8%) avaient une obésité classe I et un patient (1,6%) avait une obésité classe III.
Une ostéopénie est apparue dans 19% des cas et une ostéoporose dans 3% des cas.
Huit patients (13%) ont développé une dyslipidémie dans un délai moyen de 70 +/- 50 mois [120-180 mois]. Quatre patients (50%) ont nécessité leur mise sous statines.
Le BMI moyen en pré-TH était significativement plus élevé chez les patients ayant présenté une complication métabolique en post TH (25,5 Kg/m²Vs 20Kg/m²) (p=0.004). L'analyse de l'aire sous la courbe ROC (AUC) a montré qu'un BMI supérieur à 21,7 Kg/m² était prédictif d'apparition d'une complication métabolique (AUC =0,761) (Se 70% Sp 71,4%). Une durée de plus que six mois et demi de corticothérapie était associée à l'apparition d'une dyslipidémie et d'une obésité en post TH avec p=0,008 et p=0,013 respectivement. Un âge supérieur à 42,5 était associé à l'apparition d'un diabète en post TH (p=0,013).L'association MMF et Tacrolimus était un facteur de risque d'apparition d'une HTA et une ostéopénie avec p respectivement de 0,05 et 0,015.

Conclusion : Dans notre série, les complications métaboliques concernent 40% des patients. Une surveillance rapprochée est justifiée chez tous les patients transplantés afin de détecter ces complications pour parvenir à une gestion adéquate des risques, minimisant ainsi leur impact sur la survie du patient.

P-249

Performance de l'élastographie transitoire-FibroScan®, de l'imagerie par force de radiation acoustique (ARFI), de l'APRI et de l'indice FIB-4 comparés à la ponction biopsie hépatique (PBH) dans l'évaluation de la fibrose hépatique chez les patients NAFLD

K. Amalou [1], A. Tibouk [1], N. Belal [1], F. Belghanem [1], R. Rekab [1], K.N. Benmelouka [1], B. Derbal [1], S. Kordjani [1], A. Belloula [1]
(1) Alger, ALGÉRIE.

Introduction : Bien que la PBH soit considérée le gold standard dans l'évaluation de la fibrose hépatique, son caractère invasif, ses limites liées au biais d'échantillonnage et la répartition hétérogènes des lésions peuvent limiter son applicabilité et son interprétation en pratique courante. Les méthodes d'évaluation non invasives de la fibrose hépatique peuvent remédier à certaines de ces limitations. L'objectif de cette étude était d'évaluer la précision diagnostique de l'élastographie transitoire-FibroScan®, de l'impulsion de force de radiation acoustique (ARFI), de l'indice du rapport aspartate aminotransférase/plaquettes (APRI) et de l'indice FIB-4 par rapport à la PBH chez les patients NAFLD.

Patients et Méthodes : Nous avons évalué des patients porteurs d'une NAFLD suivis au service de gastroentérologie de l'hôpital central de l'armée, et qui ont bénéficié d'une PBH. La précision de chaque méthode a été déterminée par une analyse de la courbe ROC (receiver operating characteristic), et la fibrose a été classée en fibrose significative (≥F2), fibrose avancée (≥F3) ou cirrhose (F4). La méthode Obuchowski a également été utilisée pour déterminer la précision diagnostique de chaque méthode aux différents stades de la fibrose.

Résultats : Au total, 213 patients ont été inclus dans l'étude. Les aires sous la courbe ROC (AUROC) en fonction du degré de fibrose étaient les suivantes : fibrose significative (≥F2) : FibroScan® : 0,91, FIB-4 : 0,72, APRI : 0,65 et ARFI : 0,73 ; fibrose avancée (≥F3) : FibroScan® : 0,96, FIB-4 : 0,77, ARFI : 0,76, et APRI : 0,74 ; et cirrhose (F4) : APRI : 1, FIB-4 : 1, FibroScan® : 0,99, ARFI : 0,95. Les précisions de l'élastographie transitoire, de l'ARFI, de l'APRI et du FIB-4 déterminées par la méthode Obuchowski étaient F0-F1 : 0,85, 0,46, 0,77 et 0,65, respectivement ; F1-F2 : 0. 75, 0,66, 0,65 et 0,64, respectivement ; F2-F3 : 0,74, 0,78, 0,65 et 0,69, respectivement ; et F3-F4 : 0,98, 0,85, 1 et 1, respectivement.

Conclusion : L'élastographie transitoire-FibroScan® reste la méthode la plus efficace pour évaluer tous les degrés de fibrose. La précision de toutes ces méthodes était la meilleure pour le stade F4 de fibrose.

P250

L'élasticité splénique : un nouvel outil pour prédire les varices œsophagiennes au cours des hépatopathies chroniques virales B

Y. Gharbi [1]
(1) Cefalù, ITALIE.

Introduction : L'élastométrie est devenue un outil presque courant en clinique d'hépatologie. elle est utilisé pour évaluer la stéatose intrahépatique ainsi que pour prédire le degré de fibrose hépatique. Même après avoir diagnostiqué une cirrhose, il existe toujours un besoin clinique de déterminer si le patient ait une hypertension portale cliniquement significative, car cela nécessiterait un dépistage et une intervention des varices.
Notre objétif était d'évaluer la performance de la mesure des élasticités splénique (ES) et hépatique (EH) dans la prédiction de la présence de varices œsophagiennes (VO) au cours des hépatopathies chroniques virales B et déterminer un score composite non invasif.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude prospective faite au sein de l'hôpital universitaire de Cefalu, incluant des porteurs d'une hépatopathie chronique virale B. Tous les patients ont bénéficié d'une mesure des ES et EH par l'élastographie impulsionnelle (FibroScan Echosens), du calcul du score FIB-4 et d'une fibroscopie œso-gastro-duodénale.

Résultats : Nous avons inclus 100 patients. L'âge moyen était de 42 ± 8.2 ans. Nous avons utilisé une sonde M de 100 Hz pour évaluer l'elasticité de la rate. La valeur moyenne des ES et EH était significativement plus élevée en présence de VO; p=0.000. Nous avons contaté qu'au seuil de 50 kPa, la sensibilité et la spécificité de la prédiction des varices à haut risque atteignaient une sensibilité de 100 % et une spécificité de 80,1 %.
À des valeurs seuils respectifs de 31 KPa et 45KPa, l'ES permettait de prédire la présence de VO et de grosses VO avec des AUROC de 0.705 et 0.900. À des valeurs seuils respectifs de 7.25 KPa et 12.55 KPa, l'EH permettait de prédire la présence de VO et de grosses VO avec des AUROC de 0.866 et 0.897. La somme arithmétique des valeurs des ES, EH et du FIB-4 permettait de prédire la présence de VO et de grosses VO avec des AUROC de 0.907 et 0.935.
Nous avons évité l'endoscopie chez 72 % des cirrhotiques, soit presque deux fois plus que celui prédit par les lignes directrices de Baveno.

Conclusion : Les ES sont des outils non invasifs simples et fiables pour la prédiction de VO et de grosses VO. Leur association au score FIB-4 améliore leur performance diagnostique. On espère que si elle est validée, la mesure de l'élasticité splénique deviendra un test standard pour les patients atteints de cirrhose.

P251

Fibrose hépatique au cours de la polyarthrite rhumatoïde : rôle du syndrome métabolique

W. Lahmar [1], **S. Maroua** [1], **M. Ghanem** [1], **I. Gharsallah** [1]
(1) Tunis, TUNISIE.

Introduction : La fibrose hépatique liée au méthotrexate (MTX) chez les patients atteints de polyarthrite rhumatoïde (PR) suscite encore des débats. Cependant, des études récentes suggèrent une aggravation de l'atteinte hépatique chez les patients atteints de PR sous MTX, en particulier chez ceux présentant des facteurs de risque, notamment le risque métabolique.
Le but de notre étude était de déterminer la prévalence de syndrome métabolique chez une population de patients ayant une PR, déterminer sa relation avec la fibrose hépatique.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude transversale incluant des patients suivis pour PR retenue selon les critères de l'ACR-EULAR 2010 et traités par MTX. Les données démographiques, cliniques et les caractéristiques de la maladie (l'activité selon DAS28CRP et DAS28VS/durée d'évolution) ont été recueillies.
Les mesures anthropométriques ont été réalisées pour évaluer le tour de taille et l'indice de masse corporelle (IMC). Une obésité a été définie si IMC>30kg/m². Le syndrome métabolique a été diagnostiqué selon les critères définis par l'International Diabetes Federation (IDF). Tous les patients ont eu une évaluation de l'élasticité hépatique par fibroscan, avec une valeur>6kPa indiquant une fibrose hépatique débutante.

Résultats : L'étude a porté sur un total de 73 patients, dont 21 hommes et 52 femmes, avec un âge moyen de 51 ans [22-83]. La durée moyenne de la maladie était de 51 ans [22-83].
Les scores d'activité de la maladie DAS28VS et DAS28CRP étaient en moyenne de 4,5 ± 1,3 [1,13-7,52] et 3,93 ± 1,4 [0,93-6,94] respectivement.
Tous les patients étaient sous MTX, avec une dose moyenne hebdomadaire de 13,91 mg, associé à la salazopyrine, aux anti-IL6, anti-CD20 et anti-TNFα, dans 1 (1%), 5 (7%), 9 (12%) et 9 (13%), respectivement.
Le diabète, l'hypertension artérielle et la dyslipidémie étaient notés dans respectivement 19% (n=14), 17% (n=12) et 11% (n=8) des cas.
La circonférence abdominale moyenne était de 93,17 cm [59-120], l'IMC moyen était de 27,3 kg.m² [16,6-37,59] et 16 patients étaient obèses. Les moyennes de la glycémie à jeun et les triglycérides étaient respectivement de 5,88 mmol/L [3,56-15,2] et 1,22 mmol/L [0,47-3,1].
Le syndrome métabolique a été identifié chez 19 patients (26%). L'élasticité hépatique moyenne était de 4,5 ± 1,52 [2,6-12]. La fibrose hépatique a été diagnostiquée chez 9 patients (12%).
L'élasticité hépatique était plus élevée chez les patients ayant un syndrome métabolique (5,2 ± 2,5vs4,23±1,05, p=0,011). De plus, le syndrome métabolique était associé à un surrisque de développée une fibrose hépatique (OR :42,743; IC95% [1,728-1057,273], p=0,022).

Conclusion : Cette étude met en évidence une prévalence significative du syndrome métabolique parmi les patients atteints de polyarthrite rhumatoïde. De plus, elle établit un lien entre le syndrome métabolique et le développement de la fibrose hépatique. Ces résultats soulignent l'importance de la prévention du syndrome métabolique chez les patients atteints de PR traités au MTX pour réduire les risques de fibrose hépatique.

P252

Prévalence des troubles de la sexualité chez les patientes suivies pour hépatopathie

A. Belcadi Abassi [1], M. Konso [1], S. Mechhor [1], M. Cherkaoui [1], N. Benzzoubeir [1], I. Errabih [1], H. El Bacha [1]

(1) Rabat, MAROC.

Introduction : La prise en charge des maladies chroniques du foie fait l'objet d'une multitude de recherches, néanmoins les conséquences des hépatopathies chroniques sur la sexualité des patientes est un sujet rarement étudié. Or la santé sexuelle est un facteur déterminant de la qualité de vie.
Le but de notre travail est d'étudier l'impact de la maladie hépatique sur la sexualité des patientes et d'en étudier les facteurs de risques.

Matériels et Méthodes : Il s'agit d'une étude transversale monocentrique, descriptive et analytique menée durant l'année 2023.
Nous avons inclus les patientes de sexe féminin suivies pour hépatopathie chronique (groupe 1) ainsi qu'un groupe contrôle de patientes suivies en consultation de gastro-entérologie pour diverses pathologies non hépatiques (groupe témoin=groupe 2).
L'évaluation de la santé sexuelle a été faite grâce au questionnaire FSFI (Female Sexual Function Index). Une atteinte de l'activité sexuelle était déterminée par un score <26.
L'analyse de données a été faite par le Logiciel Jamovi 2.2.5.

Résultats : On a inclus 106 patientes dont 53 (50%) suivies pour une hépatopathie et 53 (50%) suivies pour une pathologie extra hépatique (groupe témoin).
L'âge médian est de 44,5ans {25 ; 60}. 96 (90,66%) avaient un ATCD obstétrical.
Dans le groupe des patientes ayant une hépatopathies on retrouve :
- 33(62,3%) non cirrhotiques et 20 (37,7%) cirrhotiques dont 10 (18,9%) des patientes avaient un antécédent de décompensation
- 24 (45%) VHB, 8(15,4%) NAFLD, 6(11,3%) de cause indéterminée, 5(9,4%) HAI, 5(9,4%) CBP et 2 (3,8%) CSP, 2 (3,8%) cavernome portale et 1(1,9%) VHC.

Les patientes présentant une hépatopathie avaient plus d'atteinte de leur santé sexuelle que le groupe contrôle (score < 26) (32 (60.4%) vs 15 (28.3%)) p <.001.
En analyse uni-multivariée la cirrhose représente le seul facteur de risque statistiquement significatif p value 0.046 et OR : 6.8.
Par ailleurs 100% des patientes déclarent n'avoir jamais été questionnées sur leur santé sexuelle en consultation.

Conclusion : Jamais abordé en consultation la santé sexuelle des patientes suivies pour hépatopathies est altérée dans plus de la moitié des cas. Le principal facteur de risque est la cirrhose avec un risque multiplié par 6.

P253

Dysfonction sexuelle chez le cirrhotique

F.Z. Benamor Seghir [1], C. Boukhars [1], M. Tahiri [1], F.Z. Elrhaoussi [1], F. Haddad [1], W. Hliwa [1], A. Bellabah [1], W. Badre [1]

(1) Casablanca, MAROC.

Introduction : La dysfonction sexuelle (DS) est définie par l'existence d'une baisse de la libido, d'une dysfonction érectile ou d'une féminisation chez l'homme; d'une baisse de la libido, d'une dyspareunie ou d'une d'anorgasmie chez la femme.
Vu son caractère tabou, surtout dans notre contexte, elle est rarement rapportée spontanément par les patients et peu recherchée par l'hépatologue. Il s'agit d'une manifestation fréquente chez le cirrhotique pouvant altérer sa qualité de vie.
Le but de notre travail est d'évaluer la prévalence et les facteurs de risque de dysfonction sexuelle chez les cirrhotiques.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude prospective s'étalant de Décembre 2022 à Mai 2023, colligeant 58 patients suivis pour cirrhose en ambulatoire.
Pour l'évaluation de la fonction sexuelle nous avons utilisé la classification de l'ASEX dont les éléments étaient notés de 1 à 6. La DS était définie par un total ≥ 19 ou un score ≥ 5 sur n'importe quel item ou ≥ 4 sur au moins 3 items.

Résultats : Parmi les 58 cirrhotiques interrogés, une DS a été objectivée chez 32 patients (55%). L'âge moyen de ces derniers était de 51,2 ans avec un sex-ratio H/F de 2,45.
Chez les hommes, la DS était dominée par la dysfonction érectile objectivée dans 87% des cas, alors que la baisse de la libido n'était retrouvée que chez 13% des patients, aucun cas de féminisation n'a été rapporté.
Chez les femmes, la DS était répartie comme suit : baisse de la libido dans 89% des cas, une anorgasmie dans 9% des cas et une dyspareunie dans 2% des cas.
Dans notre étude, la DS était significativement liée à la prise de bêta-bloquants (p=0,006), le diabète (p=0,03) et la sévérité du score Child-Pugh (p<0,0001).
Par ailleurs, le sexe, le tabagisme, la prise de spironolactone, l'hépatite virale B et l'hépatite virale C ne sont pas des facteurs prédisposant à la DS (p=0,29, p=0,36, p=0,57, p=0,42 et p=0,72 respectivement).

Conclusion : Selon notre étude, 55% des patients cirrhotiques souffrent d'une dysfonction sexuelle d'où l'intérêt de son dépistage systématiquement. Sa prise en charge est primordiale pour améliorer la qualité de vie des patients.
Le diabète, la prise de bêta-bloquants et la sévérité de l'atteinte hépatique étaient identifiés comme facteurs de risque de dysfonction sexuelle.

P254

Caractéristiques de l'infection à SARS-CoV-2 chez les transplantés hépatiques

S. Hamza [1], N. Hemdani [1], C. Ben Mehrez [1], A. Nakhli [1], Z. Benzarti [1], B. Bouchabou [1], R. Ennaifer [1]

(1) La Marsa, TUNISIE.

Introduction : Un tiers de la population générale ont eu une infection à SARS-CoV-2 (severe acute respiratory syndrome coronavirus 2). Jusqu'à 11,8% des malades COVID-19 ont nécessité une hospitalisation, avec un taux moyen de mortalité estimé à 2,3%.
Les caractéristiques de l'infection à SARS-CoV-2 chez les patients ayant eu une transplantation hépatique (TH) ne sont pas clairement identifiées.
En effet, les effets de l'immunosuppression sur l'évolution de la Covid-19 ne sont pas clairement établis. Elle peut augmenter la charge virale et retarder l'élimination du SARS-CoV-2 chez les transplantés infectés par le virus. D'autre part, les inhibiteurs de la calcineurine et les inhibiteurs de mTOR ont montré un effet direct *in vitro* contre le SARS-CoV-2, en plus d'une diminution de l'intensité de la réaction inflammatoire.
L'objectif de notre étude était de déterminer les caractéristiques de l'infection COVID-19 chez les patients transplantés hépatiques.

Patients et Méthodes : Nous avons mené une étude transversale incluant tous les patients ayant un suivi post-TH dans notre service d'Hépato-gastro-entérologie après 2020. Les données démographiques, anamnestiques et cliniques ont été collectées. Les principaux critères de sévérité de l'infection au SARS-CoV2 chez les greffés comprenaient le décès, l'hospitalisation, l'admission en unité de soins intensifs (USI), l'exigence de soins intensifs et le besoin d'une ventilation invasive.
L'analyse statistique a été réalisée avec le logiciel SPSS.

Résultats : Nous avons inclus 29 patients avec un sex-ratio H/F à 1,42. L'âge moyen était de 44,6 ans [21 – 66 ans]. Les traitements des patients en cours étaient comme suit : Tacrolimus en monothérapie (13,8%), association Tacrolimus + Mycophénolate Mofetil (MMF) (72,4%), Tacrolimus + MMF+ corticoïdes (24,1%), MMF + ciclosporine (13,8%).
Les antécédents des patients étaient comme suit : une Hypertension artérielle (34,6%), un diabète type 2 (29,6%), une dyslipidémie (23,1%). Quatre patients avaient un surpoids (13,8%) et quatre patients (13,8%) avaient une obésité. Vingt et un patient (72,4%) ont reçu au moins une dose du vaccin anti-COVID-19.
Dix patients (34,5%) avaient eu une infection au SARS-CoV2 dont seulement un patient avait eu deux épisodes de COVID-19. Quatre patients avaient nécessité une hospitalisation. Un seul patient avait nécessité une oxygénothérapie. La durée moyenne d'hospitalisation était de 8,5 jours [5 – 15 jours]. L'infection par SARS-CoV-2 était survenue après une période moyenne de 120,9 mois [3 – 228 mois] post TH.
Les principaux symptômes étaient : une fièvre (n=5), une asthénie (n=8), une toux (n=2), une dyspnée (n=2) et une rhinorrhée (n=1). La durée moyenne des symptômes était de 2,8 jours [3 - 60 jours]. Deux patients avaient une forme asymptomatique diagnostiquée par un test antigénique au SARS-CoV-2 positif. L'évolution était favorable chez 100% des patients.

Conclusion : Dans notre série, la prévalence de l'infection à SARS-CoV-2 est la même que celle de la population générale avec une fréquence moindre de formes sévère. Ceci pourrait témoigner du rôle bénéfique des immunosuppresseurs sur l'infection COVID-19.

P255

Etiologies, traitement et évolution du syndrome de Budd-Chiari (SBC) : expérience d'un centre marocain

M. Bouissehak [1], M. Kadiri [1], N. Lagdali [1], M. Borahma [1], F.Z. Chabib [1], C. Berhili [1], I. Benelbarhdadi [1], F.Z. Ajana [1]

(1) Rabat, MAROC.

Introduction : Le syndrome de Budd-Chiari (SBC) est une maladie vasculaire du foie, caractérisée par une obstruction partielle ou totale du flux veineux hépatique dans l'espace vasculaire entre les veines hépatiques et la jonction entre la veine cave inférieure et l'oreillette droite. Elle peut être primaire ou secondaire. L'objectif de notre travail est de détailler le profil étiologique, thérapeutique et évolutif des patients atteints de SBC.

Matériels et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective et descriptive dans le service universitaire d'hépato-gastroentérologie incluant tous les patients atteints de SBC au stade d'hypertension portale (HTP) sur une période de 29 ans de 1991 à 2023.

Résultats : Sur un total de 364 cas de maladies vasculaires du foie, 29 patients présentaient une BCS, soit une prévalence de 8 %. L'âge moyen de nos patients était de 27 ans±12,71 ans avec un sex-ratio (M/F) de 0,4. Cliniquement, les signes d' HTP décompensée étaient prédominants avec une ascite dans 58% des cas (n=17), une hémorragie digestive haute dans 31% des cas (n=9), un ictère dans 13% des cas (n=4) et une insuffisance hépatocellulaire dans un cas. Colique hépatique dans 31% des cas (n=8). L'imagerie a confirmé le SBC avec une thrombose de la veine cave inférieure seule dans 41% des cas (n=12), une thrombose des deux veines hépatiques seules dans 55% des cas (n=16), et une thrombose des veines hépatiques et de la veine cave inférieure en même temps dans 3% des cas (n=1). Une thrombose portale chronique a été associée à 04 patients.Une biopsie hépatique a été réalisée dans 42% des cas (n=12) et a montré une cirrhose dans 13,8% des cas (n=4), une association du SBC avec une maladie vasculaire porto-sinusoïdale chez 02 patients et une association du BCS avec un carcinome hépatocellulaire (CHC) dans un cas (SBC secondaire). Le bilan étiologique a montré une maladie de Behçet dans 17% des cas (n=5), un déficit en protéine S dans 17% des cas (n=5), un déficit en protéine C dans 13,8% des cas (n=4), une thrombocytémie essentielle dans 6,8% des cas (n=2), un déficit en antithrombine dans 6. 8% des cas (n=2), l'utilisation de contraceptifs oraux au moment de la thrombose dans 6,8% des cas (n=2) et l'hémoglobinurie paroxystique nocturne (PNH) clone, la maladie de Biermer, la maladie cœliaque, la maladie de Kahler ont été responsables du BCS dans un cas chacun. Le BCS était secondaire dans 6,8 % des cas (n=2), dont l'un avait un CHC et le second une association de sarcoïdose et d'amyloïdose. Nos patients avaient bénéficié d'un traitement de la maladie causale et d'un traitement de la thrombose associé au traitement des complications de la PH. L'évolution a été marquée par le décès de 5 patients (17%), une reperméabilisation de la VCI par mise en place d'un stent chez un seul patient et la persistance de la thrombose chez les autres

Conclusion : Le syndrome de Budd-Chiari (SBC) est une pathologie rare. La maladie de Behcet et la thrombophilie sont les étiologies les plus fréquentes dans notre série. Le pronostic est mauvais, principalement en raison de la maladie causale et des complications de l'HTP, ce qui nécessite une prise en charge très précoce.

P-256

Scanner thoracique chez les patients cirrhotiques décompensés hospitalisés en unité de soins intensifs : facteurs prédictifs associés aux anomalies scannographiques et impact thérapeutique. Étude monocentrique rétrospective

H. Fakhouri [1], H. Montialoux [1], G. Savoye [1]
(1) Rouen.

Introduction : Les patients cirrhotiques sont particulièrement vulnérables à la survenue de pneumopathies infectieuses. Il s'agit d'une cause fréquente de décompensation de la maladie et de décès. Le diagnostic de ces infections et la prise en charge de ces patients restent, à ce jour, complexes et souvent trop tardifs. Parmi une population de patients cirrhotiques décompensés hospitalisés en unités de soins intensifs avec une indication à l'exploration par TDM thoracique, les objectifs de l'étude étaient d'évaluer son apport par rapport à la radiographie thoracique, déterminer des facteurs clinico-biologiques associés aux anomalies scannographiques et évaluer l'impact du scanner dans la prise en charge de patients cirrhotiques décompensés hospitalisés en unité de soins intensifs.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective, observationnelle, monocentrique menée au sein d'une unité de soins intensifs d'hépato-gastro-entérologie entre janvier 2020 et novembre 2022 ; elle concernait les patients cirrhotiques décompensés ayant bénéficié d'un scanner thoracique avec une ou plusieurs des indications suivantes : dyspnée, hypoxémie, syndrome inflammatoire et/ou fièvre inexpliquée. Nous avons évalué le pourcentage de scanners anormaux et ayant abouti à une modification de la stratégie thérapeutique. Des analyses univariées et multivariées ont été réalisées afin de déterminer des facteurs associés aux anomalies scannographiques.

Résultats : Entre le 1er janvier 2020 et le 1er novembre 2022, ont été examinés n = 533 dossiers de patients hospitalisés dans notre unité de soins intensifs d'hépato-gastro-entérologie. Au total n = 245 patients cirrhotiques décompensés ont été identifiés. Parmi ces patients, n = 63 patients ont bénéficié d'une tomodensitométrie thoracique et ont été inclus dans notre travail. Concernant les caractéristiques générales de ces patients : 45 (71%) patients étaient de sexe masculin avec un âge médian de 57 (52 ; 64) ans. La principale cause de cirrhose était l'éthylisme chronique. Soixante-dix-huit pourcents des patients étaient score Child Pugh C avec un MELD médian à 24.
Il a été décrit un foyer d'allure infectieux chez 46% (n= 29) des patients (dont deux cas de pneumocystose) et un aspect de surcharge pulmonaire chez 24% (n= 15) des patients ayant réalisé un scanner thoracique. Après une radiographie de thorax normale, le scanner thoracique avait permis de redresser le diagnostic chez 82,3% des patients.
La présence d'une syndrome inflammatoire biologique/fièvre inexpliquée ou d'une dyspnée fébrile conduisaient à découvrir une anomalie au scanner dans respectivement 66,7% IC95 [41 – 86,7] et 95% des patients IC95 [76,1 - 99,9] des cas. L'impact thérapeutique global (introduction antibiothérapie ou diurétiques) lorsque le scanner était réalisé était de 63,5% [50,4 - 75,3].
En analyse univariée, l'existence d'une dyspnée était significativement associée à une anomalie scannographique avec un OR = 7,00 [1,6 – 32,2] (p=0,01). Une CRP > 50mg/L était significativement associée à un foyer infectieux avec un OR = 7,00 [1,96 – 24,9] p = 0,003. La présence d'une dyspnée/oxygénodépendance, un score Child Pugh B et un MELD (Model for End-Stage Liver Disease) > 35 étaient significativement associés à l'existence d'une surcharge pulmonaire.

Conclusion : Le diagnostic de pneumopathie infectieuse et de surcharge pulmonaire constitue un défi majeur dans la prise en charge des patients cirrhotiques décompensés présentant une mortalité significative. Cette étude rétrospective menée en unité de soins intensifs met en évidence l'impact diagnostique et thérapeutique du scanner thoracique chez ces patients. Nous recommandons la réalisation d'un scanner thoracique en première intention chez un patient cirrhotique décompensé présentant une dyspnée et/ou un syndrome inflammatoire biologique sans orientation clinique évidente.

Remerciements, financements, autres :
Remerciements aux Dr O. GORIA, Dr G. RIACHI, Dr V. VERNON, Dr C. GOURDEAU

P457

Impact du choix de la technique sur les résultats du traitement par chimiembolisation du carcinome hépatocellulaire

Z. Benzarti [(1)], B. Bouchabou [(2)], K. Ben Abdallah [(2)], A. Nakhli [(2)], N. Hemdani [(2)], R. Ennaifer [(2)]
(1) Tunis, TUNISIE ; (2) La Marsa, TUNISIE.

Introduction : La chimioembolisation endoartérielle (CEA) est un traitement qui a démontré son efficacité en termes de réponse radiologique favorable et de survie sans progression. Cependant, les résultats des études sont assez divergents, ce qui peut s'expliquer par l'hétérogénéité de la population à laquelle la CEA est proposée. De plus, la question se pose quant à l'effet du type de CEA (utilisation de lipiodol ou de microparticules) ainsi que du choix de la molécule antimitotique sur les résultats du traitement.
L'objectif de notre étude était d'évaluer l'impact du choix du type et de la molécule antimitotique utilisée lors de la CEA dans le traitement du carcinome hépatocellulaire (CHC) sur un foie de cirrhose, en ce qui concerne la réponse radiologique, la survie et la survenue de complications.

Patients et Méthodes : Nous avons mené une étude rétrospective incluant tous les patients suivis pour un CHC, classé BCLC B, compliquant un foie de cirrhose durant la période allant du mois de Janvier 2011 au mois de Décembre 2020. Deux types de traitement endovasculaire ont été réalisés dans notre série : la CEA conventionnelle ou lipiodolée et la CEA aux microparticules chargées. De même, 2 molécules de chimiothérapie ont été utilisées : la cisplatine et la doxorubicine. Les complications faisant suite à la CEA ont été répertoriées et ont été classées selon leur gravité en majeures (englobant : embolisation extrahépatique, dissection iatrogène artérielle, insuffisance hépatique majeure, complications septiques et sténoses biliaires) et en mineures (englobant : syndrome post chimioembolisation, altération transitoire de la fonction hépatique ou rénale) . Une imagerie en coupe avec injection de produit de contraste était réalisée après la séance de CEA pour évaluer la réponse radiologique définie par les critères mRECIST. Ainsi, une réponse objective était définie par au moins une réponse partielle. La survie globale après la première séance de CEA était définie entre le jour de la première séance et la date de décès ou des dernières nouvelles. Les données étaient saisies et analysées moyennant le logiciel SPSS.26 (p significatif si <0,05).

Résultats : Un total de 55 patients ont été inclus, avec un âge moyen de 60 ans (allant de 17 à 88 ans). Parmi eux, il y avait 36 hommes (65,5 %) et 19 femmes (34,5 %). Il s'agissait d'une CEA lipiodolée dans 37,5% des cas et d'une CEA aux microparticules chargées dans 62,5% des cas. La molécule de chimiothérapie utilisée était : la cisplatine dans 18,8 % des cas et la doxorubicine dans 81,2% des cas. Le taux global de complications était égal à 43,6 %, répartis en complications majeures (survenues à la suite de 16,4% des séances) et en complications mineures (survenues à la suite de 27,3 % des séances). La réponse radiologique a été évaluée chez 43 patients sur 55. La réponse objective après la première séance était de 46,5%. La durée moyenne du suivi était de 16,9 mois (IC à 95 % : 1-107 mois). La médiane de survie était à 10 mois (IC à 95 % : 6,4 -13,26 mois), avec un taux de survie à 3 et à 12 mois respectivement de 81,3% et de 33,5%. En comparant les taux de réponse et les taux de complications majeures et mineures, aucune différence n'a été observée entre la CEA utilisant le lipiodol et celle utilisant les microparticules chargées, ni entre l'utilisation de cisplatine et de doxorubicine. Cependant, la CEA aux microparticules chargées était corrélée à une meilleure survie (Médianes de survie :16 mois vs 5 mois pour la CEA au lipiodol, p = 0,01). De même, l'utilisation de la doxorubicine était associée à une meilleure survie (Médianes de survie : 16 mois vs 4 mois pour la cisplatine, p = 0,009). En analyse multivariée, l'utilisation de la cisplatine était un facteur indépendant de mortalité (p = 0,04 ; OR = 3,24 [1,05 – 18,6]).

Conclusion : Dans notre étude, la CEA aux microparticules chargées avec l'utilisation de la doxorubicine semble offrir un avantage en termes de survie par rapport à la CEA conventionnelle et celle utilisant la cisplatine. Cependant, il est important de noter que les avantages en matière d'efficacité et d'innocuité n'ont pas été clairement démontrés. Il est toutefois impératif de confirmer nos résultats à travers des études à plus grande échelle, étant donné la croissance du nombre de patients concernés par cette modalité thérapeutique.

P258

Étude PYG : étiologie microbienne et statut épidémiologique des abcès hépatiques à pyogène en Guadeloupe

Z. Labat [(1)], M. Gelu-Simeon [(1)], L. Amaral [(1)], C. Bonvalet [(1)], A.S. Schneck [(1)], E. Curlier [(1)], L. Catherine [(1)], B. Tressières [(1)], D. Delta [(1)], F. Martino [(1)], J. Kikweta [(1)], S. Breurec [(1)]

(1) Pointe-à-Pitre, Guadeloupe.

Introduction : L'abcès hépatique à pyogène est une pathologie rare avec une incidence variable en fonction de la zone géographique (entre 3,5 et 14 car par ans pour 100 000 habitants). Le diagnostic est radiologique. La documentation bactériologique correspond majoritairement à des entérobactéries. Depuis plusieurs années, nous assistons à l'émergence de K.pneumoniae hypervirulentes responsables d'un nombre croissant de cas d'abcès hépatiques aux formes cliniques agressives. L'identification de ces souches repose sur leur étude génomique. L'hypermucoviscosité et la production de sidérophores sont des marqueurs de virulence importants. Il existe peu de données épidémiologiques sur cette maladie au sein du territoire caribéen. L'objectif principal de cette étude est de déterminer l'étiologie microbienne des abcès hépatiques à pyogène par une approche bactériologique classique et par analyse génomique en Guadeloupe.

Matériels et Méthodes : Il s'agit d'une étude observationnelle prospective et monocentrique portant sur les patients de plus de 18 ans hospitalisés au CHU de Guadeloupe pour abcès hépatique à pyogène confirmé radiologiquement entre mars 2021 et juin 2023. Les patients mineurs ou refusant de participer à l'étude étaient exclus. Le recueil des données a reçu les accords réglementaires, le diagnostic de la porte d'entrée était fait sur les données de l'interrogatoire et des autres prélèvements bactériologiques. La prise en charge et le suivi étaient réalisés selon les recommandations classiques des abcès hépatiques à pyogène.

Résultats : Vingt-deux patients avec un diagnostic d'abcès hépatique ont été inclus dans cette étude. Ils étaient majoritairement de sexe masculin (n=17, 77,3%) et d'origine afro-caribéenne (n=16, 72,7%). L'âge médian était de 69 ans (62-75). Onze patients (52%) étaient porteurs d'un diabète et treize (61 %) étaient atteints d'hypertension artérielle. La présentation clinique montrait une hyperthermie chez 11 patients (50%) et des douleurs abdominales chez 12 patients (57,1 %). Le syndrome inflammatoire biologique notait une CRP médiane à 250 mg/L (141 - 308). Le diagnostic était scannographique pour 19 (86 %) cas et échographique dans 3 (14 %) des cas avec une majorité d'abcès uniques (n=16, 76%). Les germes les plus fréquemment identifiés dans les prélèvements (hémocultures et/ou ponction aspiration de l'abcès) étaient K.pneumoniae (n=7, 24%), E.coli (n=6, 21%), et S.constellatus (n=3, 10%),. Deux isolats de K. pneumoniae portaient un fond génétique d'hypervirulence. Les portes d'entrée présumées étaient majoritairement digestives dans 14 (70%) cas. Dans 2 cas (9%), la porte d'entrée n'a pas été identifée correspondant donc à des abcès cryptogéniques.

Conclusion : Notre étude a permis de montrer que les étiologies microbiennes des abcès hépatiques à pyogène en Guadeloupe correspondent majoritairement à des entérobactéries (E.coli, K.pneumoniae) ayant un potentiel invasif. La porte d'entrée était le plus souvent digestive mais le faible effectif n'a pas permis de déterminer les facteurs de risque. Il s'agit de la première étude épidémiologique décrivant les abcès hépatiques à pyogène dans les Caraïbes. L'analyse menée est multidisciplinaire et a permis d'obtenir une expertise à la fois clinique et microbiologique.

P259

Connaissance et pratique de la prévention de la transmission de la mère à l'enfant du virus de l'hépatite B par les sages-femmes à Brazzaville en 2023

R.S. Ngami [(1)], C. Ahoui-Apendi [(1)], M. Ngalessami Mouakosso [(1)]

(1) Brazzaville, CONGO.

Introduction : L'objectif de cette étude était d'évaluer les connaissances et pratiques des sages femmes (SF) sur la prévention de la transmission mère-enfant (PTME) du virus de l'hépatite B (VHB) à Brazzaville

Matériels et Méthodes : il s'est agi d'une étude analytique transversale qui s'est déroulée dans la ville de Brazzaville du 1er juin au 31 juillet 2023. Ont été incluses les sages-femmes présentes au moment de l'enquête dans les différents centres de santé de Brazzaville visités et ayant accepté de répondre au questionnaire lors d'un entretien face à face avec l'enquêteur. Les analyses univariée et bivariée ont été réalisées à l'aide du logiciel épi info7.2. Les tests de khi2 de Pearson et de Student ont été utilisés pour comparer les proportions et les moyennes qui étaient significatives au seuil de 0,05.

Résultats : Au terme de notre étude, 93 SF sur 127 ont accepté de participer à l'étude soit une participation de 73,2%. Les SF incluses à l'étude avaient un âge médian de 41,7 ans, une expérience professionnelle médiane de 13,7 ans et travaillaient majoritairement dans les formations sanitaires primaires. La connaissance générale de la PTME du VHB était satisfaisante chez 80 (86,1%) SF. Seules sept (7,5%) SF ne connaissaient pas l'hépatite virale B, 57 (61,3%) ignoraient le mode transmission materno-fœtale. La stratégie de la PTME, le test AgHBs, la charge virale du VHB, les molécules de PTME et la vaccination étaient connus respectivement par 33 (35,5%), 31 (33,3%), 33 (35,5%) ; 21 (22,6%) et 38 (40,9%) SF. La connaissance du vaccin contre le VHB était liée de manière significative à l'expérience professionnelle (p=0,0167). La pratique de la PTME était globalement bonne chez 45 (48,4%) SF. Elles prescrivaient l'AgHBs systématiquement dans 17 cas (18,3%), mais aucun dépistage du VHB n'était réalisé au troisième trimestre de la grossesse. Seules 20 (21,5%) SF conseillaient le vaccin contre le VHB aux nouveau-nés. Globalement, la pratique de la PTME était statistiquement associée au lieu d'exercice des SF (p=0,0262).

Conclusion : les sages-femmes avaient de bonnes connaissances mais une pratique insuffisante de la PTME. Des formations et sensibilisations doivent être menées pour réduire la transmission du VHB de la mère à l'enfant.

P-260

Performance diagnostique du test d'énumération des animaux pour le diagnostic de l'encéphalopathie hépatique minime chez le cirrhotique tunisien

N. Elleuch [1], A. Derbel [1], W. Dahmani [1], S. Hamdi [1], A. Hammami [1], M. Ksiaa [1], A. Ben Slama [1], A. Braham [1], S. Ajmi [1], H. Jaziri [1], A. Jmaa [1]

(1) Sousse, TUNISIE.

Introduction : Le Stroop test qui est un test dysexécutif a été validé dans une étude multicentrique Tunisienne pour diagnostiquer l'encéphalopathie hépatique minime (EHM) . Néanmoins, il est difficile à expliquer aux patients, chronophage et nécessite une application dédiée. C'est ainsi que le test d'énumération des animaux (TEA), qui est un test simple, réalisable au lit du malade, a été récemment proposé pour dépister l'EHM et qui, à ce jour, n'a pas été validé dans la population Tunisienne.
Notre objectif était d'évaluer la performance diagnostique du TEA par rapport au Stroop Test pour le diagnostic de l'EHM chez le cirrhotique Tunisien.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude diagnostique transversale, menée au service d'Hépato-gastro-entérologie du CHU Sahloul de Sousse, sur une période de 06 mois. Les participants de cette étude étaient tous les patients cirrhotiques âgés de plus de 18 ans n'ayant pas présenté au préalable un épisode d'EH clinique. Le TEA et le Stroop test ont été pratiqués pour tous patients le même jour. Nous avons testé la sensibilité (Se), la spécificité (Sp) et l'indice kappa pour les différents nombres d'animaux énumérés.

Résultats : Quatre-vingt patients 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 pour tous les patients cirrhotiques. Ainsi, le diagnostic de l'EHM était retenu chez 37 patients cirrhotiques. La valeur moyenne de la durée «inactivée» + durée «activée» chez les patients cirrhotiques était 237,04±78,76. Dix-neuf cirrhotiques (23,8 %) avaient une EH minime selon le Stroop test . L'air sous la courbe ROC du TEA était de 0,79 (p<0.0001).
La meilleur paire sensibilité-spécificité a été retrouvé pour un seuil de 19 animaux avec un RVN à 0,15, une excellente Sp à 90 % et une VPN élevée à 93 % avec une Se modérée à 68 %, un RVP moyen et une VPP faible à 44 %.
Le meilleur indice Kappa était retrouvé pour le seuil européen de 20 animaux qui était de 0,427 et considéré comme modérée.

Conclusion : Dans notre étude, le TEA est intéressant pour exclure le diagnostic de l'EHM si le nombre d'animaux énumérés est ≥19 animaux, dans le cas contraire un deuxième test doit être pratiqué, notamment le Stroop test pour infirmer ou confirmer le diagnostic de l'EHM.

P-261

Comparaison des scores APRI et AAPRI dans la prédiction de fibrose et de décompensation hépatique au cours de la cholangite biliaire primitive

R. Tababi [1], H. Kchir [1], N. Krifa [1], H. Debbabi [1], D. Cherif [1], H. Hassine [1], H. Yacoub [1], N. Maamouri [1]

(1) Tunis, TUNISIE.

Introduction : L'indice de rapport aspartate aminotransférase sur le nombre de plaquettes (APRI) est un score non invasif simple utilisé pour évaluer la fibrose hépatique, et il est validé pour être utilisé dans le contexte de la cholangite biliaire primitive (CBP) avec un intérêt pronostique avéré. D'autre part, l'indice de rapport aspartate-alanine aminotransférase sur le nombre de plaquettes (AAPRI) est également un score de fibrose qui inclut le ratio aspartate aminotransférase (AST) sur alanine aminotransférase (ALT), ainsi que le taux de plaquettes. Cependant, il a été peu étudié dans le contexte de la CBP. L'objectif de cette étude était de comparer la performance diagnostique des scores APRI et AAPRI dans la prédiction de la fibrose avancée et du risque de décompensation hépatique chez les patients atteints de CBP.

Patients et Méthodes : Nous avons inclus tous les patients suivis dans notre service pour une CBP et traités par l'AUDC. Les données cliniques, biologiques et histologiques ont été collectées. Une fibrose « avancée » a été considérée en cas de score F3 ou F4 de Métavir ou d'un diagnostic non invasif de cirrhose. La décompensation hépatique a été définie par la survenue d'ascite, d'hémorrhagie digestive par rupture de varices ou d'encéphalopathie hépatique. APRI a été calculé selon la formule (AST / la limite supérieure de la normale d'AST) x100 / taux de plaquettes (G/l). AAPRI a été calculé selon la formule (AST/ALT) x100 / taux de plaquettes (G/l). La performance diagnostique des scores a été évaluée à l'aide de l'analyse de la courbe Receiver Operating Characteristic (ROC) avec calcul de l'aire sous la courbe (AUROC).

Résultats : Il s'agissait de 109 patients d'âge moyen de 54 ans ±14 ans et de prédominance féminine (92,7%). Les médianes [et quartiles] des scores APRI et AAPRI étaient de 0,95 [0,56 ; 1,83] et 0,54 [0,33 ; 0,93], respectivement. Une cirrhose était présente au moment du diagnostic de la CBP chez 40 patients (36,7%), dont la moitié avait une confirmation histologique. Une biopsie hépatique au moment du diagnostic était pratiquée chez 75 patients, montrant une fibrose avancée (F3-F4) dans 65,5% des cas (49 patients). Le score AAPRI était légèrement plus performant que le score APRI dans l'identification des patients ayant une fibrose avancée, avec des AUROC respectives de 0,77 (p<0,001) et 0,73 (p=0,001). Un score APRI supérieur ou égal à 0,84 avait une sensibilité de 70%, une spécificité de 77%, une valeur prédictive positive (VPP) de 89%, une valeur prédictive négative (VPN) de 49% et une précision diagnostique (PD) de 72%. Tandis qu'un score AAPRI de 0,62 ou plus avait une sensibilité de 57%, une spécificité de 92%, une VPP de 95%, une VPN de 45% et une PD de 67%.
De même, la performance du score AAPRI dans la prédiction de décompensation hépatique dans les 5 ans était supérieure à celle du score APRI, avec des AUROC respectives de 0,81 (p<0,001) et 0,74 (p<0,001). Pour un seuil optimal de 0,84, le score APRI avait une sensibilité de 90%, une spécificité de 55%, une mauvaise VPP de 43%, une bonne VPN de 93% avec une PD de 65%. Quant au score AAPRI, un seuil de 0,64 avait une sensibilité de 82%, une spécificité de 74%, une VPP de 53%, une VPN de 92% et une meilleure PD de 76%.

Conclusion : Quoique les scores APRI et AAPRI soient des scores non invasifs approuvés au cours de la CBP, il semble d'après notre travail, que le score AAPRI soit plus performant que le score APRI pour prédire la présence d'une fibrose avancée et éliminer les patients à risque accru de décompensation hépatique au cours de la CBP.

P.262

Etat de connaissance des patients suivis pour cirrhose vis-à-vis de leur maladie

F.Z. Benamor Seghir [1], N. Khaireh Amoud [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 cirrhotiques concernant leur maladie revêt une importance cruciale dans la prise en charge thérapeutique, en contribuant à une meilleure acceptation, une participation active au suivi et une meilleure observance au traitement.Le but de notre étude est d'évaluer l'état de connaissance des patients suivis pour cirrhose et à identifier les déficits de leur connaissance par rapport à leur maladie.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude prospective, incluant 76 patients suivis pour cirrhose, diagnostiquée au moins 2 ans avant la date du début de l'étude.
Un questionnaire a été établi et proposé aux patients.

Résultats : L'âge moyen des patients était de 50 ans avec un sex-ratio H/F de 1,45.37% des patients étaient d'origine rurale (N=28) et 63% d'origine urbaine (N=48). Selon le niveau scolaire les patients étaient répartis comme suit: 31,5% étaient non scolarisés (N=24), 58% avaient un niveau primaire (N=44), 4% avaient un niveau collège (N=3) et 6,5% avait un niveau universitaire (N=5).Les étiologies de la cirrhose étaient dominées par l'HVB chez 43 patients, suivies par l'HVC chez 16 patients, puis l'HAI chez 5 patients et la CBP chez 3 patients, 9 patients avaient une origine indéterminée.
La durée moyenne de suivi était de 3 ans.Parmi nos patients, 17% (N=13) ne connaissaient pas le nom de leur maladie. Chez les patients dont l'origine de la cirrhose était connue, 39% (N=30) connaissaient l'étiologie. 84% (N=64) savaient qu'il s'agissait d'une affection chronique. 65% (N=50) savaient qu'ils existent des complications liées à la maladie. Les complications les plus redoutées étaient l'hémorragie digestive (90%, N=45) et le CHC (52%, N=26). Seulement 16% (N=12) des patients savaient qu'une dysfonction sexuelle peut survenir.
59% (N=45) savaient que la phytothérapie est contre indiquée, et 37% (N=28) que toute médication est interdite sans demander l'avis de leur médecin traitant.
Concernant le volet thérapeutique, 67% (N=51) savaient que le traitement curatif était la transplantation hépatique, seulement 31 patients (41%) suivis pour cirrhose post virale connaissaient le non de leur traitement anti viral, et 62% (N=47) des patients suivis pour cirrhose post HVB savaient que le traitement anti viral doit être poursuivi à vie.
Le médecin traitant constituait la source d'information pour 96% des patients (N=73). La relation médecin malade est estimée bonne ou excellente dans 93% des cas (N=71).

Conclusion : Notre étude a montré de véritables lacunes de connaissances de nos patients à propos de leur maladie et ce malgré une bonne relation médecin malade. De ce fait, il est primordial d'instaurer un programme d'éducation thérapeutique bien adapté aux besoins et au niveau scolaire de nos patients permettant ainsi une meilleure sensibilisation des malades vis-à-vis de leur maladie.

P.263

Le rapport cholestérol total sur HDL (CT/HDL) et la stéatose hépatique d'origine métabolique (MAFLD) : y a-t-il un lien ?

Y. Benhayoun Sadafyine [1], A. Nadi [1], F. Belabbes [1], H. Delsa [1], O. Bahlaoui [1], W. Khannoussi [2], I. Benelbarhdadi [3]
(1) Casablanca, MAROC ; (2) Oujda, MAROC ;
(3) Rabat, MAROC.

Introduction : La stéatose hépatique d'origine métabolique (MAFLD), anciennement appelée NAFLD/NASH, est la maladie hépatique chronique la plus répandue dans le monde. Elle est responsable d'une mortalité et pose des problèmes diagnostiques et thérapeutiques.Plusieurs marqueurs de sévérité de la MAFLD ont été discuté dans la littérature.
L'objectif principal de cette étude est d'explorer la relation entre le rapport cholestérol total sur HDL (CT/HDL), et la sévérité de la MAFLD.

Matériels et Méthodes : Il s'agit d'une étude transversale analytique intéressant 166 patients sur une période d'un an . Toutes les données cliniques et biologiques de ces patients ont été récupérées et exploitées. Le rapport CT/HDL a été également calculé pour tous les patients. Le score de sévérité de la stéatose "BLS" (Bright Liver Score) a été calculé pour chacun de ces patients en consultation. Les patients ont été stratifiés en sous-groupes en fonction de la présence ou pas de stéatose à l'échographie.
Toutes ces données ont été analysées en utilisant des test statistique analytique decomparaison et des tests corrélation et de régression en utilisant le logiciel Jamovi 1.6.9. Tout résultat avec p< 0,05 était considéré statistiquement significatif.

Résultats : Le taux de prévalence de la MALD dans cette étude était de 60% avec une légère prédominance masculine sexe radio H/F de 1.3 et une médiane d'âge de 58 ans. Par ailleurs, il existe une corrélation positive (r de spearman = 0,2) très significative (p < 0,007) entre le rapport CT/HDL et la sévérité de la stéatose selon lescore BLS (Bright Liver Score) . Autrement dit, plus le rapport augmente, plus le score BLS augmente. Une différence statistiquement significative du rapport Cholestérol total/ HDL de ce taux a également été retrouvée chez le groupe des patients avec stéatose et chez les patients non stéatosiques (p = 0,047).
Enfin, ce rapport était très significativement corrélé à la présence de diabète et d'HTA (p<0,001).

Conclusion : Cette étude met en lumière le marqueur CT/HDL en tant que biomarqueur potentiel pour évaluer la gravité de la stéatose hépatique et prédire sa présence ainsi que les modalités du dépistage et de surveillance. Ces résultats pourraient avoir des implications importantes et ainsi contribuer à l'élaboration de stratégies de prévention et de surveillance plus ciblées. Cependant, d'autres études prospectives multi-centriques restent nécessaires pour confirmer ces associations et approfondir notre compréhension de ces liens complexes.

P-264

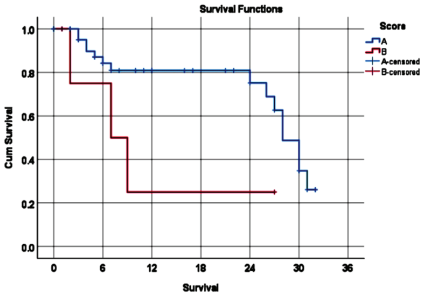
Facteurs pronostiques affectant la survie après radioembolisation transartérielle (TARE) chez les patients atteints d'un carcinome hépatocellulaire non réséctable : une étude retrospective

S. El Ray [1], M. Abdelmaksoud [1], H. Shousha [1], A. Ashraf [1]
(1) Le Caire, EGYPTE.

Introduction : La radio-embolisation trans-artérielle (TARE) est une option thérapeutique émergente pour le carcinome hépatocellulaire (CHC) de stade avancé. TARE présente des performances prometteuses en termes de réponse,de récidive et de survie des tumeurs CHC non résécables. Cette étude vise àdéterminer les facteurs pronostiques qui affectent la survie globale chez les patients recevant TARE dans le traitement du CHC non résécable.

Patients et Méthodes : La présente étude Egyptienne a été menée rétrospectivement sur 54 patients égyptiens atteints de CHC fréquentant la clinique multidisciplinaire CHC en 3 hôpitaux au Caire. Nous avons inclus des patients adultes présentant des fonctions hépatiques préservées (classes A et Bde Child-Pugh modifiés) et état de performance de Eastern CooperativeOncology Group (ECOG 0,1,2). Les caractéristiques des patients et des tumeurs ont été enregistrées. Réponse au traitement du CHC (mRECIST). Les toxicités cliniques et biochimiques et la survie globale ont été étudiées.

Résultats : L' âge moyen de la population étudiée était de 61,3 ans avec une prédominance masculine (85,2 %). La taille moyenne de la tumeur était de 9,5 x6,8 cm. 49 patients (90,7 %) étaient de classe Child-Pugh A, tandis que 5 patients(9,3 %) étaient de classe B. La plupart des patients étaient classés ECOG 0 (51,9%), tandis que 38,9 % et 9,3 % étaient classés ECOG 1 et 2 respectivement. À la fin de l'étude, 18 patients (33,3 %) sont décédés. La survie globale (SG) médiane a été calculée en comparant le groupe de patients vivants et morts. Les différences statistiquement significatives entre les 2 groupes ont été rapportéesen termes de décompensation avant traitement (C-PS), l'état de performance(ECOG) et de réponse au traitement (mRECIST). La réponse tumorale et l' état de performance avant intervention étaient le prédicteur indépendant de la survie par analyse de régression logistique multivariée. Malgré la petite taille del'échantillon, TARE a montré une survie globale satisfaisante et des réponses optimistes au traitement.



Courbe de Kaplan-Meier montrant la distribution du temps de survie basée sur le score C-P

Conclusion : TARE a montré des résultats satisfaisants similaires dans le traitement du CHC non résécable, le score de Child-Pugh, l'état de performance et mRECIST se sont révélés être des facteurs pronostiques importants qui déterminent la survie globale après TARE chez les patients atteints de CHC.TARE est une alternative prometteuse pour le traitement de cas sélectionnés deCHC non résécable.

P-265

Performance du score aMAP au diagnostic dans la prédiction du risque de CHC chez les patients cirrhotiques

Y. El Mouldi [1], H. Yacoub [1], A.M. Nefzi [1], D. Cherif [1], H. Debbabi [1], H. Hassine [1], H. Kchir [1], N. Maamouri [1]
(1) Tunis, TUNISIE.

Introduction : Le carcinome hépatocellulaire (CHC) est actuellement la quatrième cause de décès par cancer dans le monde. Il représente de ce fait la complication la plus redoutée de la cirrhose. Il est toutefois possible de le diagnostiquer à un stade précoce et de proposer un traitement curatif.Dans cette optique, plusieurs scores ont été étudiés pour prédire le risque de survenue d'un CHC en cas d'hépatopathie chronique afin de proposer une surveillance personnalisée. Le score aMAP (âge, sexe masculin, ALBI, plaquettes) a été validé comme un outil efficace de stratification du risque de CHC quel que soit l'étiologie de l'hépatopathie chronique et quel que soit l'origine ethnique.L'objectif de notre étude était d'évaluer la performance de ce score dans la prédiction de la survenue d'un CHC chez une population de cirrhotiques tunisiens.

Patients et Méthodes : Il s'agissait d'une étude rétrospective monocentrique colligeant tous les patients cirrhotiques hospitalisés dans le service entre 2013 et 2020 dont le suivi était d'au moins un an.
Les données épidémiologiques, cliniques et paracliniques au moment du diagnostic ont été recueillies. La survenue d'un CHC au cours du suivi a été rapportée. Le score aMAP a été calculé au moment du diagnostic selon la formule suivante : ({0,06 * âge + 0,89 * 0 si femme et 1 si homme + 0,48 * [(log10 bilirubine * 0,66) + (albumine * -0,085)] – 0,01 * plaquettes} + 7,4)/14,77*100.Le risque de CHC a été considéré comme faible si le score est inférieur à 50, intermédiaire entre 50 et 60 et élevé si supérieur à 60.

Résultats : Cent vingt-huit patients étaient inclus dans l'étude. L'âge moyen était de 54 ans (14 à 85 ans) avec un sex-ratio de 0,54 (H/F=45/83).
Les principales étiologies de la cirrhose étaient réparties comme suit : post-virale B (29,7%), post-virale C (41,4%), un cas de coïnfection B-C, cholangite biliaire primitive (CBP) (4,7%), hépatite auto-immune (HAI) (3,9%), un overlap syndrome CBP-HAI (4,7%), éthylique (3,9%), une maladie de Wilson (2,3%).
Au moment du diagnostic, la plupart des patients étaient compensées, classés selon le score de Child en Child A (52,3%) et la moyenne du score de MELD était de 16,7 (6 à 42).
La durée médiane de suivi était de 5 ans (1 à 10 ans).Un carcinome hépatocellulaire était survenu dans 15,6% des cas (N=20) dont 8 patients sont décédés.
Selon le score aMAP au diagnostic, le risque de CHC était faible chez 50 patients, intermédiaire chez 50 patients et élevé chez 28 patients avec survenue d'un CHC chez 3, 7 et 10 patients respectivement.Le score aMAP était significativement plus élevé chez les patients qui avaient développé un CHC au cours du suivi (50 vs 56) (p= 0,009).En analysant la courbe ROC, l'aire sous la courbe du score aMAP dans la prédiction d'un CHC était de 0,7 (IC95% [0,57, 0,82], p=0,006). Le cut-off était de 61 avec une sensibilité de 45% et une spécificité de 90%.
En analyse univariée, l'âge supérieur à 50 ans, une hypoalbuminémie et un score aMAP supérieur à 60 était des facteurs prédictifs de la survenue d'un CHC avec des p de 0,042, 0,008 et 0,002 respectivement. En analyse multivariée, le seul facteur retenu était un score aMAP supérieur à 60 (p=0,04).

Conclusion : Notre étude a démontré que le score aMAP est performant pour prédire le risque de survenue de CHC chez le patient cirrhotique. Des études prospectives et à plus larges échelles sont nécessaires pour confirmer ces résultats afin de proposer une surveillance plus vigilante pour le groupe à haut risque de CHC.

P-266

Evaluation de la qualité de vie chez les patients ayant une cholangite biliaire primitive : application des scores PBC-40, 5-D Pruritus Scale et PROMIS-Fatigue

A. Dhib [(1)], H. Jlassi [(1)], D. Khouildi [(1)], M. Sabbah [(1)], N. Bibani [(1)], D. Trad [(1)], H. Elloumi [(1)], D. Gargouri [(1)]
(1) Tunis, TUNISIE.

Introduction : La cholangite biliaire primitive (CBP) est une hépatopathie cholestatique chronique responsable de plusieurs symptômes cliniques qui peuvent avoir un impact sur la qualité de vie (QdV) des patients. Le score PBC-40 a été développé et validé dans le cadre de CBP. Dans la littérature, d'autres scores ont été établis dont le 5-D Pruritus Scale et le PROMIS-Fatigue qui évaluent l'impact du prurit et de l'asthénie sur la qualité de vie des patients.Le but de ce travail était d'étudier la concordance entre ces différents scores de QdV et de déterminer les facteurs associés à une QdV altérée chez les patients ayant une CBP.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude transversale descriptive et analytique menée sur une période de six mois (janvier-juin 2023) colligeant les patients suivis dans notre service pour une CBP. La QdV a été évaluée au moyen des scores : PBC-40, 5-D Pruritus Scale et PROMIS-Fatigue. Le score FIB-4 a été calculé afin de dépister les patients ayant une fibrose sévère. Les données ont été saisies et analysées par le logiciel SPSS 26.

Résultats : Quarante-deux patients ont été inclus, d'âge moyen égal à 58 ans [41-76 ans] avec une nette prédominance féminine : 40 femmes et 2 hommes. La durée moyenne du suivi était de 68 mois [extrêmes entre 12 et 276 mois]. Les symptômes révélateurs de la maladie étaient : un prurit (57%), une asthénie (12%), un ictère (5%). La maladie était asymptomatique dans 26% des cas. La valeur moyenne du score FIB-4 était 3,2 [0,35-16,93] avec 21% des patients avaient un score >4 soit une fibrose sévère (F3-F4). Une association à d'autres maladies auto-immunes était notée chez 48% des patients. Quarante pour cent des patients avaient une ostéoporose et 43% avaient une ostéopénie. Le traitement à base d'acide ursodésoxycholique à la dose de 13 à 15mg/kg/j était instauré chez tous les patients avec obtention d'une réponse selon les critères de Paris II dans 69% des cas. Une amélioration des symptômes après traitement était constatée chez 93% des patients.L'étude des différents scores de qualité de vie a révélé : un score PBC-40 moyen à 84,74 ±27,22, un PROMIS-Fatigue moyen à 17,48 ±6,86, un 5-D Pruritus Scale moyen à 9,33 ±6,17.Une altération de la qualité de vie définie par un score PBC-40 >80 était objectivée dans 54% des cas soit (n= 23), un 5-D Pruritus Scale >10 objectivé dans 36% des cas (n=15) et un PROMIS-Fatigue >16 dans 50% des cas (n= 21). Une corrélation positive significative entre les différents scores étudiés a été objectivée (p<0.005 ; r=0.8).En analyse univariée, la présence d'une fibrose sévère (p=0,024) et la non réponse au traitement (p=0,028) étaient associées à une altération de la QdV selon les scores 5-D Pruritus Scale et le PROMIS-Fatigue. Une relation statistiquement significative était observée entre la présence d'une atteinte osseuse à la DMO et l'altération du score PROMIS-Fatigue (p=0,015).En analyse multivariée, seule la présence d'une fibrose sévère était significativement associée à l'altération de la QdV selon les scores 5-D Pruritus Scale (p=0,041) et PROMIS-Fatigue (p=0,065).

Conclusion : Il ressort de notre étude que l'altération de la QdV est fréquente chez les patients ayant une CBP. Le degré de fibrose et l'efficacité du traitement semblent être des facteurs déterminants. De ce fait, l'optimisation de la qualité de vie des patients est un enjeu primordial dans la prise en charge de cette pathologie qui sera facilitée par l'utilisation de différents scores simples.

P-267

Association entre les inhibiteurs de la pompe à protons et l'infection bactérienne spontanée du liquide d'ascite chez les patients cirrhotiques : amis ou ennemis ?

Y. Gharbi [(1)]
(1) Cefalù, ITALIE.

Introduction : L'infection spontanée du liquide d'ascite (ISLA) est une complication fréquente chez les patients cirrhotiques en décompensation et elle est associée à un taux élevé de mortalité. Les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) sont largement utilisés chez les patients cirrhotiques. L'IPP réduit la production d'acide gastrique et peut altérer le microbiote intestinal. Actuellement, l'impact des IPP sur l'incidence et la gravité de l'ISLA est fortement controversé. Le but de cette étude était d'évaluer l'influence des IPP sur l'incidence et l'évolution clinique de l'ISLA dans une large cohorte de patients atteints de cirrhose du foie et ascite.

Patients et Méthodes : Dans cette étude, nous avons inclus un nombre de 510 patients consécutifs atteints de cirrhose du foie et ascite ayant subi une paracentèse entre Janvier 2022 et septembre 2023 au service de Gastro-entérologie et Hépatologie, Cefalù. Les patients étaient soigneusement vérifié pour une utilisation régulière des IPP. dix patients disposaient de données incomplètes sur l'utilisation des IPP et étaient donc exclus de l'analyse. Les 500 patients restants Ont été suivis pendant 30 jours.

Résultats : Chez près de la moitié de la population étudiée une ISLA s'est développé pendant l'hospitalisation ou avait déjà une ISLA au moment de la première paracentèse. La mortalité était plus élevé chez les patients présentant une ISLA nosocomiale, par rapport aux personnes ayant une ISLA communautaire (p = 0,01) et aux patients avec ascite mais sans ISLA (p = 0,028). L'IPP a été pris régulièrement par 80 % de la population étudiée.
L'incidence de l'ISLA n'était pas significativement plus élevée dans le groupe IPP et la prise d'IPP n'était pas associée à une augmentation de la mortalité à 30 jours.

Discussion : Il existe une association entre l'infection du liquide d'ascite et la prise d'inhibiteurs de la pompe à protons, qui facilitent la pullulation bactérienne du grêle. Quatre études rétrospectives ont été réalisées et une méta-analyse a montré un risque 2,7 fois supérieur d'ISLA en cas d'utilisation d'IPP [1].

Conclusion : L'utilisation d'IPP chez les patients atteints de cirrhose en décompensation ascitique n'augmente pas le risque de développement de l'ISLA et n'est pas associé à une augmentation de la mortalité à 30 jours.

Remerciements, financements, autres :

 - Trikudanathan G, Israel J, Cappa J, O'Sullivan DM. Association between proton pump inhibitors and spontaneous bacterial peritonitis in cirrhotic patients – a systematic review and meta-analysis. Int J Clin Pract 2011;65: 674-8.

P-268

Evaluation de la performance d'un nouveau score pronostique pour la survie à long terme sans transplantation hépatique au cours de l'hépatite auto-immune de type 1

O. Chatti [1], W. Dahmani [1], N. Elleuch [1], I. Lassoued [2], A. Hammami [1], A. Braham [1], M. Ksiaa [1], A. Ben Slama [1], H. Jaziri [1], A. Jmaa [1]
(1) Sousse, TUNISIE ; (2) Tunis, TUNISIE.

Introduction : Il n'existe à jour aucun score validé permettant d'évaluer le pronostic des patients atteints d'hépatite auto-immune (HAI). Récemment, un nouveau score pronostique (Dutch-Belgian score) a été élaboré à partir d'une large cohorte néerlandaise et validé dans une cohorte belge indépendante.
L'objectif de notre étude est d'évaluer la validité de ce score dans la prédiction du pronostic des patients Tunisiens atteints d'HAI.

Patients et Méthodes : Nous avons mené une étude transversale à visée analytique ayant inclus les patients porteurs d'une HAI suivis aux services de gastroentérologies et de médecine interne du CHU Sahloul de Sousse durant une période de 10 ans. Le Dutch-Belgian score a été calculé pour chaque malade. Les paramètres inclus dans ce score sont : l'âge au moment du diagnostic, l'ethnicité caucasienne=0 ou non caucasienne=1, HAI au stade de cirrhose=1 ou non cirrhotique=0, Taux d'ALT au moment du diagnostic divisé par la limite supérieure LSN (UI/L). La formule du score est la suivante= 0,044 × âge + 0,640 × origine ethnique + 1,184 × cirrhose - 0,322 × ln(ALT/LSN).
En fonction du score pronostique, les patients seront stratifiés en fonction du risque de décès en l'absence de transplantation hépatique : Groupe 1: risque élevé avec un score >2,18 ; Groupe 2 : risque moyen avec un score 1,24-2,18 ; Groupe 3 : risque faible avec un score <1,24. Les courbes d'incidence cumulée des différents groupes ont été comparées en prenant en compte le décès comme risque compétitif.

Résultats : Notre étude avait inclus 81 patients ayant une HAI type 1. L'âge moyen des patients était de 46 ans [18-78 ans] avec un sexe-ratio H/F de 0,06 (76F/5H). Après un suivi moyen de 7ans [2-24], 13 patients sont décédés. La médiane de survie était de 120 mois, 312 mois et 420 mois respectivement dans les groupes 1, 2 et 3. Le pourcentage de survie à 5 ans était de 43% au sein du groupe 1, de 90% dans le groupe 2 et de 88% dans le groupe 3 avec une différence statistiquement significative entre les patients du groupe 1 et ceux des groupes 2 et 3 (p=0,004).

Conclusion : Dans notre cohorte, ce nouveau score pronostique a principalement permis d'identifier les patients à haut risque de décès à 5 ans. Reposant sur des paramètres simples, ce score permettrait de stratifier le risque de mortalité au cours de l'HAI en identifiant surtout les patients les plus à risque, ce qui contribuerait à affiner la prise en charge thérapeutique des malades.

P-269

Foie et grossesse

K. Nadiri [1], Z. Yachoutli [1], A. Chahboun [1], I. El Fadli [1], H. Ouaya [1], H. Meyiz [1], I. Mellouki [1]
(1) Tanger, MAROC.

Introduction : La découverte d'une hépatopathie au cours de la grossesse correspond le plus souvent à une hépatopathie qui peut être gravidique ou intercurrente.
Le pronostic maternel et fœtal dépend principalement de la cause et de la précocité du diagnostic.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive de Décembre 2019 à Janvier 2023 incluant 200 femmes enceintes avec perturbation du bilan hépatique, ayant comme objectifs d'évaluer les aspects épidémiologiques, étiologiques et le traitement des perturbations hépatiques au cours de la grossesse.
Les données ont été recueillies à partir des registres et des dossiers des patientes et traitées à l'aide du logiciel Excel.

Résultats : Nous avons inclus 200 femmes enceintes, avec un âge moyen de 29 (extrêmes allant de 17-40 ans).
La majorité des patientes ont consulté au cours du 3ème trimestre soit 95 avec un pourcentage de 48%, suivi du 1er trimestre 60 patients soit 30% puis 2ème trimestre 45soit un pourcentage de 22%.
Concernant la parité, 91 de nos malades soit 45.5% étaient multipares.
Les signes fonctionnels étaient dominés par les vomissements chez 75 parturientes(26,97%), suivis par les signes d'HTA chez 70 malades(25,17%) et les douleurs abdominales chez 50 parturientes (17,98%).
Concernant les signes physiques : la sensibilité de l'hypochondre droit était présente chez 35 parturientes(29,16%), une hépatomégalie chez 10paturientes soit 8,33% et des lésions de grattage chez 20 patientes soit 16,66% .
La biologie a montré : une cytolyse hépatique chez 101 soit un pourcentage de 21.48%, une protéinurie positive chez 88(18.72%) parturiente et une hyper bilirubinémie chez 55 (7,02%) patientes.
L'échographie abdominale a trouvé un foie de stéatose chez 5 patientes(8.06%), une lithiase biliaire chez 17 patientes(27.41%), un hématome sous capsulaire du foie chez 5 patientes(8.06%).
L'IRM abdominale a été pratiquée chez une patiente montrant un abcès hépatique due à une appendicite rétro-caecale.
L'échographie obstétricale a montré une grossesse évolutive chez 173 et une grossesse arrêtée chez 27 patientes.
Concernant les étiologies :60 patientes soit 29,55% présentaient une pré éclampsie, 55(27,09%) présentaient un hyperhemesis gravidarum, 22(10,83%) présentaient un Hellp syndrome, 7(3,44%) présentaient un hématome sous capsulaire du foie, 5(2,46%) présentaient une cholestase hépatique et 3 patiente (1,47%)présentaient une stéatose gravidique.
Les autres étiologies non liés à la grossesse étaient représentés par la pathologie lithiasique biliaire chez 20 (9,85%), la cholécystite chez7(3,44%), les hépatites virales chez 5(2,46%)parturientes, les hépatites médicamenteuses chez 3 (1,47%) et les abcès hépatiques chez 1 patiente soit 0,49%
Chez 22 malades ayant présenté un HELLP syndrome le transfert en réanimation avec administration des traitements hypertenseurs et évacuation fœtale en urgence.
Pour l'intoxication au paracétamol une administration de la N acétyl-cysteine avec bonne évolution a été notée.
Une réhydratation avec vitaminothérapie (B1-B9) et équilibre hydro électrolytique.
Une appendicectomie avec drainage de l'abcès a été réalisée avec bonne évolution.

Conclusion : Les perturbations hépatiques au cours de la grossesse sont nombreuses ; elles sont dominées par les hépatopatie gravidiques.
Le pronostic dépend de la précocité de prise en charge.

P-270

Intérêt pronostique du S-index au cours de la cholangite biliaire primitive

R. Tababi [1], H. Kchir [1], D. Cherif [1], H. Hassine [1], H. Debbabi [1], H. Yacoub [1], N. Maamouri [1]
(1) Tunis, TUNISIE.

Introduction : Le degré de fibrose hépatique et la réponse au traitement par l'acide ursodésoxycholique (AUDC) jouent un rôle crucial dans le pronostic des patients atteints de cholangite biliaire primitive (CBP). À cet égard, le S-Index est un score simple et non invasif utilisé pour évaluer la fibrose dans les hépatopathies chroniques. Il repose sur des biomarqueurs indirects de fibrose, notamment le taux de plaquettes, de gamma glutamyl transférase (GGT) et d'albuminémie. Cependant, il existe peu d'études sur l'application du S-Index dans le contexte de la CBP. L'objectif de cette étude était d'évaluer la performance diagnostique du S-Index pour identifier la fibrose avancée, prédire la réponse au traitement et les complications hépatiques chez les patients atteints de CBP.

Patients et Méthodes : Nous avons colligé rétrospectivement tous les patients suivis dans notre service pour une CBP et traités par l'AUDC. Les données cliniques, biologiques et histologiques ont été collectées. Ont été notées les complications hépatiques survenant au cours du suivi notamment l'ascite, l'hémorragie digestive variqueuse et l'encéphalopathie hépatique. Le S-index au moment du diagnostic a été calculé selon la formule : 1000 x GGT(UI/l) /(Plaquettes(G/l) x Albumine^2 (g/dl)). L'étude de la performance diagnostique du S-index et les valeurs seuils ont été déterminées par l'analyse de la courbe Receiver Operating Characteristic (ROC) avec calcul de l'aire sous la courbe (AUROC).

Résultats : Cent-neuf patients ont été inclus d'âge moyen de 54 ans ±14 ans avec 92,7% femmes. Au moment du diagnostic, les valeurs médianes des taux de GGT, de plaquettes et d'albuminémie étaient de 203 UI/l [112 ; 397], 194,5 G/l [142,3 ; 261] et 35,6 g/l [30 ; 39,1]. Le S-index médian était de 71,5 [45,2 ; 189]. Soixante-quinze patients ont eu initialement une biopsie hépatique qui a révélé une fibrose avancée (F3 ou F4) chez 49 patients (65,3%). Quarante patients (36,7%) avaient une cirrhose avec une preuve histologique chez 20 patients.
Le S-index était significativement plus élevé chez les malades avec une fibrose avancée (90,6 vs 49,2 ; p=0,001), avec une valeur prédictive significative : AUROC de 0,73 (p=0,001). Un score égal ou supérieur à 58,7 avait une sensibilité de 70%, une spécificité de 73%, une bonne valeur prédictive positive (VPP) de 88%, une valeur prédictive négative (VPN) médiocre de 44% et une précision diagnostique (PD) de 70%. A un an du traitement, 40 patients (36,7%) étaient des répondeurs, 23 patients (21,1%) des non-répondeurs alors que 46 patients (42,2%) n'avaient pas un statut de réponse déterminé par manque de données biologiques. Le S-index au moment du diagnostic était prédictif de la réponse au traitement avec une AUROC de 0,83 (p<0,001). Un score inférieur ou égal à 57,5 avait une sensibilité modérée de 60%, une excellente spécificité de 96%, une VPP de 95%, une VPN de 61% avec une PD de 74%. Sur une durée médiane de suivi de 36 mois [10 ; 94], 32 patients (29,4%) avaient au moins une complication hépatique, survenue dans les 5 ans dans 90% des cas. Le S-index avait une AUROC de 0,70 (p=0,002) pour prédire les complications hépatiques dans les 5 ans. Un score supérieur ou égal à un seuil optimal de 51,2 a montré une bonne sensibilité de 93% avec une mauvaise spécificité de 41%, une VPP de 40%, une VPN de 94% avec une PD de 56%.

Conclusion : Le S-index est un outil pronostique simple à calculer qui permet de prédire à la fois la présence d'une fibrose avancée ainsi que la réponse au traitement par l'AUDC avec une bonne valeur prédictive positive. De plus, il permet également de prédire le risque de décompensation hépatique chez les patients atteints de CBP avec une bonne valeur prédictive négative.

P-271

Etat de connaissance des patients suivis pour cirrhose hépatique vis-à-vis de leur maladie : résultats préliminaires

R. Ardif [1], S. El Fassi [1], S. Salhani [1], H. Ouaya [1], H. Meyiz [1], I. Mellouki [1]
(1) Tanger, MAROC.

Introduction : L'état de connaissance des patients par rapport à leur maladie joue un rôle essentiel dans la prise en charge thérapeutique, en leur permettant une meilleure acceptation de leur maladie et une meilleure observance thérapeutique permettant ainsi une meilleure qualité de vie.
Le but de cette étude est d'évaluer l'état de connaissance des patients suivi pour cirrhose hépatique 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 sur une periode de 12 mois incluant 40 patients suivis pour cirrhose hépatique toute étiologie confondue, diagnostiquées au moins 1 an avant la date de début d'étude. Un questionnaire a été établi et proposé aux patients

Résultats : Dans notre étude 40 patients cirrhotiques ont été inclus dont l'étiologie était indéterminée dans 53 % des cas, HVB dans 20% des cas, Budd Chiari 20% des cas, et dans 7% des cas l'étiologie était HVC . L'âge moyen des patients était de 51.66 ans (22 -67 ans) avec un sex-ratio H/F à 0.75. L'origine urbaine a été notée chez 71 % des cas, l'origine rurale a été notée chez 29% des cas. 40 % des patients ont un niveau scolaire primaire, 40% non scolarisés alors que seulement 20 % de nos patients ont un niveau scolaire secondaire ou universitaire. La durée moyenne de suivi est estimée de 48 mois (1 an- 9 ans).Parmi nos patients, 36% ne connaissaient pas le nom de leur maladie et 43 % des cas seulement connaissent l'étiologie de leur maladie. 82 % savaient qu'il s'agissait d'une affection chronique nécessitant une prise en charge à long terme. La moitié de nos patients connaissent les complications .Concernant le volet thérapeutique, 60 % des cas ne savaient pas le nom des médicaments qu'ils prenaient, différents facteurs influençant cette connaissance ont été mis en évidence comme l'âge, le niveau scolaire, le nombre total de médicaments pris par un patient . 71% des patients étaient observants. Le médecin traitant constitue la source d'informations pour 63% de nos patients, le moteur de recherche google dans 23 et la famille dans 14% et la relation médecin-malade était estimée excellente ou bonne pour tout les cas.

Conclusion : Notre étude a montré un véritable manque de connaissance de nos patients à propos de leur maladie, expliqué probablement par leur niveau scolaire et socioéconomique bas. Ce résultat préliminaire montre la nécessité d'une meilleure sensibilisation des patients vis-à-vis de leur maladie via des programmes bien adapté aux besoins et au niveau scolaire des patients.

P272

Evaluation non invasive de la fibrose hépatique par FibroScan® chez les diabétiques non obèses

R. Gharbi [1], M. Boudabbous [1], F. Haj Kacem [1], H. Gdoura [1], M. Moalla [1], L. Chtourou [1], L. Mnif [1], A. Amouri [1], M. Abid [1], N. Tahri [1]
(1) Sfax, TUNISIE.

Introduction : Le diabète est un facteur de risque majeur des stéatohépatopathies nonalcooliques (NAFLD) et peut même aggraver la progression de la maladie et la survenue de la cirrhose. Bien que la plupart des sujets atteints de NAFLD soient obèses, des personnes avec un IMC < 30 kg/m^2 peuvent présenter de véritable NAFLD appelés « NAFLD maigres ». Or cette entité n'a pas été bienétudiée et les données de la sévérité de l'atteinte hépatique dans ce sous-groupe restent débattues.
L'objectif de notre étude consiste à évaluer la sévérité de la fibrose hépatique chez les diabétiques non obèses à l'aide du fibroscan hépatique, identifier les facteurs associés à une fibrose hépatique significative chez ces patients afin de rationaliser son dépistage.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude transversale analytique avec un recueil prospectif des données colligeant des patients diabétiques non obèses suivis au service d'endocrinologie entre le 1er janvier et le 31 Mars 2023, en collaboration avec le service d'hépato-gastro-entérologie du même hôpital. Après un consentement oral, les sujets avaient bénéficié d'une enquête alimentaire, d'un fibroscan®, d'une échographie hépatique et d'un prélèvement sanguin. La mesure de la valeur du fibroscan était réalisée par un seul opérateur. On a utilisé le seuil de 7 Kpa pour prédire la présence d'une fibrose significative.

Résultats : Au total, 60 patients diabétiques ont été inclus dans notre étude. L'âge moyen était de 55 ans avec un sexe ratio H/F égal à 1,14. L'IMC moyen était de 25,7 kg/m^2 [18-28,7] et 66% des patients étaient en surpoids. La valeur moyenne du Fibroscan était de 5,72±1,9 Kpa [2,8-11,8]. Parmi nos patients, 28,3% présentaient une fibrose significative (F2-F3). En analyse univariée, les patients atteints de fibrose significative avaient un IMC moyen plus élevé (27,1 vs 25,2 kg/m^2, p=0,031) et un tour de taille moyen plus élevé (87 vs 93 cm, p=0,007). De plus, ces patients avaient des niveaux plasmatiques significativement plus élevés des GGT (p = 0,048). Le groupe de patients avec fibrose significative avait un pourcentage plus élevé de stéatose hépatique (p = 0,002) et une consommation de glucides plus élevée (p = 0,024). Aucun lien n'a été établi entre le type du diabète (type 1 ou type 2) et la présence d'une fibrose hépatique (p=0.414). En étude multivariée, les patients ayant une fibrose significative avaient une stéatose (p=0.018) et une hypercholestérolémie (p=0.033). En revanche, l'élévation des ALAT n'était pas corrélée à la survenue de fibrose hépatique.

Conclusion : Selon notre étude, la fibrose significative évaluée par fibroscan est retrouvée chez près de 30 % parmi les diabétiques non obèses. La présence d'une stéatose hépatique ou d'une hypercholestérolémie indique la réalisation du fibroscan chez cette population.

P273

Troubles de comportement alimentaire et syndrome de l'intestin irritable : prévalence et association ?

F.E. Aharbil [1], M. Haida [1], M. Jarti [1], O. Nacir [1], F.E. Lairani [1], A. Ait Errami [1], S. Oubaha [1], S. Zouhour [1], K. Krati [1]
(1) Marrakech, MAROC.

Introduction : Les TCA et le SII sont des troubles fréquents dont les mécanismes physiopathologiques restent discutés, mais semblent multifactoriels, ces deux entités ont souvent des comorbidités similaires (troubles anxieux, dépressifs, et vulnérabilité au stress), peuvent survenir associés chez les mêmes personnes, il n'existe toutefois pas assez d'études sur une large population recherchant simultanément les TCA et le SII.

Patients et Méthodes : La prévalence du TCA et du SII a été recherchée chez un échantillon de 190 personnes tirées de façon aléatoire de la population générale avec un âge moyen de 33,2 ans, ces personnes ont répondu à des questionnaires standardisés intégrant les échelles de dépistage et de diagnostic de TCA (score de Scoff qui était considéré comme positif lorsqu'il était supérieure ou égal à 2) et de SII (critères de Rome III), les résultats ont été analysés de façon descriptive.

Résultats : Les TCA et le SII étaient d'une prévalence égale de 18% dans notre cohorte, Il existe une association statistiquement significative entre les TCA et le SII, avec une prévalence de 21% de TCA dans la population souffrant du SII, contre une prévalence de 28% de SII dépistés chez des personnes ayant un TCA. La population commune était d'une moyenne d'âge de 33,2 ans avec des extrêmes de 18 et 65 ans, un sexe ratio H/F de 0,45, 39% étaient célibataires, 55 étaient des étudiants, 26% sans profession. Le stress était jugé important chez 80% de cette population surtout d'ordre professionnel.

Conclusion : Notre étude confirme la forte association entre les TCA et le SII, néanmoins d'autres études sont nécessaires sur un plus grand nombre de patients douloureux pour explorer les éventuels mécanismes communs à ces pathologies, leurs coexistence doit toutefois être recherchée systématiquement chez tout patient consultant pour des douleurs abdominales chroniques afin de proposer une approche thérapeutique globale.

P274

Lien entre alexithymie, comorbidités psychologiques et sévérité du syndrome de l'intestin irritable

F. Wuestenberghs [1], N. Ezratty [1], P. Jouët [1], M. Benallaoua [1], N. Demaré [1], J.J. Raynaud [1], R. Benamouzig [1], J.M. Sabaté [1]
(1) Bobigny.

Introduction : Le syndrome de l'intestin irritable (SII) fait partie des désordres de l'axe intestin-cerveau dans la classification de Rome IV et associe douleurs abdominales et troubles du transit. La sévérité du SII est variable suivant les patients et est influencée par des comorbidités psychologiques, telles que l'anxiété et la dépression. L'alexithymie, qui est une difficulté à identifier et exprimer ses émotions et ses sentiments, est présente chez 2 à 20% des sujets sains ; elle est fréquemment retrouvée dans différents types de douleurs chroniques et a été aussi décrite au cours du SII (1). L'association entre l'alexithymie et l'intensité de la douleur varie selon les études et le type de douleurs, et pourrait être médiée par un effet négatif, en particulier de la dépression. La valeur prédictive de l'alexithymie pour le succès des thérapies centrales est discutée. Le but de cette étude est d'évaluer la prévalence de l'alexithymie chez des patients avec SII et de chercher des liens avec le phénotype clinique, le niveau d'anxiété-dépression et la sévérité de la maladie.

Patients et Méthodes : Cette étude a été réalisée, après accord d'un comité d'éthique local, entre janvier et août 2023 chez des patients consécutifs avec SII évalués dans une structure d'hôpital de jour multidisciplinaire (avec neurogastroentérologue, diététicienne et psychologue). Les caractéristiques cliniques (âge, genre, type de SII selon le transit, durée d'évolution), niveau d'anxiété-dépression (score HAD), qualité de vie (EQ-5D), alexithymie (score TAS 20, 20 questions cotées de 1 à 5, niveau élevé si >60, maximum 100) et sévérité du SII (IBS-SSS) étaient enregistrées.

Résultats : Nous avons inclus 76 patients avec SII (67,1% de femmes ; âge moyen de 48,3 ± 16,9 ans ; IMC 22,1 ± 4,0 kg/m² ; durée médiane d'évolution de 13 ans (IQR 6,7 - 26,4) ; SII-D 27,6%, SII-C 48,7% et SII-M 17,1%, reste inclassés ; IBS-SSS moyen de 318 ± 107 points (minime 1,3%, moyenne 34,7%, forme sévère 58,7%, rémission 5,3%). La qualité de vie était altérée avec un score de santé médian de l'EQ-5D à 50 (IQR 35,0 - 69,5). Le score d'HAD-A était à 10,8 ± 4,4 points, avec 59,7% de patients avec une anxiété certaine (>11), le score d'HAD-D était à 6,2 ± 3,6 points, avec 16,4 % de dépression certaine (>11), et le score total d'HAD était à 17,0 ± 6,7 points. La sévérité du SII était corrélée à la qualité de vie (rho -0,28, p =0,02) et au score de dépression (rho 0,35, p =0,005). Le score moyen d'alexithymie était de 58,7 ± 9,8 points, non différent entre les femmes et les hommes (58,1 ± 9,5 vs 59,8 ± 10,2 ; p=0,48), 45,4% ayant un niveau élevé d'alexithymie (TAS-20 >60), et non influencé par la durée d'évolution du SII (p=0,92). L'alexithymie était bien corrélée avec le score d'anxiété (rho 0,39, p =0,005), avec le score de dépression (rho 0,40, p =0,001) et avec la qualité de vie (rho 0,47, p <0,001) mais avec une tendance pour le score de sévérité du SII (rho 0,22, p =0,084). Cependant, le niveau de sévérité du SII était plus grand en cas de niveau élevé d'alexithymie (IBS-SSS à 359,2 ± 73,1 vs 298,4 ± 107,7 pour un TAS-20 >60 vs ≤60 ; p=0,009).

Conclusion : Dans cette série de patients avec SII sévère et tous types de troubles du transit, un niveau d'alexithymie élevé est retrouvé chez près d'un patient sur deux. Cette alexithymie est liée au niveau d'anxiété-dépression et à l'altération de la qualité de vie. Les patients avec un niveau élevé d'alexithymie avaient une sévérité plus importante du SII. La valeur pronostique de l'alexithymie pour la réponse aux traitements tels que l'hypnose, les thérapies cognitivo-comportementales et la méditation en pleine conscience mérite d'être évaluée chez les patients avec SII.

Remerciements, financements, autres : Nous remercions les patients ayant été évalués dans notre structure d'hôpital de jour.

P275

Haute prévalence du SIBO chez les patientes atteintes d'endométriose digestive : une étude cas-témoins en vie réelle

P. Halfon [1], G. Pénaranda [1], N. Choucroun [1], J. Bouaziz [2], A. Nicolas-Boluda [2], J.P. Estrade [1], A. Plauzolles [1]
(1) Marseille ; (2) Paris.

Introduction : Une femme sur dix en âge de procréer dans le monde souffre d'endométriose, dont jusqu'à un tiers développe des symptômes digestifs appelés endométriose digestive("Endo Belly"). Une exploration des troubles fonctionnels gastro-intestinaux, notamment à l'aide de tests respiratoires permettant de diagnostiquer les pullulations bactériennes intestinales à l'hydrogène (SIBO) et au méthane (IMO) constituent une nouvelle approche dans la prise en charge de cette pathologie. Le but de cette étude de vie réelle a été de comparer la prévalence du SIBO/IMO dans une cohorte de patientes ayant un diagnostic d'endométriose à une cohorte de patientes ayant des troubles fonctionnels intestinaux sans endométriose (étude Cas/témoin).

Patients et Méthodes : Cette étude cas-témoins en vie réelle a inclus une cohorte de 1027 femmes ayant effectué un test respiratoire au lactulose à l'hydrogène (H2) / méthane (CH4) au cours de leur parcours de soins dans le but de diagnostiquer un SIBO et/ou un IMO. Dans cette cohorte, 148 (16,9 %) patientes avaient un diagnostic d'endométriose par opposition aux 878 autres, dont 88 (59,5 %) ne signalaient aucune autre pathologie. Cent quarante-huit patientes atteintes d'endométriose ont pu être appariées en fonction de leur âge avec des patientes non atteintes d'endométriose (rapport de 1:1). Les deux groupes (n = 296) ont été comparés en fonction de leur type de SIBO (H2, CH4 ou mixte H2/CH4) et de la prévalence des symptômes. Conformément à la réglementation française, cette étude sur données de type MR-004 a été déclarée sur le registre national du Health Data Hub (HDH) sous la référence F20230705104539.

Résultats : La prévalence du SIBO était significativement plus élevée chez les femmes atteintes d'endométriose : 91,9 % [IC95% 86,3 – 95,7 %], vs.83,1 % [IC95% 76,1 – 88,8 %], p = 0,0223. Par comparaison aux patientes sans endométriose, les patientes atteintes d'endométriose étaient plus touchées par les troubles du transit (85,8 % contre 71 %, p = 0,0019), la constipation (67,8 % contre 44,7 %, p = 0,0017), et des vertiges (44,8 % contre 28,7 %, p = 0,0245). Dans le groupe des patientes atteintes d'endométriose, les pullulations de méthanogènes sont majoritaires (63,2 %), IMO seuls (n = 17/136) et mixtes SIBO H2/CH4 (n = 69/136). Un SIBO H2 était associé à un risque plus élevé de développer de la diarrhée (p = 0,0027), tandis que ceux testant positifs pour un IMO étaient plus exposés au développement de reflux acide (p = 0,0132).

Conclusion : La physiopathologie de l'endométriose peut affecter le système digestif avec une perturbation de l'écosystème microbien intestinal, favorisant une endométriose digestive. Les symptômes de l'Endo Belly se chevauchent complètement avec les symptômes du SIBO digestif chez les patientes atteintes d'endométriose. Étant donné que la majorité des femmes souffrant d'endométriose sont positives au SIBO/IMO, la pullulation bactérienne de l'intestin grêle doit faire l'objet d'une évaluation systématique dans tous les cas d'endométriose offrant ainsi une nouvelle stratégie thérapeutique dans la gestion de l'endométriose. Ces nouvelles découvertes pourraient ouvrir la voie à une mise à jour des recommandations mondiales en matière de prise en charge de l'endométriose.

P.276

Traitement de la pullulation microbienne intestinale (SIBO/IMO) par colimycine-gentamycine : résultats d'une étude française de vraie vie

P. Halfon [1], G. Pénaranda [1], E. Coquet [1], Y. Rinaldi [1], T. Escoda [1], F. Retornaz [1], C. Psomas [1], S. Rebaudet [1], C. Stavris [1], L. Chiche [1], S. Genot [1], C. Doncarli [1], P. Dukan [1], A. Plauzolles [1]

(1) Marseille.

Introduction : Le SIBO/IMO est défini par l'existence d'une pullulation microbienne excessive au niveau du système digestif. Le traitement d'un SIBO/IMO repose principalement sur les antibiotiques combinés à un régime FODMAPS. Un travail de Bouchoucha et al. a montré une efficacité de la combinaison Colimycine –Gentamycine (Coli-Genta) sur l'amélioration de la symptomatologie digestive ainsi que sur la normalisation des tests respiratoires[1].
Le but de l'étude est de confirmer l'efficacité du Coli-Genta lors d'une étude sur une cohorte de vraie vie au sein de l'Hôpital Européen de Marseille.

Patients et Méthodes : De septembre 2022 à septembre 2023, 131 patients [21 hommes, 110 femmes, âge moyen 44.9 ans (ecart-type 15.3)] ayant été diagnostiqués avec un test respiratoire au lactulose SIBO/IMO positif, réalisé dans des conditions strictes de qualité (test Accrédité COFRAC, Plauzolles A et al. 2022)[2] ont été inclus. Un traitement par Coli-Genta (3 gélules par jour contenant 135 microgrammes de Colimycine et 100 microgrammes de Gentamycine) a été administré pendant 10 jours. Ce traitement a été accompagné d'un régime de type FODMAPS et d'un prokinétique. Une réévaluation de la symptomatologie digestive et des tests respiratoires (H2 et CH4) a été réalisé entre 10 et 30 jours après la prise du traitement. Conformément à la réglementation française, cette étude sur données de type MR-004 a été déclarée sur le registre national du Health Data Hub (HDH) sous la référence F20230705104539.

Résultats : Parmi les 131 patients et avant le traitement par Coli-Genta, 16 (12.2%) avaient un SIBO/IMO de type CH4, 54 (41.2%) de type H2, et 61 (46.6%) de type H2CH4. Les taux de négativation après traitement étaient de 37.5% parmi les SIBO/IMO CH4 (6/16), 27.8% parmi les H2 (15/54), et 18.0% parmi les H2CH4 (11/61) (taux non statistiquement différents p=0.2084). Cette négativation des tests étaient accompagnées d'une amélioration clinique. Le taux de négativation parmi les SIBO/IMO à composante unique (H2 ou CH4) était de 30.0%, et était de 24.4% tous types de SIBO/IMO confondus.

Conclusion : Cette étude confirme l'efficacité clinique et biologique d'un traitement par Coli-Genta chez près d'un tiers des patients ayant un SIBO/IMO (H2 ou CH4) et pourrait constituer un traitement de première ligne en combinaison avec la mise en place d'un régime de type FODMAPS dans la difficile prise en charge de ces patients.

P.277

Syndrome de l'intestin irritable chez le personnel soignant en 2023 : y a-t-il une corrélation avec l'anxiété et la dépression ?

S. Mounsif [1], H. Delsa [1], F. Belabbes [1], A. Nadi [1], O. Bahlaoui [1], W. Khannoussi [1], I. Benelbarhdadi [1]

(1) Casablanca, MAROC.

Introduction : Le syndrome de l'intestin irritable (SII) est le trouble fonctionnel intestinal le plus fréquent et le plus connu. On distingue plusieurs sous-types du SII et la sévérité de ses symptômes varie selon les individus et selon plusieurs facteurs de risque. Parmi ces facteurs, le stress, l'anxiété et la dépression ont été largement rapportés durant ces dernières années, notamment chez les professionnels de la santé.
L'objectif de notre étude est de déterminer quel est le profil clinique du SII au sein du personnel hospitalier et de rechercher les facteurs psychosociaux et nutritionnels associés.

Matériels et Méthodes : Il s'agit d'une étude prospective type cas témoin menée au sein d'un hôpital universitaire incluant le personnel de santé. Toutes les données démographiques des participants étaient recueillies à travers un questionnaire rempli de façon anonyme par le personnel hospitalier (médical et paramédical). Le diagnostic positif du SII était retenu selon les critères de Rome IV à travers deux questionnaires validés (Rome IV Diagnostic Questionnaire For Adults et IBS - Symptom Severity Score : IBS-SSS). Les facteurs psychosociaux ont été étudiés par deux scores : Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) et General Anxiety Disorder-7 (GAD-7). Toutes les données ont été analysées par le logiciel Jamovi (version 2.3.28.0). Une différence était considérée comme statistiquement significative lorsque la valeur de p était inférieure ou égale à 0.05.

Résultats : 91 participants ont été inclus dans notre étude répartis comme suivant : 71 corps médical (78 %) et 20 corps paramédical (22 %). L'âge moyen était de 29.6 ans avec une prédominance féminine (83 %) et un sex ratio H/F de 0.19. Plus de la moitié des participants considéraient subir un stress professionnel élevé à très élevé (45 % et 18 % respectivement). Sur les 91 participants, 16 présentaient un syndrome de l'intestin irritable (17.6 %) : 5 à diarrhée prédominante (SII-D), 5 à constipation prédominante (SII-C) et 6 avec une alternance de diarrhée et de constipation (SII-M). Selon le score IBS-SSS, le quart des participants avait un SII léger, contre 11 qui avaient un SII modéré (69 %) et 1 qui avait un SII sévère (6 %). Selon les 2 scores PHQ-9 et GAD-7, la majorité des sujets ayant un SII présentait une anxiété et une dépression (81 % et 93.7 % respectivement).
L'analyse univariée a montré qu'il existait un lien significatif entre le syndrome de l'intestin irritable et la dépression (p = 0.036). En revanche, il n'y avait pas de corrélation significative entre le SII et l'anxiété, le degré de stress professionnel et le nombre d'heures de travail (p = 0.09, p = 0.205, p = 0.404 respectivement). De même pour les autres facteurs environnementaux et nutritionnels, aucune association significative avec le SII n'a été retrouvée pour le nombre d'heures de sommeil (p = 0.136), l'activité physique quotidienne (p = 0.779) et les habitudes alimentaires.

Conclusion : Plusieurs facteurs psychosociaux sont incriminés dans la survenue du SII. Dans notre étude, il existait une association significative entre le syndrome de l'intestin irritable et la dépression. Cela souligne l'importance de lutter contre la dépression au sein du milieu hospitalier et l'épuisement professionnel afin d'améliorer la prise en charge du syndrome de l'intestin irritable chez le personnel soignant surtout après la pandémie du COVID-19.

P278

Particularités de la prise en charge du syndrome de la pince aorto-mésentérique chez les patients atteints d'anorexie mentale

S. Mohsen [1], A. Gnaba [1], M. Mabrouk [1], O.K. Sallem [1], H. Bouhlel [2], M. Ammar [3], R. Limam [2], W. Sellami [3], M. Zakhama [1], N. Ben Chaaben [1], M.H. Loghmari [1], L. Safer [1]
(1) Monastir, TUNISIE ; (2) Tunis, TUNISIE ; (3) Sfax, TUNISIE.

Introduction : Le syndrome de la pince aorto-mésenterique (SPAM) est un diagnostic rare dû à la compression du troisième duodénum par une pince vasculaire. L'anorexie mentale peut en être la cause mais sa symptomatologie peut créer une confusion entre cause et conséquence. Le lien d'imputabilité reste difficile à établir.

Le but de notre travail était d'évaluer les particularités cliniques et thérapeutiques de ces patients.

Patients et Méthodes : Il s'agissait d'une étude rétrospective comparative dans un service d'hépato-gastro-entérologie depuis l'année 2018, incluant les patients atteints de SPAM : 9 patients ayant une anorexie mentale (G1) et 11 patients non anorexiques (G2). Tous les patients ont bénéficié d'une alimentation entérale ainsi q 'une PEC psychiatrique.
Le diagnostic de SPAM était retenu devant les critères scanographiques (Angle aorto mésentérique <= 25° et/ou distance aorto-mésentérique <= 8mm).
La sévérité des symptômes avant et après la prise en charge (PEC) nutritionnelle était évaluée selon un score subjectif comportant la fréquence et l'importance de la symptomatologie ainsi que la perte pondérale. Un score >12 signifie la sévérité des symptômes.

Résultats : L'âge moyen du G1 était de 20,56 ± 2 ans. La majorité (77,4%) étaient en cours de leurs études secondaires. Le délai moyen entre diagnostic - Traitement était de 147,33 ± 116,45 jours pour les deux groupes.
Les paramètres anthropométriques initiaux décrits pour le G1 étaient : Poids moyen de 45,67 ± 4,52 kg, IMC moyen de 17,47 [13,63 - 19,48], une perte de poids moyenne au diagnostic de 4 ,89 ± 1,45 kg en 6 mois, soit une perte >= 10% en 6 mois chez 7 patientes (77,7%). Celles du G2 étaient comparables.
Le score initial moyen de sévérité était de 14/17 ± 3,04 [9 - 17] pour les anorexiques Vs 12,1 [11–17] (p=0,05).
Une durée d'hospitalisation moyenne plus importante de 37,55 ± 20,92 jours était significativement corrélée à l'anorexie mentale diagnostiquée ainsi qu'à un score de sévérité initial élevé.
Un cas d'échec de traitement médical a été noté dans le G1 (11,1%) Vs aucun cas pour le G2 (p=0,04).
Par ailleurs, 4 patientes ont présenté une récidive de la symptomatologie (44,4%) pour le G1 contre 16,7% du G2 (p=0,02).
Les patientes du G1 ayant bénéficié d'un traitement psychiatrique conjoint à la PEC nutritionnelle dont 78% ont été mis sous traitement anti-dépresseurs. Le G1 avait une meilleure réponse au traitement : une bonne tolérance chez 77,8% (p=0,01) et un score moyen de sévérité après traitement de 3,11 (p= 0,002). On a noté une amélioration de la prise pondérale moyenne : 3,33 kg [1 – 11] qui était adéquate chez 29,4% ainsi qu'une minimalisation de la durée d'hospitalisation avec des corrélations proches de la signification.

Conclusion : L'anorexie mentale d'évolution initiale non parlante peut aboutir à une dénutrition sévère engageant le pronostic fonctionnel et vital des jeunes patients ayant un SPAM, ceci doit alarmer tout clinicien de l'éventuelle coexistence de ces deux morbidités et d'instaurer ainsi une PEC globale associant le volet nutritionnel et psychologique.

P279

Syndrome de la pince aorto-mésentérique : facteurs prédictifs d'échec du traitement médical

A. Gnaba [1], M. Mabrouk [1], S. Mohsen [1], H. Bouhlel [1], W. Sellami [1], O.K. Sallem [1], M. Zakhama [1], I. Jemni [1], A. Sabbek [1], R. Baklouti [1], M. Ben Abdelwahed [1], A. Guediche [1], W. Bouhlel [1], N. Ben Chaaben [1], M.H. Loghmari [1], L. Safer [1]
(1) Monastir, TUNISIE.

Introduction : Le syndrome de la pince aorto-mésentérique (SPAM) est une cause rare de sténose digestive haute résultant généralement d'un amaigrissement important et rapide. Le traitement est basé essentiellement sur la prise en charge (PEC) nutritionnelle associé au traitement étiologique et dans des rares cas sur la chirurgie.
L'objectif de notre travail était d'identifier les facteurs prédictifs d'échec et de récidive après traitement médical.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive à visée analytique colligeant les patients suivis pour SPAM au service d'Hépato-Gastroentérologie entre Janvier 2018 et Aout 2023.
Un score d'évaluation subjectif détaillant la fréquence et la sévérité des symptômes ainsi que l'importance de la perte pondérale a été évalué avant et après le traitement. Le score allait de 0 à 17, un score élevé > 12 reflète la sévérité de la symptomatologie.(1)
Le diagnostic positif a été retenu sur les données scanographiques : angle aorto mésentérique <= 25° et/ou distance aorto-mésentérique <= 8mm.

Résultats : L'âge moyen de la population étudiée (n=21) était de 24,5 ± 10,98 ans avec nette prédominance féminine (SR=20). La durée moyenne entre le début des symptômes et le début du traitement était de 147 jours [12—381].
Tous les patients ont bénéficié d'une PEC nutritionnelle de durée moyenne de 23 jours [8-43]. L'alimentation entérale (AE) représentaient le moyen de choix (71,4%) ; elle était exclusive dans deux tiers des cas et cyclique chez le un tiers. Cette AE était assurée soit par sonde nasogastrique (SNG) pour 53,3% ou par sonde naso-jéjunale (SNJ) pour 42%, jéjunostomie d'alimentation (4,7%). Six patients soit 28,6% avaient présenté une intolérance initiale à l'AE imposant le recours initial à l'alimentation parentérale puis relais par la nutrition entérale. Un seul cas a reçu une alimentation parentérale exclusive durant la totalité de la PEC.
Le score de sévérité moyen était de 13,5/17 [9-17] avant traitement et de 1,8 [0-8] après. En outre, 4 patients ont présenté une récidive de la symptomatologie ; une AE a été reconduite conjointement à une PEC étiologique (traitement antidépresseurs, traitement chirurgical d'une poussée de MICI, hormonothérapie et insulinothérapie substitutive).
Par ailleurs, un seul cas d'échec de PEC médicale a nécessité le recours à un traitement chirurgical soit une gastro-entéro-anastomose. L'analyse univariée a montré que les facteurs sous-cités étaient significativement corrélés à un échec ou à une récidive : un score avant PEC > 12 (p=0,02), un score après traitement >= 5 (p=0,005) et un BMI<19 ou perte pondérale >15%. Le diagnostic précoce < 60 jours et le traitement étiologique conjoint étaient inversement associé à l'échec ou la récidive avec des p respectives de 0,012 et 0,018. Par contre, la présence de signes cliniques initiaux de déshydratation, la dilatation gastro-duodénale radiologique et endoscopique ; la distance aorto-mésentérique ainsi que le degré de l'angle aorto-mésentérique et l'association à un syndrome de casse-noisette n'avaient pas d'influence sur l'évolution à moyen et long terme.
L'analyse multivariée a révélé que seuls le score de sévérité, le diagnostic précoce et le traitement étiologique étaient associés à l'échec thérapeutique ou à une récidive (p<10^-3).

Conclusion : La précocité de diagnostic, et la mise en route d'un traitement adapté du SPAM ; intégrant une PEC nutritionnelle et étiologique notamment psychiatrique sont des leviers potentiels pour minimiser les facteurs d'échec du traitement médical, et ainsi minimiser le recours à une chirurgie lourde et non dénué de morbidité en particulier chez des patients dénutris.

P-280

Corrélation entre le score de Biagi et le CDAT dans l'évaluation de l'adhésion au régime sans gluten chez les patients atteints de maladie cœliaque

F.Z. Benamor Seghir [1], N. Khaireh Amoud [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 maladie cœliaque (MC) est une entéropathie auto-immune secondaire à l'ingestion du gluten chez des sujets génétiquement prédisposées. Le seul traitement connu est le régime sans gluten (RSG) strict à vie. Bien que ce régime soit sûr et efficace, le coût et la disponibilité limitée des aliments sont susceptibles d'avoir un impact significatif sur l'adhésion au régime.

L'objectif de ce travail est d'évaluer la corrélation entre deux questionnaires validés : le Celiac Dietary Adherence Test (CDAT) et le score de Biagi et de déterminer les facteurs associés à la non-adhérence au RSG.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude prospective menée entre Avril et Septembre 2023 colligeant les patients atteints de MC suivis dans notre département. Les patients recrutés ont été invité à compléter les 2 questionnaires. Le questionnaire Biagi se compose de 4 questions et le score varie de 0 à 4; un score <3 indique une non-adhérence. Le CDAT se compose de 7 questions et le score varie de 7 à 35; un score >13 indique une non-adhérence.

Résultats : Le questionnaire a été complété par 54 patients. L'âge moyen était de 31,79 ans avec un sex-ratio (F/H) de 1,45.
Les manifestations cliniques les plus fréquentes au moment du diagnostic étaient : la diarrhée chronique chez 53,7% (N=29) des patients, l'anémie chez 29,6% (N=16) des patients et les douleurs abdominales chez 18,5% (N=10) des patients.
La durée moyenne de suivi était de 78 mois.
Le score de Biagi moyen était de 2,25, avec une médiane de 2. 55% (N=30) des patients étaient non adhérents au RSG.
Le score de CDAT moyen était de 18,48, avec une médiane de 19,5. 51,8% (N=28) des patients étaient non adhérents au RSG.
Le coefficient de corrélation entre le score BIAGI et le score CDAT était élevé (r=0,947 ; p=0,033).
La non-adhérence au RSG était associée à : un âge<25 ans (p=0,009), le faible revenu (p=0,002) et la durée d'évolution>5ans (p=0,001).
Par contre un niveau d'instruction bas n'influait pas sur l'adhérence au RSG (p=0,82).

Conclusion : Dans notre étude, plus de la moitié des patients n'étaient pas adhérents au RSG. Une forte corrélation entre le score CDAT et le score de Biagi a été retrouvée.
Un âge<25 ans, le faible revenu et la durée d'évolution>5ans étaient des facteurs pédictifs de cette non adhésion.

P-281

Facteurs prédictifs de la cicatrisation de la muqueuse sous régime sans gluten au cours de la maladie cœliaque

N. El Azzam [1], M. Aouroud [1], A. N'Khaili [1], F.E. Lairani [1], O. Nacir [1], A. Ait Errami [1], S. Oubaha [1], S. Zouhour [1], K. Krati [1]

(1) Marrakech, MAROC.

Introduction : L'observance du régime sans gluten (RSG) au cours de la maladie cœliaque (MC) doit garantir la cicatrisation de la muqueuse intestinale. Cependant, cette cicatrisation sous RSG n'est pas constante. Elle varie selon les études de 57 à 76 % à une année du RSG. Les objectifs de notre travail sont d'évaluer le taux de cicatrisation muqueuse à 12 mois (M12) du suivi du RSG et d'identifier les facteurs prédictifs de cette cicatrisation.

Matériels et Méthodes : Étude monocentrique prospective réalisée entre janvier 2019 et Decembre 2022 ayant inclus 64 patients (13 H, 51 F) adultes (âge ≥ 18 ans) présentant une MC répondant aux critères diagnostiques de l'European Society for Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition . L'âge moyen est de 36,1 ± 13,6 ans (âges extrêmes : 18–74 ans). Un RSG est instauré lors du diagnostic chez tous les patients. L'observance du RSG est appréciée par l'interrogatoire des patients.
Une évaluation clinique, biologique, endoscopique, sérologique et histologique est effectuée à 12 mois du suivi du RSG chez 64 patients .

Résultats : L'évaluation histologique à 12 mois a montré une poussée villositaire chez 59 patients (92 %). Celle-ci est totale (cicatrisation muqueuse) chez 20 patients (31 %), partielle dans 13 % des cas et parcellaire (foyers de repousse villositaire) dans 25 % des cas. À 12 mois, l'anémie est notée chez 34 patients (53 %). Le taux de cicatrisation de la muqueuse est significativement plus élevé dans le groupe sans anémie par rapport à celui observé en présence d'anémie (51 % vs 18 %p < 0,02). La sérologie cœliaque à 12 mois est positive chez 32 patients (41 %), et négative chez 51 (59 %) patients. Le taux de cicatrisation de la muqueuse est significativement plus élevé dans le groupe avec réponse sérologique par rapport au groupe avec sérologie positive 51 % vs 3 %.
Le taux de repousse villositaire totale est de 70 % devant une muqueuse d'aspect normal, de 22 % en cas de muqueuse irrégulière et de 2 % devant une muqueuse d'aspect hachuré .

Conclusion : La repousse villositaire totale à 12mois du suivi du RSG est de 31,4 % des cas. Les facteurs évolutifs associés significativement à la réponse histologique sont l'absence d'anémie, la négativation sérologique et l'aspect endoscopique normal. La biopsie duodénale reste indispensable pour confirmer la cicatrisation muqueuse.

P-282

Comment améliorer l'accompagnement des patients atteints du syndrome de l'intestin irritable ? Discussion à partir d'une étude exploratoire, la méthode d'analyse en groupe (MAG)

E. Capront [1], **R. Bensliman** [2]
(1) Thuin, BELGIQUE ; (2) Bruxelles, BELGIQUE.

Introduction : La prise en charge du Syndrome de l'intestin irritable (SII) constitue un enjeu en médecine générale. Sa prévalence au sein de la population mondiale peut atteindre jusqu'à 25%. Les patients souffrant du SII consultent plus fréquemment les médecins, subissent plus de tests diagnostiques, consomment plus de médicaments et s'absentent régulièrement au travail. Ceux-ci sont de plus de plus acteurs de leur santé et recourent fréquemment à des pratiques dites « complémentaires » ou « alternatives » non-médicamenteuses. L'objectif de l'étude est de comprendre les enjeux liés à ces pratiques et d'apporter des pistes de solution pour améliorer l'accompagnement de ces patients.

Matériels et Méthodes : La méthodologie est basée sur une approche qualitative de type « recherche-action participative » exploitant la « Méthode d'analyse en groupe ». L'échantillon est constitué de 10 praticiens médicaux, paramédicaux et non-médicaux, accompagnant à Bruxelles les patients atteints du SII. Trois workshops de groupe et 5 entretiens individuels ont été réalisés pour identifier les problématiques, enjeux et solutions. Le traitement et l'analyse des données ont respecté les phases d'enregistrement, retranscription, codage, catégorisation et analyse de contenu. Une validation des résultats par les participants a été réalisée aux workshop 2 et 3.

Résultats : Les principales problématiques identifiées sont : la multifactorialité, la variabilité des présentations et capacités du patient, la baisse de qualité de vie, la complexité de pose du diagnostic et limitation des intervenants. L'étiopathologie est complexe, liée notamment au dérèglement du dialogue cerveau-intestin, aux infections gastro-intestinales et à l'implication du microbiote. Les approches et modèles d'accompagnement varient selon le patient. Les discussions interprofessionnelles ont permis de formuler des recommandations pour tenter d'améliorer l'accompagnement des patients.

Médecin généraliste	Gastroentérologue	Herboriste
Pharmacien	Algologue	Naturopathe
Psychiatre psychosomaticien	Médecin hypnothérapeute	Ostéopathe
+ Chef de service de pathologie fonctionnelle digestive		

Conclusion : Les changements sociétaux accélèrent la nécessité de moduler notre accompagnement. La place du MG semble demeurer centrale. Cette étude illustre l'intérêt de créer des espaces d'échanges entre professionnels afin de mieux comprendre les pratiques mises en œuvre. L'expérimentation de cette approche transdisciplinaire a fait apparaitre la réalité de terrain dans toute sa complexité. Toutefois, des recherches complémentaires sur les traitements sont parfois nécessaires concernant leur efficacité réelle, la sécurité et les coûts, afin de formuler des recommandations éclairées et basées sur des niveaux de preuves solides. Ces observations ouvrent de nombreuses perspectives.

P-283

Pertinence des explorations digestives dans le diagnostic étiologique de l'anémie ferriprive de l'adulte

H. Kallel [1], **H. Jaziri** [1], **A. Hammami** [1], **W. Dahmani** [1], **A. Ben Slama** [1], **M. Ksiaa** [1], **A. Braham** [1], **N. Elleuch** [1], **A. Jmaa** [1]
(1) Sousse, TUNISIE.

Introduction : L'anémie est un problème de santé publique dans le monde entier, dont les causes sont multiples. Les anémies microcytaires hypochromes sont les plus fréquentes dans la population générale, la carence martiale en étant la principale cause. Elle résulte de l'épuisement des réserves de fer dans l'organisme, entraînant une anémie ferriprive (AF). La découverte d'une anémie doit donc conduire à une recherche étiologique approfondie. L'objectif principal de cette étude est d'établir l'intérêt des investigations digestives dans le diagnostic étiologique de l'AF chez les sujets adultes.

Patients et Méthodes : Étude rétrospective monocentrique incluant des patients pris en charge dans un service de gastro-entérologie pour exploration d'une AF. Les critères d'inclusion étaient : Âge > 18 ans, taux d'hémoglobine (Hb) < 13g/dL chez l'homme et < 12 g/dL chez la femme, associé à une carence martiale, soit un taux de ferritinémie <30 µg/L chez l'homme et <20 µg/L chez la femme. Les patients porteurs d'une pathologie digestive connue, ou ayant un saignement gastro-intestinal récent n'ont pas été inclus.

Étiologie	Fréquence (n)	Percentage (%)
Investigation non concluante	135	57,2
Gastrite à *Helicobacter pylori*	39	16,5
Ulcère duodénal	18	7,6
Ulcère gastrique	17	7,2
Diverticulose colique	7	3
Tumeur gastrique	6	2,5
Tumeur colorectale	4	1,7
Angiodysplasie duodénale	2	0,8
Angiodysplasie colique	2	0,8
Maladie de Crohn Iléale	2	0,8
Tumeur de l'intestin grêle	1	0,4
Angiodysplasie gastrique	1	0,4
Maladie de Rendu-Osler-Weber	1	0,4
Syndrome de Peutz-Jeghers	1	0,4

Résultats : Nous avons inclus 236 patients, 53,4% sont des femmes. Parmi les 126 femmes, une prédominance des femmes ménopausées était notée (60,9%). L'âge moyen de l'étude était de 57 ± 18,8 ans. Les patients âgés de plus de 65 ans représentaient 39% de la série. Le syndrome anémique était présent chez plus que trois quarts de la population (75,8%), suivi par l'altération de l'état général (39,8%). Les signes digestifs les plus fréquemment rapportés étaient les épigastralgies (29,2%), la constipation (19,9%) et le ballonnement abdominal (13,1%). Le taux moyen d'hémoglobine était de 7,32 ± 1,9 g/dL. Une anémie < 8g/dL était notée chez 60,7% des cas. Une endoscopie œso-gastro-duodénale (EOGD) était effectuée chez 231 patients (97,9%). Elle était réalisée en première intention dans 85,2% des cas. Les anomalies les plus fréquemment retrouvées étaient une gastropathie congestive (23,8%), une hernie hiatale non compliquée (11,7%) et une gastrite nodulaire (9,1%). L'ulcère bulbo-duodénal et gastrique étaient observés chez 18 patients (7,9%) et 17 patients (7,4%) respectivement. Une tumeur gastrique était recensée chez 6 patients (2,7%), et l'EOGD était normale chez 21 patients (9,1%). La coloscopie était effectuée chez 187 patients (79,2%), elle était réalisée en première et deuxième intention dans 9,3% et 66,1% des cas respectivement. La diverticulose colique représentait la pathologie la plus fréquemment retrouvée (12,3%), suivie par les polypes recto-coliques (10,2%). Quatre cas de cancer colorectal (2,1%) étaient observés, dont un secondaire à une polypose adénomateuse familiale. Par ailleurs, 3 cas d'angiodysplasie colique (1,6%) et 2 cas de colite non spécifique (1,1%) étaient recensés. La coloscopie s'avérait normale chez 136 patients (72,7%). L'entéroscanner était effectué chez 127 patients (53,8%), il était réalisé en première, deuxième et troisième intention dans 5,5%, 2,1% et 44,1% respectivement. Un épaississement iléal était

observé chez 2 patients (1,6%), et une tumeur du grêle chez un seul patient. Par ailleurs, l'entéroscanner était sans anomalies chez 124 patients (97,6%). Au total, la plupart des investigations digestives étaient non concluantes (57,2%). L'étiologie la plus fréquemment retrouvée était la gastrite à Helicobater pylori (16,5%), suivie par l'ulcère duodénal (7,6%) et l'ulcère gastrique (7,2%). Le tableau I résume l'ensemble des étiologies retenues. En analyse univariée, une association significative a été notée entre le sexe masculin et la présence d'un syndrome anémique avec les investigations digestives concluantes (respectivement p=0,038 et 0,016). Cependant, aucune association significative n'a été trouvée entre les profils épidémiologiques, cliniques et biologiques et les étiologies néoplasiques identifiées.

Conclusion : L'anémie ferriprive est l'une des causes les plus courantes d'anémie chronique, affectant environ 15 à 30 % de la population mondiale L'endoscopie conventionnelle supérieure et inférieure reste essentielle chez les personnes âgées, mais elle est susceptible d'être demandée trop fréquemment sans évaluation gynécologique et nutritionnelle dans le cas d'une jeune femme. La vidéocapsule endoscopique est un examen particulièrement utile chez les personnes âgées lorsque l'endoscopie conventionnelle est négative. Cependant, elle peut être moins rentable et conduire à des procédures invasives inutiles chez les sujets jeunes, notamment de sexe féminin.

P284

Carence en vitamine D et obésité : prévalence et relation avec l'indice de masse corporelle

M. Kefi [1], A. Nakhli [2], A. Adala [1], B. Ben Radhia [1]
(1) Tunis, TUNISIE ; (2) La Marsa, TUNISIE.

Introduction : La prévalence croissante de l'obésité est un problème mondial associé à de multiples comorbidités, dont les maladies cardiovasculaires. Par ailleurs, il a été établi que la carence en vitamine D est fréquente chez les personnes ayant une obésité. En effet, les interactions entre le tissu adipeux et le tissu osseux et leurs métabolismes sont complexes mais de plus en plus étudiées et reconnues. L'objectif de notre travail est d'évaluer la prévalence de l'hypovitaminose D et étudier les facteurs associés dans une cohorte de patients ayant une obésité en Tunisie.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective s'étalant sur 12 mois (entre septembre 2022 et septembre 2023) ayant inclus des patients suivis dans un centre de référence de chirurgie bariatrique et de diabète et ayant un indice de masse corporelle (IMC) > 30 kg/m^2. Les caractéristiques démographiques ont été recueillies. Les patients qui prenaient des suppléments multi vitaminiques ou par la vitamine D, qui souffraient d'insuffisance rénale et ceux qui avaient des données manquantes pour les taux sériques de 25(OH) vitamine D [25(OH)D] ont été exclus. L'analyse statistique a été réalisée avec le logiciel SPSS.

Résultats : Au total, 200 patients ont été inclus. L'âge moyen était de 36,6 ans et l'IMC de 42 kg/m^2 (avec des extrêmes entre 30 et 60kg/m^2). Le sex ratio Homme Femme était de 0,3 (43 hommes et 157 femmes). 72% avaient une carence en vitamine D (taux sérique de 25(OH)D ≤ 19,9 ng/ml), et 18,8 % avaient un taux insuffisant (20-29,9 ng/ml). Le taux moyen de vitamine D était de 17,2 ng/ml (extrêmes entre4 et 60 ng/ml). Une corrélation inverse a été trouvée entre les niveaux de 25(OH)D et l'IMC. La carence en vitamine D était plus fréquente chez les patients ayant un IMC plus élevé [PR 1.58 ; CI 95% (1.30-1.92)].

Conclusion : Notre étude a conclu à une prévalence de la carence en vitamine D très élevée chez les patients ayant une obésité, et à une corrélation inverse entre l'IMC et le taux de 25-(OH)D. Ces résultats incitent à réaliser un dépistage chez cette population en vue d'une supplémentation et d'une prise en charge adéquate.

P-285

Prévalence et facteurs de risque du syndrome de l'intestin irritable chez les étudiants en médecine

N. Ammar [(1)], L. Mnif [(1)], H. Gdoura [(1)], H. Mohamed Vall [(1)], L. Chtourou [(1)], M. Moalla [(1)], A. Amouri [(1)], M. Boudabbous [(1)], N. Tahri [(1)]
(1) Sfax, TUNISIE.

Introduction : Le syndrome de l'intestin irritable (SII) est le trouble gastro-intestinal le plus fréquent dans le monde avec une prévalence estimée entre 10 et 15%. Les étudiants en médecine subissent un stress important et des changements cognitifs et émotionnels considérables. Cela fait d'eux des sujets à risque élevé de développer un SII. Le but de notre étude est de déterminer la prévalence du SII et ses facteurs de risque chez les étudiants en médecine.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude transversale descriptive et analytique menée sur une période de 2 mois entre février et mars 2020 à la faculté de médecine de Sfax. Etaient inclus, les étudiants du 1er, 2èmes et 3èmes cycles des études médicales, en bonne santé apparente et ayant donné leur consentement. N'étaient pas inclus les étudiants ayant des pathologies organiques gastro-intestinales ou gynécologiques évolutives ni ceux présentant des signes d'alarmes. Le questionnaire comportait les données épidémiologiques, les critères de Rome IV, le score de FRANCIS et le score de Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS).

Résultats : 250 étudiants étaient inclus. L'âge moyen était de 24 ± 3.1 ans. Le sex ratio homme/femme était de 1. 24% des étudiants étaient en 1er cycle, 37.6% en 2ème cycle et 38% en 3ème cycle des études médicales. La prévalence du syndrome de l'intestin irritable était de 43%. Elle était plus importante chez les étudiants du premier cycle notée dans 50.5% des cas et chez les étudiants âgés entre 20 et 25 ans (47.7%). Le SII était de type mixte dans 39% des cas et de sévérité minime selon le score Francis dans 42.1 % des cas.
En analyse multivariée, les facteurs favorisants le développement du syndrome de l'intestin irritable étaient l'indice de masse corporelle élevé (p=0.044), le 1er cycle d'études médicales (p < 0.001), la spécialité chirurgicale (p=0.007), l'alcoolisme (p < 0.001), le score HADS sévère (p < 0.001) et les antécédents familiaux de syndrome de l'intestin irritable(p=0.030).

Conclusion : Le syndrome de l'intestin irritable est une pathologie fréquente chez les étudiants en médecine. Nous proposons une sensibilisation des étudiants et des séances de conseil ainsi qu'une prise en charge des étudiants ayant de troubles psychologiques afin de pouvoir gérer le stress et ainsi diminuer la prévalence du syndrome de l'intestin irritable.

P-286

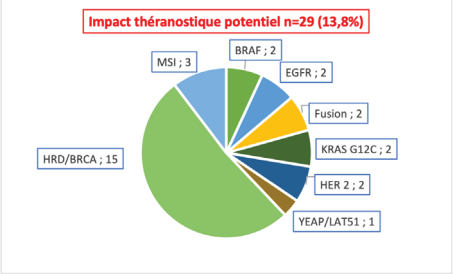
Identification d'anomalies moléculaires ciblables par analyse systématique d'un panel ADN tumoral et consultation d'oncogénétique chez les patients atteints d'adénocarcinome pancréatique

A.L. Védie [(1)], N. Theou-Anton [(2)], A. Hercent [(2)], J. Cros [(1)], L. Laurent [(1)], O. Cohen Haguenauer [(2)], P. Vilquin [(2)], V. Rebours [(1)], L. de Mestier [(1)]
(1) Clichy-la-Garenne ; (2) Paris.

Introduction : Les progrès récents de caractérisation moléculaire de l'adénocarcinome pancréatique (AP) ont permis d'identifier plusieurs altérations moléculaires pouvant être ciblées par un traitement spécifique ou pouvant parfois être associées à une démarche d'oncogénétique constitutionnelle. Parmi elles, on trouve principalement les mutations des gènes de la recombinaison homologue (notamment BRCA1, BRCA2), les mutations G12C de KRAS, les gènes de fusion (dont celles impliquant NRG1 et NTRK) et les anomalies des gènes du système MMR. L'objectif principal était d'analyser le taux de patient chez qui des anomalies moléculaires ciblables (somatiques et/ou germinales) étaient identifiées à partir d'analyses moléculaires de routine.

Patients et Méthodes : Nous avons inclus tous les patients suivis dans notre centre pour un AP de tout stade lors de l'année 2022 et ayant eu des analyses de génétique somatique à partir de matériel tumoral FFPE.
Après extraction de l'ADN tumoral, un « panel court » a été réalisé en routine comprenant la recherche de mutations de BRCA1 et BRCA2 (Oncomine™), la recherche d'un statut MSI (PCR multiplex, éventuellement complétée par une étude immunohistochimique), un panel NGS (panel APHP 49 gènes) permettant entre autres la recherche de mutation de KRAS, éventuellement complété par un panel fusion Archer™ en l'absence de mutation de KRAS.
Les résultats étaient rendus dans un délai de 4-6 semaines et ne retardaient pas le début de la prise en charge.
Par ailleurs, un panel pancréas germinal était réalisé en consultation d'oncogénétique en cas d'indication clinique ou liée à l'identification somatique d'une mutation d'un gène de prédisposition connu.

Résultats : 210 patients ont été inclus (49% de femmes, âge médian 64 ans).
Au total, nous avons identifié des anomalies moléculaires somatiques significatives chez 18/210 patients (8,6%). Cinquante neuf patients (29%) ont eu une consultation d'oncogénétique, dont 22% en raison d'anomalies identifiées sur le panel somatique seules ou associées à des antécédents personnels ou familiaux évocateurs. Parmi ces consultations d'oncogénétique réalisées, des mutations constitutionnelles ont été identifiées chez 16/59 patients (27%), soit 7,6% de tous les patients.
Au total, une analyse moléculaire potentiellement ciblable était identifiée chez 29/210 patients (13,8%), principalement concernant la recombinaison homologue (n=15) ou MSI (n=3).



Conclusion : Ces données sont comparables aux données de la littérature notamment nord-américaines. Cette démarche moléculaire moderne et simple, incluant un panel court somatique et un panel constitutionnel chez des patients sélectionnés, peut permettre d'identifier un pourcentage non négligeable de patients pouvant bénéficier d'un ciblage thérapeutique et/ou d'un conseil génétique.

P78

La morphologie radiologique du mésopancréas, une nouvelle variable pour prédire une marge vasculaire positive après duodénopancréatectomie pour adénocarcinome pancréatique ?

J. Navez [1], M. Pezzullo [1], C. Bouchart [1], T. Arsenijevic [1], P. Demetter [1], J. Closset [1], J. Devière [1], M.A. Bali [1], J.L. Van Laethem [1]
(1) Bruxelles, BELGIQUE.

Introduction : Alors que l'objectif principal de la chirurgie pour le traitement curatif de l'adénocarcinome pancréatique (AP) est de réaliser une résection R0, les marges chirurgicales les plus fréquemment envahies après duodénopancréatectomie (DP) sont les marges vasculaires, notamment celle de l'artère mésentérique supérieure (AMS) ou marge mésopancréatique. Le mésopancréas est constitué du tissu adipeux situé entre le processus unciné et l'AMS, contenant des vaisseaux sanguins et lymphatiques, des ganglions et des fibres nerveuses. En considérant l'embryologie, on peut émettre l'hypothèse que les cellules d'AP tendent à infiltrer le rétropéritoine à travers le mésopancréas, justifiant la marge positive fréquente à ce niveau. L'aspect radiologique du mésopancréas ayant été peu étudié, le but de l'étude était d'évaluer l'infiltration mésopancréatique à l'imagerie diagnostique chez les patients opéré de DP pour AP, de la corroborer avec l'histopathologie et d'évaluer son impact sur la survie.

Patients et Méthodes : De 2015 à 2021, les patients opérés de DP pour AP à visée curative ont été revus à partir d'une base de données prospective. Les patients perdus de vue, décédés en postopératoire ou au cours de la première année pour des raisons non oncologiques, et ceux pour lesquels une imagerie préopératoire n'était pas disponible, ont été exclus. Les marges chirurgicales des pièces opératoires ont été revues; une résection R1 était définie en cas de cellules tumorales à ≤1mm. Une analyse en aveugle des imageries préopératoires a été réalisé sur scanner abdominal avec contraste (ou résonance magnétique nucléaire en cas de scanner non disponible). Selon une évaluation qualitative, le mésopancréas était défini en graisse normale, fat stranding ou infiltration solide (Figure 1).



Résultats : Au total, 133 patients ont été inclus, 51 (38%) ayant reçu un traitement néoadjuvant. La tumeur était localisée dans la tête ou dans le processus unciné dans 54% et 46% des patients, respectivement. Au moment du diagnostic, les AP étaient classées comme résécables (51%), borderline résécables (28%) ou localement avancées (9%) selon la classification NCCN. Le mésopancréas présentait du fat stranding ou de l'infiltration solide chez 34% et 14% des patients respectivement. La taille et la location tumorale à l'imagerie, la pancréatite chronique obstructive, les contacts vasculaires et la résécabilité NCCN étaient prédictifs d'infiltration du mésopancréas (fat stranding ou infiltration solide, p<0.001). Les survies médianes globale et sans maladie étaient significativement inférieures en cas d'infiltration solide comparé à la graisse normale et au fat stranding dans le mésopancréas. En comparant les patients avec fat stranding ayant reçu un traitement néoadjuvant (n=20) à ceux opérés d'emblée (n=25), aucun impact de survie n'était observé. La résection R0 a été obtenue dans 36% des cas; chez tous les patients avec une résection R1, une marge vasculaire était envahie. La taille tumorale histologique, la marge AMS et le status R étaient significativement influencés par l'infiltration mésopancréatique radiologique.

Discussion : Le fat stranding pourrait correspondre à une réaction œdémateuse alors que l'infiltration solide reflète une atteinte tumorale au niveau du pancréas. Le fat stranding était corrélé aux résultats anatomopathologiques, notamment de la marge AMS pour laquelle une marge saine y était observée significativement plus qu'en cas d'infiltration solide. De plus, les survies globale et sans récidive étaient comparables chez les patients avec fat stranding ou avec graisse normale, et étaient meilleures que chez ceux avec infiltration solide. Il est donc important de différencier l'aspect radiologique du mésopancréas, le fat stranding n'étant pas nécessairement associée à un mauvais pronostic.

Conclusion : L'infiltration solide du mésopancréas à l'imagerie au diagnostic était associée à un mauvais pronostic après DP pour AP, mais pas le fat stranding. La marge AMS et le R status étaient corrélés à l'infiltration radiologique mésopancréatique, suggérant d'explorer davantage les mécanismes liés à l'invasion tumorale rétropéritonéale et du mésopancréas.

Remerciements, financements, autres :
Ce travail a été soutenu par une bourse doctorale du Fonds Erasme.

P288

Optimisation des parcours de soins de support des patients atteints de cancer du pancréas (CP) ou œsogastrique (OGC) : expérience monocentrique prospective en centre expert et construction d'une étude multicentrique de pré-habilitation

E.E. Molina Beltran [1], L. Gentilhomme [1], A. Guillemin [1], A. Asnacios-Lecerf [2], C. Neuzillet [1]
(1) Saint-Cloud ; (2) Paris.

Introduction : Entre 60% et 80% des patients atteints de CP ou OGC sont dénutris. Depuis l'actualisation des critères de diagnostic de la dénutrition (HAS 2019 et 2021), les patients atteints de cancer présentent tous un critère étiologique et sont exposés à ce risque. Les traitements mis en œuvre pour les CP et OGC non métastatiques (chirurgie à haut risque de morbidité et chimiothérapie péri-opératoire) sont à risque de majorer la dénutrition, et la dénutrition augmente le risque de complications de ces traitements. L'intégration précoce des soins de support est essentielle pour optimiser la tolérance des traitements, la qualité de vie et la survie des patients atteints de CP ou OGC, cependant les modalités de mise en œuvre ne sont pas standardisées.

Patients et Méthodes : Un parcours de soins de supports précoces intégrés a été mis en place pour les patients à risque (identifié par un score de fragilité) incluant 2 axes : nutrition et activité physique adaptée. Une hospitalisation pour la 1ère cure pour la mise en place des interventions (diététicienne, kinésithérapeute, médecin du DISSPO), puis une réévaluation à 4 (S4) et 8 semaines (S8). Nous l'avons évalué prospectivement dans l'étude Parcours Dig' (NCT04478175). Une analyse complémentaire rétro-prospective a été réalisée sur les patients en situation péri-opératoire. Tous les patients atteints d'un CP ou un OGC opérés entre 2021 et 2022 et traités par une tri-chimiothérapie périopératoire ont été inclus. Le consentement institutionnel autorisant l'accès aux données avait été signé par tous les patients en début de leur prise en charge.

Résultats : 30 patients en 3 mois ont été inclus dans l'étude Parcours Dig'. La totalité des patients ont été évalués à l'inclusion, 80% à S4 et seulement 50% à S8 à l'analyse intermediaire. L'intervention de l'IPA (infirmière de pratique avancée) a permis d'améliorer la compliance au parcours, augmentant à 90% le nombre des évaluations à S8 depuis l'inclusion de l'IPA dans le parcours. En péri-opératoire (N=48), 13%/50%/37% étaient non dénutris (ND)/dénutris modérés (DM)/dénutris sévères (DS) au diagnostic. Malgré le parcours intégré, on observait une aggravation de l'état nutritionnel chez les patients : ND->DM/DS : 75% ; DM->DS : 29%) sauf pour les dénutris sévères. La perte moyenne de poids a été de 10.5% [-27%; -6,5%]. La même tendance a été observée sur les données de sarcopénie.
Malgré la puissance statistique limitée, nous avons observé une tendance à une meilleure dose-intensité de chimiothérapie reçue, moins de complications postopératoires, mais un taux équivalent de patients recevant la séquence thérapeutique complète par rapport aux données de la littérature. Une tendance à une meilleure dose-intensité, moins des toxicités de grade ≥ 3 et un meilleur taux de la séquence thérapeutique complète a été observé chez les patients était observée chez les patients ayant perdu moins de poids.

Discussion : La systématisation des interventions de soins de support chez des patients fragiles en oncologie digestive nous semble faisable uniquement avec l'intervention d'un professionnel dédiée à la coordination. Cependant, cet approche systématique, ne nous parait pas le plus approprie pour cette typologie de patiente. Les soins de support personnalisés pour ces patients nous semblent une approche plus adaptée, mais des études de faisabilité et efficacité sont necessaires.

Conclusion : Les parcours intégrés de soins de support impliquent des défis organisationnels. L'évaluation de nos pratiques est essentielle et a permis de mettre en lumière des points d'amélioration de notre parcours. L'implication des IPA permet d'optimiser la coordination et motivation des patients et des équipes. Le parcours intégré actuel n'était pas suffisant pour améliorer l'état nutritionnel en péri-opératoire, servant de rationnel à une étude de préhabilitation en péri-opératoire des CP et des OGC avec un programme plus intensif (GERCOR POP-UP, soumission CPP en cours, ouverture fin 2023).

Remerciements, financements, autres :
Nous remercions tout l'équipe médical et paramédical des soins de support de l'Institut Curie

P289

Le cancer du pancréas : une survie encore plus courte pour un sous-groupe de malades ?

R. Iuliano [1], A. Rousseau [1], A. Tarabay [1], M. Valéry [1], V. Boige [1], I. Ben-Ammar [1], S. Cosconea [2], T. Pudlarz [3], T. Denjean [4], M. Gelli [1], E. Fernandez De Sevilla [1], I. Sourrouille [1], L. Benhaim [1], A. Houbiers [1], A. Fuerea [1], H. Belkhodja [5], M. Ducreux [1], A. Hollebecque [1], A. Boileve [1], C. Smolenschi [1]

(1) Villejuif ; (2) Melun ; (3) Paris ; (4) Tours ; (5) Lyon.

Introduction : Le cancer du pancréas (CP) est une maladie agressive avec une majorité des patients étant diagnostiqués au stade métastatique. Malgré une amélioration de la survie ces dernières années, la plupart des patients avec un cancer du pancréas métastatique aurons une survie inférieure à 1 an. Pour certain, la survie sera encore plus courte avec proposition seulement des soins de support, en raison d'une détérioration clinique importante et de l'évolution rapide de la maladie. Il a été suggéré, pour les patients métastatiques, que le délai entre le diagnostic et début du traitement n'impacte pas négativement le pronostic de cette population.

Patients et Méthodes : Nous avons évalué de manière rétrospective et monocentrique les données des patients avec un CP d'emblée métastatique traités dans notre établissement. Parmi eux, nous avons identifiés les patients avec une survie globale (délais entre diagnostic et décès toute cause) inférieure ou égale à 3 mois. Nous avons décrit cette population en terme de données cliniques, biologiques et moléculaires. Les variables associées au décès à 3 mois ont été identifiées à l'aide d'une régression logistique multivariée.

Résultats : Entre 2006-2022 un total de 500 patients avec un CP d'emblée métastatique ont été traités dans notre établissement. Parmi eux : 426 (85%) ont eu une survie globale supérieure à 3 mois (groupe A) et 74 (15%) ont eu une survie globale inferieure ou égal à 3 mois (groupe B). Les caractéristiques principales des patients (groupe B) étaient les suivantes :53(71.62%) hommes, âge médian 67 ans (IQR:58.0;72.8), majorité en bon etat general au diagnostic initial - ECOG 0-1- 48(72.06%). La localisation de la tumeur primitive était principalement au niveau de la queue -26 patients (35.14%);le site métastatique principal était le foie – 67patients (90.54%) et le péritoine -22 patients (29.73%);les symptomes les plus frequénts au diagnostique étaient la douleur (n=44 59.46%), l'ictère(n=12,16.22%) et l'altération de l'état général (n=11,14.86%). Parmi les facteurs de risques de développer un PC : l'Index de masse corporelle médian était de 23.8 [IQR 21.7;28.1], la consomation de tabac/alcool était présente chez 30patients (52.63%)/23 (39.66%) respectivement.Seulement 15(31.25%) patients avaient un diabete preexistant et 17 (37.78%) une thrombose au diagnostic initial. Le délai entre le diagnostic et début de la chimiothérapie était de 35.5jours [IQR :28.2;56.8] et la majorité des décès était liè à la progression de la maladie (n=51,79.69%). Les données moléculaires et biologiques de cette population sont en cours d'analyse et seront presentées dans le poster.
En comparaison avec les patients du groupe A,les patients du groupe B étaient plus jeune- âge médian 62 ans [IQR 54.0;69.0](p-0.0032), avec un bon état général (n=333,92.50%) ECOG 0-1 (p<0.001), le délai entre le diagnostic et début de chimiothérapie était de 31 jours [IQR: 18.0;49](p-0.03).
Les variables prognostiques de survie à 3 mois retrouvés par l'analyse multivariée (de l'ensemble de la cohorte) étaient les suivantes : le sexe masculin (p-0.004), l' âge (p-0.03)), les métastases péritonéales (p-0.03) et hépatiques (p-0.03). Le délais entre le diagnostic et début de chimiothérapie n'as pas montré d'impact sur le décès à 3 mois, l'analyse de l'impact pronostique des données biologiques (LDH,albumine, neutrophiles) est en cours.

Conclusion : Les résultats de cette étude montrent que la survie des malades avec un CP d'emblée métastatique est liée principalement aux caractéristiques de la maladie et du malade plus qu'au délai entre le diagnostic et début de chimiothérapie. L'analyse des données biologiques ainsi que moléculaires nous permettra d'évaluer également l'impact de ces facteurs sur la survie globale.

P290

Facteurs prédictifs de récidive des calculs de la voie biliaire principale après une CPRE

A. Benhamdane [1], T. Addajou [1], S. Mrabti [1], F. Ait Iken [1], I. Mouslim [1], S. Hdiye , R. Chaibi [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) constitue désormais la technique de référence pour le traitement de la lithiase de la VBP. Cependant, la récidive des calculs de la VBP est fréquente après leurs extraction complète par un traitement endoscopique.
L'objectif de notre étude est d 'identifier les facteurs prédictifs de récidive des calculs de la voie biliaire principale (VBP) après un traitement endoscopique.

Matériels et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive et analytique incluant tous les patients ayant bénéficié d'une CPRE pour lithiase de la VBP entre Janvier 2008 et Septembre 2023.
La récidive de la lithiase de la VBP a été définie par la découverte d'un calcul après plus de 6 mois de la CPRE initiale au cours de laquelle l'extraction a été complète.
Les facteurs associés à la récidive de la lithiase de la VBP ont été étudiés par analyse de régression logistique.
L'analyse statistique a été réalisée par le logiciel Jamovi.

Résultats : Parmi 1151 patients qui ont bénéficié d'une CPRE pour pathologie lithiasique, 88 patients soit 7,7 % ont présenté une récidive de lithiase de la VBP.
L'âge moyen des patients était de 64,5 +/-13,4 ans avec des extrêmes allant de 22 à 94 ans. Le sexe ratio (H/F) était de 0,69 avec une prédominance féminine à 59,1 %.
Sur le plan clinique, 20,5 % des patients présentaient une angiocholite aigue et 6,8% une pancréatite aiguë.
Un diverticule péri ampullaire était retrouvé chez 5,7% des patients (n=5).
En analyse univariée, les facteurs de risque de récidive des calculs de la VBP étaient : l'âge plus avancé (OR :37 ; IC95% : [10,7- 127,2] ; p<0,001), le sexe féminin (OR :9,9 ;IC95% : [4,49-22,04] ; p<0,001)le diamètre de la VBP > 15 mm (OR : 7,36 ;IC95% : [5,51-9,8] ; p<0,001), la présence d'une angiocholite ((OR :2,06 ;IC95% : [1,12-3,8] ; p=0,02), la présence d'un empierrement (OR :8,61; IC95% : [6,51-11,39] ; p=0,018), la présence d'un gros calcul (OR :2,51 ;IC95% : [1,43-4,39] ; p=0,001), tandis que l'élargissement de la SBE (OR :0,18; IC95% : [0,08-0,44] ; p<0,001) était un facteur protecteur.
Après analyse multivariée, et en ajustant sur les facteurs étudiés, seuls l'âge plus avancé (OR :1,96 ; IC95% : [1,94-2,93] ; p=0,001), la présence d'un empierrement (OR : 1,99 ; IC95% : [1,2-3,4] ; p=0,037) et la présence d'un gros calcul (OR :4,06; IC95% : [3,51-6,72] ; p=0,003) étaient des facteurs de risque, et l'élargissement de la SBE (OR :0,31; IC95% : [0,11-0,85] ; =0,024) était un facteur protecteur.

Conclusion : Dans notre étude, les facteurs prédictifs de récidive des calculs de la VBP sont l'âge avancé, la présence d'un empierrement et d'un gros calcul

P291

Intérêt de la kystogastrotomie endoscopique dans le traitement des compressions veineuses liées aux pancréatites aiguës graves compliquées de collections

C. Cavaillon Pinod [1], M.P. Vullierme [2], T. Lefebvre [1], P.Y. Eyraud [1], A. Durand [1], B. Napoléon [3], C. Allimant [4], C. d'Engremont [1]

(1) La Tronche ; (2) Annecy ; (3) Lyon ; (4) Chambéry.

Introduction : Les indications du drainage endoscopique des collections post-pancréatites aiguës graves sont la surinfection et la compression symptomatique d'un organe de voisinage. Le taux de complications veineuses survenant au cours de la pancréatite aiguë grave est mal connu et il n'existe pas de recommandations concernant le traitement des compressions veineuses secondaires aux collections post-pancréatites. L'objectif de l'étude était de décrire les événements vasculaires survenant au cours d'une pancréatite aiguë sévère compliquée d'une collection post pancréatite aigüe puis d'évaluer l'influence de la kystogastrostomie endoscopique (KE) sur l'évolution des compressions veineuses.

Patients et Méthodes : Il s'agissait d'une étude rétrospective bi-centrique incluant tous les patients traités par kystogastrostomie endoscopique pour une collection post-pancréatite aiguë. Le scanner réalisé à 72-96h après le début des douleurs, évaluait la gravité radiologique de la pancréatite. Le scanner de référence était réalisé dans les 48h précédant la kystogastrostomie endoscopique. Le critère de jugement principal était le taux de compressions veineuses visibles sur le scanner réalisé 6 mois après la kystogastrostomie endoscopique, en comparaison avec le scanner de référence. La relecture radiologique, centralisée, était réalisée par un expert en pathologie bilio-pancréatique.

Résultats : Entre Mars 2010 et Novembre 2022, 49 patients (75% hommes ; âge médian 67 ans) ont été inclus dans l'étude. La pancréatite était lithiasique dans la moitié des cas. Le score de gravité scanographique (CTSI) était compris entre 8 et 10 chez 100% des patients. La kystogastrostomie endoscopique était réalisée avec une durée médiane de 34 jours après le diagnostic de la pancréatite aiguë. Sur le scanner de référence, des complications veineuses étaient observées chez 80% (n=39) des patients. Les taux de compression veineuse et de thrombose veineuse s'élevaient respectivement à 67% (n=33) et 41% (n=20). Des signes d'hypertension portale étaient déjà visibles chez 33% (n=16) des patients. Une anticoagulation curative était relevée pour 18 des 20 patients porteurs d'une thrombose veineuse. Six mois après la kystogastrostomie endoscopique, la proportion de patients qui présentaient une compression veineuse diminuait de façon significative par rapport au scanner de référence (n=20 ; 50% ; p=0,039). Le taux de thromboses veineuses n'évoluaient pas au cours du temps malgré l'anticoagulation (n=19 ; 47,5% ; p=1). Le taux d'hypertension portale augmentait de façon significative avec le temps (p=0,002). Parmi les 14 patients pour qui la compression veineuse disparaissait au scanner des 6 mois, 5 (36%) d'entre eux ne développaient pas d'hypertension portale à la fin du suivi. La morbidité globale de la kystogastrostomie endoscopique était de 14%.

Conclusion : Les complications veineuses et particulièrement les compressions veineuses sont fréquentes dans les pancréatites aiguës graves. Il existe une diminution significative du taux de compression veineuse après kystogastrostomie endoscopique. Cependant, cela ne prévient pas l'apparition d'une hypertension portale. Le taux de thrombose veineuse reste inchangé malgré l'anti-coagulation curative. Une étude de plus grande ampleur est nécessaire pour connaître le profil des patients qui pourrait bénéficier de la régression de la compression veineuse.

P292

Impact de l'ascite dans la pancréatite aiguë : corrélations cliniques et pronostic

F. Amri [1], H. Koulali [1], O. El Mqaddem [1], A. Zazour [1], Z. Ismaili [1], G. Kharrasse [1]

(1) Oujda, MAROC.

Introduction : L'ascite touche jusqu'à 38,5% des patients atteints de pancréatite aigüe (PA). Ce liquide contient des enzymes pancréatiques et des cytokines inflammatoires potentiellement toxiques, et contribuent également à l'hypertension intra-abdominale. Malgré son impact potentiel, l'association entre l'ascite et les complications de la PA demeure insuffisamment explorée. Nous avons conçu cette étude pour évaluer l'impact de l'ascite sur le pronostic de la PA.

Patients et Méthodes : Nous avons conduit une étude rétrospective à visée descriptive et analytique sur une cohorte de patients diagnostiqués d'une PA, toutes étiologies confondues, dans un centre hospitalier universitaire, sur une période s'étendant de janvier 2018 à décembre 2021. Les participants ont été répartis en deux groupes distincts en fonction de la présence ou de l'absence d'ascite. L'analyse des données a été réalisée avec le logiciel SPSS.

Résultats : Parmi les 300 patients atteints d'une PA inclus dans notre étude, 29 d'entre eux (soit 9,7%) présentaient une ascite confirmée radiologiquement. Les patients avec ascite avaient des manifestations cliniques plus sévères, notamment une incidence significativement plus élevée de troubles de conscience (6,4 % contre 1,1% ; p = 0,005) et d'épanchement pleural (44,8% contre 10% ; p = 0,000). De plus, une association significative a été observée entre la présence d'ascite et un SIRS persistant (31 % contre 13,3% ; p = 0,005), ainsi qu'un score BISAP entre 3 et 5 (27,6% contre 12,5% ; p = 0,027). De plus, le score de Balthazar modifié était significativement plus élevé chez les patients avec ascite, avec un OR de 6,822 (IC à 95% : 3,326–13,995 ; p < 0,001).
En ce qui concerne les complications locales, l'incidence des WON était également significativement plus élevée en cas de présence d'ascite, avec un OR de 6,369 (IC à 95% : 2,289–17,722 ; p = 0,000). De même, l'infection des coulées de nécrose (4,2% contre 0% ; p = 0,001). Cependant, aucune association significative n'a été observée avec l'insuffisance rénale et la valeur de la CRP.
En ce qui concerne la mortalité, les patients présentant de l'ascite ont présenté un risque de décès considérablement plus élevé, avec un odds ratio (OR) de 7,857 (IC à 95 % : 2,317–26,649 ; p = 0,001).

Conclusion : Notre étude révèle une forte corrélation entre la présence d'ascite chez les patients atteints de PA et un risque accru de morbi-mortalité ainsi que de complications locales. Ces résultats soulignent l'importance d'une surveillance attentive de ces patients pour une meilleure gestion clinique.

P293

TIPMP avec worrisome features : quelle est la meilleure prise en charge ?

M. Bouchet [1], B. Bournet [1], C. Maulat [1], L. Buscail [1], N. Carrere [1], B. Suc [1], F. Mokrane [1], F. Muscari [1]
(1) Toulouse.

Introduction : Les TIPMP ont un potentiel dégénératif variable. Le challenge de leur prise en charge est de cibler les patients à risque pour ne pas proposer de chirurgie ou de surveillance par excès. Les objectifs de cette étude sont de comparer les résultats du traitement chirurgical par rapport à ceux de la surveillance active pour les patients présentant une TIPMP avec worrisome features, à risque intermédiaire de dégénérescence, et de les confronter à une population contrôle composée de patients à faible et haut risque de dégénérescence.

Patients et Méthodes : 286 patients opérés ou suivis pour TIPMP de 1999 à 2020 ont été inclus rétrospectivement et répartis en 3 groupes selon la présence des critères worrisome et high risk des recommandations internationales : faible, intermédiaire et haut risque de dégénérescence. Toutes les décisions de prise en charge étaient discutées en reunion de concertation pluridisciplinaire spécialisée.

Résultats : Il n'y a pas de différence de survie globale entre les patients du groupe à risque intermédiaire opérés d'emblée et ceux surveillés. Le nombre cumulé de worrisome features, l'atteinte du canal principal et la présence de symptômes étaient significativement plus représentés dans le groupe chirurgical. 40 % des patients surveillés au sein du groupe à risque intermédiaire ont présenté une progression durant la surveillance, avec apparition d'un nouveau worrisome features ou d'un high risk stigmata, conduisant à 100% de changement de stratégie.

Conclusion : Le choix de la prise en charge est surtout guidé par le nombre de worrisome features. Une prise en charge conservatrice est possible, sans surrisque sur la survie. Un patient surveillé sur deux évoluera et sera opéré au cours du suivi, sans péjorer la survie globale.

P294

Évaluation du statut nutritionnel chez les patients atteints de cancer du pancréas : une cohorte rétrospective

F. Amri [1], M. Rahaoui [1], H. Koulali [1], O. El Mqaddem [1], A. Zazour [1], Z. Ismaili [1], G. Kharrasse [1]
(1) Oujda, MAROC.

Introduction : Le cancer du pancréas (CP) est le 12e cancer le plus fréquent dans le monde et la 7e cause de mortalité par cancer (Globocan 2020). Un diagnostic précoce et une résection chirurgicale offrent la meilleure chance de rémission potentielle. La perte de poids, la dénutrition et la cachexie oncologique, qui sont assez courantes chez les patients atteints de CP, reflètent un pronostic sombre. Notre objectif était d'étudier les aspects nutritionnels des patients diagnostiqués avec un CP, leur corrélation avec le stade de la maladie et l'impact sur la prise en charge

Patients et Méthodes : Cette étude repose sur une cohorte observationnelle descriptive et analytique, portant sur des patients diagnostiqués avec un cancer du pancréas entre janvier 2018 et décembre 2022. L'analyse a été effectuée en utilisant le logiciel SPSS.

Résultats : Un total de 200 nouveaux cas de cancer du pancréas ont été recensés, avec un âge moyen de 64,6 +/- 11,5 ans (allant de 33 à 91 ans). La grande majorité des patients (90%) avaient plus de 50 ans, sans distinction significative entre les sexes, avec 50,5 % d'hommes et 49,5 % de femmes. Le diabète a été retrouvé chez 38,1 % des patients. Seulement 7,5 % des cas étaient obèses, tandis que 23 % étaient fumeurs et 12,7 % signalaient une consommation chronique d'alcool. Les principaux symptômes rapportés comprenaient une douleur abdominale (88,5 %), un ictère (57 %), des vomissements (28,5 %), une perte de poids (51 %) et une anorexie (50 %). Le cancer était résectable dans 19,5 % des cas, borderline ou localement avancé dans 47 % des cas, et métastatique dans 33,5 % des cas. Un score OMS ≥ 3 a été observé dans 16,5 % des cas, montrant une corrélation significative avec le stade de la tumeur, atteignant 60,6 % en cas de métastases (P=0,001). L'IMC était inférieur à 18,5 kg/m² dans 25 % des cas. Une hypoalbuminémie a été détectée chez 44,5 % des patients (notamment dans 39,3 % des cas de cancer métastatique, P=0,024). Selon l'indice de risque nutritionnel (NRI), un risque majeur ou modéré de dénutrition a été identifié dans 37,5 % des cas, avec une prévalence plus élevée de 46,7 % chez les patients atteints de métastases (p=0,001). Ce risque était également plus prononcé chez les patients diabétiques, atteignant 48,7 % (P=0,02). En raison de la dénutrition sévère, 33,3 % des cas résectables ont été exclus de la chirurgie, tandis que 7,7 % des patients opérés ont développé des fistules pancréatiques

Conclusion : Cette étude met en évidence un lien significatif entre le stade avancé du cancer du pancréas et la détérioration du statut nutritionnel des patients. Ces résultats soulignent l'importance d'une détection précoce de la maladie pour améliorer les perspectives de prise en charge ainsi que la gestion de la nutrition de ces patients. Une attention particulière doit être accordée aux patients diabétiques, car ils semblent présenter un risque accru de dénutrition.

P295

Evaluation du taux de récidive d'évènements biliaires dans les suites d'un épisode de pancréatite aiguë non grave et recherche de facteurs prédictifs de récidive : étude rétrospective observationnelle unicentrique

M. Grandjean [1], E. Felli [2], P. Pessaux [1], F. Habersetzer [1], P. Mayer [1]
(1) Strasbourg ; (2) Tours.

Introduction : La pathologie lithiasique est une affection fréquente dans les pays occidentaux. La pancréatite aiguë est un des motifs les plus fréquents de passage aux urgences. Son étiologie peut être diverse, le plus fréquemment il s'agit d'une cause biliaire ou éthylique. Le taux de récidive de pancréatite aiguë dépend de la cause, il est estimé entre 18% et 20%. En cas de pancréatite aiguë biliaire, une cholécystectomie durant l'hospitalisation ou dans les deux semaines suivant l'épisode de pancréatite aiguë est recommandée. Cependant, de nombreuses études de vraies vies montrent que ce délai est rarement respecté.
L'objectif principal de cette étude était d'évaluer le pourcentage de récidive de pathologie biliaire dans les pancréatites aiguës biliaires non sévères entre l'épisode de pancréatite aiguë et la cholécystectomie ainsi que de définir des facteurs prédictifs de récidive de pathologie biliaire.

Patients et Méthodes : Nous avons mené une étude observationnelle rétrospective uni centrique au sein du Centre Hospitalier Régional Universitaire de Strasbourg en incluant les patients hospitalisés dans le Service d'Hépato-gastroentérologie et atteints d'une pancréatite aiguë biliaire non sévère (CTSI ≤ 2), de janvier 2019 à décembre 2021.

Résultats : Au total, 201 patients ont présenté une pancréatite aiguë biliaire dont146 patients ont pu être inclus dans l'étude car ils présentaient une pancréatite aiguë étiquetée biliaire, non grave (classée CTSI ≤ 2). Parmi eux, 19% des patients ont présenté une récidive de pathologie biliaire. Dans la majorité des cas, la récidive est survenue chez des hommes (57% p=0,10). La plupart des patients ayant récidivé étaient cholécystectomisés plus de deux semaines après leur épisode de pancréatite aiguë (93% vs 77% dans le groupe sans récidive, p=0,26). En effet, le délai moyen de cholécystectomie dans notre série était de 5 mois avec une médiane à 4 mois. De plus, dans cette étude, 32% des patients sans récidive ont bénéficié d'un drainage endoscopique lors d'une CPRE (vs 25% dans le groupe de patient ayant récidivé, p=0,60). Enfin, la présence d'une créatinémie supérieure à 100 µmol/L (p 0,03) à l'admission et la persistance d'une urée augmentée à plus de 7mmol/L à 48h de l'admission (p=0,14) semblaient être plus fréquentes en cas de récidive de pathologie biliaire.

Conclusion : Dans notre série, 19% des patients ont présenté une récidive de pathologie biliaire après un épisode de pancréatite aiguë biliaire non grave. La majorité d'entre eux était des hommes, non cholécystectomisés dans les délais recommandés. La récidive semblait survenir plus fréquemment chez les patients présentant une créatinémie augmentée au bilan biologique d'admission ainsi que ceux avec une urémie augmentée à 48h de l'admission.
Il semble donc nécessaire de réaliser des études prospectives de plus grande envergure afin d'établir ou non une corrélation entre ces paramètres et le risque de récidive biliaire. En cas de facteurs de risques avérés, un score évaluant le risque de récidive à court terme pourrait être conçu afin d'identifier les patients à risque de récidive majeure chez qui une cholécystectomie rapide serait nécessaire.

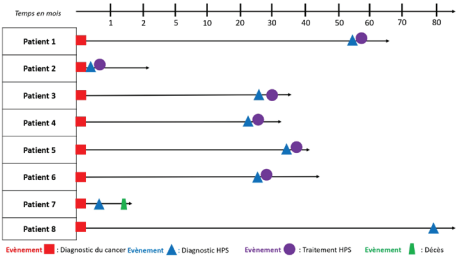
P296

Hypertension portale symptomatique et cancers pancréatiques ou biliaires : une complication de plus en plus fréquente chez des patients non cirrhotiques. Étude observationnelle sur le profil des patients et la stratégie de prise en charge

A. Gonzalez [1], P. Castellani [1], O. Piétri [1], F. Sellier [1], H. Perrier [1], U. Scemama [1], M. Bourlière [1], X. Adhoute [1]
(1) Marseille.

Introduction : Le terme de « pseudocirrhose » est utilisé pour désigner des infiltrations tumorales hépatiques essentiellement d'origine mammaire (1). Une hypertension portale (HTP) secondaire peut être également observée dans un contexte de cancer biliaire ou pancréatique désormais mieux contrôlés (2). Les causes parfois intriquées sont diverses : occlusion / thrombose porte (au diagnostic ou à la progression), bloc intra-hépatique «primaire» (cholangiocarcinome avec cirrhose (3)) ou secondaire (stéatose post pancréatectomie [rapportée dans 8 à 37% des cas] (4), syndrome d'obstruction sinusoïdal (SOS) post chimiothérapie). Les conséquences peuvent être une ascite ou une hémorragie digestive. Se pose alors la question du diagnostic de cette HTP (à ne pas confondre avec une récidive de la néoplasie) et de la stratégie de prise en charge de ces patients.

Matériels et Méthodes : Analyse rétrospective monocentrique durant la période septembre 2022 - septembre 2023. Ont été sélectionnés les patients avec cancers pancréatiques (adénocarcinome ADK, n=89) ou biliaires (cholangiocarcinome intra-hépatique CCK-IH ou juxta hilaire CCK-JH, n=31) ayant présenté au cours du suivi une hypertension portale symptomatique (HTPS), en excluant les patients cirrhotiques au diagnostic, ainsi que les patients avec métastases hépatiques diffuses. Ont été collectées les données sur le profil des patients, le délai d'apparition (en mois) de l'HTPS par rapport à la date de diagnostic du cancer [Figure 1], le type de bloc [pré ± intra-hépatique], les modalités de traitement (procédures endoscopiques et / ou radiologiques).



Résultats : Pendant cette période 8 patients (6.7%) ont développé une HTPS [ADK pancréatique n=7, CCK-IH n=1]. Le mode de présentation était une hémorragie digestive (n=5) ou une ascite (n=3). Ce groupe comportait une majorité d'homme (75%), d'âge moyen 70 ans, avec un indice de performance 1 (75%) ou 2, et une situation carcinologique variable lors du diagnostic de l'HTPS [surveillance active 25%, récidive métastatique post résection 50%, première ligne systémique 25%]. Le traitement initial du cancer était une chirurgie de résection (pancréatectomie céphalique PC n=5, lobectomie gauche n=1) ± associée à une chimiothérapie périopératoire, ou une chimiothérapie exclusive (n=2), avec dans tous les cas de l'oxaliplatine (n=8). Le délai médian entre le diagnostic du cancer et l'apparition d'une HTPS était de 25,5 mois [Figure 1]. L'HTPS était secondaire à un bloc pré-hépatique exclusif (50%, occlusion veineuse mésentérico - porte), intra hépatique exclusif (25%, cirrhose, SOS), mixte pré et intra hépatique (25%, occlusion porte, cirrhose secondaire, infiltration diffuse). Une preuve histologique de cirrhose était documentée parmi 2 patients avec antécédents de PC. Les données biologiques de l'ensemble du groupe

lors du diagnostic d'HTPS étaient les suivantes : Plaquettes 103 G/L (78 - 326), Grade Albi : G1 (n=1), G2 (n=5), G3(n=2), TP 79,5% (52 - 140), ASAT 52 U/L (22 - 157), ALAT 44 U/L (18 - 119), GGT 93 U/L (21 - 837), PAL 172 U/L (32 - 704), Albumine 31.5 g/L (27.5 – 38.3). L'endoscopie [± écho-endoscopie] retrouvait des varices œsophagiennes VO (n=3), des varices gastriques VG (n=2), une circulation collatérale péri-anastomotique post PC et des perforantes (n=3), l'absence de VO / VG (n=2). On ne retrouvait pas de signes d'HTP en imagerie parmi 25% des patients. Une prise en charge thérapeutique de l'HPS a pu être proposée à 75 % des patients (ascite résolutive n=1, décès précoce n=1 ; [Figure 1]): procédure endoscopique exclusive (25%, ligature, colle biologique), radiologique exclusive (50%, re-canalisation veineuse mésentérico-porte et embolisation de veines collatérales, implantation de shunt porto cave associé à une re-canalisation mésentérico-porte).

Conclusion : L'apparition d'une hypertension portale symptomatique liée à un bloc pré et / ou intra hépatique est une complication potentielle à ne pas méconnaitre dans un contexte de cancer pancréatique ou biliaire chez des patients non cirrhotiques. Une attention particulière devra être portée aux patients avec un antécédent de PC, indépendamment de la situation carcinologique. Une diminution du taux de plaquettes (< 150 G/L) peut orienter vers un tel diagnostic. Une confrontation des données radiologiques, [écho]-endoscopiques voire anatomopathologiques est nécessaire pour une prise en charge optimale et la mise en place de mesures thérapeutiques adaptées.

P247

La lithiase biliaire asymptomatique chez les patients âgés : faut-il prendre le risque de recourir à la CPRE ?

D. Ibn Majdoub Hassani [(1)], M. Lahlali [(1)], A. Lamine [(1)], N. Lahmidani [(1)], M. El Yousfi [(1)], H. Abid [(1)], A. El Mekkaoui [(1)], S.A. Ibrahimi [(1)], M. El Abkari [(1)], D.A. Benajah [(1)]

(1) Fès, MAROC.

Introduction : L'incidence des pathologies des voies biliaires augmente avec une tendance liée à l'âge et progresse à mesure que la population vieillit. L'endoscopie rétrograde cholangiopancréatographie (CPRE) représente le traitement standard de référence dans ces cas, mais des débats persistent concernant sa sécurité chez les personnes âgées en particulier en cas de lithiase non compliquée
Le but de notre étude est de comparer les résultats de la CPRE dans la pathologie lithiasique non compliqué chez les sujets âgés respectivement moins et plus de 75ans.

Matériels et Méthodes : Notre étude est une étude rétrospective descriptive allant de janvier 2021 au mois de juin 2023, regroupant ainsi 86 malades subdivisés en deux groupes : Groupe I : patients âgés de plus de 75ans et 2 : les patients âgés de moins de 75ans résultats, le critère d'inclusion de nos malades était la lithiase de la VBP non compliquée. On a comparé le déroulement et les complications de la CPRE au sein des deux groupes.

Résultats : Le groupe I, des patients âgés représentait 13,7% de la population, avec un âge moyen de 83,6 +/- 5,5ans, et des extrêmes allant de 75ans à 97ans, le sexe ratio était 1,2. Parmi ces patients, 59,6 % étaient sans antécédents chirurgicaux notables, 31,7 % étaient cholecystéctomisés, et 7% seulement ayant un ATCD de sphinctérotomie biliaire endoscopique. La dilatation de la VBP était en moyenne de 14,8mm. Un empierrement cholédocien a été retrouvée chez 38 % des cas. Une vacuité de la VBP a été obtenue dans 63,7% des cas dans le groupe des patients âgés, comparée a 78,4% dans le groupe II (p<0,001) le recours de manœuvres endoscopiques supplémentaires était de 30,7% dans le groupe I comparé à 18,3% seulement dans le groupe II (p=0,003). Le taux de succès global était de 82,2% dans le groupe I, comparé à 89,5% dans le groupe II (P=0,012) le taux de complications précoces était de 42,5% dans le groupe des sujets âgés, comparé à 38,7% dans le groupe II, sans différence significative (p=0,06)

Conclusion : Malgré le taux de succès globale reste meilleur chez les sujet plus jeune, les résultats de la CPRE dans la pathologie lithiasique chez les sujet âges de plus de 75 ans, restent satisfaisantes, sans différence statistiquement significative en terme de complications ce qui nous permet de déduire que la CPRE garde tout de même son intérêt chez le sujet âgé.

P298

Pancréatite aiguë : peut-on prédire le pronostic grâce à l'hypo-albuminémie ?

F. Amri [1], H. Koulali [1], O. El Mqaddem [1], A. Zazour [1], Z. Ismaili [1], G. Kharrasse [1]
(1) Oujda, MAROC.

Introduction : La pancréatite aiguë (PA) constitue une urgence fréquente en gastro-entérologie, comportant un risque de complications locales et systémiques susceptibles d'impacter le pronostic vital. Par conséquent, l'identification des formes graves revêt une importance capitale pour les praticiens. Dans cette optique, divers scores ont été élaborés au fil des années. Cependant, la question se pose : l'hypo-albuminémie peut-elle être considérée comme un facteur pronostique à prendre en compte ?

Patients et Méthodes : Matériel et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective de nature descriptive et analytique menée sur les cas de PA diagnostiqués au sein d'un CHU sur une période de 4 ans (de janvier 2018 à décembre 2021). L'analyse des données a été réalisée à l'aide du logiciel SPSS, en utilisant le test du Chi carré et une régression logistique multivariée pour évaluer les relations.

Résultats : Nous avons recensé un total de 300 patients atteints de PA. L'âge moyen était de 54,7 +/- 18,28, et nous avons observé une prédominance féminine (71%) avec un ratio homme/femme de 0,41. Les étiologies les plus fréquentes étaient les suivantes : pancréatite biliaire dans 79,7% des cas, pancréatite post-CPRE dans 3% des cas, médicamenteuse dans 2,7% des cas, métabolique dans 1,4% des cas, liée à l'alcool dans 1,3% des cas, et d'autres étiologies dans 6,6% des cas. Dans 5,3% des cas, la pancréatite était idiopathique. Nous avons noté une hypo-albuminémie chez 32% des patients. Ces patients présentaient les caractéristiques suivantes : un syndrome de réponse inflammatoire systémique (SIRS) persistant après 48 heures dans 28,1% des cas, contre 8,8% des patients ayant des taux d'albumine normaux (p=0,000); un score de BISAP compris entre 3 et 5 dans 71,7% des cas, comparé à 45,2% (p=0,001) ; une insuffisance rénale dans 19,8% des cas, contre 6,9% (p=0,001) ; un score de Balthazar supérieur ou égal à 4 dans 61,5% des cas, comparé à 31,1% (p=0,000) ; enfin, une concentration de CRP > 100 mg/l dans 70,8% des cas, comparé à 49% (p=0,000). De plus, nous avons observé une mortalité plus élevée parmi les patients présentant une hypo-albuminémie (p=0,009).

Conclusion : En résumé, notre étude souligne l'importance de l'hypo-albuminémie comme indicateur pronostique majeur dans la PA. Les patients présentant ce marqueur ont un risque accru de complications graves et de mortalité. L'identification précoce de cette condition permet une prise en charge proactive, susceptible d'améliorer le pronostic.

P299

La prévalence des sténoses duodénales dans le cadre du cancer pancréatique

I. Qarch [1], M. Borahma [1], F.Z. Chabib [1], I. Benelbarhdadi [1], F.Z. Ajana [1]
(1) Rabat, MAROC.

Introduction : Les sténoses duodénales sont une complication fréquente des cancers du pancréas, se produisant généralement dans 20 % des cas.
Ces sténoses demeurent une complication redoutable pouvant altérer considérablement la qualité de vie de ces patients et, dans les cas avancés, pouvant être mortelles.
À l'heure actuelle, le traitement endoscopique conserve son intérêt et est indiqué en première intention, notamment pour les patients présentant un risque chirurgical non négligeable et une espérance de vie courte.

Patients et Méthodes : Il s'agissait d'une étude rétrospective descriptive monocentrique sur une période de quatre ans et demi, de mai 2019 à août 2023, incluant tous les patients atteints de tumeurs pancréatiques compliquées par des sténoses duodénales.
L'objectif de notre travail est de déterminer la prévalence des sténoses duodénales dans le cadre des tumeurs pancréatiques, ainsi que le profil descriptif et évolutif de ces patients.

Résultats : Il s'agissait d'une étude rétrospective descriptive monocentrique sur une période de quatre ans et demi, de mai 2019 à août 2023, incluant tous les patients atteints de tumeurs pancréatiques compliquées par des sténoses duodénales.
Résultats : sur un total de 85 patients atteints de tumeurs pancréatiques, 18 patients ont présenté une sténose duodénale, soit une incidence de 21 %. L'âge moyen de nos patients était de 64 ans, avec un écart type de 10,4. On a noté une nette prédominance féminine chez 56,25 % (n=9) et un sex-ratio H/F de 1.
Les principaux facteurs de risque de cancer pancréatique retrouvés chez nos patients étaient le tabagisme chez 8 patients (44 %), le diabète chez 5 patients (27 %) et un syndrome métabolique chez 3 patients (16 %).
Le délai diagnostic médian était de 2,5 mois (de 15 jours à 7 mois).
Sur le plan clinique, 12 patients ont présenté un syndrome occlusif haut se manifestant par des vomissements post-prandiaux tardifs. L'état général était classé selon l'OMS à 2 dans 44 % (n=8), à 1 dans 22 % (n=4), à 3 dans 22 % (n=4) et à 4 (n=2) dans 11 % des cas. L'évaluation de l'état nutritionnel selon les critères de la HAS a révélé une dénutrition sévère dans 56 % (n=10) des cas, modérée dans 27 % (n=5) et absence de dénutrition dans 16 % (n=3) des cas.
L'endoscopie œso-gastro-duodénale a révélé une sténose duodénale par envahissement tumoral luminal difficilement franchissable chez 13 patients (72 %), infranchissable chez 3 patients (16 %) et une sténose duodénale par compression extrinsèque chez 2 patients (12 %). Le dosage du CA19-9 était nettement positif chez 90,9 % des patients, avec une valeur moyenne de 4883,4 [de 2 à 30245], et l'ACE était positif chez 36,3 % des patients, avec une valeur moyenne de 12,95 [de 4,83 à 7].
La localisation de la tumeur était céphalique dans 68,75 % des cas, cervico-isthmique dans 18,75 % et au niveau de l'uncus dans 12,5 % des cas. Le type histologique était un adénocarcinome chez 17 patients (94 %) et un neuroendocrine chez un seul patient.
Les tumeurs ont été classées par stade selon la classification TNM AJCC 2017 : 11 patients étaient au stade IV (61 %) et 7 patients (39 %) étaient au stade III. Dix patients (55 %) ont été diagnostiqués au stade métastatique, 6 patients (33 %) au stade d'une tumeur pancréatique localement avancée, et 2 patients avaient des tumeurs résécables, dont 1 a été proposé pour une chirurgie curative et l'autre était inopérable.
Tous les patients ont présenté une obstruction des voies biliaires au moment du diagnostic, nécessitant un drainage biliaire par voie endoscopique rétrograde avec mise en place d'une prothèse biliaire métallique dans 87,5 % des cas, un drainage endoscopique avec mise en place d'une dérivation choledoco-bulbaire sous échoendoscopie dans 1 cas, un drainage antegrade dans 1 cas et un drainage chirurgical dans 1 cas.

Quatre patients ont bénéficié d'une dérivation gastro-jéjunale, et 3 autres ont bénéficié d'une prothèse duodénale.

Conclusion : À l'heure actuelle, l'invasion tumorale du duodénum ne fait pas partie des éléments pour stadifier les tumeurs pancréatiques, mais sa prévalence n'est pas négligeable (21 %) et elle est fréquemment retrouvée chez les patients atteints de tumeurs localement avancées ou métastatiques. Le traitement consiste en la mise en place d'une prothèse duodénale endoscopique ou la réalisation d'une anastomose intestinale chirurgicale.

P300

Pancréatite aiguë médicamenteuse secondaire à l'azathioprine dans le cadre des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin

R. Seydou [(1)], O. Mohammad [(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'azathioprine demeure un traitement de choix dans la prise en charge des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI). La survenue d'une pancréatite aigue liée à son utilisation est reconnue mais cependant l'incidence reste faible. Le but de notre travail est de rapporter la prévalence des pancréatites aigues survenues chez les patients suivis pour MICI ainsi que leur profil clinique, biologique, radiologique et évolutif.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude transversale, descriptive menée sur 3 ans (Janvier 2019-Decembre 2023), colligeant tous les patients suivis pour MICI, mis sous azathioprine et ayant développés une pancréatite aigue, retenue sur des arguments cliniques, biologiques et radiologiques.

Résultats : 375 patients suivis pour MICI sous azathioprine sont colligés. Parmi eux, 37,5% avaient présenté une pancréatite aigüe. La moyenne d'âge était de 28,7 ans avec un sexe ratio à 1. Dans cette série, 7 patients étaient suivis pour maladie de Crohn et 3 pour recto colite hémorragique. La localisation iléo-colique de la maladie prédominait chez 57,14% patients avec un phénotype fistulisant chez 83,3%. La localisation pancolique de la rectocolite hémorragique prédominait chez 2 patients.
Le délai d'apparition de la symptomatologie était 7 jours [5-30]. 70% des patients avaient des épigastralgies transfixiantes et des vomissements. Le taux moyen de la lipasémie était de 164UI/l. Le scanner abdominal injecté réalisé chez tous les patients, a permis d'objectiver une pancréatite stade B de la classification de Balthazar chez 75%. Après un bilan étiologique exhaustif, qui a exclu l'étiologie alcoolique, biliaire et auto-immune, l'azathioprine a été retenu comme la seule cause de ces pancréatites et son arrêt a permis une évolution favorable. L'azathioprine a été remplacé par une biothérapie (Infliximab) chez 70%, 20% ont reçu un traitement par les aminosalicylés et 10% un immunosuppresseur (méthotrexate).

Conclusion : L'azathioprine reste un traitement de choix, dans le traitement des maladies inflammatoires intestinales chroniques, mais dont l'un des rares effets demeure la pancréatite aigue. L'implication de l'azathioprine, dans le déclenchement d'une pancréatite aiguë est une éventualité rare mais non exceptionnelle. Cependant, l'évolution est le plus souvent favorable à l'arrêt du traitement.

P301

Évaluation des facteurs prédictifs de malignité des tumeurs intracanalaires papillaires et mucineuses du pancréas

A. N'Khaili [(1)], H. Aouroud [(1)], M. Aouroud [(1)], F.E. Lairani [(1)], O. Nacir [(1)], A. Ait Errami [(1)], S. Zouhour [(1)], S. Oubaha [(1)], K. Krati [(1)]
(1) Marrakech, MAROC.

Introduction : INTRODUCTION : Les tumeurs intracanalaires papillaires et mucineuses du pancréas (TIPMP) sont des lésions kystiques pré-cancéreuses développées aux dépens des canaux pancréatiques (principaux ou secondaires), de découverte majoritairement fortuite. Leur prévalence est probablement très élevée et est estimée à > 10 % de la population âgée de plus de 60 ans.
L'objectif de cette étude visait à évaluer la valeur prédictive des facteurs de risques de malignité des tumeurs intracanalaires papillaires et mucineuses du pancréas (TIPMP)

Matériels et Méthodes : C'est une étude rétrospective concernant les patients ayant eu une TIPMP opérée entre janvier 2018 et décembre 2022 inclus.

Résultats : Parmi les 50 patients inclus, 68 % (35/50) avaient des lésions malignes et 32 % (16/50) 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 %).. 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 %.

Conclusion : Notre étude démontre que les facteurs prédictifs de malignité utiles sont la présence d'un ictère obstructif, un nodule > 5 mm, et d'une masse parenchymateuse. Seule une très faible partie de ces patients aura des lésions évolutives et fréquentes invasives . Cependant, une politique de surveillance est proposée par tous les experts et pour tous cas .

P302

Apport de l'écho-endoscopie bilio-pancréatique dans l'exploration étiologique des pancréatites aiguës idiopathiques

S. Zahraoui [(1)], M. Salihoun [(1)], F. Bouhamou [(1)], I. Serraj [(1)], M. Acharki [(1)], N. Kabbaj [(1)]
(1) Rabat, MAROC.

Introduction : La pancréatite aiguë (PA) est définie par l'autodigestion du pancréas. Ses étiologies sont multiples. L'écho-endoscopie revêt un rôle primordial dans les pancréatites aigues dont l'étiologie reste indéterminée après un bilan de première intention négatif. L'objectif de notre travail est de souligner l'intérêt de l'échoendoscopie dans le diagnostic étiologique de la PA.

Matériels et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective de 106 cas de PA dont l'étiologie est restée indéterminée après un bilan de première intention négatif, colligés entre octobre 2015 et Aout 2023. Les données cliniques, biologiques et endoscopiques ont été collectées à partir des registres de l'écho-endoscopie.

Résultats : 106 cas de PA idiopathiques ont été colligés. L'âge médian était de 58,45 ans avec une nette prédominance féminine (Sex-ratio H/F : 0,7). 91 patients (85,8%) ont bénéficié de l'écho-endoscopie après 1 seul épisode de PA, 9 patients (8,5 %) après 2 épisodes de PA, 3 patients (2.8%) après 3 épisodes de PA et 3 patients (2,8%) après 4 épisodes de PA. L'écho-endoscopie a été réalisée dans un délai de moins d'une semaine chez 6 patients (5,6 %), entre de 2 et 8 semaines chez 59 patients (55,6%) et dans un délai supérieur à 8 semaines chez 41 patients (38,6%). L'origine lithiasique était prédominante dans 66 cas (62,2%) : microlithiases vésiculaires sans LVBP dans 31 cas (47%), et microlithiases vésiculaires associées à une LVBP dans 35 cas (53%). Une TIPMP a été objectivée dans 14 cas (13,2%), une pancréatite chronique calcifiante dans 6 cas (5,6%), un ADK pancréatique dans 3 cas (2.8%), un ampullome Vatérien dans 2 cas (1.88%), une pancréatite auto-immune dans 2 cas (1,88%), un pancréas divisum a dans 2 cas (1,88%) et un cholangiocarcinome dans 1 cas (0,94%). Un matériel hydatique a été objectivé chez un patient opéré pour KHF (0,94%). Un aspect de cholangite a été observé dans un cas (0,94%). L'écho-endoscopie était normale dans 8 cas (7,54%) dont un jeune patient de 24 ans chez qui l'origine génétique a été fortement suspectée.

Conclusion : Les résultats de notre étude confirment que l'écho-endoscopie reste un examen incontournable dans le bilan étiologique de pancréatite aiguë après la négativité du bilan de première intention. L'origine biliaire reste la cause plus fréquente suivie par l'origine tumorale et la pancréatite chronique.

P303

Pancréatite aiguë et grossesse : à propos de 37 cas

I. Bounouar [1], C. El Manjra [1], O. Nacir [1], F.E. Lairani [1], A. Ait Errami [1], S. Oubaha [1], K. Krati [1]

(1) Marrakech, MAROC.

Introduction : L'association pancréatite aiguë et grossesse est rare, son diagnostic est difficile vu le contexte gravidique. Son pronostic maternel et fœtal reste encore sombre. Notre travail a pour objectif de préciser les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques de l'association pancréatite aiguë et grossesse ainsi que les risques encourus pour la mère et le fœtus.

Patients et Méthodes : Cette étude s'est basée sur la consultation des archives hospitaliers. Il s'agit d'une étude rétrospective des cas de pancréatite aigüe au cours de la grossesse dans notre hôpital sur une période de 7 ans (de Janvier 2015 à Décembre 2021), collegeant 37 patientes.

Résultats : En termes d'épidémiologie l'âge moyen était de 29 ans avec une incidence de 1/2450. La pancréatite aiguë est survenue plus fréquemment chez les femmes multi gestes multipares (68%) en troisième trimestre (59,5%). Le tableau clinique était dominé par les douleurs abdominales (100%) et les vomissements (100%). La survenue de défaillance d'organe était rare. Le diagnostic positif est basé sur la lipasémie qui était en moyenne de 20 fois la normale. L'origine biliaire était l'étiologie principale dans notre étude (54%). La prise en charge est basée sur l'hospitalisation et sur un traitement symptomatique comportant le traitement de la douleur, l'arrêt de l'alimentation, la protection gastrique, la réhydratation et la prise en charge des défaillances d'organes. Les complications maternelles étaient dominées par la surinfection des coulées de nécrose (10.75%). La mortalité maternelle était de 2,7%. Les complications fœtales comprenaient l'avortement, l'accouchement prématuré et la souffrance fœtale aiguë.

Conclusion : L'état gravide serait responsable de l'augmentation du risque de survenue de la pancréatite aiguë et de ses complications. Un diagnostic précoce et une prise en charge multidisciplinaire adéquate améliorent considérablement le pronostic materno-fœtal.

P304

Facteurs associés à la migration spontanée des calculs de la VBP

A. Benhamdane [1], T. Addajou [1], S. Mrabti [1], R. Chaibi [1], S. Hdiye , I. Mouslim [1], F. Ait Iken [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 calculs de la voie biliaire principale peuvent migrer spontanément à travers la papille duodénale. Dans ce cas, la CPRE peut être inutile et un taux important de complications peut être évité.
L'objectif de notre étude est d'évaluer les facteurs associés à la migration spontanée des calculs de la VBP.

Matériels et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive et analytique incluant 547 patients ayant bénéficié d'une CPRE pour lithiase de la VBP entre Janvier 2019 et Septembre 2023.
Tous les patients ont bénéficié d'une BILI IRM pour le diagnostic de lithiase de la VBP.
Une BILI IRM était considérée positive en cas de présence de calculs dans la VBP.
Une CPRE positive a été définie comme la présence des calculs dans la VBP à la cholangiographie.
Nous avons répartis les patients en 2 groupes :
- Groupe A (n=309) : BILI IRM + et CPRE +
- Groupe B (n=265) : BILI IRM + et CPRE –
L'analyse statistique a été réalisée par le logiciel JAMOV

Résultats : L'âge moyen dans le groupe A était de 59,1+/- 13,8 ans et dans le groupe B 56,9 +/- 13,2 sans différence statistiquement significative (p=0,056)
Le sexe ratio (H/F) dans le groupe A était de 0,7 et dans le groupe B de 0,54 avec une prédominance féminine significative dans les 2 groupes (p=0,03).
Il n'y avait pas de différence statistiquement significative concernant le diamètre de la VBP et la présence d'un diverticule péri ampullaire entre les 2 groupes.
En comparant les groupes A et B, les patients ayant un petit diamètre de calcul (P=0.001), un seul calcul (p=et des calculs distaux (P=0.04) ont tendance à évacuer leurs calculs spontanément.

Conclusion : Dans notre étude, les facteurs associés à la migration spontanée des calculs de la VBP sont un petit diamètre de calcul, un seul calcul et les calculs distaux.

P305

Angiocholites aiguës aux urgences : diagnostic, causes et prise en charge endoscopique

C. Mehdaoui [(1)], S. Rami [(1)], A. Azarkan [(1)], O. El Mqaddem [(1)], H. Koulali [(1)], G. Kharrasse [(1)], A. Zazour [(1)], Z. Ismaili [(1)]
(1) Oujda, MAROC.

Introduction : L'angiocholite aigue est un motif fréquent d'hospitalisation en hépato-gastroentérologie dont le diagnostic repose sur les critères de TOKYO et qui représente une pathologie grave mettant en jeu le pronostic vital. Sa prise en charge est basée sur un drainage biliaire par la cholangio-pancréatographie rétrograde endoscopique (CPRE) qui constitue le traitement de choix.

Matériels et Méthodes : Nous avons mené une étude rétrospective monocentrique de type descriptif et analytique sur une période de 7 ans allant de 2016 à 2023 colligeant 1801 CPRE réalisées chez 1300 patients (toutes indications confondues). Notre objectif était d'étudier la fréquence des angiocholites aigues, le profil épidémiologique des patients, la démarche diagnostique et évaluer l'efficacité du traitement endoscopique des angiocholites aigues.

Résultats : Chez les 1300 patients inclus dans l'étude, l'angiocholite aigue était diagnostiquée dans les 2/3 des cas (n=806) avec une prédominance féminine (58% ; n=469) et un sex-ratio (H/F)<1. L'âge moyen était de 66 ans+/- 16 ans [12 ans-104 ans]. Elle était, selon les critères de TOKYO, de grade I dans 60% (n=481), de grade II dans 29% (n=231) et de grade III dans 11% (n=94). Une pancréatite aiguë était associée dans 6% des cas (n=47).
Une échographie abdominale était réalisée dans la moitié des cas (n=405), un scanner abdominal injecté dans 79% (n= 637), une Bili-IRM dans 24% (n= 190) et une écho-endoscopie dans 13% (n=103).
Le tableau suivant résume les résultats des imageries réalisées :

	Dilatation des VBIH et de la VBP (%)	Diamètre de la VBP dilatée en moyenne	Dilatation des VBIH sans dilatation de la VBP (%)
Echographie abdominale	91 (n=369)	15 cm+/-5cm	6 (n=24)
Scanner abdominal injecté	89 (n=565)	16cm+/-6cm	10 (n=63)
Bili-IRM	76 (n=145)	15cm+/-5cm	22 (n=40)
Echo-endoscopie	92 (n=95)	14cm+/-4cm	3 (n=3)

L'angiocholite aigue était d'origine lithiasique dans la moitié des cas (n=404), d'origine tumorale dans 43 % (n=346) dominée par les tumeurs pancréatiques dans 53% des cas (n=183) suivie par tumeurs de la vésicule biliaire dans 15% (n=51), les tumeurs hilaires dans 14% (n=50), un cholangiocarcinome dans 10% (n=35), un ampullome vatérien dégénéré dans 5% (n=17), et une compression de la VBP par une localisation secondaire ou envahissement par contiguité dans 3% (n=10). Un kyste hydatique hépatique fistulisé dans les voies biliaires dans 4% (n=34), une sténose bénigne de la VBP dans 2% (n=20), un cas de Symp syndrome et un cas d'un kyste du cholédoque.
Le taux de succès initial de la CPRE était de 82% des cas toutes indications confondues (n=661), le tableau ci-dessus met en évidence la variation du taux de succès en fonction de la nature de l'obstacle :

	Succès initial de la CPRE (%)	Succès global après reprise (%)
Pathologie lithiasique	89 (n=360)	92 (n=373)
Pathologie tumorale	72 (n=252)	80 (n=278)
Kyste hydatique fistulisé dans les voies biliaires	100 (n=34)	--

Conclusion : Les angiocholites aigues constituent une urgence fréquente en hépato-gastroentérologie indiquant la CPRE, les pathologies en cause sont dominées par les lithiases et les tumeurs pancréatiques. Sa prise en charge est bien codifiée et le succès du traitement endoscopique dépendent du terrain et de l'étiologie de l'angiocholite aigue.

P306

Le profil évolutif des collections pancréatiques : à propos d'une série marocaine

R. Boukhraiss [(1)], M. Borahma [(1)], F.Z. Chabib [(1)], I. Benelbarhdadi [(1)], F.Z. Ajana [(1)]
(1) Rabat, MAROC.

Introduction : Les collections pancréatiques dans les suites d'une pancréatite aiguë sont définies comme des collections liquidiennes ou nécrotiques aiguës survenant durant les 4 premières semaines, pouvant évoluer vers une nécrose pancréatique circonscrite (won) ou vers un pseudokyste.
Le drainage endoscopique sous écho-endoscopie des collections pancréatiques est aujourd'hui bien admis.
L'objectif de notre travail était de tracer le profil évolutif et étiologique des collections pancréatiques après une pancréatite aigüe.

Patients et Méthodes : C'est une étude rétrospective descriptive et monocentrique étalée sur une période de 5 ans, allant de janvier 2019 à octobre 2023, incluant tous malades admis dans notre formation pour une pancréatite aigüe stade D et E.
On a exclus de notre étude tous Les autres stades de la Pancréatite aigüe.
Le diagnostic de la PA a été retenue sur les critères d'Atlanta.

Résultats : Sur un total de 132 patients ayant une pancréatite aigüe (PA), 56 ont été classé stade E et D, soit une incidence de 42.8%. L'âge moyen était de 56.67 ans, avec des extrémités allant de 23 à 85 ans, avec un sex-ratio H/F de 0.75.
Cliniquement, tous nos malades avaient des douleurs abdominales de type pancréatique. Le diagnostic de la PA a été retenue sur des critères clinico-biologiques chez 58.92% des patients avec une lipasémie moyenne de 1536.3, et clinico-morphologiques chez 41.07% des patients.
A l'admission le score de SIRS était présent chez 75 % (n=42), avec une persistance de plus de 48h chez 42.8% des malades. Le scanner abdominale a objective une PA stade E de balthazar chez 80.3% des cas(n=45), avec nécrose parenchymateuse dans 53.3% des cas, et une PA stade D chez 19.6% des cas. Les étiologies de ces PA étaient biliaire dans les 58.9% (n=34) des cas, métabolique dans les 8.9%(n=5), alcoolique dans les 3.5% (n=2), iatrogènes (post CPRE)dans les 7.1 %(n=4), pancréas divisum dans 1.78% (n=1) et idiopathique dans les 14.2% des cas.
Tous les malades ont reçus une réhydratation et une anticoagulation durant l'hospitalisation avec une réintroduction précoce de l'alimentation. L'évolution a été marquée par une disparition des symptômes cliniques dans 59% des cas, une apparition des complications locaux dans 22.72 % des cas, dont 2 malades avaient une infection des coulées de nécrose précoce et une récidive d'une autre épisode de PA dans 15.9% des cas. Le scanner abdominale de contrôle réalisé a 6 semaines chez 44 malades a montré une régression de la taille des collections chez 52.2% des malades (n=20), une augmentation de la taille des collections chez 29.5% des malades (n=13) dont 69.2% (n=9) ont développés des nécrose organisée du pancréas, et une stabilité d'aspect des collections chez 18.1% des malades.
Sur le plan thérapeutique, les malades symptomatiques ont bénéficiés d'un drainage dont la surinfection et la compression des organes de voisinage était les principaux indications et les malades asymptomatique ont bénéficié d'aucun traitement.
Les collections symptomatique était drainé endoscopique chez 7 malades, avec la mise en place de deux stents en double queue de cochon chez 6 malades et d'une prothèses métallique LAMS chez un seul malade avec 2 séances de nécrosectomie, un drainage chirurgicale chez 3 patients et radiologique chez 2 patients.
L'évolution après le drainage était marqués par la disparition des symptômes chez 9 malades, et le décès chez 3 malades.

Conclusion : Notre travail a montré une évolution favorable chez la majorité des malades qui ont bénéficiés d'une prise en charge thérapeutique adaptée. Le drainage endoscopique des collections pancréatiques symptomatomatiques est efficace et moins invasive et doit être privilégier chaque fois que possible.

P307

Profils épidémiologique, étiologique et bactériologique des pancréatites aiguës graves surinfectées

D. Ibn Majdoub Hassani [(1)], A. Lamine [(1)], M. Lahlali [(1)], H. Abid [(1)], A. El Mekkaoui [(1)], M. El Yousfi [(1)], D.A. Benajah [(1)], S.A. Ibrahimi [(1)], M. El Abkari [(1)], N. Lahmidani [(1)]

(1) Fès, MAROC.

Introduction : La Pancréatite aigüe grave (PAG) est définie par la présence d'une réaction inflammatoire systémique persistante et/ou par la survenue d'une défaillance d'organe. Au-delà de la première semaine, elle est définie par la survenue et/ou la persistance d'une défaillance d'organe plus de 48 heures, compliquant le plus souvent la surinfection de la nécrose pancréatique et/ou péri-pancréatique .
Le but de notre étude est de dresser un profil épidémiologique, étiologique et bactériologiques des pancréatite aigues graves compliquée d'une surinfection de coulées de nécrose, afin de détecter si un des facteurs est prédictif d'une mortalité significative

Matériels et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective, menée sur 5 ans, allant de Janvier 2017 à Mars 2022 incluant 34 patients ayant présenté une infection de coulées de nécrose au cours d'une Pancréatite aiguë Grave.

Résultats : L'âge moyen des patients au moment du diagnostic était de 55,11 ans avec [22 à 89 ans] avec une nette prédominance féminine (sexe Ratio H/F de 0.47). Les comorbidité les plus fréquentes chez nos patients étaient : HTA chez 15% des cas, une cardiopathie (toute étiologies confondues) chez 12%, un diabète chez 6% des patients,éthylisme chronique chez 3% des cas . Dans notre série, nous avons relevé les antécédents suivants : 6% de nos patients ont déjà fait une pancréatite auparavant, 12% avaient bénéficié d'une CPRE pour des lithiases de la voie biliaire principales, et 38 ont déjà été opéré (cholécystectomie, appendicectomie ..)
Sur le plan étiologique, la pathologie biliaire était la cause la plus retrouvée dans notre série, chez 53% des patients, 21% ont fait des PAG sur des troubles métaboliques (17% sur une dyslipidémie et 3% sur une hypercalcémie) . La CPRE était la cause chez 12% des cas, et enfin 6% des malades ont développées une PAG post traumatiques, l'étiologie n'a pas été trouvées chez 6% .
Devant les signes cliniques et biologiques et radiologiques que tous nos patients ont présentés après une durée moyenne de 16.52 jours de début de la douleur, une infection des coulées de nécrose a été fortement suspectés encourageant ainsi les ponctions percutanées et ainsi l'indentification du profil bactériologique de ces infections et les germes trouvés sont les suivants : 50% *Escherichia Coli*, 5.8% Ecoli BLSE, 15 % Klebsiella Pneumonie, 6% Enterococcus feacalis, salmonella, Enterococcus faecium, Acinectobacter Baumani trouvés chez 3% des cas, on a pas identifié de germes chez 20% des cas.
Le drainage par voie endoscopique des coulées de nécrose a été le choix du drainage chez 15% des patients . avec une bonne évolution clinicobiologique chez la moitié, recours à une autre modalité de drainage chez 28%.

Conclusion : les infections des coulées de nécrose durant les pancréatites aigues graves restent toujours une complications potentiellement mortelles, une connaissance préalable du profil des patients et du germes responsables peut être utiles pour une antibiothérapie plus ciblée, et voir éventuellement un drainage endoscopique de celle ci

P308

Facteurs prédictifs de survenue de complications tardives au décours des pancréatites aiguës

M. Cherkaoui [(1)], S. Mechhor [(1)], H. El Bacha [(1)], N. Benzzoubeir [(1)], I. Errabih [(1)]

(1) Rabat, MAROC.

Introduction : Les complications tardives des Pancréatites aigues sont définies selon les recommandations d´Atlanta révisées en 2012, comme des complications survenant au-delà de 4 semaines après un épisode de pancréatite aigue, souvent classée comme sévère. Parmi ces complications on distingue, les pseudo kystes, les WONs, stériles ou infectées, l´hypertension segmentaire et syndrome de déconnexion pancréatique.
Le but de notre étude est d´établir la fréquence des complications tardives ainsi que les facteurs influençant leurs apparitions.

Matériels et Méthodes : Il s'agit d´une étude rétrospective descriptive et analytique menée au service d´hépato-gastroentérologie Médecine B du CHU Ibn Sina de Rabat entre 2019 et 2023, portant sur les patients hospitalisés pour pancréatite aiguë et chez qui le suivi en consultation a été possible. L´étude des variables et des facteurs prédictifs a été faite en utilisant le logiciel SPSS 20.0, en utilisant une régression logistique, avec p retenue <0,05.

Résultats : Ont été inclus dans l´étude 84 patients, l'âge moyen était de 41ans ± 6,8, sexe ratio H/F=1,6. La pancréatite était légère dans 35%, modérée dans 45% et sévère 20 %. La moyenne de CRP était de 97,7± 19,8, la médiane de la lipasémie était de 945 [310- 3409], le SIRS à l´admission était présent chez 51% des patients. La moyenne du score CTSI était de 6± 1,5. Au terme du bilan la pancréatite était classée comme pancréatite œdémateuse interstitielle dans 45% et nécrosante dans 55%. 11 patients ont développé une complication tardive, à type de pseudo-kystes stériles chez 5 patients, de WON chez 4 patient, et patient avec HTP segmentaire.
L´étude des facteurs associées a la survenue de complications était le SIRS, la sévérité avec et le sexe masculin avec (OR=2,2 IC [1,2- 8,7] p=0,04),(OR= 4,98, IC [2,98- 11,87] p=0,2) et,(OR= 1,13, IC [1,01- 4,87] p=0,06) respectivement.

Conclusion : Les complications tardives au décours d´une pancréatite aigue, surviennent par définition après 4 semaines, elles sont peu fréquentes, elles sont souvent associées à une pancréatite plus sévère, au sexe masculin et à la présence d´un SIRS à l´admission.

P309

Caractéristiques épidémio-génétiques du cancer du pancréas en Tunisie

A. Khsiba [1], M. Medhioub [1], M. Mahmoudi [1], A. Ben Mohamed [1], I. Ouni [2], H. Yosr [2], M. Yakoubi [2], G. Gharbi [2], E. Chelbi [1], L. Hamzaoui [1], M. Azouz [1]
(1) Nabeul, TUNISIE ; (2) Tunis, TUNISIE.

Introduction : Le cancer du pancréas reste de nos jours le cancer au pronostic le plus sombre avec une espérance de vie limitée . C'est une maladie multifactorielle impliquant à la fois des facteurs génétiques et des facteurs environnementaux.
L'incidence du cancer du pancréas a considérablement augmenté dans le monde et en particulier en Tunisie. Ce travail avaitpour objectif d'étudier les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et génétiques du cancer du pancréas dans une population tunisienne.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude épidémo-clinique rétrospective de 127 cas de cancer du pancréas recrutés au département de gastroentérologie de l'Hôpital régional Taher Maamouri Nabeul entre 2019 et 2022. Des données ont été recueillies sur 127 patients atteints d'un cancer du pancréas et analysées à l'aide d'un outil bio-statistique 'Orange Data Mining'.Après, nous avons étudiés le spectre mutationnel des gènes BRCA1 et BRCA2 chez 17 patients du cancer du pancréas, avec une histoire familiale du cancer, par la technique classique du séquençage Sanger. Ensuite, trois patients sélectionnés ont fait l'objet d'un séquençage à haut débit (NGS) (2patients par TGS et une patiente par un exome entier). Les données générées ont été analysées par l'outil VARAFT.

Résultats : L'étude épidémiologique a montré que le sex-ratio était de 1,76. L'âge moyen des patients était de 63 ± 11,32 ans.
La consommation du tabac a été révélée chez 54,16 % de la cohorte et 25,77 % des patients étudiés étaient alcooliques. Pour les facteurs pathologiques, 29,11 % étaient diabétiques, 8,8 % avaient des antécédents familiaux de pancréatite chronique, 46,46 % avaient des antécédents familiaux positifs de cancer et 5 % des cas de cancer du pancréas familial. L'étude clinico-pathologique a montré que les principaux symptômes de la consultation étaient l'ictère, la douleur abdominale et la cholestase.
La tumeur a été localisée au niveau de la tête pancréatique dans 88 % des cas et 41.55 % des patients étaient métastatiques, où le foie était le principal site métastatique. En utilisant le séquençage classique, aucune mutation récurrente au niveau des gènes BRCA1 et BRCA2 n'a été identifiée chez les 17 patients investigués. Cependant, la technologie du séquençage à haut débit (whole Exome Sequencing), nous avons identifié 3 Variants à signification clinique inconnue (VUS) au niveau 3 gènes différents (FANCF, MSH3 et NBN) chez une patiente.

Conclusion : Ce travail constitue le premier travail Tunisien dédié à la caractérisation épidémio-clinique et génétique du cancer du pancréas . Ce type d' étude peut aider à améliorer les stratégies de diagnostic moléculaire et la prise en charge thérapeutique du cancer du pancréas en Tunisie

P310

Pancréas et MICI : une association non fortuite

F.E. Aharbil [1], M. Haida [1], M. Jarti [1], O. Nacir [1], F.E. Lairani [1], A. Ait Errami [1], S. Oubaha [1], S. Zouhour [1], K. Krati [1]
(1) Marrakech, MAROC.

Introduction : Une grande partie des pancréatites survenant au cours des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI) sont attribuées à une cause médicamenteuse. Des travaux récents ont montré que des pancréatites de type autoimmune peuvent être associées aux MICI et constituer une manifestation extraintestinale. Le but de cette étude est de préciser l'incidence, l'étiologie, la gravité et l'évolution des atteintes pancréatiques chez les patients porteurs de MICI suivis au sein d'un service de gastro- entérologie.

Patients et Méthodes : Nous avons mené une étude rétrospective monocentrique colligeant tous les dossiers des maladies porteurs de MICI (RCH ou Crohn) au nombre de 180 qui ont développé une pancréatite aigue ou chronique lors de l'évolution de leurs maladies allant de Juin 2019 à Juin 2023.

Résultats : Sur 170 malades suivis y avait 11 malades (4 hommes et 7 femmes) moyenne d'âge 29 ans; dont 7 porteurs de MC et 4 RCH ayant developpé des manifestations pancréatiques à savoir une pancréatite aigue et / ou pancréatite chronique. Dont l'étiolgoie était médicamenteuse (N= 8), deux cas de pancréatite auto immune dans le cadre d'un lupus associé à une maladie de Crohn. Et un cas de pancréatite chronique sur un pancreas divisum idiopathique. La totalité des pancréatites étaient bénignes, sans SIRS et ne dépassent pas le grade C de Balthazar. Pour les pancréatite dûes à l'azathioprine sont survenues dans 1 à 3 semaines après la 1ère prise du medicament et l'épisode douloureux est résolu 24h après arrêt de ce dernier. Pour la pancréatite auto immune lupique a bien évolué après bolus de corticothérapie; et pour le dernier cas de la pancréatite chronique, tout le bilan étiologique des épisodes récurrents de pancréatites est revenue négatif et l'écho endoscopie et le scanner avaient confirmé la pancréatite chronique sur un pancreas divisum.

Conclusion : Cette étude nous a permis de conclure que les pancréatopathies au cours de MICI sont rares et essentiellement secondaire à l'azathioprine et le plus souvent béngignes.

P311

Evaluation de la sévérité des pancréatites aiguës par le score de SIRS et SOFA : étude monocentrique à propos de 40 malades

M. Bouissehak [1], M. Borahma [1], F.Z. Chabib [1], M. Kadiri [1], N. Lagdali [1], C. Berhili [1], I. Benelbarhdadi [1], F.Z. Ajana [1]
(1) Rabat, MAROC.

Introduction : La pancréatite aigüe c'est une inflammation aigue de la glande pancréatique suite à une autodigestion par ses propres enzymes. Il existe 2 formes : les pancréatites œdémateuses interstitielles bénignes, et la forme nécrosante sévère.
C'est une urgence médico-chirurgicale dont la sévérité peut être évaluée par plusieurs scores.
L'objectif de notre travail est de faire une évaluation de la sévérité des pancréatites aigues par le score de SIRS (syndrome de réponse inflammatoire systémique et SOFA (Sepsis-related Organ Failure Assessment).

Matériels et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective et descriptive au sein du service d'hépato-gastro-entérologie universitaire , incluant tous les malades ayant une pancréatite aigüe sur une période de 3 ans allant de 2000 à 2023.Tous nos malades ont bénéficié d'une échographie abdominale ainsi qu'un bilan étiologique .

Résultats : Sur un total de 40 cas de pancréatite, l'age moyen de nos patients était de 53 ans+/- 4, avec un sexe ratio H/F de 1.22.Pour les antécédents 21.8% des cas (n=7) avaient une prise régulière d'alcool et 18.75%(n =6) des cas étaient cholécystectomisés. Aucun de nos malades n'était pas suivi pour une dyslipidémie ni avait un ATCD familiale de PA. L'étiologie principale était l'origine biliaire dans 45% des cas (n=18), suivi de l'origine tumoral dans 17.5%(n=7) des cas, idiopathique dans 15% des cas, l'alcool dans 10% des cas, métabolique dans 5% des cas et dans 7.5% des cas l'origine était inconnu. La présentation clinique était typique dans la majorité des cas. En imagerie (TDM abdominale) le score de CTSI était entre 4-6 dans 42.5 % des cas (n=17), supérieur à 7 dans 35 % des cas (n=14) et inférieur à 3 dans 22.5% des cas (n=9).
Pour la sévérité, notre série était caractérisée par l'absence du SIRS initiale dans 55% des cas (n=26) et la présence de ce dernier dans 45% des cas (n=14). Dans 65% des cas (n=30), le score de Quick SOFA était de 0, et dans 12.5% des cas, était de 1 et 2 chacun. Le score de SOFA était à 0 dans 80%des cas (n=32) et à 1 dans 20% des cas (n=8) dont 48%(n=6) avaient un SIRS initiale et 52 %(n=8) en avaient pas.
Chez 22.5% de nos patients, une complication locale était présente : collection chez 7 patients, thrombose splénique et infection de coulé de nécrose chez un patient chacun. Chez 4 de nos patients une complication tardive a été présente : une collection symptomatique chez un 3 patients, une insuffisance exocrine et endocrine chez un patient chacun.

Conclusion : La pancréatite aigüe est une affection dont la sévérité peut être bénigne ou grave. Les scores de SIRS et SOFA sont les plus fréquents. Notre étude a montré l'absence de corrélation entre les 2 scores pour les PA sévère ou grave due aux paramètres à étudier pour chaque score.

P312

Les tumeurs kystiques du pancréas

Z. Tammouch [1], M. Salihoun [1], M. Acharki [1], I. Serraj [1], N. Kabbaj [1]
(1) Rabat, MAROC.

Introduction : Les tumeurs kystiques du pancréas sont des tumeurs rares, sont découvertes de plus en plus fréquemment sur un mode fortuit en raison d'une part de l'amélioration des performances de l'imagerie pancréatique (échographie, scanner multibarette, IRM) et de l'amélioration des connaissances sur les caractéristiques de ces lésions. Elles sont représentées par les cystadénomes séreux (CS), les cystadénomes mucineux (CM), les tumeurs intracanalaires papillaires et mucineuses du pancréas (TIPMP) et les tumeurs pseudopapillaires et solides du pancréas (TPPS).
Le but est d'étudier les aspects épidémiologiques, clinico-biologiques et étiologiques de ces tumeurs du pancréas.

Matériels et Méthodes : Il s'agit d'une étude monocentrique réalisée de Septembre 2015 à Août 2023 incluant tous les patients présentant une tumeur kystique du pancréas. Ont été exclus de l'étude les faux kystes du pancréas. Les données épidémiologiques, cliniques, biologiques et échoendoscopiques ont été collectées à partir des registres d'écho-endoscopie. Toutes les échoendoscopies ont été réalisées sous sédation au Propofol par un échoendoscope radial et/ou linéaire vidéo de type Pentax et les cytoponctions ont été réalisées par des aiguilles 19 G échotip pour analyse biochimique du liquide kystique et/ou étude anatomo-pathologique.

Résultats : Sur un total de 649 échoendoscopies bilio-pancréatiques réalisées, 53 patients ont été colligés soit une prévalence de 8,16%, l'âge moyen était de 62,3 ans (29-82 ans) avec une nette prédominance féminine (Sex-Ratio = 0,65). Les circonstances de découverte étaient : une découverte fortuite dans 21 cas (39%), des épigastralgies dans 17 cas (32 %), une pancréatite aigüe dans 6 cas (11,3%), un ictère dans 6 cas (11,3%) et des douleurs abdominales dans 3 cas (5,6 %).
Biologiquement: une cholestase a été retrouvée dans 12 cas (22,6 %), une cytolyse dans 5 cas (9,4%) et un Ca19-9 élevé dans 6 cas (11, 3%). L'écho-endoscopie a permis de préciser : le siège, le nombre et la taille de la tumeur qui était: céphalique dans 21 cas (39,6%), corporéal dans 13 cas (24,5%), caudal dans 9 cas (17%), multifocal dans 10 cas (18,9%) avec une taille tumorale moyenne de 28,5 mm (1,9-76 mm), de mettre en évidence une communication avec les canaux pancréatiques dans 35 cas (66%) et une dilatation du canal de Wirsung dans 16 cas (30,1%). La cytoponction a été réalisée dans 27 cas (51%). L'aspect écho-endoscopique associé à l'aspect et l'analyse du liquide kystique était en faveur de TIPMP dans 42 cas (79,2%), de cystadénome mucineux dans 5 cas (9,4 %), de cystadénome séreux dans 3 cas (5,7%) et de TPPS dans 3 cas (5,7%)

Conclusion : Les tumeurs kystiques du pancréas sont des tumeurs rares qui sont l'apanage des femmes de la soixantaine, de découverte fréquemment fortuite. Elles siègent particulièrement au niveau de la tête du pancréas et sont dominées par les TIPMP suivies par les cystadénomes mucineux alors que les cystadénomes séreux et les TPPS sont minoritaires.

P313

Existe-t-il une relation entre la survenue de fistule biliaire et le stade OMS au cours de l'échinococcose kystique hépatique ?

E.M. Amrharhe [1], M. Cherkaoui [1], H. El Bacha [1], S. Mechhor [1], N. Benzzoubeir [1], I. Errabih [1]
(1) Rabat, MAROC.

Introduction : L'échinococcose kystique hydatique (EKH) anciennemsent dénommé kyste hydatique du foie (KHF) est une anthropozoonose due au développement dans le foie chez l'homme de la forme larvaire du teania Echinococcus Granulosus. La fistulisation dans les voies biliaires est l'une de ses complications les plus fréquentes.
Le but de notre étude est de déterminer l'existence ou pas d'une relation entre la survenue de fistule biliaire et le stade OMS.

Matériels et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive, menée entre janvier 2019 et juillet 2023. Ont été inclus tous les patients hospitalisé pour EKH avec comme cas les patients des 2 sexes avec fistule biliaire et comme témoins les patients des 2 sexes sans fistules biliaires ayant un stade CE2.

Résultats : Parmi les 15 cas de l'EKH hospitalisé au cours de notre période d'étude, 11 patients (73%) étaient compliqués de fistule biliaire.
L'âge médian de nos malades était : 45ans [16-87.25] avec une nette prédominance féminine 9(81%).
Le tableau clinique était marqué par une angiocholite aigue chez 7 malades (64%), une association de symptômes faite de fièvre avec des douleurs abdominales chez 9malades (82%), un ictère cutanéo-muqueux chez 8(72%), des vomissements chez 5(45%).
La sérologie hydatique était positive chez 7 malades (64%).
Une hyperleucocytose a été notée chez 9 patients (82%). La CRP médiane était 163[6-253].
La bilirubine totale médiane était 52[16-87.25].
Ces kystes intéressaient le lobe gauche chez 6 malades (54%), le lobe droit chez 2(18%) et bi-lobaire chez 3(28%).
2 malades (19%) avaient une taille du kyste supérieure à 10cm, 6 malades (54%) entre 10 et 5cm et 3 malades (27%) inférieure à 5cm.
Le stade OMS était comme suit : CE2 chez 5(45%), CE1 chez 1(9%), CE4 chez 1(9%), CE5 chez 1(9%).
L'étude des cas et des témoins a montré un OR = 2.3 [1.5-4.89] entre CE2 et survenue de fistule biliaire.

Conclusion : La fistulisation de l'EKH représente une complication fréquente au cours des EKH.
Notre travail a révélé que les fistules biliaires étaient plus fréquente et à risque de survenue chez les patients ayant un stade OMS CE2.

P314

Analyse économique sur les séquences thérapeutiques dans la rectocolite hémorragique en France : à partir de données issues des essais cliniques et d'études observationnelles

A. Nucit [1], F. Ajmia [1], M.A. Tilliette [1], C. Lefevre [1]
(1) Paris.

Introduction : La rectocolite hémorragique (RCH) est une maladie inflammatoire chronique de l'intestin qui provoque une inflammation du côlon et du rectum, entraînant des symptômes récurrents et ayant un impact sur la qualité de vie des patients. Les traitements biologiques sont envisagés dans la RCH lorsque les traitements conventionnels ont échoué. Le choix du traitement étant en partie basé sur la réponse du patient aux thérapies antérieures, une analyse économique des séquences thérapeutiques permettrait de quantifier cette prise en charge. L'objectif de cette analyse économique était d'estimer les coûts par patient de deux séquences de traitement différentes constituées de vedolizumab (VDZ) et d'anti-TNFα dans la RCH.

Matériels et Méthodes : Basé sur l'approche publiée par Dhar et al 2023, deux séquences de traitement ont été comparées dans cette analyse économique : anti-TNFα -> VDZ, et VDZ -> anti-TNFα. Les données utilisées ont été recueillies dans le cadre d'une revue ciblée de la littérature (à partir d'essais cliniques et d'études en vie réelles), menée dans le but d'identifier des données de durée de traitement dans quatre populations distinctes : non exposées aux anti-TNFα, non exposées à VDZ, exposées aux anti-TNFα, et exposées à VDZ. Les durées médianes de traitement pour chacune des populations ont ensuite été estimées à partir de courbes de Kaplan Meier issues de la littérature (ayant été digitalisées puis poolées), et sur lesquelles des modèles paramétriques ont été ajustés. L'horizon temporel a été choisi comme celui de la durée de séquence la plus longue ; une troisième ligne de traitement a ainsi été ajoutée à la séquence la plus courte pour s'assurer que la durée totale des deux séquences coïncident. La troisième ligne était une combinaison d'options thérapeutiques standards (optimisation de la dose de traitement de 2ème ligne, tofacitinib, ustekinumab et colectomie). Les coûts utilisés étaient : les coûts d'acquisition, d'administration, de surveillance et de traitement concomitant pour VDZ et les anti-TNFα. Les anti-TNFα pris en compte dans l'analyse étaient l'infliximab et l'adalimumab (princeps et biosimilaires). Le traitement de troisième ligne était composé d'ustekinumab, de tofacitinib, d'une dose optimisée de traitement biologique de deuxième ligne et d'une colectomie. Cette modélisation a été réalisée à l'aide d'une approche de type « weighted basket », et les coûts ont été estimés à l'aide des prix faciaux français.

Résultats : La revue de littérature ciblée a permis d'identifier 418 résultats (persistance, arrêt de traitement ou durée de traitement par ligne) et, dans l'ensemble, 19 publications ont été identifiées comme sources pertinentes pour cette analyse économique. Les durées de traitement médianes ont été estimées à 3,7 et 5,2 ans pour les séquences de traitement anti-TNFα -> VDZ et VDZ -> anti-TNFα, respectivement. Pour un horizon temporel de 5,2 ans, les coûts totaux par patient ont atteint respectivement 44 832 € et 42 994 € pour les anti-TNFα -> VDZ et les VDZ -> anti-TNFα (soit -4,1%). En augmentant l'horizon temporel à 10 ans (en supposant une extension théorique de la troisième ligne de traitement), les coûts totaux par patient s'élevaient respectivement à 92 593 € et 83 735 € (-9,6%).

Conclusion : Cette analyse économique combinant des données d'essais cliniques et des données de vie réelle, a montré que chez les patients atteints de RCH, les coûts totaux par patient étaient plus favorables pour la séquence de traitement ayant VDZ en première ligne de biologique vs la séquence où VDZ était utilisé dans des lignes ultérieures (après les anti-TNFα). D'autres analyses économiques tenant compte des résultats cliniques à long terme, de l'utilisation des ressources de soins de santé (p. ex., hospitalisations, interventions chirurgicales) et des données de troisième ligne sur les TOT permettraient d'estimer les coûts globaux par patient.

Remerciements, financements, autres :
Cette étude est financée par Takeda France

P315

Effet du traitement par risankizumab sur les manifestations extra-intestinales (MEI) chez des patients atteints d'une maladie de Crohn (MC) modérée à sévère : résultats des études ADVANCE, MOTIVATE et FORTIFY

M. Nachury [1], S. Ghosh [2], M. Ferrante [3], S. Britta [4], A. Takehiro [5], W. Reinisch [6], N. Martin [7], J. Rizzo [7], K. Kligys [7], Y. Zhang [7], J. Zambrano [7], J. Kalabic [8], D.P. Hudesman [9], E. Louis [10]

(1) Lille ; (2) Birmingham, ANGLETERRE ; (3) Louvain, BELGIQUE ; (4) Berlin, ALLEMAGNE ; (5) Chiba, JAPON ; (6) Vienne, AUTRICHE ; (7) Chicago, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (8) Ludwigshafen, ALLEMAGNE ; (9) New York, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (10) Liège, BELGIQUE.

Introduction : Jusqu'à 50 % des patients ayant une maladie inflammatoire chronique de l'intestin développent une ou plusieurs manifestations extra-intestinales (MEI), qui constituent des facteurs de risque indépendants de dégradation de la qualité de vie et de handicap.1 Nous avons évalué ici la résolution des MEI chez des patients atteints d'une maladie de Crohn (MC) modérée à sévère, traités par risankizumab (RZB), un anticorps monoclonal anti-IL-23p19, *versus* (vs) placebo (PBO) au cours des études d'induction ADVANCE et MOTIVATE et d'entretien FORTIFY.2,3

Patients et Méthodes : Dans cette analyse post hoc des données combinées d'ADVANCE et MOTIVATE, les données extraites à partir d'un formulaire que les investigateurs utilisaient pour enregistrer la présence de 16 MEI prédéfinies (oui/non), ont été examinées. La présence de MEI à l'inclusion (INC) des études d'induction, leur résolution (définie dans la légende en bas du tableau) à la semaine 12 du traitement par RZB 600 mg par voie intraveineuse (IV) vs PBO lors d'ADVANCE+MOTIVATE, et le maintien de la résolution à la semaine 52 de FORTIFY chez les patients traités par RZB 180 mg ou 360 mg par voie sous-cutanée (SC) vs PBO (arrêt de traitement du RZB) ont été évalués.3 Les méthodes d'analyse statistique sont précisées dans la légende en bas du tableau. Les valeurs P nominales pour les comparaisons de traitement par paires sont indiquées.

Résultats : La résolution des MEI à la semaine 12 chez les patients ayant des MEI à l'INC a été précédemment évaluée en tant que critère secondaire hiérarchisé dans les études ADVANCE et MOTIVATE.2 Le taux de résolution des MEI à la semaine 12 était plus important chez les patients traités par RZB 600 mg IV vs PBO dans d'ADVANCE (38,1 % vs 20,5 %, valeur P nominale = 0,02), mais pas dans MOTIVATE (29,5 % vs 23,7 %, valeur P nominale = 0,38). Dans cette analyse combinée, à l'INC, 323 MEI ont été rapportées pour 240 patients dans le bras RZB 600 mg IV, et 221 MEI pour 161 patients dans le bras PBO ; environ 45 % des patients de chaque bras présentaient ≥ 1 MEI à l'INC. Les MEI les plus souvent rapportées à l'INC étaient les suivantes : arthropathie périphérique (RZB 600 mg IV, 64 % [103/161] ; PBO, 70,4 % [169/240]), anémie (RZB 600 mg IV, 36 % [58/161] ; PBO, 28,8 % [69/240]) et arthropathie axiale (RZB 600 mg IV, 16,1 % [26/161] ; PBO, 19,2 % [46/240]). Combinées, ces MEI représentaient la plupart des MEI décrites dans les bras RZB 600 mg IV (87,9% [284/323]) et PBO (84,6 % [187/221]) ; l'incidence des autres MEI était trop faible pour que l'interprétation soit cliniquement significative (voir la légende en bas du tableau). Une plus grande proportion de patients traités par 600 mg de RZB IV a obtenu la résolution de toute MEI à la semaine 12 vs PBO (P = 0,031) (Tableau). Une proportion significativement plus importante des patients présentant une anémie ou une arthropathie axiale, mais pas d' arthropathie périphérique, à l'INC a obtenu une résolution de la MEI correspondante à la semaine 12 avec RZB 600 mg IV vs PBO (anémie : RZB 600 mg, 26/69 [37,4 %] ; PBO, 13/58 [22,4 %] ; différence ajustée 14,4 %, P = 0,049 ; arthropathie axiale : RZB 600 mg, 23/46 [50 %] ; PBO, 8/26 [30,8 %] ; différence ajustée 22,6 %, P = 0,042 ; arthropathie périphérique : RZB 600 mg, 67/169 [39,8 %] ; PBO, 32/103 [31,2 %] ; différence ajustée 6,8 %, P = 0,236). Avec RZB 360 mg par voie sous-cutanée, vs PBO, une plus grande proportion de patients présentant des MEI à l'INC a obtenu une résolution des MEI à la semaine 52 (P = 0,005) et une proportion plus importante de patients qui ont atteint la résolution des MEI à la semaine 12 ont maintenu cette résolution à la semaine 52 (P = 0,014) (Tableau).

Tableau. Synthèse sur les MEI à l'INC, leur résolution pendant l'induction et le maintien de cette résolution pendant l'entretien

	Induction, semaine 12			Entretien, semaine 52				
	PBO IV	RZB 600 mg IV	Différence ajustée (%) RZB 600 mg IV vs PBO IV, valeur *P*	Arrêt de traitement (PBO SC)	RZB 180 mg SC	Différence ajustée (%) RZB 180 mg SC vs arrêt de traitement (PBO SC), valeur *P*	RZB 360 mg SC	Différence ajustée (%) RZB 360 mg SC vs arrêt de traitement (PBO SC), valeur *P*
Patients avec MEI à l'INC dans lors de l'étude l'induction, n/N	44,5 % (161/362)	45,5 % (240/527)		48,7 % (80/164)	45,9 % (72/157)		48,9 % (69/141)	
Résolution des MEI à la semaine 12 ou 52 chez les patients avec MEI à l'INC lors de l'étude d'induction	22,5 % (36/161)	34,5 % (83/240)	**9,6 %, P=0,031**	36,3 % (29/80)	41,7 % (30/72)	7,5 % P=0,283	52,2 % (36/69)	**20,7 %, P=0,005**
Maintien de la résolution des MEI à la semaine 52 de FORTIFY chez les patients présentant des MEI à l'INC lors de l'étude d'induction et ayant obtenu leur résolution à la semaine 0 de la période d'entretien, % (n/N)				45 % (18/40)	45,9 % (17/37)	3,1 % P=0,764	71,9 % (23/32)	**25,4 %, P=0,014**

Conclusion : Chez les patients atteints d'une MC associée à des MEI à l'inclusion, le traitement d'induction par RZB 600 mg IV a conduit à la résolution des MEI, en particulier de l'anémie et de l'arthropathie axiale, tandis que le traitement d'entretien par RZB 360 mg SC a été efficace pour maintenir cette résolution des MEI jusqu'à la semaine 52.

Remerciements, financements, autres : Remerciements : AbbVie et les auteurs remercient les patients, les centres investigateurs et les investigateurs ayant participé à ces essais cliniques. Nous remercions Tonee Puetz, Marta Velasco, Taeyeon Lee, Traci Baker et Antigoni Tsoutsou d'AbbVie Inc. pour le leadership opérationnel et la supervision de ces études. La rédaction médicale a été assurée par Stephanie Parsons, PhD, collaboratrice d'AbbVie.Rôle des auteurs et du promoteur : 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.

P316

Efficacité et tolérance en vie réelle du tofacitinib chez des patients ayant une rectocolite hémorragique : résultats à 6 mois de l'étude française TOFAST

M. Fumery [1], Y. Bouhnik [2], P. Faure [3], A. Bouzidi [4], Y. Brault [4], L. Peyrin-Biroulet [5], D. Laharie [6]

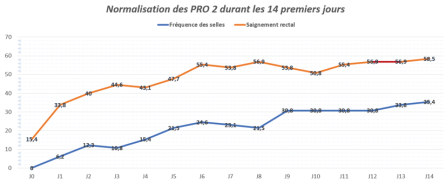
(1) Amiens ; (2) Neuilly-sur-Seine ; (3) Toulouse ;
(4) Paris ; (5) Nancy ; (6) Bordeaux.

Introduction : Le tofacitinib est un inhibiteur de JAK qui a démontré son efficacité dans la rectocolite hémorragique (RCH) modérée à sévère. Toutefois, peu d'études prospectives ont évalué son profil bénéfice/risque en vie réelle.

Patients et Méthodes : TOFAST est une étude de cohorte française, observationnelle, prospective, multicentrique dont l'objectif principal était de décrire le bénéfice clinique en vie réelle du tofacitinib au cours de la RCH modérée à sévère. Les scores PRO2 [saignement rectal (SR), fréquence des selles (FS)] étaient collectés quotidiennement, au cours des deux premières semaines de traitement par tofacitinib, via un auto-questionnaire, puis de façon hebdomadaire jusqu'à la fin du traitement d'induction.
Nous rapportons les résultats de l'analyse intermédiaire après 6 mois de suivi, décrivant les caractéristiques des patients inclus, les données d'efficacité, dont l'évolution des PRO 2 au cours des 14 premiers jours et le délai médian jusqu'au soulagement, et de tolérance. La réponse clinique était 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. Le soulagement était rapporté par les patients comme étant le délai en jours depuis l'instauration du tofacitinib jusqu'à l'amélioration de leurs symptômes. Les données manquantes ont été imputées comme étant des non-réponses.

Résultats : 88 patients ont été inclus dans cette analyse (un patient a été exclu de l'analyse de l'efficacité car il ne remplissait pas les critères d'éligibilité) avec une durée d'exposition médiane de 11,7 [Q1 ; Q3 : 6.0 ; 22,1] mois. Parmi ces patients, 67 ont réalisé une visite à 6 mois de suivi à la date de l'analyse (15/07/2023).
A l'inclusion, la population était composée de 59,8 % d'hommes avec en moyenne (± écart-type) un âge de 37,5 ±13,2 ans, une ancienneté de la maladie de 5,9 ans [Q1 ; Q3 : 2,7 ; 13,1], 46,5 % des patients présentaient une pancolite et le Mayo Score total moyen était de 8,1 ±2,4. La plupart (94,3 %) des patients avaient précédemment reçu au moins un anti-TNF dont 43,9% deux anti-TNF et respectivement 67,8% et 35,6 % des patients avaient été traités par vedolizumab et ustekinumab.
98,9% des patients ont reçu une dose d'induction de tofacitinib à 10 mg BID, une association aux corticoïdes était observée chez 35,6% d'entre eux.
A 6 mois, 53 (77,9%) patients étaient encore sous traitement par tofacitinib, dont 58,5% à la dose de 10 mg BID. Les corticoïdes étaient en cours chez 22,9 % des patients.
Après 6 mois de suivi, une réponse et une rémission clinique étaient observées chez 64,2 % et 61,2 % des patients, respectivement.
Pour les 68 patients (78,2%) ayant déclaré avoir été améliorés, le délai médian jusqu'à l'amélioration était de 7 jours [Q1 ; Q3 : 3,5 ;14,5]. La normalisation des scores PRO 2 (SR=0 et SF=0) au cours des 14 premiers jours est présentée sur la figure.

Figure : normalisation des scores PRO2 au cours des 14 premiers jours (N=65)



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. Dernière donnée observées reportée pour les données manquantes

En termes de tolérance, 84,1% patients ont rapporté au moins un événement indésirable (EI) et 21,6% ont rapporté au moins un EI grave. Dix-sept (19,3%) infections et 3 (3,4%) cas de zona ont été observés ainsi qu'un carcinome urothélial de bas grade non infiltrant. Aucun événement cardiovasculaire majeur, thromboembolique, ni de décès n'a été rapporté (tableau).

Tableau : données de tolérance depuis l'initiation du tofacitinib (N=88)

N (%)	
Durée d'exposition médiane (Q1 ; Q3)	11,7 [Q1 ; Q3 : 6 ; 22,1]
Au moins un EI	74 (84,1)
Au moins un EI grave	19 (21,6)
Infections	17 (19,3)
Zona	3 (3,4)
Cancer	1 (1,1)
EI cardiovasculaire	0 (0,0)
MTEV	0 (0,0)
Décès	0 (0,0)

MTEV ; maladie thromboembolique veineuse

Conclusion : Dans cette cohorte en vie réelle de patients atteints de RCH réfractaire, le tofacitinib induisait une réponse et une rémission clinique chez plus de 60 % des malades, avec un soulagement des symptômes dès les deux premières semaines. Les EI étaient conformes au profil de tolérance connu du tofacitinib. 1,2

P317

L'antécédent de lésions ano-périnéales n'expose pas à un risque de rechute ou d'évolution ano-périnéale défavorable après passage de l'inflimab intraveineux à sa formulation sous-cutanée chez les patients atteints de maladie de Crohn

P. Wils [1], M. Fumery [2], D. Coban [3], M. Nachury [1], C. Yzet [2], M. Dodel [3], M. Bazoge [3], A. Buisson [3]
(1) Lille ; (2) Amiens ; (3) Clermont-Ferrand.

Introduction : Le switch de l'infliximab intra-veineux vers sa formulation sous-cutanée a démontré sa faisabilité, son efficacité et sa bonne acceptabilité par les patients atteints de maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI). Toutefois, certains cliniciens hésitent à switcher en cas d'antécédents de lésions ano-périnéales chez les patients atteints de maladie de Crohn (MC).
L'objectif de cette étude était d'étudier le devenir à court et long termes des lésions ano-périnéales après le switch de l'infliximab intra-veineux à dose intensifiée ou non vers sa formulation sous-cutanée chez des patients atteints de MC.

Patients et Méthodes : Il s'agissait d'une analyse post-hoc de l'étude multicentrique prospective REMSWITCH conduite dans 3 centres. Les patients atteints de MICI en rémission clinique (score Mayo partiel ≤ 2 ou indice d'Harvey-Bradshaw ≤ 4) sous infliximab IV ont été inclus consécutivement. Le suivi des patients avait été standardisé avec recueil de données le jour du switch vers l'infliximab (correspondant à la date théorique de la perfusion IV suivante) (= V0) puis lors de visites successives jusqu'à 18 mois puis jusqu'à la date des dernières nouvelles. Etaient inclus dans cette analyse post-hoc les patients atteints de MC avec antécédent de lésions ano-périnéales. Les LAP étaient évaluées à 6 mois et à la date des dernières nouvelles. Une LAP était définies comme cliniquement active en cas d'écoulement, d'abcès, de douleur anale ou de saignement en lien avec une LAP confirmé par un examen proctologique et/ou une IRM. Une LAP était considérée active en IRM en cas d'abcès, ou d'un trajet fistuleux en hypersignal T2 ou prenant le contraste après injection. Une fistule était considérée comme simple (fistules superficielles, une fistule inter-sphinctérienne avec un seul orifice primaire et sans orifices supplémentaires et/ou extensions ou abcès, fistules trans-sphinctériennes qui n'avaient qu'un seul orifice primaire et sans orifices supplémentaires et/ou extensions ou abcès) ou complexe (fistules inter-sphinctériennes/ fistules trans-sphinctériennes avec extensions ou abcès, fistules supra-sphinctériennes, fistules extra-sphinctériennes, fistules avec extension supra-lévatorienne ou trans-lévatorienne et fistules recto-vaginales).

Résultats : Parmi les 131 patients inclus dans l'étude REMSWITCH, 40 patients atteints de MC avaient des antécédents des lésions ano-périnéales. Aucun patient n'a présenté de LAP de novo après le switch (suivi médian = 18 mois [15-20]).
Parmi ces 40 patients, l'antécédent de LAP était une fissure/ ulcération du canal anal chez 13 patients (32,5 %) ou des lésions fistulisantes chez 27 patients (67,5%). Il s'agit majoritairement de fistules complexes (25/27, 92,6 %). Elles étaient ano-périnéales (25/27 ; 92,6 %) ou recto-vaginales (2/27 ; 7,4 %). Elles avaient nécessité un drainage chez 26 patients (96,3 %) avec pose d'un ou plusieurs sétons chez 21 patients (77,8 %). A noter, que 3 patients avaient requis une stomie de dérivation et 1 patient avec reçu des injections de cellules souches mésenchymateuses.
Au moment du switch, seuls 3 patients (2 recevant 5 mg/kg/8 semaines et un traité par 10 mg/kg/4 semaines) avaient une LAP cliniquement active (3 patients avec fistule ano-périnéale complexe dont un avec abcès anal) et 4 patients avaient une LAP active en IRM (un patient asymptomatique avec un trajet en hypersignal T2).
Parmi ces 3 patients avec LAP cliniquement actives à l'inclusion, l'évaluation clinique à 6 mois jugeait la LAP en rémission chez un patient, en amélioration chez un patient et stable chez le dernier patient. A 18 mois, 2 patients sur 3 (dont un avait dû être optimisé à 120 mg/semaine) avaient une LAP en rémission alors que le dernier présentait une aggravation de ces lésions. Le patient asymptomatique avec LAP active en IRM n'avait pas rechuté aux dernières nouvelles (suivi médian = 18 mois [15-20]).
Durant le suivi, un seul patient (1/40, 2,5 %), traité par infliximab 10 mg/kg/6 semaines avant le switch, a présenté une réapparition de fistule ano-périnéale complexe après 25 mois de suivi ayant conduit à un drainage avec intensification de l'infliximab SC.
Le taux de patients avec LAP en rémission clinique et IRM à 18 mois était de 95 % (38/40) contre 92,5 % (37/40) avant le switch.

Conclusion : Dans cette analyse post-hoc de l'étude REMSWITCH, le sous-groupe de patients atteints de MC avec antécédent de LAP avaient une évolution favorable de ces lésions. L'antécédent de LAP ne devrait pas empêcher le switch de l'infliximab IV vers sa formulation SC.

Remerciements, financements, autres : Etude indépendante réalisée avec le soutien de Celltrion Healthcare.

P318

Impact d'une exposition antérieure à un traitement biologique/inhibiteur de Janus kinase sur l'efficacité d'etrasimod : analyse en sous-groupes des études de phase 3 ELEVATE UC 52 et ELEVATE UC 12

L. Peyrin-Biroulet [1], S. Vermeire [2], B. Sands [3], G. D'Haens [4], J. Panes [5], A. Yarur [6], D.C. Wolf [7], T. Ritter [8], S. Schreiber [9], K. Shan [3], M. Chiorean [10], F. Baert [11], M. Dubinsky [3], M. Goetsch [12], S. Danese [13], B. Feagan [14]

(1) Nancy ; (2) Louvain, BELGIQUE ; (3) New York, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (4) Amsterdam, PAYS-BAS ; (5) Barcelone, ESPAGNE ; (6) Los Angeles, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (7) Atlanta, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (8) Watertown, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (9) Kiel, ALLEMAGNE ; (10) Seattle, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (11) Roeselare, BELGIQUE ; (12) Zürich, SUISSE ; (13) Milan, ITALIE ; (14) London, CANADA.

Introduction : Etrasimod est un modulateur sélectif des récepteurs de la sphingosine 1-phosphate (S1P)□,□,□ en développement dans le traitement de la rectocolite hémorragique (RCH) active modérée à sévère. Le design des études de phase 3 ELEVATE UC 52 (NCT03945188) et ELEVATE UC 12 (NCT03996369) a été décrit précédemment.[1]

Patients et Méthodes : ELEVATE UC 52 comprenait une période d'induction de 12 semaines suivie d'une période d'entretien de 40 semaines selon un design treat-through. ELEVATE UC 12 comprenait une période d'induction de 12 semaines. Les patients avaient des antécédents documentés de réponse inadéquate/perte de réponse/intolérance à ≥ 1 traitement pour la RCH. Cette analyse en sous-groupes a comparé l'efficacité et la sécurité d'etrasimod 2 mg une fois par jour et le placebo (PBO) chez les adultes atteints de RCH pré exposés à un traitement avancé (biologique/inhibiteur de Janus kinase [bio/JAKi]). Nous présentons des analyses d'efficacité en sous-groupes du critère principal et de certains critères secondaires à la semaine 12 et à la semaine 52 dans ELEVATE UC 52, et à la semaine 12 dans ELEVATE UC 12 chez des patients naïfs ou ayant été pré-exposés à ≥ 1 traitement bio/JAKi. D'autres critères d'évaluation symptomatiques ont été analysés à chaque visite prévue jusqu'à la semaine 12 (ELEVATE UC 52 et ELEVATE UC 12 groupées).

Résultats : Dans les études ELEVATE UC 52 et ELEVATE UC 12, respectivement, 274 et 222 patients ayant à l'inclusion un score Mayo modifié de 5 à 9 ont été traités par etrasimod, et 135 et 112 patients par le PBO. Les patients traités par etrasimod vs PBO, dans les deux sous-groupes (naïfs et pré-exposés à un bio/JAKi), ont obtenu des améliorations statistiquement significatives en termes de rémission clinique, de réponse clinique et d'amélioration endoscopique aux semaines 12 et 52 dans l'étude ELEVATE UC 52 (Tableau). Dans l'étude ELEVATE UC 12, les patients naïfs de bio/JAKi ont obtenu des améliorations statistiquement significatives pour tous les critères d'évaluation, tandis que les patients des deux sous-groupes ont obtenu des améliorations statistiquement significatives de la réponse clinique (Tableau). Chez les patients naïfs et pré exposés à un traitement bio/JAKi, respectivement, les données groupées ont montré que les améliorations significatives les plus précoces ont été observées au cours des semaines 2 et 12 pour la réponse symptomatique, et au cours des semaines 4 et 2 pour la rémission symptomatique (Tableau).

Tableau. Analyse en sous-groupe de la proportion de patients ayant atteint le critère principal et certains critères secondaires d'efficacité et symptomatiques dans les essais ELEVATE UC 52 et ELEVATE UC 12, stratifiés en fonction de la pré exposition à un traitement bio/JAKi[a]

	ELEVATE UC 52, Semaine 12			ELEVATE UC 52, Semaine 52			ELEVATE UC 12, Semaine 12		
Critère d'évaluation, n/N (%)[b] en fonction de la pré exposition à un bio/JAKi	**PBO (N=135)**	**Etrasimod 2 mg 1×/jour (N=274)**	**Différence % (95% IC) *p*-value[c]**	**PBO (N=135)**	**Etrasimod 2 mg 1×/jour (N=274)**	**Différence % (95% IC) *p*-value[c]**	**PBO (N=112)**	**Etrasimod 2 mg 1×/jour (N=222)**	**Différence % (95% IC) *p*-value[c]**
Rémission clinique[d,e] Naïf	9/93 (9,7)	60/194 (30,9)	21,5 (12,67, 30,30) <0,001	7/93 (7,5)	71/194 (36,6)	28,8 (19,89, 37,67) <0,001	12/74 (16,2)	41/148 (27,7)	11,9 (0,98, 22,73) 0,033
Pré exposé	1/42 (2,4)	14/80 (17,5)	14,7 (4,82, 24,62) 0,004	2/42 (4,8)	17/80 (21,3)	14,6 (3,36, 25,82) 0,011	5/38 (13,2)	14/74 (18,9)	6,6 (-7,18, 20,29) 0,349
Réponse clinique[f] Naïf	35/93 (37,6)	132/194 (68,0)	29,6 (17,77, 41,45) <0,001	25/93 (26,9)	103/194 (53,1)	26,1 (14,65, 37,58) <0,001	32/74 (43,2)	97/148 (65,5)	22,3 (8,63, 35,89) 0,001
Pré exposé	11/42 (26,2)	39/80 (48,8)	19,9 (2,95, 36,92) 0,021	6/42 (14,3)	20/80 (36,3)	19.7 (5.32, 34.07) 0,007	14/38 (36,8)	41/74 (55,4)	20.1 (1.34, 39.12) 0,036
Amélioration endoscopique[e] Naïf	17/93 (18,3)	76/194 (39,2)	21,2 (11.07, 31.36) <0.001	12/93 (12,9)	78/194 (40,2)	28.1 (18.60, 37.60) <0.001	14/74 (18,9)	51/148 (34,5)	16.2 (4.90, 27.40) 0.005
Pré exposé	2/42 (4,8)	20/80 (25,0)	19.1 (7.20, 30.85) 0.002	2/42 (4,8)	24/80 (30,0)	23.1 (10.77, 35.32) <0.001	7/38 (18,4)	17/74 (23,0)	5.5 (-10.00, 20.97) 0.487

Critère d'évaluation, n/N (%)[b] en fonction de la pré exposition à un bio/JAKi	**ELEVATE UC 52 et ELEVATE UC 12 groupées, jusqu'à S12 PBO**	**ELEVATE UC 52 et ELEVATE UC 12 groupées, jusqu'à S12 Etrasimod 2 mg 1×/jour**	**ELEVATE UC 52 et ELEVATE UC 12 groupées, jusqu'à S12 Différence % (95% IC) *p*-value[c]**
Réponse symptomatique[g] à la première visite avec une différence significative Naïf (S2)	49/167 (29,3)	141/342 (41,2)	12.1 (3.47, 20.69) 0,0060
Pré exposé (S12)	31/80 (38,8)	85/154 (55,2)	16,0 (2.79, 29.19) 0,0178
Rémission symptomatique[h] à la première visite avec une différence significative Naïf (S6)	24/167 (14,4)	105/342 (30,7)	16,7 (9.67, 23.79) <0.0001
Pré exposé (S2)	7/80 (8,8)	28/154 (18,2)	9.0 (0.54, 17.54) 0,0371

[a]Il s'agit d'une analyse en sous-groupes de la Full Analysis Set ; par conséquent, seuls les patients dont le score MMS à l'inclusion était compris entre 5 et 9 ont été inclus. Les patients dont le score MMS à l'inclusion était de 4 ont été exclus.
[b]Les patients n'ayant pas fait l'objet d'une évaluation lors de la visite spécifiée ont été considérés comme non-répondeurs
[c]La différence (%) correspond à l'étrasimod moins le PBO et est basée sur la différence de risque commun estimé à l'aide des pondérations de Mantel-Haenszel, stratifiée en fonction de l'utilisation initiale de corticostéroïdes (Oui/Non) et de l'activité initiale de la maladie (MMS ≤ 6 ou ≥ 7). La valeur nominale bilatérale de *p* permet de tester l'hypothèse d'une différence de risque commun égale à 0 ; *p*<0,05 est considéré comme statistiquement significatif.
[d]Sous score de fréquence des selles = 0 (ou = 1 avec une diminution ≥ 1 point comparé à l'inclusion), sous score de saignement rectal = 0 et sous score endoscopique ≤ 1 (exclunt la friabilité)
[e]Les patients en rémission clinique à S52 étaient également en rémission clinique sans corticostéroïdes s'ils n'avaient pas reçu de corticostéroïdes pendant au moins 12 semaines avant la S52.
[f]Diminution ≥ 2 points et ≥ 30 % par rapport à la valeur à l'inclusion du MMS, et diminution ≥ 1 point par rapport à la valeur à l'inclusion du sous score de saignement rectal ou un sous score de saignement rectal ≤ 1.
[g]Sous score endoscopique ≤ 1 (exclunt la friabilité)
[h]Diminution ≥ 30 % des sous scores de saignement rectal et de fréquence des selles par rapport à l'inclusion
[i]Sous score de fréquence des selles = 0 (ou = 1 avec une diminution ≥ 1 point par rapport à l'inclusion), sous score de saignement rectal = 0

bio, biologique ; IC, intervalle de confiance ; JAKi, inhibiteur de Janus kinase ; MMS, Mayo score modifié ; PBO, placebo ; n, nombre de patients uniques ayant atteint chaque critère d'évaluation ; N, nombre de patient du sous-groupe dans l'analyse exposée par traitement ; S, semaine.

Conclusion : Dans l'étude ELEVATE UC 52, les patients naïfs et pré exposés à un traitement bio/JAKi traités par etrasimod ont montré des améliorations statistiquement significatives des critères d'efficacité comparé au PBO lors des phases d'induction et de maintenance. Dans l'étude ELEVATE UC 12, etrasimod a montré des améliorations statistiquement significatives en phase d'induction comparé au PBO chez les patients naïfs de traitement bio/JAKi. Dans l'analyse groupée, une différence significative entre les traitements en termes de réponse symptomatique est observée plus tardivement chez les patients pré exposés aux bio/JAKi que chez les patients naïfs.

P319

Efficacité du mirikizumab contre placebo sur le sevrage en corticoïdes chez les patients atteints de rectocolite hémorragique active modérée à sévère

D. Laharie [1], C. Siegel [2], K. Samaan [3], D. Fisher [3], N. Morris [3], I. Redondo [4], P. Dulai [5], V. Jairath [6], J.P. Gisbert [7], K. Matsuoka [8]

(1) Bordeaux ; (2) New Hampshire, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (3) Indianapolis, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (4) Lisbonne, PORTUGAL ; (5) Chicago, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (6) London, CANADA ; (7) Madrid, ESPAGNE ; (8) Chiba, JAPON.

Introduction : Le mirikizumab est un anticorps anti-IL-23p19 dont l'efficacité a été démontrée par rapport au placebo en traitement d'induction et d'entretien de la rectocolite hémorragique (RCH) active modérée à sévère (LUCENT-1 : NCT03518086; LUCENT-2 : NCT03524092). La rémission sans corticostéroïdes (CS) est l'objectif thérapeutique au cours de la RCH. L'effet d'épargne cortisonique du mirikizumab a été évalué dans le cadre de l'essai d'entretien LUCENT-2 chez des patients recevant des CS à l'inclusion.

Patients et Méthodes : Dans l'essai LUCENT-1, les patients randomisés pour recevoir une induction intraveineuse par 3 perfusions de 300 mg de mirikizumab ou un placebo aux semaines 0-4-8 pouvaient recevoir des CS (≤20 mg/jour d'équivalent prednisone) dont la dose devait rester stable jusqu'à la semaine 12 (S12). A S12, les patients randomisés en réponse clinique sous mirikizumab (n = 365) ont été rerandomisés avec un ratio 2:1 dans l'essai d'entretien LUCENT-2 (S12-52) pour recevoir du mirikizumab (200 mg/4 semaines) ou un placebo. A compter de S12, les malades inclus dans LUCENT-2 devaient réduire la dose de CS selon un schéma préétabli (diminution de la dose quotidienne de >10 mg de 5 mg/semaine jusqu'à ce qu'ils reçoivent 10 mg/jour, puis 2,5 mg/semaine jusqu'à 0 mg/jour) de manière à ce que tous les patients soient sevrés à S24.
La rémission clinique a été définie comme un sous-score Mayo de fréquence des selles de 0 ou 1 avec une diminution de ≥1 point par rapport à l'inclusion S0, un sous-score Mayo de saignement rectal de 0 et un sous-score endoscopique de 0 ou 1 (à l'exclusion de la friabilité).
Les statistiques ont été calculées à l'aide de l'imputation comme non-répondeur pour les données manquantes. La différence de risque commune entre le mirikizumab et le placebo a été calculée et ajustée en fonction des facteurs de stratification suivants : échec antérieur du médicament biologique/tofacitinib, région et statut de rémission clinique à S12. Les intervalles de confiance de la différence de risque ont été calculés à l'aide de la méthode Mantel-Haenszel-Sato. Les valeurs P ont été calculées à l'aide du test Cochran-Mantel-Haenszel ajusté en fonction de l'échec antérieur à un biologique/tofacitinib et de l'utilisation de CS à S0.

Tableau. Effets d'épargne cortisonique chez les patients recevant des corticostéroïdes systémiques à l'inclusion traités par mirikizumab versus placebo

	Mirikizumab N=125	Placebo N=59	Différence de risque commune (95% IC)	P-value
Patients obtenant la rémission clinique				
Rémission Clinique et sans CS à la semaine 52	52 (41.6%)	9 (15.3%)	22.3 (9.9–34.6)	p=0.002
Rémission Clinique à S52 et sans CS pendant ≥12 semaines	51 (40.8%)	9 (15.3%)	21.2 (8.9–33.4)	p=0.003
Rémission Clinique à S52 avec rémission symptomatique à S40 et sans CS pendant ≥12 semaines	48 (38.4%)	7 (11.9%)	21.9 (10.7–33.2)	p=0.002
Sans CS à S52 parmi les patients qui ont complété la période de traitement	99/104 (95.2%)	26/30 (86.7%)	NA*	NA*
Patients en arrêt permanent de CS, par semaine**				
Sans CS à S52	99 (79.2%)	26 (44.1%)	34.2 (19.2–49.2)	p<0.001
Sans CS à S40	96 (76.8%)	25 (42.4%)	33.1 (18.0–48.3)	p<0.001
Sans CS à S24	88 (70.4%)	23 (39.0%)	30.5 (15.2–45.8)	p<0.001

Abbreviations: IC = interval de confiance; CS = corticosteroïdes; N = Nombre de patient dans le groupe. L'imputation comme non-répondeur a été utilisée pour les données manquantes. Les patients qui ont interrompu le traitement à l'étude ou qui ont reçu un traitement de secours ont été définis comme des échecs thérapeutiques (c'est-à-dire qu'ils sont restés sous CS).

*NA = not available. Il n'a pas été possible de comparer formellement le traitement pour ce critère d'évaluation, car il s'agit d'une analyse observée.
** Les patients n'ont pas pris de CS et n'ont pas interrompu le traitement à l'étude ni réinitié l'usage de CS pour le reste de la période d'étude.

Résultats : Parmi les répondeurs à l'induction du mirikizumab qui ont été rerandomisés dans LUCENT-2, 33 % (59/179) des patients sous placebo étaient sous CS à l'inclusion, contre 34 % (125/365) sous, à la dose médiane de 20 mg/jour.
À S52, les proportions de malades en rémission clinique sans CS, en rémission clinique sans CS depuis ≥12 semaines et en rémission clinique et symptomatique à S40 sans CS pendant ≥12 semaines étaient significativement plus élevée sous mirikizumab que sous placebo (Tableau ; tous p≤0,01). Une proportion significativement plus élevée de patients sous mirikizumab avait interrompu les CS à S24, S40 et S52 par rapport au placebo (tableau ; tous p<0,001). Parmi les patients sous CS ayant complété la période de traitement par mirikizumab à S52, 95,2 % avaient arrêté les CS.

Conclusion : Le mirikizumab en traitement d'entretien de la RCH est plus efficace qu'un placebo pour obtenir une rémission clinique sans CS à S52. L'effet d'épargne cortisonique du mirikizumab chez les patients atteints de RCH active modérée à sévère est confirmé et aligné sur les objectifs de traitement à long terme impliquant l'arrêt des CS.

P-270

Réponse clinique tardive chez des patients atteints d'une maladie de Crohn traités par upadacitinib

M. Fumery [1], G. D'Haens [2], J. Seidelin [3], A. Luegering [4], E.A. Torres [5], M. Fleisher [6], G. Dryden [7], A. Lacerda [8], E. Dubcenco [8], E. Marced [8], D. O'Brien [8], T. Feng [8], J. Liu [8], P. Juillerat [9]

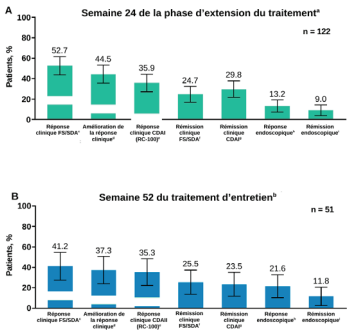
(1) Amiens ; (2) Amsterdam, PAYS-BAS ; (3) Copenhague, DANEMARK ; (4) Münster, ALLEMAGNE ; (5) San Juan, PORTO RICO ; (6) Jacksonville, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (7) Louisville, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (8) Chicago, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (9) Fribourg, SUISSE.

Introduction : l'upadacitinib (UPA) est un inhibiteur sélectif de Janus kinases, administré par voie orale, étudié dans le traitement de la maladie de Crohn (MC). Nous évaluons ici les résultats du traitement par UPA observés chez des patients atteints de MC n'ayant pas obtenu de réponse clinique après 12 semaines d'induction.

Patients et Méthodes : Les patients atteints d'une MC modérée à sévère étaient randomisés pour recevoir un traitement d'induction par UPA 45 mg une fois par jour (1x/j) ou un placebo pendant 12 semaines lors des études de phase III U-EXCEL (NCT03345849) ou U-EXCEED (NCT03345836). Les patients (n = 122) n'ayant pas obtenu de réponse clinique (baisse ≥ 30 % de la fréquence quotidienne moyenne des selles très molles ou liquides [FS] et/ou du score de douleurs abdominales [DA] quotidien moyen, sans augmentation par rapport à l'inclusion) sous UPA 45 mg 1x/j recevaient UPA 30 mg 1x/j pendant 12 semaines supplémentaires. Les patients ayant obtenu une réponse clinique à la semaine 24 étaient inclus dans l'étude d'entretien de phase III U-ENDURE (NCT03345823) de 52 semaines et poursuivaient l'UPA 30 mg. Les résultats cliniques et endoscopiques étaient évalués à la semaine 24 de la phase d'extension 12 semaines sous UPA 45 mg, puis 12 semaines sous UPA 30 mg et à la semaine 52 du traitement d'entretien par UPA 30. La tolérance a été évaluée.

Résultats : A l'inclusion, les patients avaient un âge moyen de 41,1 ans, une MC évoluant depuis 12,3 ans et un CDAI (CD Activity Index) de 277. Quatre-vingt-dix-sept patients (79,5 %) avaient déjà présenté une réponse inadéquate ou une intolérance à au moins une biothérapie et 68 (55,7 %) étaient en échec de ≥ 2 agents biologiques. À la semaine 24, 52,7 % des patients avaient obtenu une réponse clinique, 44,5 % une amélioration de la réponse clinique, 35,9 % une réponse clinique CDAI définie comme diminution de CDAI de 100 points par rapport à l'inclusion (RC-100), 24,7 % une rémission clinique FS/DA, 29,8 % une rémission clinique CDAI, 13,2 % une réponse endoscopique et 9,0 % une rémission endoscopique (Figure).

Figure. Synthèse des résultats d'efficacité observés avec l'upadacitinib chez les patients n'ayant pas obtenu de réponse clinique selon le critère FS/SDA après 12 semaines de traitement d'induction (NRI-C). (**A**) Résultats à la semaine 24 (12 semaines sous UPA 45 mg, puis 12 semaines sous UPA 30 mg).[a] (**B**) Résultats à la semaine 52 (traitement d'entretien par UPA 30 mg poursuivi pendant 52 semaines).[b]



66 patients ont continué UPA 30 et 51 ont terminé la semaine 52 ou ont participé ≥ 52 semaines et ont été inclus dans les analyses d'efficacité. À la semaine 52, 41,2 % des patients étaient en réponse clinique FS/DA, 37,3 % en amélioration de la réponse clinique, 35,3 % en RC-100, 25,5 % en rémission clinique FS/DA, 23,5 % en rémission clinique CDAI, 21,6 % en réponse endoscopique et 11,8 % en rémission endoscopique. Le taux moyen de calprotectine fécale est passé de 2 083 µg/g à l'inclusion dans la phase d'induction à 266 µg/g à la semaine 52 ; le taux de protéine C-réactive passait de 13,0 mg/L à 6,5 mg/L. L'aggravation de la MC a été l'événement indésirable (traitement de la phase d'extension, 20,4 % ; traitement d'entretien, 15,2 %) et l'événement indésirable grave (traitement de la phase d'extension, 8,5 % ; traitement d'entretien, 6,1 %) les plus fréquemment rapportés. Un événement thrombotique artérielle et un de cancer cutané non mélanocytaire étaient signalés au cours de l'étude d'entretien (Tableau).

Tableau. Synthèse des événements indésirables apparus sous traitement

Événement indésirable (EI)	Phase d'extension du traitement UPA 45/30 mg (24 semaines) N = 142[a]	Entretien UPA 30 mg (52 semaines) N = 66
	Patients, n (%)	
EI	120 (84,5)	45 (68,2)
EI graves	27 (19,0)	11 (16,7)
EI ayant entraîné la sortie de l'étude	11 (7,7)	5 (7,6)
EI sévères	28 (19,7)	11 (16,7)
Décès	1 (0,7)[b]	0
EI d'intérêt particulier		
Infection grave	11 (7,7)	4 (6,1)
Infection opportuniste, sauf tuberculose et zona	0	0
Zona[c]	7 (4,9)	3 (4,5)
Tuberculose	0	0
Perforation gastro-intestinale confirmée par le comité d'adjudication	0	0
Anémie	21 (14,8)	4 (6,1)
Neutropénie	4 (2,8)	0
Lymphopénie	4 (2,8)	2 (3,0)
Élévation de la créatine phosphokinase	9 (6,3)	3 (4,5)
Affection hépatique	6 (4,2)	2 (3,0)
Disfonctionnement rénale	1 (0,7)	1 (1,5)
Tumeurs malignes sauf cancer cutané non mélanome (CCNM)	0	0
CCNM	0	1 (1,5)
Événements indésirables cardiovasculaires majeurs confirmés par le comité d'adjudication	0	0
Événements thrombotiques veineux confirmés par le comité d'adjudication	0	0[d]
Toutes infections et infestations	72 (50,7)	24 (36,4)
Nausées	14 (9,9)	2 (3,0)

UPA : upadacitinib.
[a]Inclut tous les patients ayant reçu l'UPA 30 mg au cours de la phase d'extension du traitement, quels que soient l'insu ou la réponse réelle à l'inclusion dans la phase d'extension du traitement.
[b]Un décès par COVID-19, considéré comme non lié au médicament à l'étude.
[c]Aucun événement grave ou ayant entraîné la sortie de l'étude.
[d]1 événement thrombotique non veineux de thrombose légère de l'artère radiale de l'index gauche ; considéré comme non lié au médicament à l'étude.

Conclusion : plus de la moitié des patients présentant une MC sans réponse clinique au traitement d'induction par UPA 45 mg ont obtenu une réponse clinique après 12 semaines supplémentaires sous UPA 30 mg ; un quart a obtenu une rémission clinique après 52 semaines de traitement d'entretien. L'efficacité a généralement été maintenue au cours du traitement d'entretien. Le profil de tolérance concordait avec celui des analyses principales de l'UPA chez les patients avec une MC.

Remerciements, financements, autres : AbbVie a financé cette étude et participé à l'élaboration du plan 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. L'accompagnement de la rédaction médicale, financé par AbbVie, a été assuré par Morgan Gingerich, PhD et Lisa M Pitchford, PhD de JB Ashtin.

P37

Tolérance d'upadacitinib dans les MICI : analyse groupée des études d'entretien de phase III U-ACHIEVE et U-ENDURE menées chez des patients atteints d'une maladie de Crohn ou une rectocolite hémorragique active modérée à sévère

L. Peyrin-Biroulet [1], R. Panaccione [2], J. Panes [3], J.F. Colombel [4], J. Lindsay [5], F. Baert [6], R. Atreya [7], A. Lacerda [8], C. Park [8], S. Anyanwu [8], J. Klaff [8], J. Liu [8], G. Levy [8], B. Duncan [8], R. Vladea [8], D.T. Rubin [8]

(1) Nancy ; (2) Calgary, CANADA ; (3) Barcelone, ESPAGNE ; (4) New York, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (5) Londres, ANGLETERRE ; (6) Roeselare, BELGIQUE ; (7) Erlangen, ALLEMAGNE ; (8) Chicago, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE.

Introduction : L'upadacitinib (UPA), un inhibiteur réversible de Janus kinases administré par voie orale, a démontré une efficacité significativement supérieure à celle du placebo (PBO) en traitement d'entretien de patients atteints de rectocolite hémorragique (RCH) ou une maladie de Crohn (MC) modérée à sévère dans de deux essais de phase III,en double aveugle, contrôlés *versus* PBO, U-ACHIEVE1 (NCT02819635) et U-ENDURE2 (NCT03345823). L'UPA est autorisé dans le traitement des formes modérées à sévères de RCH et de MC.3-5 L'analyse de la tolérance de UPA contribue à l'évaluation du rapport bénéfice/risque dans la prise en charge des patients atteints de RCH ou d'une MC. Les événements indésirables (EI) observés sont ceux qui se sont produits jusqu'à la semaine (sem) 52 du traitement d'entretien dans la population en intention de traiter intégrée des deux études, chez les patients traités par UPA 15 mg (UPA15), UPA 30 mg 1x/j (UPA30) ou PBO.

Matériels et Méthodes : Les EI ont été regroupés parmi les patients ayant répondu à une dose d'induction de 45 mg d'UPA 1x/j à la sem 8 (RCH) ou à la sem 12 (MC) et qui ont ensuite reçu au moins une dose de PBO, UPA15 ou UPA30 en phase d'entretien. Étant donné que le rapport de randomisation était le même pour chaque étude (1/1/1), il n'a pas été utile de stratifier le regroupement en fonction de l'étude.

Résultats : Au total, 1419 patients (U-ACHIEVE N = 746 ; U-ENDURE N = 673) ont été inclus dans l'analyse, avec 246,4 patients-années (PA) d'exposition au PBO, 353,1 PA à l'UPA15 et 395,7 PA à l'UPA30. A l'inclusion, les données démographiques et les caractéristiques de la maladie étaient équilibrées entre les bras de traitement (Tableau 1). Les taux d'EI graves, EI ayant entraîné l'arrêt du traitement et infections graves étaient similaires entre les deux doses d'UPA et inférieur à ceux observés sous PBO ; le taux de zona était plus élevé sous UPA que sous PBO, avec un peu plus de cas sous UPA30. Une perforation gastro-intestinale a été décrite dans chaque groupe de traitement par UPA (0,3/100 PA), et 2 ont été rapportées pour le PBO (0,8/100 PA). Des événements cardiovasculaires majeurs confirmés par le comité d'adjudication ont été rapportés chez 1 patient traité par UPA30 (0,3/100 PY) et 1 par le PBO (0,4/100 PA) tandis que 2 patients ont présenté des événements de thromboembolie veineuse confirmés par le comité d'adjudication dans chacun des groupes de traitement par UPA (0,5-0,6/100 PA), mais aucun dans le groupe PBO. Des cas de tumeurs malignes hors cancer cutané non mélanome (CCNM) ont été rapportées chez 2 patients sous UPA15 (0,6/100 PA), 4 patients sous UPA30 (1,0/100 PA) et 1 sous PBO (0,4/100 PA) ; un CCNM a été observé chez 3 patients sous UPA30 (0,8/100 PA). Aucun cas de tuberculose ou de lymphome ou de décès ne sont survenus dans les différents groupes de traitement.

Tableau 1 :

Données démographiques et caractéristiques à l'inclusion, n (%)	PBO (données groupées) n = 488	UPA15 (données groupées) n = 471	UPA30 (données groupées) n = 480
Sexe			
Femmes	222 (47,4)	178 (37,8)	195 (40,6)
Hommes	246 (52,6)	293 (62,2)	285 (59,4)
Âge, moyenne (ET)	40,7 (14,0)	39,8 (14,0)	40,0 (14,1)
Type ethnique			
Amérindiens ou natifs d'Alaska	1 (0,2)	0	0
Asiatiques	111 (23,7)	124 (26,3)	133 (27,7)
Noirs ou afro-américains	16 (3,4)	17 (3,6)	16 (3,3)
Multiple	10 (2,1)	2 (0,4)	4 (0,8)
Natifs de Hawaï ou autres insulaires du Pacifique	1 (0,2)	0	1 (0,2)
Blancs	327 (69,9)	328 (69,6)	326 (67,9)
Indice de masse corporelle, kg/m², moyenne (ET)¶	24,9 (5,9)	24,6 (5,8)	24,9 (6,1)
Traitements à l'inclusion			
Corticoïdes	178 (38,0)	178 (37,8)	178 (37,1)
Immunomodulateurs	14 (3,0)	7 (1,5)	12 (2,5)
Tout facteur de risque cardiovasculaire†	358 (76,5)	353 (74,9)	384 (80,0)
Antécédents de traitement biologiques			
Avec échec	303 (64,7)	290 (61,6)	293 (61,0)
Sans échec	165 (35,3)	181 (38,4)	187 (39,0)
> 1 biothérapie	191 (40,8)	178 (37,8)	194 (40,4)
Événements indésirables apparus sous traitement Nombre d'événements (événements/100 patients-années)			
Patients-années	246,4	353,1	395,7
Tous EI	1190 (482,9)	1156 (330,2)	1266 (319,9)
EI graves	69 (28,0)	61 (17,3)	57 (14,4)
EI sévères	68 (27,6)	56 (15,9)	54 (13,6)
Tous EI ayant entraîné l'arrêt du médicament de l'étude	34 (13,8)	30 (8,5)	33 (8,3)
Tous EI pouvant raisonnablement être liés au médicament à l'étude	326 (132,3)	317 (89,8)	380 (96,0)
Décès	0	0	0
Événements indésirables apparus sous traitement d'intérêt particulier Nombre d'événements (événements/100 patients-années)			
Infections graves	18 (7,3)	19 (5,4)	20 (5,1)
Infections opportunistes, hors tuberculose et zona	2 (0,8)	3 (0,8)	3 (0,8)
Tuberculose active	0	0	0
Zona	5 (2,0)	18 (5,1)	29 (7,3)
Anémie	32 (13,0)	27 (7,6)	21 (5,3)
Neutropénie	8 (3,2)	14 (4,0)	29 (7,3)
Lymphopénie	15 (6,1)	16 (4,5)	18 (4,5)
Élévation de la créatine kinase (CK)	8 (3,2)	21 (5,9)	32 (8,1)
Altération rénale	3 (1,2)	1 (0,3)	1 (0,3)
Affection hépatique§§	11 (4,5)	46 (13,0)	37 (9,4)
Taux d'incidence ajusté en fonction de l'exposition Nombre de patients/patients-années (x/100 patients-années)§			
Perforations gastro-intestinales confirmées par le comité d'adjudication	2/246,7 (0,8)	1/353,4 (0,3)	1/395,9 (0,3)
EICM confirmés par le comité d'adjudication††	1/246,4 (0,4)	0/353,1	1/394,9 (0,3)
TEV confirmées par le comité d'adjudication‡	0/246,4	2/352,8 (0,6)	2/395,7 (0,5)
Affections malignes hors CCNM‡‡	1/246,4 (0,4)	2/353,4 (0,6)	4/396,3 (1,0)
CCNM	0/246,4	0/353,1	3/394,6 (0,8)
Lymphome	0/246,4	0/353,1	0/395,7

Tableau 1. La population d'analyse groupée inclut tous les patients ayant reçu au moins 1 dose d'UPA 15 mg, UPA 30 mg 1x/j ou PBO au cours d'U-ACHIEVE ou d'U-ENDURE. Les événements indésirables sont présentés sous forme d'événements ajustés sur l'exposition pour 100 patients-années [E/100 PA]. Abs de tout sexe pic de durée de sang potentiellement différentes entre les groupes de traitement, des taux d'événements ajustés en fonction de l'exposition (TEA) sont été calculés pour la synthèse du nombre d'événements et d'anesthésie rapportés (ensemble des EI, EI graves, EI sévères, EI ayant entraîné l'arrêt prématuré du traitement et EI pouvant être liés au médicament à l'étude). Pour le calcul du taux d'événements, le numérateur était le nombre total (E) rapportés pour l'événement dans un groupe de traitement donné (un patient peut donc contribuer à plus d'un événement du numérateur) et le dénominateur était la durée totale d'exposition (égale à la date de la dernière dose et celle de la première dose) des patients du groupe de traitement donné ou de la population.
¶Nombre de patients pour l'indice de masse corporelle. N = 488 PBO, N = 471 UPA15, N = 480 UPA30
† Les facteurs de risque cardiovasculaire étaient les suivants : antécédents d'événement cardiovasculaire(s), hypertension, diabète, consommation active de tabac/nicotine, LDL-C élevé (≥ 3,36 mmol/L), HDL-C bas (≤ 1,55 mmol/L).
‡ Les événements adjudicatifs qui ne surviennent généralement qu'une fois sont présentés sous forme de taux d'incidence ajusté en fonction de l'exposition (n/100 PA)
§§ Les affections hépatiques étaient généralement des élévations légères ou modérées des transaminases, qui entraînaient rarement l'arrêt du traitement
†† I.C.M : événements inflammatoires cardiovasculaires majeurs, définis comme tout décès d'origine cardiovasculaire, tout infarctus du myocarde non fatal et tout AVC non fatal
‡ TEV : événements de thromboembolie veineuse, définis comme toute thrombose veineuse profonde ou embolie pulmonaire (fatale ou non fatale).
‡‡Affection maligne hors CCNM : carcinome invasif du sein dans le groupe placebo, carcinome invasif du sein et cancer de l'ovaire métastatique dans le groupe UPA 15 mg et carcinome à petites cellules, carcinome tubulaire infiltrant du sein et adénocarcinome du côlon (n = 2) dans le groupe UPA 30 mg.

Conclusion : L'UPA est généralement bien toléré et les deux doses d'entretien présentent un profil de tolérance acceptable chez les patients ayant une RCH ou une MC modérée à sévère. Aucun nouveau signal de tolérance n'a été observé.

Remerciements, financements, autres : AbbVie et les auteurs remercient tous les investigateurs de l'étude et les patients qui y ont participé. AbbVie souhaite remercier Jinghui Hui pour sa contribution à l'analyse des données, notamment des séries de données groupées des études U-ACHIEVE et U-ENDURE. Paulette Krishack, PhD, d'AbbVie Inc., a contribué à la rédaction de cette publication.

P372

Tofacitinib dans la rectocolite hémorragique : corrélation entre l'obtention d'une rémission symptomatique à la semaine 8 dans OCTAVE Induction et la rémission à la semaine 52 dans OCTAVE Sustain

P. Desreumaux [1], F. Akyuz [2], C. Ha [3], A. Bouzidi [4], A. Tamzali [4], S. Gardiner [5], J. Wu [6], J. Paulissen [7], L. Vuitton [8], M. Regueiro [9]

(1) Lille ; (2) Istanbul, TURQUIE ; (3) Arizona City, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (4) Paris ; (5) New York, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (6) Cambridge, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (7) Morrisville, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (8) Besançon ; (9) Cleveland, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE.

Introduction : Le tofacitinib est un inhibiteur de JAK indiqué dans le traitement de la Rectocolite Hémorragique (RCH).

Patients et Méthodes : Cette analyse post-hoc visait à 1) identifier les caractéristiques initiales associées à l'obtention d'une rémission symptomatique (RS), définie par un score Mayo total de ≤2 sans sous-score individuel >1 et des sous-scores de saignement rectal et de fréquence des selles de 0 à la semaine 8 (S8), chez les patients ayant reçu 10 mg de tofacitinib deux fois par jour dans les études OCTAVE Induction 1&2 (NCT01465763; NCT01458951), et 2) comparer l'efficacité du tofacitinib 5 et 10 mg deux fois par jour après 52 semaines (S52) de traitement d'entretien dans l'étude OCTAVE Sustain (NCT01458574) chez les patients ayant obtenu une RS à S8, par rapport à ceux qui ne l'ont pas obtenue.
Une analyse de régression logistique a été effectuée avec la rémission symptomatique en tant que variable dépendante et chaque facteur prédictif à l'inclusion comme étant une variable indépendante.
Les proportions de patients en rémission, en rémission sans corticoïdes (CTC) et en rémission soutenue sans CTC à S52 ont été évaluées chez les patients présentant une RS à S8, par rapport à ceux qui n'étaient pas en RS à S8.

Résultats : L'exposition ou l'échec antérieur à un anti-TNF était associé à une probabilité plus faible d'obtenir une RS à S8 des études d'induction ((Odds Ratio [OR] 0,44, intervalle de confiance à 95% [IC95%] 0,25, 0,77 ; OR 0,42, IC 95% 0,23, 0,75 ; respectivement). Le score Mayo total initial (<9 vs 9) et des sous-scores de fréquence des selles et endoscopique plus faibles (2 vs 3) étaient associés à des chances plus élevées d'obtenir une RS à S8 (OR 2,82, IC95% 1, 63, 4,88 ; OU 3,04, IC 95% 1,63, 5,65 ; OU 2,86, 95 % CI 1,65, 4,97, respectivement).
Numériquement plus de patients avec une RS à l'inclusion dans l'étude d'entretien ont atteint la rémission à S52 (47,1 % vs 34,2 % ; tofacitinib toutes doses, Tableau) par rapport à ceux qui ne l'étaient pas.
Aucune différence n'a été observée entre les patients avec une RS à S8 et ceux sans, à la semaine 52 (tofacitinib 5 et 10 mg) en termes d'atteinte de la rémission sans CTC (26,9 contre 26,3 %, respectivement) et de la rémission soutenue sans CTC (41,2 % contre 41,0 %, respectivement ; Tableau).

Tableau. Proportion de répondeurs aux critères de rémission à la semaine 52 d'OCTAVE Sustain, par groupe de traitement d'entretien et statut vis-à-vis de la rémission symptomatique à la semaine 8 d'OCTAVE Induction 1&2[a,b]

Résultats à la semaine 52 d'OCTAVE Sustain	Traitement d'entretien		
	Tofacitinib 5 mg BID	Tofacitinib 10 mg BID	Tofacitinib toutes doses
Rémission, n/N (%)			
Rémission symptomatique à S8 d'OCTAVE Induction 1&2 :			
Oui[b]	14/36 (38,9)	18/32 (56,3)	32/68 (47,1)
Non	41/134 (30,6)	51/135 (37,8)	92/269 (34.2)
Rémission sans corticoïdes, n/N (%)[c]			
Rémission symptomatique à S8 d'OCTAVE Induction 1&2 :			
Oui[b]	4/16 (25,0)	3/10 (30,0)	7/26 (26.9)
Non	19/72 (26,4)	16/61 (26.2)	35/133 (26.3)
Rémission soutenue sans CTC, n/N (%)[d]			
Rémission symptomatique à S8 d'OCTAVE Induction 1&2 :			
Oui[b]	11/36 (30,6)	17/32 (53,1)	28/68 (41,2)
Non	9/21 (42,9)	7/18 (38,9)	16/39 (41,0)

Conclusion : Une proportion numériquement plus élevée de patients ayant obtenu une RS par rapport à ceux ne l'ayant pas obtenu après 8 semaines de traitement d'induction avec le tofacitinib ont obtenu une rémission à la semaine 52 de l'étude OCTAVE Sustain. Cependant ceux qui n'ont pas obtenu de rémission symptomatique après 8 semaines de traitement d'induction ont quand même pu atteindre les critères d'efficacité avec les deux doses d'entretien de tofacitinib à la semaine 52.

P378

Efficacité des cellules souches mésenchymateuses allogéniques dérivées du tissu adipeux dans la maladie de Crohn ano-périnéale réfractaire : une étude de cohorte prospective monocentrique en vie réelle

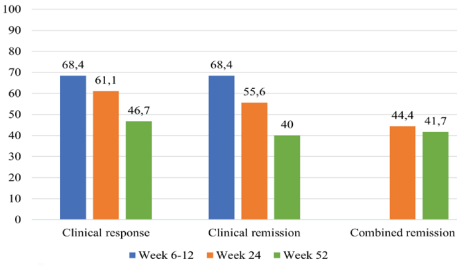
M. Alonso Gomez [(1)], E. Cotte [(1)], A.L. Charlois [(1)], C. Gay [(1)], P. Danion [(1)], A. Rozieres [(1)], R. Duclaux-Loras [(1)], S. Nancey [(1)], G. Boschetti [(1)]

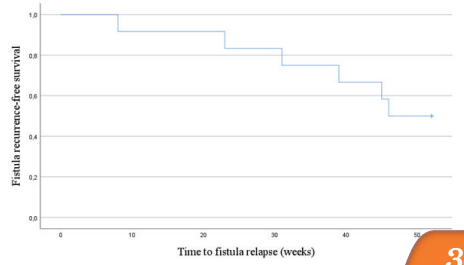
(1) Lyon.

Introduction : La cicatrisation à long therme des fistules ano-périneales dans la maladie de Crohn (MC) reste toujours difficile à accomplir malgré l'utilisation d'une stratégie adaptée associant une prise en charge médicale et chirurgicale combinées. Des essais cliniques contrôlés randomisés ont démontré l'efficacité et la sécurité de l'injection locale de cellules souches mésenchymateuses (CSM) allogéniques dérivées du tissu adipeux dans la cicatrisation des fistules complexes ano-périnéales réfractaires de MC. Cependant les données sur son efficacité en vie réelle sont rares dans la littérature. L'objectif de cette étude était d'évaluer l'efficacité du traitement par CSM dans la MC ano-périnéale réfractaire en conditions de vie réelle.

Patients et Méthodes : Nous avons évalué de façon prospective tous les patients ayant reçu une injection locale de CSM dans un centre de référence dans la prise en charge de maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI) entre avril 2021 et décembre 2022. Tous les patients ont bénéficié d'une visite d'évaluation clinique à la semaine 6-12, 24 et 52. Une évaluation par IRM était réalisée à la semaine 24 et 52. L'objectif principal était la rémission clinique et combinée à la semaine 24. Les objectifs secondaires incluaient le taux de récidive de fistule, les facteurs associés à la réponse et les données de sécurité, qualité de vie et activité de la maladie.

Résultats : Au total 19 patients ont été inclus (63.2% d'hommes, âge moyenne de 36 ans). La rémission clinique et combinée à la semaine 24 étaient obtenues dans 55.6% et 44.4% des patients respectivement. Le taux de récidive de fistule était de 16.7% et 50% à la semaine 24 et 52 respectivement, avec un temps moyen sans récidive de 42 semaines (34.2-49.8, 95% IC). Un âge jeune au moment de l'injection (p=0.008) et l'existence d'un trajet unique trans-sphinctérien (p=0.043) étaient identifiés comme des facteurs associés à la réponse. Le Perianal Disease Activity Index (PDAI) (p=0.047), le Revised Fecal Incontinence Scale (RFIS) (p=0.044) et le score de qualité de vie (p=0.019) étaient significativement améliorés après le traitement par CSM. Aucun effet indésirable majeur ni de problème de sécurité n'ont été rapportés au cours de la période de suivi de l'étude.





Conclusion : Notre étude apporte des données supplémentaires sur l'efficacité de l'injection locale de CSM dans la MC ano-périnéale fistulisante réfractaire en conditions de vie réelle, et confirme sa sécurité et sa bonne tolérance. Des études en vie réelle de plus large effectif restent néanmoins nécessaires afin d'identifier le profil de patients qui serait susceptible d'atteindre la cicatrisation à long terme après avoir bénéficié de cette thérapie prometteuse, dans cette population particulièrement réfractaire.

P324

Maladies inflammatoires chroniques intestinales réfractaires : efficacité et tolérance d'une 4ème ou 5ème ligne de traitement

B. Caron [1], A. Habert [1], O. Bonsack [1], H. Camara [1], E. Jeanbert [1], P. Netter [1], L. Peyrin-Biroulet [1]
(1) Nancy.

Introduction : De nombreux patients atteints de maladies inflammatoires chroniques intestinales présentent une maladie réfractaire malgré de multiples lignes de traitement. L'objectif de cette étude était d'évaluer pour la première fois la persistance, l'efficacité et la tolérance des biothérapies ou inhibiteurs de JAK (Janus kinase) utilisées en 4ème ou 5ème ligne de traitement chez les patients atteints de maladie inflammatoire chronique intestinale.

Patients et Méthodes : Il s'agissait d'une étude rétrospective monocentrique. Tous les patients consécutifs atteints de maladie inflammatoire chronique intestinale traités entre juillet 2022 et avril 2023 par un traitement de 4ème ou 5ème ligne pendant au moins trois mois ont été inclus dans cette étude. L'objectif principal était d'évaluer le taux de persistance des traitements de 4ème et 5ème ligne.

Résultats : Quatre-vingt-deux patients atteints de maladie inflammatoire chronique intestinale ont été inclus dans cette étude. Parmi eux, 44 patients bénéficiaient d'une 4ème ligne de traitement et 38 d'une 5ème ligne. En 4ème ligne, les traitements les plus fréquemment utilisés étaient l'ustekinumab (19/44, 43,2 %), le vedolizumab (11/44, 25 %) et le risankizumab (8/44, 18,2 %). En 5ème ligne, les patients ont été traités par le risankizumab (19/38, 50 %), le vedolizumab (7/38, 18,4 %) et l'ustekinumab (5/38, 13,2 %).

La persistance du traitement de 4ème ou 5ème ligne était de 90,1 % (64/71) après 6 mois, de 70,2 % (33/47) après 12 mois et de 43,7 % (7/16) après 24 mois. L'analyse de survie de Kaplan-Meier a montré que la persistance du traitement par risankizumab, ustekinumab ou vedolizumab n'était pas significativement différente (p>0,05) selon qu'il s'agissait d'un traitement de 4ème ou de 5ème ligne. L'analyse de la durée moyenne de survie restreinte a montré que le taux de persistance du risankizumab était le plus élevé en traitement de 4ème ligne (risankizumab vs. vedolizumab : 36,0 et 29,4 semaines respectivement, p=0,008 ; risankizumab vs. ustekinumab : 36,0 et 32,8 semaines respectivement, p=0,035). En analyse multivariée, le diagnostic de maladie de Crohn) était associé de manière significative à la persistance du traitement (Odd ratio 4,6 ; intervalle de confiance à 95 % 1,7-12,4). Des événements indésirables sont survenus chez 5 patients (6,1 %), aucun événement indésirable grave n'a été signalé.

Conclusion : Cette étude a montré que le risankizumab pourrait avoir un taux de persistance plus important que d'autres biothérapies en tant que traitement de 4ème ligne pour les maladies inflammatoires chroniques intestinales. La persistance des traitements était plus importante dans la maladie de Crohn que dans la rectocolite hémorragique. D'autres études sont nécessaires pour comparer l'efficacité des traitements chez les patients atteints de maladies inflammatoires chroniques intestinales réfractaires.

P325

Utilisation en vie réelle du darvadstrocel en France : une analyse des données hospitalières françaises

C. Lefevre [1], N. Pages [2], P. Keraudren [1], S. Hiridjee [2], D. Charleux-Muller [1], I. Akhamlich [1], F. Raguideau [2]
(1) Paris ; (2) Lyon.

Introduction : La maladie de Crohn (MC) est une maladie inflammatoire pouvant atteindre n'importe quel segment du tube digestif de la bouche à l'anus. Les fistules périanales représentent l'une des complications les plus invalidantes de la MC et touchent près d'un quart des patients atteints de cette maladie. Dans le cas particulier des lésions ano-périnéales de Crohn (LAP) le point de départ de la fistule peut être une ulcération du canal anal ou du bas rectum. Le darvadstrocel constitué de cellules souches mésenchymateuses allogénique est utilisé depuis juillet 2020 en France. A ce jour, aucune étude en vie réelle n'a été menée sur la consommation des ressources de santé chez les patients traités par darvadstrocel. L'objectif de cette étude était de décrire les caractéristiques des patients, quantifier la consommation de ressources de santé, identifier les facteurs prédictifs à l'initiation du traitement chez les patients traités par darvadstrocel.

Matériels et Méthodes : Etude de cohorte rétrospective chez des patients atteints de la MC ayant des fistules périanales et traités par darvadstrocel en France, identifiés à l'aide de la base de données hospitalière française (PMSI). Les patients ont été identifiés au cours d'une période d'étude allant du 1er janvier 2018 au 31 décembre 2022, et ont été suivis depuis la première apparition d'une fistule dans la base du PMSI (identifiées par la présence d'une chirurgie ou hospitalisation liées aux fistules, date d'index 1) jusqu'à la fin de la période d'étude (31 décembre 2022), ou la date du décès enregistré à l'hôpital. L'administration de darvadstrocel a été définie comme une date index 2. Une période de suivi de 3 ans avant la date index 1 a été utilisée pour identifier les comorbidités et les traitements antérieurs d'intérêt. Des statistiques descriptives ont été réalisées et des nombres moyens mensuels de consommation des ressources (hospitalisations et durée des séjours) ont été rapportés avant (entre la date index 1 et 2) et après l'initiation du darvadstrocel (de la date index 2 à la fin du suivi). Un modèle de régression logistique multivarié prédictif a été réalisé pour étudier les potentiels facteurs déterminants à l'initiation de darvadstrocel. Les facteurs étudiés étaient : âge, sexe, temps depuis le premier diagnostic de MC enregistré dans le PMSI, nombre d'hospitalisations antérieures liées aux fistules, utilisation antérieure de traitement biologiques, et présence de comorbidités. Les odds ratio (OR) et les intervalles de confiance à 95 % (IC à 95%) ont été rapportés.

Résultats : Un total de 7783 patients atteints de la MC et de fistules périanales a été identifié dans la base du PMSI, dont 214 ayant été traités par darvadstrocel. La période de suivi moyenne avant administration de darvadstrocel était de 2,2 ans, et de 0,9 an après administration. Dans cette population, le nombre mensuel d'hospitalisations liées aux fistules était stable, en considérant les périodes avant et après l'administration darvadstrocel, (0,24 et 0,30 par patient, respectivement). La durée moyenne d'hospitalisation était de 5,1 jours avant et de 0,8 jour après l'administration de darvadstrocel. En mensuel, la durée moyenne des hospitalisations par patient, avant vs après l'administration de darvadstrocel, était réduites de 39% (0,14 vs 0,23 jour). Parmi les variables étudiées comme facteurs prédictifs, le nombre d'hospitalisations antérieures liées aux fistules (présence de +3 hospitalisations vs aucune, OR 1,82 [IC 95% 1,18-2,80]) et l'utilisation antérieure de traitements biologiques (présence vs absence, OR 1,5; IC 95% 1,12-2,01) ont été identifiés comme significativement associés à l'initiation de darvadstrocel.

Conclusion : Cette étude en vie réelle portant sur la prise en charge hospitalière des patients traités par darvadstrocel est la première ayant été réalisée en France. Les données de suivi disponibles sont encore limitées, mais apportent des premiers éléments sur un potentiel allègement de la prise en charge des patients après l'administration par darvadstrocel. Des analyses futures permettraient de générer

des données supplémentaires à mesure que le nombre de patients et le suivi continuent d'accroître au fil des années.

Remerciements, financements, autres :
Cette étude a été réalisée par la société HEVA, financée par Takeda France.

P.326

Événements thromboemboliques et événements cardiovasculaires majeurs chez les patients participant à l'ensemble du programme d'études cliniques du filgotinib

L. Peyrin-Biroulet [(1)], C.J. van der Woude [(2)], S. Schreiber [(3)], Z. Szekanecz [(4)], E. Choy [(5)], P.J. Stiers [(6)], P. Van Hoek [(6)], K. Van Beneden [(6)], A. de Haas [(7)], C. Rudolph [(8)], H. Ten Cate [(9)]

(1) Nancy ; (2) Rotterdam, PAYS-BAS ; (3) Kiel, ALLEMAGNE ; (4) Debrecen, HONGRIE ; (5) Cardiff, ANGLETERRE ; (6) Malines, BELGIQUE ; (7) Leyde, PAYS-BAS ; (8) Munich, ALLEMAGNE ; (9) Maastricht, PAYS-BAS.

Introduction : Le filgotinib (FIL), inhibiteur préférentiel de la Janus Kinase de type 1 administré par voie orale une fois par jour, est autorisé pour le traitement de la polyarthrite rhumatoïde (PR) et de la rectocolite hémorragique (RCH) active moderée à sévère au Royaume-Uni, dans l'UE et au Japon.1 Pour mieux comprendre le profil de tolérance du FIL dans ses indications, le risque de survenue d'événement cardiovasculaire majeur (MACE) et de thromboembolie veineuse (TEV) a été évalué chez des patients traités par FIL 200 mg (FIL200) ou FIL 100 mg (FIL100).

Patients et Méthodes : Une analyse poolée a été réalisée à partir des données issues de cinq études de phase 2/3 et de deux études d'extension à long terme avec le FIL dans la PR, et des données de deux études de phase 2/3 et d'une étude d'extension à long terme de FIL dans la RCH (ci-après dénommées données « globales »). Des analyses en sous-groupes ont été réalisées en fonction de l'âge et des facteurs de risque cardiovasculaire (à l'exclusion de l'âge). Des données de vraie vie ont été extraites d'une revue systématique de la littérature. Les taux d'incidence ajustés en fonction de l'exposition (TIAE) ou les taux d'incidence pour 100 patients-année d'exposition (PAE) et les intervalles de confiance à 95 % (IC) ont été estimés pour les MACE et les TEV. Pour les données issues des études cliniques, les MACE et les TEV comprenaient uniquement les événements adjudiqués.

Tableau 1. Caractéristiques à l'inclusion des patients atteints de PR issus du programme de développement du filgotinib (NCT01888874 ; NCT01894516; NCT02889796; NCT02873936; NCT02886728; NCT02065700; NCT03025308)[a]

	Filgotinib 200 mg (n = 2267)	Filgotinib 100 mg (n = 1647)
Âge, années, moy+-SD	52.6±12.8	53.2±12.8
Groupe d'âge, n (%)		
< 65 ans	1860 (82.0)	1321 (80.2)
≥ 65 ans	407 (18.0)	326 (19.8)
Femme, n (%)	1828 (80.6)	1319 (80.1)
IMC au départ, kg/m², moy+-SD	27.6±6.2	27.6±6.2
Histoire familiale CV, n (%)	n = 1776 53 (3.0)	n = 1370 59 (4.3)
Histoire médicale CV, n (%)	n = 2267	n = 1647
Diabète	221 (9.7)	158 (9.6)
Maladie vasculaire périphérique	5 (0.2)	6 (0.4)
Hypertension	766 (33.8)	560 (34.0)
Dyslipidémie	335 (14.8)	280 (17.0)
Cardiopathie ischémique	111 (4.9)	69 (4.2)
Trouble vasculaire ischémique du SNC	51 (2.2)	34 (2.1)
Maladie extra-articulaire	9 (0.4)	11 (0.7)
Statut fumeur, n (%)	n = 1776	n = 1370
Actif	244 (13.7)	193 (14.1)
Sevré	236 (13.3)	174 (12.7)
Jamais	1296 (73.0)	1003 (73.2)

[a]Winthrop KL *et al. Ann Rheum Dis* 2022;81:184–92
IMC, indice de masse corporelle ; PR, polyarthrite rhumatolde ; SNC, système nerveux central ; CV, cardiovasculaire ; SD, déviation standard

Résultats : Dans les données poolées, les caractéristiques à l'inclusion étaient généralement similaires dans tous les bras de traitement pour la PR et la RCH. Concernant les données dans la PR, les TIAE des MACE étaient de 0,29 et 0,41 pour 100 PAE dans les groupes FIL200 et FIL100, respectivement. Les taux d'incidence (TI) des MACE étaient de 0,45 à 0,77 pour 100 PAE dans la

population générale atteinte de PR. Des TIAE plus élevés ont été rapportés pour les MACE dans le sous-groupe de patients atteints de PR âgés de ≥65 ans par rapport à ceux âgés de <65 ans. Dans le sous-groupe de patients atteints de PR et présentant un risque CV, les TIAE des MACE étaient de 0,53 pour FIL200 et de 0,64 pour 100 PAE pour FIL100. Les taux de TEV étaient de 0,19 pour 100 PAE pour FIL200 et FIL100 chez les patients atteints de PR, et de 0,32-0,44 pour 100 PAE dans la population générale atteinte de PR. Des TIAE numériquement plus élevés, avec chevauchement des IC, ont été observés chez les patients atteints de PR âgés de ≥65 ans par rapport à ceux âgés de <65 ans, et chez ceux présentant un risque CV par rapport à ceux qui n'en présentaient pas. Concernant les données dans la RCH, les taux de MACE étaient respectivement de 0,29, 0,35 et 0,87 pour 100 PAE dans les groupes FIL200 et FIL100, et dans la population générale atteinte de RCH, respectivement (Figure 2).

Tableau 2. Caractéristiques à l'inclusion des patients atteints de RCH issus des essais cliniques SELECTION-LTE (NCT02914535) et MANTA (NCT03201445)

	Filgotinib 200 mg (n = 1055)	Filgotinib 100 mg (n = 583)	Placebo (n = 534)
Âge, années, moy±-SD	42.2±13.5	42.8±13.8	410.8±13.7
Groupe d'âge, n (%)			
< 65 ans	990 (93.8)	544 (93.3)	500 (93.6)
≥ 65 ans	65 (6.2)	39 (6.7)	34 (6.4)
Femme, n (%)	413 (39.1)	219 (37.6)	199 (37.3)
IMC au départ, kg/m², moy±-SD	n=1054 24.6±5.2	n=582 24.7±4.9	n=533 24.5±5.0
Histoire familiale CV, n (%)	n=84 84 (100)	n=0 0	n=65 65 (100)
Histoire médicale CV, n (%)	n = 971	n = 583	n = 469
Diabète	48 (4.9)	29 (5.0)	34 (7.2)
Dyslipidémie	90 (9.3)	72 (12.3)	51 (10.9)
Maladie extra-articulaire	971 (100)	583 (100)	469 (100)
Hypertension	146 (15.0)	100 (17.2)	75 (16.0)
Trouble vasculaire ischémique du SNC	11 (1.1)	3 (0.5)	3 (0.6)
Cardiopathie ischémique	23 (2.4)	23 (3.9)	10 (2.1)
Maladie vasculaire périphérique	1 (0.1)	2 (0.3)	2 (0.4)
Statut fumeur, n (%)	n=1055	n=583	n=533
Actif	51 (4.8)	33 (5.7)	17 (3.2)
Sevré	268 (25.4)	153 (26.2)	120 (22.5)
Jamais	736 (69.8)	397 (68.1)	396 (74.3)

IMC, indice de masse corporelle ; RCH, rectocolite hémorragique ; SNC, système nerveux central ; CV, cardiovasculaire ; SD, déviation standard

Les taux de TEV étaient de 0,08, 0,18 et 0,39 pour 100 PAE dans l'ensemble des bras FIL200 et FIL100 et dans la population générale atteinte de RCH, respectivement. Pour les TIAE des MACE et des TEV, de grands IC ont été rapportés chez les patients atteints de RCH âgés de ≥65 ans et chez ceux présentant un risque CV, en raison du faible nombre d'événements et/ou de patients dans ces sous-groupes.

Conclusion : Aucun lien n'a été identifié entre le traitement par FIL200 et un risque accru de MACE ou de TEV par rapport à la population générale atteinte de PR ou de RCH. Les patients âgés de ≥65 ans ou présentant un risque CV avaient des taux de MACE et de TEV légèrement plus élevés que ceux des autres sous-groupes ; cependant, le chevauchement des IC ne suggère pas de différence significative entre ces groupes. Des études complémentaires devraient évaluer les données de vraies vie des patients traités par FIL avec un suivi plus long.

Remerciements, financements, autres : Financement : L'essai SELECTION a été sponsorisé par Gilead Sciences Inc. (Foster City, CA, USA). Galapagos NV (Malines, Belgique) était un collaborateur de l'essai SELECTION et a financé cette analyse.

P327

Impact du risankizumab sur les sténoses intestinales chez des patients atteints d'une maladie de Crohn active modérée à sévère : analyse post hoc des études de phase III ADVANCE, MOTIVATE et FORTIFY

X. Treton [1], W. Reinisch [2], F. Rieder [3], V. Jairath [4], M. Sasaki [5], K. Kligys [6], E. Neimark [6], J. Zambrano [6], Y. Zhang [6], J.F. Colombel [7]

(1) Neuilly-sur-Seine ; (2) Vienne, AUTRICHE ; (3) Cleveland, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (4) London, CANADA ; (5) Nagakute, JAPON ; (6) Chicago, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (7) New York, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE.

Introduction : Le risankizumab (RZB), un inhibiteur de l'interleukine-23 p19, s'est montré efficace et bien toléré chez les patients ayant une maladie de Crohn (MC).1,2 Cette analyse post hoc a évalué l'efficacité du RZB chez des patients présentant une sténose intestinale à l'inclusion (INC).

Patients et Méthodes : Dans les études d'induction ADVANCE (NCT03105128) et MOTIVATE (NCT03104413), les patients ont été randomisés pour recevoir le RZB (600 mg ou 1200 mg) ou un placebo (PBO) par voie intraveineuse (IV) pendant 12 semaines. Les patients obtenant une réponse clinique au RZB IV ont été à nouveau randomisés dans l'étude d'entretien FORTIFY (NCT03105102) pour recevoir le RZB (180 mg ou 360 mg) ou un PBO (arrêt de traitement) par voie sous-cutanée pendant 52 semaines. L'amélioration des sténoses (d'après le sous-score du SES-CD [Simple Endoscopic Score for Crohn's Disease] évaluant la présence de sténose) a été évaluée chez les patients ayant une sténose franchissable (sous-score SES-CD de présence de sténose = 1 ou 2) ou non franchissable (sous-score SES-CD de présence de sténose = 3) à l'INC. La rémission clinique (selon le CDAI [Crohn's Disease Activity Index] et la fréquence des selles/score de douleurs abdominales [FS/DA]) et la réponse endoscopique ont été évaluées aux semaines 12 et 52 chez les patients avec sténose à l'INC (sous-score SES-CD de présence de sténose = 1, 2 ou 3, quel que soit le segment) ou sans sténose à l'INC (sous-score SES-CD de présence de sténose = 0). Les données des patients traités par RZB 600 mg IV ou PBO au cours des études ADVANCE et MOTIVATE ont été regroupées pour l'analyse. Les critères d'efficacité ont été évalués sans ajustement pour multiplicité ; toutes les valeurs P sont nominales.

Tableau. Critères d'efficacité chez les patients avec sténose à l'inclusion

	Études d'induction (données combinées d'ADVANCE et MOTIVATE)				Étude d'entretien (FORTIFY)				
	Avec Sténose intestinale*		Sans Sténose *		Avec Sténose intestinale*			Sans Sténose*	
Variable	PBO (n = 112)	RZB 600 mg (n = 162)	PBO (n = 253)	RZB 600 mg (n = 365)	PBO (n = 48)	RZB 180 mg (n = 45)	RZB 360 mg (n = 33)	PBO (n = 116)	RZB 180 mg (n = 112)	RZB 360 mg (n = 109)
Critères SES-CD évalués à la semaine 12 (induction) et à la semaine 52 (entretien) chez les patients avec sténose à l'INC, n/n (%)										
Amélioration complète des sténoses franchissables par rapport à l'INC†	33/68 (48,5)	58/91 (63,7)	S/O	S/O	11/30 (36,7)	13/29 (44,8)	9/14 (64,3)	S/O	S/O	S/O
Amélioration complète des sténoses non franchissables par rapport à l'INC†	15/52 (28,8)	36/88 (40,9)	S/O	S/O	6/23 (34,8)	10/17 (58,8)	9/21 (42,9)	S/O	S/O	S/O
Amélioration des sténoses non franchissables par rapport à l'INC†	24/52 (46,2)	43/88 (48,9)	S/O	S/O	8/23 (34,8)	10/17 (58,8)	9/21 (42,9)	S/O	S/O	S/O
Co-critères principaux d'efficacité évalués à la semaine 12 (induction) et à la semaine 52 (entretien), n (%)										
Rémission clinique CDAI‡	24 (21,4)	65 (40,1)**	56 (22,4)	167 (45,7)***	15 (31,3)	23 (51,1)	16 (45,0)	52 (44,8)	64 (57,1)	58 (54,6)
Rémission clinique FS/DA§	29 (20,9)	67 (41,4)**	51 (20,4)	149 (39,7)***	17 (35,4)	18 (40,0)	16 (46,5)	49 (41,4)	55 (49,1)	57 (53,6)
Réponse endoscopique¶	15 (13,4)	40 (24,4)	27 (10,8)	100 (41,2)	11 (22,9)	19 (42,2)*	15 (42,9)	25 (21,6)	55 (49,1)***	51 (47,7)***

CVI, score de douleurs abdominales ; INC, inclusion ; CDAI, indice d'activité de la maladie de Crohn (*Crohn's Disease Activity Index*) ; S/C, sans objet ; FB/D, placebo ; RZB, risankizumab ; SES-CD, score endoscopique simplifié pour la maladie de Crohn (*Simple Endoscopic Score for Crohn's Disease*) ; FS, fréquence des selles.

*Sous-score SES-CD de présence de sténose = 1, 2 ou 3 à l'INC †Sous-score SES-CD de présence de sténose = 0 à l'INC ‡Sous-score SES-CD de présence de sténose = 0 parmi les patients ayant un sous-score de sténose de 1 ou 2 à l'INC §Sous-score SES-CD de présence de sténose = 0 parmi les patients ayant un sous-score de sténose de 3 à l'INC ¶Toute amélioration du sous-score SES-CD de présence de sténose parmi les patients ayant un sous-score de sténose de 3 à l'INC. *CDAI < 150. **FS quotidienne moyenne ≤ 2,8 et Score de DA quotidien moyen ≤ 1, sans aggravation de ces paramètres par rapport à l'INC dans l'évolution ?Diminution > 58 % du SES-CD par rapport à l'INC (ou réduction de ≥ 2 points par rapport à l'INC en cas d'iléite isolée et de SES-CD initial de 4, le score étant établi par une lecture centralisée). *P normalisé ≤ 0,05, **P normalisé ≤ 0,01, ***P normalisé <0,001 vs PBO ; valeurs P non ajustées pour multiplicité.

Résultats : Les caractéristiques et les données démographiques initiales étaient généralement similaires entre les patients avec vs sans sténose à l'INC. Sur les 889 patients ayant participé aux études d'induction, 30,8 % (n = 274) avaient un sous-score SES-CD de présence de sténose de 1, 2 ou 3 à l'INC, quel que soit le segment ; 15,7 % (n = 140) avaient un sous-score SES-CD de présence de sténose de 3. Aux semaines 12 et 52, les taux de résolution complète des sténoses franchissables et non franchissables étaient numériquement supérieurs chez les patients traités par RZB par rapport au PBO (Tableau). Parmi les patients présentant une sténose non franchissable à l'INC, une proportion similaire de patients traités par RZB ou PBO a présenté une amélioration du sous-score de présence de sténose à la semaine 12 ; cependant une proportion numériquement plus importante de patients traités par RZB vs PBO a présenté une amélioration du sous-score de présence

de sténose à la semaine 52. Les taux de rémission clinique et de réponse endoscopique chez les patients traités par RZB aux semaines 12 et 52 étaient généralement numériquement plus élevés chez les patients sans sténose à l'INC que chez ceux présentant une sténose. La tolérance du RZB a été décrite auparavant.1,2

Conclusion : Le traitement d'induction et d'entretien par RZB a permis d'obtenir des améliorations et la résolution complète de la sténose chez les patients présentant une sténose intestinale à l'INC. Le RZB a également amélioré les résultats cliniques et endoscopiques, indépendamment de la présence de sténoses intestinales à l'INC, chez les patients ayant une MC active modérée à sévère.

Remerciements, financements, autres : AbbVie Inc. a financé cette étude et participé à l'élaboration du schéma de l'étude, à la recherche, l'analyse, au recueil et à l'interprétation des données, à la révision et à la validation du résumé. Tous les auteurs ont eu accès aux données pertinentes et ont participé à la rédaction, la révision et la validation de ce résumé. 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. La rédaction médicale a été assurée par Melissa Julyanti, PharmD, de JB Ashtin, et financée par AbbVie.

P328

Satisfaction et préférences des patients atteints d'une maladie inflammatoire chronique intestinale concernant leur adalimumab : une étude multicentrique du GETAID

B. Caron [1], P. Seksik [2], A. Buisson [3], P. Wils [4], G. Savoye [5], C. Stefanescu [6], D. Laharie [7], L. Guillo [8], V. Abitbol [2], J. Bonnet [2], R. Altwegg [9], L. Vuitton [10], D. Moussata [11], A. Bourreille [12], A. Biron [13], C. Gilletta de Saint-Joseph [14], M. Fumery [15], S. Nahon [16], S. Nancey [17], H. Camara [1], L. Peyrin-Biroulet [1]

(1) Nancy ; (2) Paris ; (3) Clermont-Ferrand ; (4) Lille ; (5) Rouen ; (6) Neuilly-sur-Seine ; (7) Bordeaux ; (8) Marseille ; (9) Montpellier ; (10) Besançon ; (11) Tours ; (12) Nantes ; (13) Reims ; (14) Toulouse ; (15) Amiens ; (16) Montfermeil ; (17) Lyon.

Introduction : Plusieurs adalimumab sont actuellement disponibles sur le marché pour les patients atteints de maladies inflammatoires chroniques intestinales. Peu de données sont disponibles sur la satisfaction et la tolérance des patients selon ces différentes formulations. L'objectif de cette étude était d'évaluer la satisfaction des patients atteints de maladies inflammatoires chroniques intestinale concernant leur adalimumab.

Patients et Méthodes : Dans cette étude transversale, 941 patients consécutifs traités par adalimumab depuis au moins 3 mois pour une maladie inflammatoires chronique intestinale ont été inclus dans 45 centres affiliés au GETAID. Les patients complétaient un questionnaire de satisfaction comprenant quatre items notés chacun sur une échelle de 0 à 10 points (satisfaction globale, satisfaction à l'égard du dispositif d'injection, du kit d'injection et des services d'assistance).

Résultats : Les médicaments les plus utilisés à l'inclusion étaient Humira® (436/941, 46,3 %), Amgevita® (177/941, 18,8 %) et Hulio® (105/941, 11,2 %). Le taux moyen de satisfaction globale à l'égard de l'adalimumab était de 8,5 [écart-type 1,8]. La satisfaction globale était significativement plus élevée chez les patients traités par Humira® (8,6 [1,5]), Hulio® (8,6 [1,8]) ou Amgevita® (8,5 [1,4]) (p<0,05). La satisfaction à l'égard du dispositif d'injection sous-cutanée était plus élevée chez les patients traités par Yuflyma® (9,0 [1,4]), Humira® (8,9 [1,3]) et Hulio® (8,9 [1,7]) (p<0,05). Au total, 299 patients (31,8 %) ont décrit des réactions au point d'injection. Deux cent vingt-trois patients (23,7 %) ont déclaré avoir déjà été traités par un autre adalimumab, dont 32/223 (14,3 %) ont changé d'adalimumab en raison d'effets secondaires.

Conclusion : Dans cette étude en vie réelle, les patients traités par adalimumab pour une maladie inflammatoire chronique intestinale étaient très satisfaits de leur traitement, avec néanmoins quelques différences en termes de satisfaction globale et de satisfaction à l'égard du dispositif d'injection selon l'adalimumab utilisé.

P379

Elimination précoce de la maladie avec etrasimod et corrélation avec les résultats et les biomarqueurs à la semaine 52 : une analyse post hoc des essais de phase 3 ELEVATE UC

L. Peyrin-Biroulet [1], F. Magro [2], B. Sands [3], S. Danese [4], V. Jairath [5], M. Goetsch [6], A. Bhattacharjee [7], J. Wu [8], D. Branquinho [3], I. Modesto [3], B. Feagan [5]

(1) Nancy ; (2) Porto, PORTUGAL ; (3) New York, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (4) Milan, ITALIE ; (5) London, CANADA ; (6) Zürich, SUISSE ; (7) Chennai, INDE ; (8) Cambridge, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE.

Introduction : Le concept d'élimination de la maladie [Disease Clearance (DC)], impliquant une rémission symptomatique, endoscopique et histologique, a été proposé comme l'objectif thérapeutique ultime dans le traitement de la rectocolite hémorragique (RCH), Cependant, la valeur pronostique de ce critère reste incertaine.[1]
Etrasimod est un modulateur expérimental sélectif des récepteurs de la sphingosine 1- phosphate (S1P)□,□,□, administré par voie orale en prise unique, en cours de développement dans le traitement de la RCH active modérée à sévère. Nous rapportons une analyse post hoc des études ELEVATE UC évaluant la relation entre les critères histologiques/composites, les biomarqueurs et les résultats d'efficacité chez les patients traités par Etrasimod.

Patients et Méthodes : Dans les études ELEVATE UC 52 (NCT03945188) et ELEVATE UC 12 (NCT03996369), les patients atteints de RCH active modérée à sévère ont été randomisés en 2 :1 entre etrasimod 2 mg une fois par jour et le placebo (PBO), La DC était définie comme suit : index de Nancy histologique=0, sous-score endoscopique de Mayo [ES]=0, sous-score de saignement rectal=0, sous-score de fréquence des selles=0 ou 1 (si 1, l'amélioration doit être ≥ 1 point par rapport à l'inclusion), Les autres critères d'évaluation sont définis dans le tableau, Les coefficients de corrélation Kappa[2] ont été estimés entre les critères histologiques à la semaine 12 et les résultats d'efficacité à la semaine 52, et entre les critères histologiques et les biomarqueurs aux semaines 12 et 52.

Résultats : à la semaine 12, dans les deux études, davantage de patients traités par Etrasimod ont atteint la DC en comparaison au groupe PBO (8,4 % [23/274] vs 1,5 % [2/135] et 9,9 % [22/222] vs 4,5 % [5/112], p<0,001 et p=0,042, respectivement), La proportion de patients avec une rémission clinique à la semaine 52 était plus élevée chez les patients ayant obtenu une DC à la semaine 12 (17/23 ; 74%) que chez ceux n'ayant pas obtenu de DC (71/251 ; 28%), L'amélioration histologique et endoscopique de la muqueuse à la semaine 12 présentait la plus forte corrélation avec les résultats d'efficacité à la semaine 52 (κ 0,357–0,438 ; Tableau), La normalisation de la calprotectine fécale et de la protéine C-réactive a montré une légère/passable à une importante corrélation avec les paramètres histologiques (κ 0,223–0,630 ; 0,075–0,6, respectivement ; Tableau), Le nombre absolu de lymphocytes < 0,5x109/L n'a montré aucune corrélation (κ -0,100–0,216 ; Tableau).

Tableau. Corrélations entre les paramètres histologiques et d'efficacité dans ELEVATE UC 52, et les paramètres histologiques et les biomarqueurs dans ELEVATE UC 52 et 12 chez les patients (avec un score Mayo modifié à l'inclusion de 5 à 9) recevant de l'etrasimod à raison de 2 mg une fois par jour.

Corrélations avec les critères histologiques à la semaine 12 et les critères d'efficacité à la semaine 52 de l'étude ELEVATE UC 52

ELEVATE UC 52 – Critère d'évaluation à S12 (N=274)	Définition	Rémission clinique[a] à S52	Rémission clinique sans CS[c] à S52	Rémission symptomatique[d] à S52	Amélioration endoscopique[e] à S52	Amélioration endoscopique-rémission histologique[b] à S52
Rémission histologique[f]	Geboes < 2,0	0,266	0,266	0,299	0,292	0,303
Amélioration histologique-endoscopique de la muqueuse[g]	Geboes ≤ 3,1 + ES 0–1	0,392	0,392	0,357	0,423	0,438
Amélioration endoscopique-rémission histologique[h]	Geboes < 2,0 + ES 0–1	0,338	0,338	0,297	0,367	0,431
Normalisation endoscopique-rémission histologique[i]	Geboes < 2,0 + ES 0	0,217	0,217	0,169	0,223	0,307
Discase clearance[j]	NHI -0, ES -0, RBS -0, SFS -0 ou 1(si L'doit avoir une diminution ≥ 1 point par rapport à l'inclusion)	0,200	0,200	0,164	0,194	0,260

Corrélations avec le statut des biomarqueurs lors de la même visite (semaine 12 et semaine 52)

ELEVATE UC 12 – Critère d'évaluation à S12 (N=222) ELEVATE UC 52 – Critères d'évaluation à S12 ou S52 (N=274)	Nombre absolu de lymphocytes (< 0,5 x 10⁹/L)		Normalisation de la calprotectine fécale (< 150 mg/kg)		Normalisation de la hsCRP (< 5 mg/L)	
	ELEVATE UC 12 (Wk 12)	ELEVATE UC 52 (Wk 52)	ELEVATE UC 52 (Wk 12)	ELEVATE UC 12 (Wk 12)	ELEVATE UC 52 (Wk 12)	ELEVATE UC 52 (Wk 52)	ELEVATE UC 12 (Wk 12)	ELEVATE UC 52 (Wk 12)	ELEVATE UC 52 (Wk 52)
Rémission histologique[f]	0,060	-0,006	0,216	0,370	0,268	0,371	0,199	0,193	0,497
Amélioration histologique-endoscopique de la muqueuse[g]	0,124	0,100	0,132	0,535	0,497	0,630	0,180	0,267	0,535
Amélioration endoscopique-rémission histologique[h]	0,041	-0,055	0,160	0,290	0,298	0,538	0386	0,287	0,600
Normalisation endoscopique-rémission histologique[i]	0,064	0,016	0,098	0,227	0,257	0,458	0,075	0,089	0,373
Discase clearance[j]	-0,022	0,014	0,067	0,236	0,223	0,431	0,084	0,094	0,365

Les coefficients de corrélation Kappa sont présentés, < 0 indique une absence de corrélation, 0,01-0,20 une corrélation nulle à faible, 0,23-0,40 une corrélation moyenne, 0,43- 0,60 une corrélation modérée, 0,63-0,80 une corrélation importante, et les coefficients 0,81-1,00 indiquent une corrélation presque parfaite
Critères d'évaluation secondaires de l'étude ELEVATE UC 52 (NCT03945188) et ELEVATE UC 12 (NCT03996369) : [a] Critère d'évaluation post hoc ; [b] La rémission clinique a été définie comme un SFS - 0 (ou - 1 avec une diminution ≥ 1 point par rapport à l'inclusion), RBS - 0, et ES ≤ 1 (exclusif la friabilité) ; [c] La rémission clinique sans corticostéroïdes a été définie comme la proportion de patients en rémission clinique à la semaine 52 et qui n'avaient pas reçu de corticostéroïdes pendant ≥ 12 semaines avant la semaine 52 ; [d] La rémission symptomatique a été définie par un SFS - 0 (ou - 1 avec une diminution ≥ 1 point par rapport à l'inclusion) et un RBS - 0 ; [e] L'amélioration endoscopique a été définie par un ES ≤ 1 (exclusif la friabilité) ; [f] L'amélioration endoscopique-rémission histologique a été définie par un ES ≤ 1 (exclusif la friabilité) avec une rémission histologique mesurée par un score de l'indice de Geboes < 2,0
CS, corticostéroïdes ; ES, sous-score endoscopique ; hsCRP, protéines C-réactives haute sensibilité ; NHI, Index histologique de Nancy ; RBS, sous-score de saignement rectal ; S, semaine ; SFS, sous-score de la fréquence des selles

Conclusion : L'obtention précoce d'une DC n'a montré qu'une corrélation passable avec les résultats d'efficacité à la semaine 52, La corrélation entre la calprotectine fécale < 150 mg/kg et les résultats histologiques était le plus souvent modérée et s'est améliorée entre les semaines 12 et 52, Une approche différente est nécessaire pour développer des modèles prédictifs robustes.

Résultats de l'enquête nationale de pratique CHROME : utilisation du MTX dans la maladie de Crohn en France en 2023

P. Faure [1], T. Higuero [2], H. Herman-Demars [3], J. Becker [3], A. Courbeyrette [3], G. Bonnaud [1]
(1) Toulouse ; (2) Beausoleil ; (3) Paris.

Introduction : Les immunosuppresseurs (IS) utilisés en monothérapie ou en association à un anti-TNF ont une place dans la prise en charge de la maladie de Crohn (MC). Parmi ces traitements, le méthotrexate (MTX) indiqué dans les formes légères à modérées et administré par voie sous-cutanée est une alternative aux thiopurines couramment utilisées en Hépato-gastroentérologie. Cette enquête vise à mieux comprendre les pratiques des Hépato-gastroentérologues français (HGE) dans un contexte où il existe peu de données récentes « en vie réelle » sur la prise en charge des patients atteints de MC par les IS.

Matériels et Méthodes : L'enquête de pratique était accessible via un questionnaire en ligne SurveyMonkey composée de 20 items. Elle a été diffusée aux HGE via les newsletters du CREGG et dans différents congrès. L'objectif de CHROME était de faire un état des lieux des habitudes de prescription autour du MTX dans la MC. Il s'agissait également d'interroger les HGE sur leur perception du MTX et de recueillir leur opinion sur son possible recours comme alternative aux thiopurines.

Résultats : Entre mars et août 2023, 87 HGE prenant en charge des patients atteints de MC ont participé. Ces HGE répartis sur l'ensemble du territoire français sont âgés de 50 ans en moyenne. Ils sont libéraux, hospitaliers ou mixtes pour 60%, 26% et 14% respectivement. Les deux tiers prennent en charge des MC depuis plus de 10 ans. Ils ont respectivement une file active moyenne de 61, 338 et 140 patients atteints de MC.
Un tiers des répondants (n=25) ne prescrivent pas de MTX. La raison principale évoquée était le manque d'habitude du produit (60%). Pour l'utiliser, ils considèrent « essentiel » d'avoir des recommandations des société savantes (48%) ainsi que des données cliniques de tolérance (43%).
Les deux tiers des répondants (n= 60) prescrivent le MTX essentiellement sous forme injectable (92%). Le recours à la forme orale 8% (hors AMM) est minoritaire. Dans les formes légères à modérées de la MC, 89% des répondants indiquent utiliser le MTX en combothérapie associée à un anti-TNF et 52% en monothérapie (les 2 choix étaient possibles). Quelle que soit la sévérité de la MC, 84% des HGE utilisent le MTX injectable en combothérapie, préférentiellement aux autres IS, pour des profils patients spécifiques : 77% pour des patients présentant des manifestations articulaires, 65% pour des patients ayant un statut EBV négatif et 58% chez les patients âgés de plus de 65 ans (plusieurs réponses étaient possibles).

Perception du MTX et de l'AZA selon le profil prescripteur ou non de MTX :

	Prescripteurs (n= 51)			Non-Prescripteurs (n= 21)		
	En faveur du MTX	Equivalence *	En faveur de l'AZA	En faveur du MTX	Equivalence *	En faveur de l'AZA
Tolérance à long terme	**78%**	18%	4%	**62%**	24%	14%
Tolérance à court terme	**53%**	**35%**	12%	**33%**	**52%**	14%
Efficacité	**6%**	**73%**	22%	**10%**	**52%**	38%
Facilité d'utilisation	16%	33%	51%	33%	24%	43%
Observance	20%	59%	22%	14%	52%	33%

* : Equivalence entre les 2 IS

Enfin, 64% des prescripteurs de MTX et 48% des non-prescripteurs, pensent que les pratiques d'utilisation du MTX et de l'AZA évoluent depuis 2019, majoritairement au profit du MTX.

Conclusion : CHROME présente une photographie sur l'utilisation du MTX en 2023 par les HGE prenant en charge des patients atteints de MC. Les HGE prescripteurs de MTX, l'utilisent préférentiellement sous sa forme injectable (bon usage) en combothérapie (avec un anti-TNF) et ciblent des profils patients spécifiques (présence de manifestations articulaires et/ou un statut EBV négatif et/ou âgés de plus de 65 ans).
Prescripteurs ou non de MTX, les HGE pensent que le MTX a un profil de tolérance à long et court termes meilleur ou équivalent à celui de l'AZA. L'efficacité est jugée équivalente entre les deux IS. Le MTX est une alternative à l'AZA encore peu exploitée en France en raison de sa méconnaissance (efficacité et tolérance) à la différence des rhumatologues. De nouvelles données, obtenues «en vie réelle» ou issues d'études cliniques, permettront aux sociétés savantes d'étayer leurs recommandations sur l'utilisation du MTX dans la prise en charge de la MC et ainsi accompagner l'évolution des pratiques.

Remerciements, financements, autres :
Remerciement : CREGG. Financement : Nordic Pharma

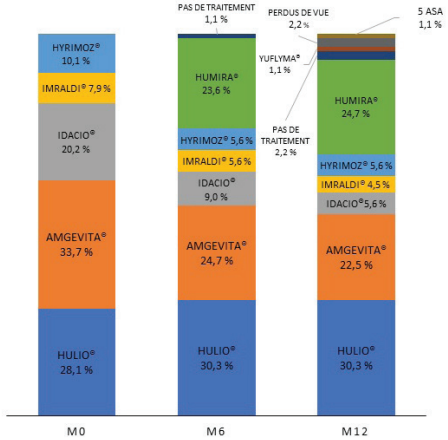
P331

Evaluation prospective du changement de l'adalimumab de référence vers un biosimilaire dans une cohorte de patients atteints de MICI : acceptabilité et maintien à 1 an

G. D'Abbundo [1], M. Nachury [1], S. Hambli [1], P. Desreumaux [1], A. Blondeaux [1], R. Gérard [1], N. Duveau [1], P. Wils [1]
(1) Lille.

Introduction : La prescription des biothérapies représente une des principales sources de coûts directs de santé chez les patients atteints de maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI) dans les pays industrialisés (1,2). De nombreux biosimilaires de l'adalimumab (ADA) sont prescrits dans la maladie de Crohn (MC) et la rectocolite hémorragique (RCH). L'objectif principal de notre étude était d'évaluer l'acceptation du changement de l'HUMIRA® vers un des 5 biosimilaires de l'ADA disponibles au moment de l'étude (HULIO®, AMGEVITA®, IDACIO®, IMRALDI®, HYRIMOZ®), le maintien du biosimilaire initial et le maintien d'un biosimilaire de l'ADA à 1 an ainsi que l'acceptabilité du switch à 1 an chez des patients atteints de MICI.

Matériels et Méthodes : De juillet 2020 à septembre 2021, nous avons proposé dans notre centre hospitalier le changement de l'HUMIRA® vers un de ses biosimilaires chez des patients consécutifs et ambulatoires traités par HUMIRA® depuis plus de 6 semaines pour une MICI (Harvey Bradshaw Index < 16 ou Mayo score < 7) au cours d'une consultation dédiée avec une infirmière formée. Les patients qui acceptaient le switch étaient suivis prospectivement pendant 1 an. Le maintien du biosimilaire initialement prescrit et d'un biosimilaire de l'ADA étaient évalués à 6 et 12 mois selon la méthode de Kaplan-Meier. Les facteurs associés à l'acceptation du changement et au maintien du biosimilaire étaient identifiés par des tests de régression logistique (Chi-2). Les données d'efficacité et de tolérance étaient évaluées à 6 et 12 mois, ainsi que le taux de retour vers l'ADA de référence. A 12 mois, l'acceptabilité du changement était évaluée par un questionnaire.



Résultats : 97 patients (84 patients atteints de MC ; 13 patients atteints de RCH) ont été inclus dans l'étude. 89/97 patients (91,8%, dont 76 patients atteints de MC) ont accepté le changement de l'HUMIRA® vers un biosimilaire de l'ADA. La mauvaise opinion des génériques était le seul facteur associé au refus de changement. Après 12 mois de suivi, 61 patients (71%) maintenaient un biosimilaire de l'ADA dont 54 patients (60,4%) maintenaient le biosimilaire initial. Entre le début de l'étude et l'évaluation à 1 an, la proportion de patients sous HULIO® est restée stable (environ 30%), la proportion de patients sous AMGEVITA® est passée de 33,7% à 22,5%, la proportion de patients sous IDACIO® a été divisée par 4 (passant de 20,2% à 5,6%), la proportion de patients sous IMRALDI® est passée de 8% à 4,5%, la proportion de patients sous HYRIMOZ® a été divisée par 2 (passant de 10,1% à 5,6%) (Figure 1). A 12 mois, le taux de retour vers l'ADA de référence était évalué à 25%. La mauvaise tolérance au site d'injection était l'effet indésirable le plus fréquent (23 patients, soit 25,8%, dont la moitié recevait de l'IDACIO®) et à l'origine de 22 des 37 arrêts (59,5%). L'effet nocebo (conduisant à l'arrêt du biosimilaire) était évalué à 6,7%. Le taux de rémission clinique à l'inclusion, à 6 et 12 mois était stable (94,4%, 88,8% et 89,2% respectivement). Le changement de l'HUMIRA® vers un biosimilaire était considéré comme acceptable pour 31/38 patients (81,6%) évalués à 12 mois.

Conclusion : Cette étude rapporte qu'une grande majorité des patients atteints de MICI (91,8%) accepte le changement de l'HUMIRA® vers un biosimilaire de l'ADA avec un taux de maintien du biosimilaire initial de 60,4% à 1 an. Le taux d'acceptabilité est élevé (81,6%) encourageant la prescription en pratique clinique des biosimilaires de l'ADA. Ces résultats soulignent l'intérêt d'une consultation dédiée et du rôle de l'infirmière formée dans l'accompagnement du switch d'un biologic de référence vers un biosimilaire.

P332

Satisfaction et expérience des patients évaluées après le switch vers un adalimumab biosimilaire haute concentration et sans citrate : résultats d'une étude française de vraie vie prospective multicentrique

G. Bouguen [1], L. Gossec [2], V. Abitbol [2], E. Senbel [3], G. Bonnaud [4], X. Roblin [5], Y. Bouhnik [6], S. Nancey [7], N. Mathieu [8], J. Filippi [9], L. Vuitton [10], S. Nahon [11], A. Dellal [11], A. Denis [12], C. Habauzit [12], S. Benkhalifa [12], H. Marotte [5]

(1) Rennes ; (2) Paris ; (3) Marseille ; (4) Toulouse ; (5) Saint-Etienne ; (6) Neuilly-sur-Seine ; (7) Lyon ; (8) Grenoble ; (9) Cagnes-sur-Mer ; (10) Besançon ; (11) Montfermeil ; (12) Issy-les-Moulineaux.

Introduction : Le passage (switch) d'un produit de référence vers un biosimilaire est une source d'économies de santé. Cependant, certains patients rapportent une expérience dégradée après le switch avec notamment une perception de douleur au moment de l'injection qui impacterait l'adhésion des patients au traitement. L'expérience-patient peut être impactée par les caractéristiques du patient mais aussi du traitement (présence de citrate, volume d'injection). Récemment un adalimumab biosimilaire haute concentration (HC : 100 mg/ml) et sans citrate (CT-P17) a été commercialisé. L'objectif de cette étude était d'analyser l'expérience-patient après un switch d'adalimumab vers le CT-P17.

Patients et Méthodes : L'étude YU-MATTER (NCT05427942) est une étude française, multicentrique, prospective, observationnelle réalisée en 2022-2023 chez des patients atteints de maladie inflammatoire chronique de l'intestin (MICI - maladie de Crohn, rectocolite hémorragique) ou de rhumatisme inflammatoire chronique (RIC - polyarthrite rhumatoïde, spondyloarthrite, rhumatisme psoriasique), traités par un adalimumab princeps haute concentration (HC) ou biosimilaire faible concentration (FC : 50 mg/ml). Ces patients étaient switchés vers CT-P17 adalimumab biosimilaire HC, dépourvu de citrate et suivis pendant 3 mois. Les données collectées incluaient des données médicales à M0 et l'expérience-patient via 5 auto-questionnaires sur 3 mois. A M0, on évaluait la perception-patient du traitement avant le switch et les croyances (questionnaire BMQ1). Les auto-questionnaires évaluant l'expérience-patient ont été construits et testés en collaboration avec des associations de patients (AFA, ANDAR et AFS). L'expérience-patient portait sur la satisfaction vis-à-vis de l'injection [Likert 7] et la gêne induite par cette dernière (douleurs [EVA 0-10], rougeurs [Likert 4], démangeaisons [EVA 0-10], apparition d'hématome [Likert 3]). La satisfaction et la tolérance globale de l'injection (douleur < 4 ET absence de rougeur ET démangeaisons < 4 ET absence d'hématome) ont été décrites entre M0 (juste avant le switch) et M3 (3 mois après le switch). Les facteurs associés à l'amélioration de la satisfaction ont été recherchés à l'aide d'une régression logistique multivariée.

Résultats : Sur les 232 patients analysables, 167 avaient une MICI (MC=136), et 65 un RIC. L'âge moyen était de 44±15 ans ; la durée médiane d'évolution de la MICI était de 9 ans ([Q1 ; Q3] : [5 ; 15]) et 50,9 % étaient des hommes. Concernant les croyances, le score médian différentiel nécessité-préoccupations était de 5 [3 ; 7] (différentiel allant de -20 à 20), indiquant que la nécessité perçue du traitement dépassait les préoccupations en lien avec celui-ci. Au total, 119 (51,2 %) patients étaient switchés depuis un adalimumab biosimilaire FC - dont 45 contenant du citrate - et 113 (48,7 %) depuis l'adalimumab princeps HC. A M3, 175 patients (75,4 %) étaient satisfaits de l'injection et 145 (62,5 %) avaient une stabilité ou une amélioration de leur satisfaction par rapport à l'adalimumab précédent. Parmi les patients recevant un adalimumab biosimilaire FC, la présence de citrate était significativement associée à une amélioration de la satisfaction (58,3% vs. 30,0%, p=0,006). La tolérance globale de l'injection s'est significativement améliorée après le switch (28,9 % à M0 vs 57,7 % à M3 ; p<0.0001). Une baisse significative de la douleur liée à l'injection a été observée dès la première injection de CT-P17 (médiane -2 [-4; -1]) pour les patients switchés depuis un adalimumab biosimilaire FC, et ce niveau restait stable pour les patients switchés depuis le princeps HC (médiane 0 [-1;1]). En analyse multivariée le switch depuis un adalimumab biosimilaire FC était un facteur indépendant d'amélioration de la satisfaction (vs depuis l'adalimumab princeps HC, OR=3.03 ; p=0,003).

Tableau : analyse multivariée des facteurs associés à l'amélioration de la satisfaction à 3 mois avec CT-P17. Population analysée (N=189)

	OR [IC 95%] (p-value)
Adalimumab biosimilaire FC vs. Adalimumab princeps HC	3,033 [1,461- 6,295] (0,0029)
CT-P17 en stylo prérempli vs CT-P17 seringue préremplie	4,967 [1,381- 17.867] (0,0141)
Douleur au point d'injection à M0 (pour 1 point)	1,172 [1,014- 1,354] (0,0317)

Conclusion : Dans cette large étude prospective multicentrique, le vécu positif du switch vers l'adalimumab biosimilaire CT-P17 était fréquent, et ce d'autant plus si le traitement antérieur était à faible concentration et/ou avec citrate ; ouvrant la possibilité de multi-switch dans la recherche d'une satisfaction patient optimale.

P333

Efficacité à un an du risankizumab chez les patients atteints de maladie de Crohn avec lésions anales fistulisantes

M. Rabillard [1], S. Nancey [2], M. Serrero [3], X. Hébuterne [4], L. Caillo [5], C. Gilletta de Saint-Joseph [6], G. Le Cosquer [6], L. Boivineau [1], A. Bozon [1], R. Altwegg [1]

(1) Montpellier ; (2) Lyon ; (3) Marseille ; (4) Nice ; (5) Nîmes ; (6) Toulouse.

Introduction : L'atteinte anopérinéale fistulisante dans la maladie de Crohn (MC) représente une forme sévère de la maladie avec un retentissement important sur la qualité de vie. Sa prise en charge est difficile, malgré l'utilisation des traitements biologiques souvent en combothérapie et le recours fréquent à une prise en charge chirurgicale. Le risankizumab a montré son efficacité dans la MC modérée à sévère dans les études de phase III mais les données manquent concernant son efficacité dans les fistules anopérinéales.

Matériels et Méthodes : Nous avons mené une étude rétrospective dans six CHU français incluant tous les patients atteints de MC sévère et réfractaire avec fistules anopérinéales actives au moment de l'introduction du risankizumab dans la cadre d'un accès compassionnel entre décembre 2021 et juin 2023. Le schéma de traitement était de 600 mg IV à S0, S4, S8, puis 360 mg SC toutes les huit semaines. L'objectif principal était la rémission clinique à 12 mois, définie par la fermeture clinique de tous les orifices fistuleux et l'absence d'écoulement. Les objectifs secondaires étaient la réponse clinique à 12 mois (fermeture > 50 % des orifices fistuleux et diminution > 50 % des écoulements), l'absence de récidive d'abcès anopérinéal à 12 mois et l'absence de nouvelle chirurgie anale à 12 mois.

Résultats : 21 patients (âge médian de 32 ans [IQR : 28-42]) ont été inclus, 71% étaient des femmes, 14% étaient fumeurs actifs et l'ancienneté médiane de la MC était de 14 ans. 14% présentaient une forme iléale (L1), 24% une forme colique (L2), 62% une forme iléocolique (L3). 62 % présentaient une forme luminale (B1), 24% une forme sténosante (B2), 14% une forme fistulisante (B3). 81% avaient été opérés antérieurement pour drainage d'un abcès anopérinéal. Deux patients étaient porteurs d'une iléostomie définitive. 100 % des patients avaient préalablement été traités par l'infliximab et l'adalimumab, 95% par l'ustekinumab, et 91 % par le vedolizumab. La médiane de suivi sous risankizumab était de 12 mois. Le taux de rémission clinique à un an était de 19% (4/21), le taux de réponse clinique était de 43% (9/21). Un seul patient (4%) a été opéré durant le suivi pour un nouvel abcès anopérinéal. 96% des patients (20/21) poursuivaient le traitement par risankizumab à un an. La tolérance du traitement était bonne, sans effet indésirable notable.

Conclusion : Chez ces malades en échec de plusieurs lignes de biothérapies avec des atteintes anales fistulisantes actives, le risankizumab est un traitement efficace pour induire et maintenir à un an une fermeture complète des fistules anopérinéales chez un patient sur cinq et une réponse clinique chez quatre patients sur dix, avec une persistance élevée du traitement et une bonne tolérance. Ces résultats doivent être confirmés par des études prospectives et dédiées de plus grande ampleur.

P334

Désensibilisation à l'infliximab chez les patients atteints de maladies inflammatoires chroniques de l'intestin : une alternative thérapeutique

N. Hammoudi [1], D. Hassid [1], J. Bonnet [1], M.L. Tran-Minh [1], C. Baudry Schraub [1], A. Vauthier [1], L. Chedouba [1], P. Houze [1], N. Lourenço [1], T. Aparicio [1], J.M. Gornet [1], M. Allez [1]

(1) Paris.

Introduction : Les réactions d'hypersensibilité (HSR) à l'administration d'infliximab (IFX) chez les patients atteints de maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI) ne sont pas rares et conduisent généralement à l'arrêt du traitement. Nous présentons ici des données sur la sécurité et l'efficacité de la désensibilisation à l'IFX chez les patients ayant déjà présenté une réaction d'hypersensibilité.

Patients et Méthodes : Nous avons mené une étude observationnelle rétrospective monocentrique. Les patients pour lesquels un protocole de désensibilisation à l'IFX a été réalisé après une réaction d'hypersensibilité antérieure ont été inclus. Les anticorps anti-médicaments (ADA) et les taux d'IFX à l'inclusion et six mois après la désensibilisation ont été recueillis. Les résultats cliniques, y compris la récidive de l'HSR, ont été évalués.

Résultats : De 2005 à 2020, 27 patients (maladie de Crohn : 26 (96 %) ont été inclus). La désensibilisation après une HSR a été réalisée après un délai médian de 10,4 mois (2,9-33,1). Dix-neuf (70 %) patients ont reçu des immunosuppresseurs au moment de la désensibilisation. Huit (30%) patients ont présenté une HSR lors de la première (n=2), deuxième (n=4) ou troisième (n=2) perfusion d'IFX après la désensibilisation. Aucun de ces patients n'a été transféré en unité de soins intensifs ou n'est décédé. Treize (48%) ont eu une réponse clinique à 6 mois et 8 (29%) étaient toujours sous traitement par IFX deux ans après la désensibilisation. Les taux d'IFX et d'anticorps anti-médicaments étaient disponibles pour 14 patients au moment de la désensibilisation. La plupart des patients (12 sur 14) avaient un taux d'anticorps élevé. A 6 mois, parmi les 7 patients ayant une réponse à long terme à l'IFX, 4 présentaient une diminution des titres d'anticorps et 2 avaient un taux d'IFX significatif.

Conclusion : La désensibilisation à l'IFX chez les patients atteints de MICI est une alternative thérapeutique sûre et représente une option potentielle pour les patients réfractaires à plusieurs biothérapies, seule ou en combiothérapie.

P335

Analyse économique sur l'utilisation de traitements biologiques de 2ème ligne en France dans la maladie de Crohn

A. Nucit [(1)], M.A. Tilliette [(1)], C. Lefevre [(1)], I. Akhamlich [(1)], F. Ajmia [(1)]

(1) Paris.

Introduction : La maladie de Crohn (MC) est une affection inflammatoire chronique de l'intestin caractérisée par une inflammation récurrente et des lésions du tube digestif. La prise en charge des patients se base sur l'amélioration des symptômes et de la qualité de vie, ainsi que sur la réduction de l'inflammation. Depuis la commercialisation de vedolizumab [VDZ] en France (2017) dans le traitement de la MC, aucune analyse économique sur l'utilisation de VDZ n'a été publiée. L'objectif de cette analyse économique était de décrire le coût d'utilisation de traitements biologiques en 2ème ligne (VDZ vs ustekinumab [UST]).

Matériels et Méthodes : Cette analyse économique a été basée sur l'approche publiée par Onali et al 2023, estimant le coût par rémission et par répondeur à l'aide de données de vie réelle (N = 470). Cette double analyse a été réalisée de la façon suivante : une adaptation des coûts réalisée à partir des prix faciaux français via l'approche proposée par Onali et al 2023 ; puis, une adaptation incluant des données cliniques de vie réelle françaises (Rayer et al., N=130), en complément des prix faciaux français. Dans la première adaptation, les données suivantes ont été utilisées : 44,8% et 42,1%, de rémission clinique, et 65,4% et 60,1% de réponse clinique, pour VDZ et UST, respectivement. Pour la deuxième adaptation, les critères d'évaluation cliniques rapportés par Rayer et al 2022 (mesurés à 14-24 semaines) ont été prise en compte, soit 38% et 29% de taux de rémission clinique pour VDZ vs UST (p = 0,54), respectivement. Les prix faciaux français utilisés dans les deux adaptations datent de septembre 2023. Sur la base de ces données et en considérant la perspective du système de santé français, les différences de coût par rémission et par réponse ont été estimées pour les patients traités par VDZ par rapport à ceux traités par UST. Seules les posologies standard du RCP pour VDZ et UST (sans optimisation de la dose) ont été utilisées dans cette analyse économique.

Résultats : Dans la première partie de l'analyse, à 26 semaines, une différence de coût par rémission de VDZ par rapport à UST a été estimée à -9 469 €, et à -6 869€ pour le coût par réponse. A 52 semaines, la différence de coût par rémission et par réponse était de -14 209 € et de -6 328 €, respectivement. Dans la seconde partie de l'analyse, le coût par rémission a été estimé à 17 956 € pour VDZ, et à 35 857 € pour UST, soit une différence de -15 656 € (-44 %). Sur la base des publications retenues, provenant d'études en vie réelle, cette double analyse économique a permis de quantifier le différentiel de coût par rémission et par réponse pour VDZ vs UST.

Conclusion : Ces analyses ont montré que le coût par rémission/réponse était inférieur chez les patients traités par VDZ (en 2e ligne) en MC par rapport à ceux traités par UST (sans tenir compte des optimisation de dose). Les différences sont principalement dues aux coûts d'acquisition plus faibles de VDZ par rapport à UST.

Remerciements, financements, autres :
Cette étude a été financée par Takeda France

P336

Impact d'etrasimod sur la fonction hépatique dans le traitement de la rectocolite hémorragique active modérée à sévère : données de tolérance intégrées issues du programme de développement clinique d'etrasimod dans la rectocolite hémorragique

L. Peyrin-Biroulet [(1)], M. Regueiro [(2)], S. Vermeire [(3)], D.T. Rubin [(4)], M. Dubinsky [(5)], A. Hart [(6)], J. Wu [(7)], J. Green [(8)], J.C. Woolcott [(8)], K.J. Gorelick [(8)], A. Mcdonnell [(9)], K. Lazin [(10)]

(1) Nancy ; (2) Cleveland, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (3) Louvain, BELGIQUE ; (4) Chicago, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (5) New York, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (6) Londres, ANGLETERRE ; (7) Cambridge, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (8) Collegeville, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (9) Sandwich, ANGLETERRE ; (10) Zurich, SUISSE.

Introduction : Etrasimod est un modulateur sélectif des récepteurs de la sphingosine 1-phosphate (S1P)□,□,□, administré par voie orale en une prise par jour, en cours de développement dans le traitement de la rectocolite hémorragique (RCH) active modérée à sévère. Les patients atteints d'une maladie inflammatoire chronique de l'intestin peuvent présenter des modifications du bilan hépatique[1] et es effets indésirables (EI) hépatiques ont déjà été rapportés lors d'études antérieures sur des modulateurs des récepteurs de la S1P.[2]

Nous rapportons les effets indésirables hépatiques apparus sous traitement (EIATs) dans le cadre du programme de développement clinique d'etrasimod dans la RCH.

Patients et Méthodes : Les patients des études de phase (p)2 (OASIS, NCT02447302), p3 (ELEVATE UC 52, NCT03945188 ; ELEVATE UC 12, NCT03996369) et p2 et p3 d'extension en ouvert (OLE) (NCT02536404 ; NCT03950232 ; NCT04176588 [données Recueillies au 31 janvier 2022]) ont été évalués dans deux cohortes de données : Pivotal UC (ELEVATE UC 52 et ELEVATE 12) et All UC (toutes les études p2, p3 et OLE). Les taux d'incidence ajustés à l'exposition (TIAEs ; nombre de patients présentant des EI divisé par le nombre total de patient-années [PA] à risque d'EI), pour 1 PA, les EIATs hépatiques parmi les patients recevant etrasimod (2 mg une fois par jour, dans les deux cohortes) ou le placebo (PBO ; cohorte Pivotal UC) ont été évalués. Les TIAEs des événements hépatiques désignés par le promoteur comme d'intérêt (SDEI) dans la cohorte Pivotal UC, et les arrêts de traitement dus à des EIATs hépatiques dans la cohorte All UC, ont été évalués.

Résultats : Dans la cohorte Pivotal UC (etrasimod, N=527 ; PBO, N=260), l'incidence des EIATs hépatiques était similaire chez les patients traités par etrasimod (TIAE ≤ 0,04) et ceux traités par PBO (TIAE ≤ 0,03) (Tableau). De même, dans la cohorte All UC (etrasimod, N=942), les TIAEs des EIATs hépatiques étaient ≤ 0,04 (Tableau). Les proportions de patients présentant des EIATs hépatiques dans les deux cohortes étaient ≤ 3,3 % et ≤ 1,2 % pour les patients traités par etrasimod et le PBO, respectivement. Dans la cohorte Pivotal UC, l'incidence des SDEI chez les patients traités par etrasimod (TIAE ≤ 0,03) et par le PBO (TIAE ≤ 0,02) était faible, et est survenue chez 1,3 % et 0,8 % des patients, respectivement (Tableau). Dans la cohorte All UC, trois patients traités par etrasimod ont arrêté le traitement en raison d'effets indésirables hépatiques : anomalie du bilan hépatique, augmentation de la phosphatase alcaline sanguine et augmentation de l'alanine aminotransférase, respectivement

Tableau. EIATs hépatiques et SDEI liés au traitement rapportés dans le programme de développement clinique d'etrasimod dans la RCH par catégorie (et sous-catégorie) et terme préféré

Catégorie Terme préféré	Cohorte Pivotal UC		Cohorte All UC
	Etrasimod 2 mg 1×/jour (N=527)	Placebo 1×/jour (N=260)	Etrasimod 2 mg 1×/jour (N=942)
Exposition totale PA	265,6	103,0	757,9
EIATs hépatiques,[a] n (%) [TIAE pour 1 PA]			
Troubles hépatobiliaires			
Trouble hépatique	3 (0,6) [0,01]	0 (0,0) [NC]	5 (0,5) [<0,01]
Cholestase	2 (0,4) [<0,01]	0 (0,0) [NC]	3 (0,3) [<0,01]
Stéatose hépatiques	2 (0,4) [<0,01]	0 (0,0) [NC]	3 (0,3) [<0,01]
Cytolyse hépatique	1 (0,2) [<0,01]	0 (0,0) [NC]	1 (0,1) [<0,01]
Anomalie de la fonction hépatique	1 (0,2) [<0,01]	0 (0,0) [NC]	3 (0,3) [<0,01]
Hyperbilirubinémie	1 (0,2) [<0,01]	0 (0,0) [NC]	1 (0,1) [<0,01]
Cholangite biliaire primitive	1 (0,2) [<0,01]	0 (0,0) [NC]	1 (0,1) [<0,01]
Cholangite sclérosante	0 (0,0) [NC]	1 (0,4) [<0,01]	0 (0,0) [NC]
Lésions hépatiques	0 (0,0) [NC]	0 (0,0) [NC]	2 (0,2) [<0,01]
Dyskinésie biliaire	0 (0,0) [NC]	0 (0,0) [NC]	1 (0,1) [<0,01]
Cholécystite chronique	0 (0,0) [NC]	0 (0,0) [NC]	1 (0,1) [<0,01]
Hépatite alcoolique	0 (0,0) [NC]	0 (0,0) [NC]	1 (0,1) [<0,01]
Hépatomégalie	0 (0,0) [NC]	0 (0,0) [NC]	1 (0,1) [<0,01]
Hypertransaminasémie	0 (0,0) [NC]	0 (0,0) [NC]	1 (0,1) [<0,01]
Stéatohépatite non-alcoolique	0 (0,0) [NC]	0 (0,0) [NC]	1 (0,1) [<0,01]
Stéatose hépatique non alcoolique	0 (0,0) [NC]	0 (0,0) [NC]	1 (0,1) [<0,01]
Investigations			
Augmentation de l'ALAT	11 (2,1) [0,04]	2 (0,8) [0,02]	27[b] (2,9) [0,04]
Augmentation de GGT	10 (1,9) [0,04]	2 (0,8) [0,02]	31 (3,3) [0,04]
Augmentation de l'ASAT	5 (0,9) [0,02]	3 (1,2) [0,03]	17 (1,8) [0,02]
Augmentation de l'AP sanguine	4 (0,8) [0,01]	0 (0,0) [NC]	9 (1,0) [0,01]
Augmentation de enzymes hépatiques	4 (0,8) [0,01]	1 (0,4) [<0,01]	8[c] (0,8) [0,01]
Augmentation des transaminases	4 (0,8) [0,01]	0 (0,0) [NC]	5[d] (0,5) [<0,01]
Augmentation de la bilirubine sanguine	2 (0,4) [<0,01]	0 (0,0) [NC]	3 (0,3) [<0,01]
Test de la fonction hépatique anormal	1[e] (0,2) [<0,01]	0 (0,0) [NC]	1 (0,1) [<0,01]
Augmentation des résultats des tests de la fonction hépatique	0 (0,0) [NC]	1 (0,4) [<0,01]	0 (0,0) [NC]

Catégorie Sous-catégorie Terme préféré	Cohorte Pivotal UC		
	Etrasimod 2 mg 1×/jour (N=527)		Placebo 1×/jour (N=260)
SDEI hépatiques,[f] n (%) [TIAE pour 1 PA]			
Lésion hépatique[b,g]	7 (1,3) [0,03]		2 (0,8) [0,02]
Elévation des transaminases hépatiques[h]	6 (1,1) [0,02]		2 (0,8) [0,02]
Augmentation de l'ALAT	5 (0,9) [0,02]		2 (0,8) [0,02]
Augmentation de l'ASAT	4 (0,8) [0,01]		1 (0,4) [<0,01]
Augmentation des transaminases	1 (0,2) [<0,01]		0 (0,0) [NC]
Elévation de la bilirubine/des transaminases hépatiques[h]	1 (0,2) [<0,01]		0 (0,0) [NC]
Test de la fonction hépatique anormal	1 (0,2) [<0,01]		0 (0,0) [NC]

[a]Les EIATs ont été définis comme des événements indésirables ayant débuté après la première dose du traitement de l'étude et étaient associés au traitement le plus récemment reçu par le patient au moment de l'apparition de l'événement
[b]Un patient (18 ans) de l'étude ELEVATE UC 52, ayant des antécédents médicaux de cholangite sclérosante primitive, a présenté des événements de grade 2 liés au traitement, à savoir une augmentation de l'ALT et de l'AST. Le traitement à l'étude a été interrompu au jour 46 en raison de l'augmentation de l'ALT. Au jour 65, les deux événements ont été considérés comme guéris/résolus
[c]Une patiente (34 ans) dans l'étude ELEVATE UC 52 a présenté des EIGs d'augmentation des enzymes hépatiques (légère, grade 1) et de douleurs abdominales (sévères, grade 3) au jour 196 (ALAT 3,5 x LSN, ASAT 7,8 x LSN, GGT 1,9 x LSN, bilirubine 1,8 x LSN). Les douleurs abdominales ont disparu au jour 202. L'augmentation des enzymes hépatiques s'est résorbée au jour 224 et a été évaluée par l'investigateur comme n'étant probablement pas liée au traitement de l'étude.
[d]Une patiente (58 ans) dans l'étude ELEVATE UC 12 a eu un événement de grade 1 non lié au traitement de l'étude. Aucune mesure n'a été prise en ce qui concerne le traitement de l'étude, et la patiente s'est rétablie / l'événement s'est résolu. Un patient (57 ans) dans l'étude P3 OLE a présenté un événement de grade 1 lié au traitement de l'étude. La dose du traitement à l'étude n'a pas été modifiée et l'événement était en cours au moment de l'analyse des données (janvier 2022). Un patient (50 ans) dans l'étude ELEVATE UC 52 a présenté un événement de grade 1 non lié au traitement de l'étude. La dose du traitement à l'étude n'a pas été modifiée et le patient s'est rétabli / l'événement s'est résolu. Le même patient a eu un deuxième événement rapporté avec les mêmes caractéristiques ; cet événement était en cours au moment de l'analyse des données (janvier 2022). Un patient (39 ans) a présenté un événement de grade 2 (ALAT 3,5 x LSN, ASAT 3 x LSN), non lié au traitement de l'étude, dans l'étude ELEVATE UC 52 (apparu 355 jours après l'inclusion) et l'événement a été classé comme SDEI. Lorsque le patient a terminé l'étude ELEVATE UC 52, il s'est inscrit à l'étude OLE. L'événement s'est poursuivi mais a été rétrogradé au grade 1 pendant l'étude OLE et n'a pas été classé comme SDEI. L'événement s'est résolu au Jour 395. Un patient (51 ans) dans l'étude ELEVATE UC 52 a présenté un événement de grade 2 lié au traitement de l'étude. La dose du traitement à l'étude n'a pas été modifiée et l'événement était en cours au moment de l'analyse des données (janvier 2022)
[e]Une patiente de 34 ans, dans l'étude ELEVATE 12 a présenté un événement de grade 2 (apparu au Jour 15, élévation des taux d'ASAT et d'ALAT de 3,1 et 5,8 x LSN, respectivement, et de GGT de 5,7 x LSN ; nausées et vomissements au Jour 23 ; toutes les valeurs sont revenues à la normale au Jour 36). Le traitement de l'étude a été interrompu au Jour 19, et la patiente s'est rétablie / l'événement a été résolu. L'événement a été évalué par l'investigateur comme étant probablement lié au traitement de l'étude.
[f]Les SDEI étaient un sous-ensemble de tous les EIAT hépatiques rapportés qui ont été revus rétrospectivement et confirmés médicalement par des données telles que des données de laboratoire, et ont été définis comme des événements dont l'apparition a eu lieu après la première dose du traitement de l'étude et qui ne devaient pas faire partie d'une condition préexistante n'ayant pas changé de manière significative.
[g]Un EI lié à un traitement précédent et qui se poursuit avec le traitement de l'étude n'a pas été comptabilisé comme un EIAT de l'étude actuelle.
[h]Les termes préférés "augmentation de l'ALAT" et "augmentation de l'ASAT" ont été considérés comme des SDEI s'ils étaient confirmés par une élévation de la transaminase correspondante de ≧5× LSN, des élévations soutenues de la transaminase de >3× LSN, ou, si elles étaient inférieures, accompagnées de symptômes non spécifiques compatibles avec des lésions hépatiques, par exemple, anorexie, nausées, fatigue, gêne dans la partie supérieure droite de l'abdomen et vomissements (US Food and Drug Administration. Guidance for industry drug-induced liver injury: premarketing clinical evaluation. Drug Safety [En ligne]. 28 juillet 2009) https://www.fda.gov/regulatory-information/search-fda-guidance-documents/drug-induced-liver-injury-premarketing-clinical-evaluation [consulté le 31 mars 2023].
[i]Catégorie désignée par le Promoteur
[j]Les patients ont été comptés qu'une seule fois par niveau et par groupe de traitement. Les pourcentages sont basés sur le nombre de patients dans la cohorte. Les patients ont été codés à l'aide de la version 24.1 de MedDRA
[k]Sous-catégorie désignée par le Promoteur
ALAT, alanine aminotransférase; AP, alkaline phosphatase; ASAT, aspartate aminotransférase ; EIAT, événement indésirable apparu lors du traitement ; EIG, événement indésirable grave ; GGT, gamma-glutamyl transférase; LSN, limite supérieur de la normale ; MedDRA, Medical Dictionary for Regulatory Activities; NC, non calculé (quand n=0); OLE, extension en ouvert; P, phase; pt, patient; PA, patient-années ; SDEI, événements désignés par le promoteur comme d'intérêt; TIAE, Taux d'incidence ajusté à l'exposition ; UC, ulcerative colitis

Conclusion : L'incidence des EIATs et des SDEI hépatiques était généralement faible chez les patients traités par etrasimod et par le PBO, les arrêts de traitement en raison d'EAIT hépatiques étaient peu fréquents sous etrasimod

P337

Traitement d'induction par etrasimod dans la maladie de Crohn active modérée à sévère : résultats d'une sous-étude de phase 2, randomisée et en double aveugle

L. Peyrin-Biroulet [1], G. D'Haens [2], M. Dubinsky [3], S. Danese [4], B. Sands [3], D.C. Wolf [5], A. Yarur [6], M. Chiorean [7], D. Dray [3], I. Modesto [3], H. Tan [3], G. Gu [8], C. Lopez [9], C. Su [10], J. Zhang [3], F. Cataldi [11], A. Mcdonnell [12], S. Schreiber [13], B. Feagan [14], S. Vermeire [15]

(1) Nancy ; (2) Amsterdam, PAYS-BAS ; (3) New York, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (4) Milan, ITALIE ; (5) Atlanta, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (6) Los Angeles, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (7) Seattle, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (8) La Jolla, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (9) Blacksburg, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (10) Collegeville, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (11) San Diego, ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE ; (12) Sandwich, ANGLETERRE ; (13) Kiel, ALLEMAGNE ; (14) London, CANADA ; (15) Louvain, BELGIQUE.

Introduction : Etrasimod est un modulateur sélectif des récepteurs de la sphingosine 1-phosphate (S1P)□,□,□, administré par voie orale en une prise par jour, en cours de développement dans le traitement des maladies inflammatoires à médiation immunitaire. CULTIVATE (NCT04173273) est une étude de phase 2/3 en continu comprenant 5 sous-études destinées à évaluer l'efficacité, la sécurité et la tolérance d'etrasimod chez des patients atteints de maladie de Crohn (MC) active modérée à sévère.
Nous présentons ici les données d'induction de la première sous-étude (sous-étude A).

Patients et Méthodes : La sous-étude A était une étude de phase 2, randomisée, en double aveugle, avec une période d'induction de 14 semaines suivie d'une période d'extension de 52 semaines. Les adultes (18-80 ans) ayant une MC active modérée à sévère avec une réponse inadéquate, une perte de réponse ou une intolérance à ≥1 traitement conventionnel ou avancé de la MC ont été randomisés en 1:1 entre etrasimod 2 et 3 mg une fois par jour. Les patients ont été stratifiés selon qu'ils étaient, à l'inclusion, en échec ou non aux biothérapies et la prise de corticoïdes oraux. Le critère principal d'efficacité était l'obtention d'une réponse endoscopique (définie comme une rémission endoscopique [SES-CD ≤4 et réduction de ≥2 points par rapport à la valeur initiale sans sous-score >1] ou une diminution ≥50 % du score SES-CD) à la semaine 14. Les critères d'évaluation secondaires/exploratoires comprenaient l'obtention d'une rémission endoscopique, d'une rémission clinique (CDAI <150) et d'une rémission IBDQ (IBDQ ≥170), à la semaine 14.
Les résultats ont été analysés en full analysis set (tous les patients randomisés ayant reçu ≥1 dose d'etrasimod) en utilisant l'imputation des non-répondeurs ou les données observées.

Résultats : Sur les 83 patients randomisés pour recevoir etrasimod 2 ou 3 mg une fois par jour, 32/42 (76,2%) et 36/41 (87,8%) ont poursuivi l'étude jusqu'à la semaine 14, respectivement. Globalement, 21,4% et 9,8% des patients recevant respectivement etrasimod 2 et 3 mg une fois par jour ont atteint le critère principal de réponse endoscopique, 14,3% et 7,3% ont obtenu une rémission endoscopique, 31,0% et 43,9% une rémission clinique, et 33,3% et 40,0% une rémission IBDQ à la semaine 14. La plupart des événements indésirables apparus sous traitement (EIAT) étaient légers ou modérés. L'incidence des EIAT graves (4,8% et 2,4%) et des EIAT entraînant l'arrêt du traitement (4,8 % et 7,3 %) était faible avec etrasimod 2 et 3 mg une fois par jour, respectivement (Tableau). Deux patients randomisés dans le bras etrasimod 3 mg une fois par jour ont présenté un bloc atrio-ventriculaire de 2ème degré de type I lié au traitement (un patient au cours de la titration à 2 mg).

Tableau. Données démographiques et caractéristiques cliniques à l'inclusion, proportions de patients ayant obtenu une rémission endoscopique, une réponse endoscopique et une rémission clinique à la semaine 14 (full analysis set), et résumé général des données de sécurité (safety set).

Données démographiques et caractéristiques cliniques à l'inclusion	Etrasimod 2 mg 1×/jour (N=42)	Etrasimod 3 mg 1×/jour (N=41)
Age, moyenne (DS), années	38,3 (12,6)	40,8 (14,0)
Femme, n (%)	22 (52,4)	19 (46,3)
Localisation de la MC, n (%)		
Iléale	7 (16,7)	12 (29,3)
Colon	13 (31,0)	10 (24,4)
Iléocolique	22 (52,4)	19 (46,3)
CDAI, moyenne (DS)	330,6 (80,7)	303,5 (60,2)
SES-CD, moyene (DS)	13,4 (7,7)	11,2 (7,4)
Prise antérieure de corticostéroïdes oraux ou intraveineux, n (%)	36 (85,7)	32 (78,0)
Nombre de biothérapies auquel le patient a été pré exposé, n (%)		
0	18 (42,9)	16 (39,0)
1	12 (28,6)	8 (19,5)
2	4 (9,5)	6 (14,6)
>3	8 (19,0)	11 (26,8)
% obtention d'une réponse	**Etrasimod 2 mg 1×/jour (N=42)**	**Etrasimod 3 mg 1×/jour (N=41)**
Réponse endoscopique[a]	21,4	9,8
Rémission endoscopique[b]	14,3	7,3
Rémission clinique[c]	31,0	43,9
Rémission IBDQ[d]	33,3	40,0
Safety events, n (%)[e]	**Etrasimod 2 mg 1×/jour (N=42)**	**Etrasimod 3 mg 1×/jour (N=41)**
Tout EIAT	29 (69,0)	35 (85,4)
Tout EIAT grave	2 (4,8)	1 (2,4)
EIATs entrainant l'arrêt de l'étude	2 (4,8)	3 (7,3)
EIAT entrainant l'interruption de l'étude	5 (11,9)	2 (4,9)
Décès	0	0
Infections et infestations	7 (16,7)	13 (31,7)
Les EIATs les plus fréquemment rapportés		
Céphalée	5 (11,9)	8 (19,5)
Arthralgie	4 (9,5)	8 (19,5)
Fatigue	4 (9,5)	4 (9,8)
EIATs d'intérêt spécifique		
Infections sévères (≥ CTCAE Grade 3)	0	0
Infections opportunistes	0	0
Infections[f] à l'herpès zoster	0	0
Œdème maculaire	0	0
Evènements cardiovasculaires		
Bradycardie	0	0
Bloc AV de 1er degré	1 (2,4)[g]	1 (2,4)[h]
Bloc AV de 2ème degré, de type Mobitz I	0	2 (4,9)[ij]
Hypertension	1 (2,4)	0

[a]La réponse endoscopique est définie comme une rémission endoscopique ou une diminution ≥50% du score SES-CD (imputation des non-répondeurs),
[b]La rémission endoscopique est définie par un score SES-CD ≤4 et une réduction de ≥2 points par rapport à l'inclusion, sans sous-score >1 (imputation des non-répondeurs).
[c]La rémission clinique est définie par un score CDAI <150 (imputation des non-répondeurs)
[d]La rémission IBDQ est définie par un score IBDQ ≥170 (comme observé)
[e]Les sujets assignés au groupe 3 mg 1×/jour ont reçu 2 mg 1×/jour d'etrasimod pendant la première semaine.
[f]MedDRA version 24.1 Classe de système d'organe et termes préférés. Les infections opportunistes ont été identifiées à l'aide de la SMQ Infection opportuniste (champ d'application restreint)
[g]Un patient randomisé dans le groupe 2 a présenté un bloc AV asymptomatique de 1er degré au jour 1.
[h]Un patient du groupe 3 mg a présenté à la fois un bloc AV asymptomatique de 2ème degré de type I (le 7e jour après l'augmentation de la dose à 3 mg) et un bloc AV asymptomatique de 1er degré (la deuxième semaine).
[i]Un patient du groupe 3 mg a présenté un bloc AV symptomatique de 2ème degré de type I (au cours de la titration à 2 mg).
AV, atrio-ventriculaire ; EIAT, effet indésirable apparu sous le traitement ; CDAI, Crohn's Disease Activity Index ; CTCAE, Critères de terminologie commune pour les évènements indésirables, version 5 ; IBDQ, Inflammatory Bowel Disease Questionnaire ; MC, Maladie de Crohn ; MedDRA, Medical Dictionary for Regulatory Activities ; N, nombre total de patients ; n, nombre de patients ayant des données évaluables dans chaque catégorie ; DS, déviation standard ; SES-CD, Simple Endoscopic Score for Crohn's Disease ; SMQ, Standardised MedDRA Queries

Conclusion : Les données de cette sous-étude portant sur des patients atteints de MC active modérée à sévère suggèrent une amélioration endoscopique et clinique avec etrasimod à la dose de 2 et 3 mg une fois par jour. Cependant, la petite taille de l'échantillon et l'absence d'un bras placebo limitent la possibilité de tirer des conclusions sur l'efficacité, y compris la comparaison entre les groupes etrasimod 2 et 3 mg. Les deux doses ont été bien tolérées et la sécurité a été conforme aux autres programmes de développement cliniques d'etrasimod. Les résultats de l'extension de la sous-étude A et ceux de la sous-étude 1 de la phase 2b de détermination de dose, contrôlée par placebo, sont à venir.

P338

Analyse économique sur l'utilisation de traitements biologiques de 2ème ligne en France dans la rectocolite hémorragique

A. Nucit [(1)], C. Lefevre [(1)], F. Ajmia [(1)], M.A. Tilliette [(1)]
(1) Paris.

Introduction : La rectocolite hémorragique (RCH) est une maladie inflammatoire chronique de l'intestin qui affecte le système digestif au niveau du rectum et du côlon. Depuis la commercialisation de vedolizumab [VDZ] en France (2017) dans le traitement de la RCH, aucune analyse économique sur l'utilisation de VDZ n'a été publiée. L'objectif de cette analyse économique était de décrire le coût d'utilisation de traitements biologiques en 2ème ligne (VDZ vs ustekinumab [UST]).

Matériels et Méthodes : Ces analyses étaient basées sur la méthodologie publiée par Onali et al 2023, estimant le coût par rémission et par répondeur à l'aide de données de vie réelle dans la maladie de Crohn. Cette analyse économique dans la RCH a été réalisée sur la base des prix faciaux français via l'approche proposée par Onali et al 2023 ; les données cliniques sont issues d'une étude observationnelle française dans la RCH (Meyer et al. 2022, N=218). Les données de rémission clinique à la semaine 14 étaient de 53,5% vs 43,0% (p = 0,20) pour VDZ vs UST ; à la semaine 52 ces données étaient de 42,8% vs 43,4% (p=0,90). Les prix faciaux français utilisés datent de septembre 2023. Sur la base de ces données, des différences de coût par rémission et par réponse ont été estimées pour les patients traités par VDZ vs à ceux traités par UST, en considérant la perspective du système de santé français. Seules les posologies standard du RCP pour VDZ et UST (sans optimisation de la dose) ont été utilisées dans cette analyse économique.

Résultats : A la semaine 14, le coût par rémission était estimé à 14 348 € pour VDZ, et à 24 182€ pour UST, soit une différence de 9 835 € (-41 %). A la semaine 52, la différence de coût par rémission était de -16%, soit -4 481 € (33 176 € pour UST vs 28 696 € pour VDZ). A partir de données en vie réelle issues de la littérature, cette analyse économique a permis de quantifier le coût par rémission dans la RCH.

Conclusion : Sur la base des publications retenues, ces analyses ont montré que le coût par rémission était inférieur chez les patients traités par VDZ vs ceux traités par UST (sans tenir compte des optimisations de dose). Les différences sont principalement dues aux coûts d'acquisition plus faibles de VDZ par rapport à UST.

Remerciements, financements, autres :
Cette étude a été financée par Takeda France

P339

L'hypoalgésie dans les MICI : prévalence, facteurs de risques et impact sur le profil évolutifs des patients. Résultats d'une étude prospective monocentrique

H. Aouroud [(1)], M. Aouroud [(1)], J. Rizkou [(1)], F.E. Lairani [(1)], O. Nacir [(1)], A. Ait Errami [(1)], S. Oubaha [(1)], S. Zouhour [(1)], K. Krati [(1)]
(1) Marrakech, MAROC.

Introduction : Les maladies inflammatoires de l'intestin (MICI), qui englobent à la fois la maladie de Crohn et la rectocolite hémorragique, représentent un groupe difficile et multiforme de troubles inflammatoires chroniques affectant le tractus gastro-intestinal. Si les manifestations physiques des MICI sont bien documentées, des recherches récentes ont mis en lumière un aspect moins exploré : l'altération de la perception de la douleur, appelée hypoalgésie, qui peut survenir chez les patients atteints de MICI. Ce phénomène implique une diminution de la sensibilité à la douleur, ce qui peut sembler paradoxal compte tenu de la nature souvent grave de l'inflammation liée aux MICI. Dans ce travail, nous nous penchons sur la relation complexe entre l'hypoalgésie et les MICI, en examinant ses implications potentielles pour les résultats des patients et les différents facteurs de risque qui peuvent prédisposer les individus à une altération de la perception de la douleur.

Patients et Méthodes : Nous avons réalisé une étude prospective incluant les patients suivis dans notre formation pour une maladie de Crohn ou une rectocolite hémorragique sur la base des critères cliniques standards couramment utilisés pour identifier les MICI. trois cohortes de patients ont été définies à l'aide de données provenant d'enquêtes simultanées sur la douleur et d'une iléocoloscopie : a) MICI actives sans douleur (MICI hypoalgésiques) ; b) MICI actives avec douleur ; et c) MICI inactives sans douleur. Les évaluations de la douleur ont été obtenues en même temps que chaque iléocoloscopie et étaient basées sur les réponses à la quatrième question du SIBDQ (1 représentant une douleur "tout le temps" et 7 une douleur "jamais").Les données ont été extraites et analysées à l'aide du SPSS2.0

Résultats : Cent cinquante-trois personnes (71 femmes, 82 hommes) ont été déclarées atteintes d'une maladie modérée à sévère lors de l'évaluation endoscopique macroscopique. 43 (28,1 %) présentaient une hypoalgésie. Les patients souffrant de MICI hypoalgésiques étaient plus susceptibles de développer des fistules non périanales (P=0,03). L'analyse de régression logistique a montré que les MICI hypoalgiques étaient indépendamment associées au sexe masculin, à l'âge avancé et à l'utilisation de mésalamine, et inversement associées à l'utilisation des antidépresseurs ou des anxiolytiques. Les patients atteints de MICI hypoalgésiques étaient démographiquement et cliniquement similaires à la cohorte de MICI quiescentes sans douleur (n=59). La numération plaquettaire et la protéine C-réactive étaient plus susceptibles d'être pathologiquement élevées dans les MICI hypoalgésiques (P=0,03), bien que >25% ne présentaient pas de marqueurs inflammatoires élevés.

Conclusion : L'hypoalgésie est un phénomène courant dans les MICI, particulièrement répandu chez les hommes et les personnes d'âge avancé, et est corrélé à une probabilité élevée de développement de fistules et à l'utilisation de corticostéroïdes. La demande d'approches diagnostiques novatrices et non invasives devient évidente pour le dépistage de cette population spécifique, étant donné que les indicateurs inflammatoires conventionnels ne présentent pas systématiquement des niveaux élevés.

P340

L'expression du TNF sur pièce opératoire prédit-elle la réponse à la biothérapie dans la maladie de Crohn ?

K. Ben Abdallah [(1)], Y. Zaimi [(2)], S. Ayadi [(2)], A. Mensi [(2)], T. Dhaouadi [(2)], L. Mouelhi [(2)], I. Sfar [(2)]
(1) La Marsa, TUNISIE ; (2) Tunis, TUNISIE.

Introduction : Les mécanismes de l'inflammation intestinale au cours de la maladie de Crohn font intervenir les voies TH1 et TH17, avec leurs principaux acteurs : le TNFα et l'IL-17. Cependant, cette explication un peu globale de la pathogénie de la maladie contraste avec l'hétérogénéité de la présentation clinique. Egalement, la grande variabilité interindividuelle dans la réponse aux biothérapies, notamment à l'anti-TNFα, suppose qu'il existe une différence dans l'expression des cytokines pro-inflmmatoires entre les patients. Afin de vérifier cette hypothèse, un travail a été mené pour déterminer le profil de cytokines associé à une meilleure réponse aux anti-TNFα.

Matériels et Méthodes : Quarante patients opérés pour 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-17 et IL-23 par rapport à un gène de ménage (18s) a été réalisée par la technique RT-PCR en temps réel (Applied biosystems®).

Résultats : Les médianes de l'expression relative des différentes cytokines étaient comme suit :TNFα 0,008085 [0,000377 - 0,052922] ; IL-17 0,000796 [0,000215 - 0,006435] ; IL-23 0,000896 [0,000333 - 0,002379]. Les anti-TNFα ont été prescrits chez un patient en pré-opératoire. Le traitement pré-opératoire par anti-TNFα était positivement associé à l'expression *in situ* du TNFα, IL-17 et IL-23 (TNFα : 0,167240 vs 0,007442 ; p=0,1 IL-17:0,002743 vs 0,000700 ; p=0,6 IL-23 : 0,001860 vs 0,000809 ; p=0,6). Les niveaux d'expression du TNFα étaient nettement plus importants chez les patients qui avaient présenté une récidive endoscopique post-opératoire significative (0,000377 vs 0,049961 ; p=0,7). L'indication à une biothérapie a été retenue chez 36% des patients dans cette sous population. Inversement, L'IL-17 et l'IL-23 étaient négativement associés à la récidive post-opératoire (IL-17 : 0,002116 vs 0,000573 ; p=0,7 IL-23 : 0,001000 vs 0,000757 ; p=0,7).

Conclusion : Le TNFα semble être associé à une récidive précoce de la maladie de Crohn en post-opératoire, et au recours aux anti-TNFα. Ces résultats nécessitent d'être vérifiés sur de plus larges cohortes.

P34

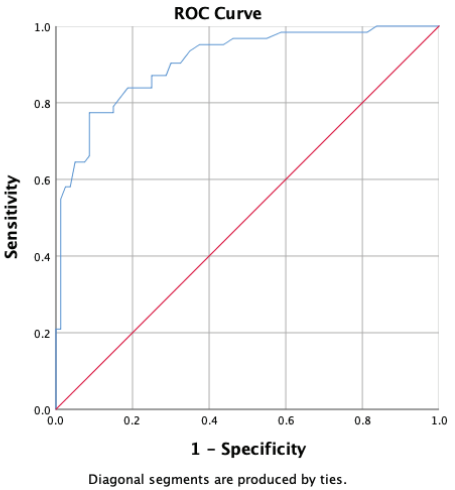
Détermination du seuil d'invalidité sévère lié aux maladies inflammatoires chroniques de l'intestin à l'aide de l'IBD-Disk

H. Kallel [1], N. Elleuch [1], R. Limam [1], W. Dahmani [1], A. Hammami [1], A. Ben Slama [1], M. Ksiaa [1], A. Braham [1], H. Jaziri [1], A. Jmaa [1]
(1) Sousse, TUNISIE.

Introduction : L'IBD-Disk est une échelle visuelle auto-administrée validée, composée de 10 questions, qui a prouvé ses performances dans l'évaluation de l'incapacité fonctionnelle liée aux maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI). L'objectif de cette étude est d'évaluer la corrélation entre l'IBD-Disk, la charge quotidienne associée aux MICI, et l'activité de la maladie.

Patients et Méthodes : Étude transversale menée sur 6 mois entre avril et septembre 2023. Les patients atteints de MICI ont répondu à l'IBD-Disk et à 2 échelles visuelles analogiques (EVA) : 1) La charge quotidienne des MICI (noté de 0 à 10, un score > 5 indique une charge élevée) 2) L'état global de santé ressenti (0=mauvais, 10=bon). La comparaison des moyennes a été effectuée au moyen du test de Wilcoxon-Mann-Whitney. La corrélation de l'IBD-Disk avec la charge quotidienne des MICI et l'état de santé général a été analysée au moyen du coefficient de corrélation de Spearman. La performance diagnostique de l'IBD-Disk pour détecter une invalidité sévère a été étudiée au moyen de l'aire sous la courbe Receiver Operating Characteristic (ROC).

Résultats : Nous avons inclus 142 patients, 55,6% d'hommes et 72,5% de maladie de Crohn. L'âge médian de la série était de 38 ans [30-48]. Le score total moyen de l'IBD-Disk était de 35,7 ± 21,6. L'énergie, l'émotion et le sommeil ont obtenu les scores les plus élevés. Les valeurs moyennes de la charge quotidienne et de l'état global de santé auto-évalué sont de 4,9 ± 3,1 et 5,9 ± 2,6 respectivement. Il a été noté une différence de moyennes significative entre les scores de l'IBD-Disk, la charge quotidienne des MICI, ainsi que l'état global de santé ressenti entre les patients en rémission clinique et les patients dont la maladie est active, p<0,001 (voir tableau I). Nous avons observé 43,7% patients (n=62) ayant une charge élevée de la vie quotidienne. La corrélation entre le score IBD-Disk complet et l'EVA de la charge quotidienne était de rho=0,787 (p <0,001) et était inversement liée à l'EVA de l'état global de santé avec un coefficient rho=-0,632 (p <0,001). À un seuil optimal du score total IBD-Disk égal à 38/100, l'aire sous la courbe caractéristique de fonctionnement du récepteur (AUROC) pour une charge quotidienne élevée de la MICI [EVA>5] était de 0,907 (intervalle de confiance à 95 % [IC] : 0,858-0,955 ; p<0,001) (voir figure 1).



Discussion : Notre série a montré une valeur seuil d'invalidité sévère de l'IBD-Disk ≥ 38. Nos résultats sont proches de ceux constatés dans l'étude GETAID réalisée par S. Tadbiri et al. (À un seuil de 40, l'AUROC était de 0,8, à 95% IC : 0,79-0,83 ; p<0,001) (1). Toutefois, nos observations sont en discordance avec celles constatées dans l'étude menée en Inde par A. Singh et al. (À un seuil de 30, l'AUROC était de 0,96, à 95% [IC] : 0,94-0,98 ; p< 0,001) (2).

Score, moyenne (écart-type)	Total (n=142)	Rémission clinique (n=73)	Activité clinique (n=69)	p
Douleurs abdominales	3,4 (2,9)	1,7 (1,6)	5,1 (2,9)	<0,001
Régulation de la défécation	4,0 (3,1)	2,0 (1,9)	6,2 (2,7)	<0,001
Vie sociale	3,7 (3,1)	2,0 (2,5)	4,8 (3,1)	<0,001
Travail & études	4,2 (3,2)	2,6 (2,3)	6,0 (2,9)	<0,001
Sommeil	4,3 (3,2)	2,8 (2,6)	5,9 (3,0)	<0,001
Énergie	4,9 (2,9)	3,6 (2,3)	6,3 (2,8)	<0,001
Émotions	4,5 (3,1)	3,2 (2,8)	5,9 (2,7)	<0,001
Image de soi	3,8 (3,2)	2,6 (2,7)	5,0 (3,1)	<0,001
Vie intime	3,2 (2,9)	1,7 (2,1)	4,7 (2,8)	<0,001
Douleurs articulaires	4,2 (2,9)	3,2 (2,6)	5,2 (2,8)	<0,001
Score global de l'IBD-Disk	35,7 (21,6)	22,2 (14,3)	49,9 (18,6)	<0,001
Charge quotidienne des MICI	4,9 (3,1)	3,3 (2,5)	6,8 (2,7)	<0,001
État global de santé auto-évalué	5,9 (2,6)	7,2 (2,1)	4,5 (2,4)	<0,001

Les scores totaux de l'IBD-disk dans la présente étude étaient supérieurs à ceux rapportés dans l'étude indienne, conduisant à une valeur de cut-off plus élevée. Cela pourrait être attribué soit à une perception différente du bien-être, soit à une incapacité réellement plus élevée chez les patients recrutés.

Conclusion : Selon notre étude, le score IBD-Disk est bien corrélé avec la charge quotidienne des MICI et l'état global de santé ressenti par le patient. De plus, le seuil optimal de l'IBD-Disk prédictif d'invalidité sévère observé dans notre série rejoint bien les seuils décrits dans la littérature.

P342

Impact de l´activité physique sur la qualité de vie des patients atteints de MICI : résultats préliminaires d´une étude prospective

S. Mechhor [(1)], M. Cherkaoui [(1)], H. El Bacha [(1)], N. Benzzoubeir [(1)], I. Errabih [(1)]

(1) Rabat, MAROC.

Introduction : Les maladies inflammatoires chronique de l'intestin (MICI) sont des affections chronique qui altèrent profondément la qualité de vie (QdV), son évaluation est devenue incontournable au cours du suivi des MICI. Une activité physique (AP) régulière et adaptée peut contribuer à l´amélioration de la QdV, cependant l'exercice d´une AP peut être limité au cours de ces maladies . Le but de ce travail était de décrire les facteurs associés à la pratique d'une AP, ainsi que son impact sur la QdV.

Matériels et Méthodes : Il s´agit d´une étude prospective descriptive et analytique mené sur un échantillon de 85 patients suivi en consultation MICI. Nous avons recueilli les données concernant la maladie et nous avons évalué l'intensité de l'AP par l´ "International Physical Activity Questionnaire (IPAQ)" qui distingue 3 niveaux d´activité : légère, modérée et intense . Nous avons évalué la qualité de vie par le "Inflammatory Bowel Disease Questionnaire (IBDQ)" : nous avons calculé les sous scores de symptômes digestifs, symptômes systémiques, troubles émotionnels, fonction sociale ; ainsi que la score globale. L´analyse statistique a été réalisée grâce au logiciel SPSS 20.0. Les variables qualitatives ont été comparées au moyen du test du Chi2 et du test de Mc Nemar . Les facteurs associés à la pratique d´une AP ont été identifiés grâce à un modèle de régression logistique binaire en analyse univariée et multivariée.

Résultats : Nous avons collecté les données chez 85 patients . L´âge moyen était de 35 +/- 3,4 ans . Le sexe ratio F/H : 1,23. Une maladie de Crohn était rapportée chez 65 (76.47 %) patients, 20 (23,53 %) patients avaient une RCH . 68 (80 %) patients étaient quiescents . Deux patients (3,3 %) étaient tabagiques. La prévalence des manifestations articulaires étaient de 13,3 %. 12 patients (14,1 %) avaient subi une chirurgie dans le cadre de la prise en charge de leur maladie. 51 (60 %) patients étaient sous biothérapie avec une moyenne de début du traitement de 3,5+/- 1.2 année ; 13 (15.29 %) patients étaient sous thiopurines seules, 19 (22,3 %) étaient sous salycilés et 2 (2.35) étaient sous corticothérapie.

Parmi nos patients : 58 (80 %) avaient une AP légère, 18 (21,1%) patients avaient une activité modérée et 9 (10.58 %) patients avaient une activité intense. Parmi les patients qui exerçaient une activité modérée à intense 13 (48.14%) rapportaient une amélioration de leur symptomatologie digestive (diarrhée et douleurs abdominales) après l´exercice de l´AP, cette différence était statistiquement significative p = 0.002.

La moyenne du sous score de symptômes digestifs était meilleure chez les patients qui exerçaient une activité modérée à intense par rapport à ceux qui exerçaient une activité légère avec respectivement 31,3 +/-1,16 Vs 29.15 +/- 2.11 p< 0.001. La moyenne du sous score de symptômes systémiques était également meilleure chez les patients pratiquant une activité modérée à sévère 34,6 +/-3,61 Vs 28.52 +/- 1.21 en cas de pratique d´AP légère p = 0.003

En analyse multivariée, la pratique d'une AP modérée à intense était associée à une quiescence clinique (OR 1,06 ; [1,02 ; 3,15] ; p=0,002) et à l´absence de manifestations articulaires (OR 2,93 ; [1,24 - 3,05] , p< 0.001). Le tabagisme et les antécédents de chirurgie digestive n'influençaient pas l'AP .

Les patients qui exerçaient une activité modérée à intense avaient une qualité de vie meilleure que ceux qui n´exerçaient qu´une activité légère avec des moyennes du IBDQ globale respectivement de de 198,3 +/- 21.3 Vs 151.11 +/- 25.3, p=0.0003.

Le sous score émotionnel était meilleur en cas d´exercice d´activité modérée à intense : 33,7 +/- 5,1 Vs 31.05 +/- 4.51 chez les patients avec une AP légère p= 0.002 . De même le sous score de fonction sociale était meilleur en cas d´AP modérée à intense 29.04 +/- 7.16 Vs 26,23 +/- 4,61 p< 0.001.

Conclusion : Dans notre étude la pratique d'une AP modérée à intense chez les patients suivis pour une MICI était associée à une meilleure qualité de vie . Certains facteurs en limitent la pratique : notamment la poussée de la maladie et les manifestations articulaires. L´exercice d´une activité physique devrait donc être évalué au cours des consultations, les patients suivi pour MICI devraient être encouragés à faire une AP régulière et adaptée au profil de leur maladie.

P343

Validation d'un questionnaire court pour l'évaluation de l'activité de la maladie et la qualité de vie des patients atteints de maladies inflammatoires chroniques de l'intestin

L. Amer [1], E. Mekhael [1], S. Abi Farraj [1], E. Mikhael [1], R. Slim [1], M. Khanfour [1], S. El Helou [1], K. Honein [1], J. Amara [1], E. Mahfouz [1], C. Yaghi [1]

(1) Beyrouth, LIBAN.

Introduction : L'interrogatoire et l'examen clinique restent les moyens de suivi des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI) par excellence. Pour chaque patient, calculer plusieurs scores demeure impératif pour estimer l'activité de la maladie (CDAI ou la forme complète du score de Mayo (FCMS)) ou la qualité de vie du patient (par exemple, IBDQ et CUCQ). Ces scores sont chronophages, donc rarement utilisés en pratique clinique.

Matériels et Méthodes : L'objectif principal de cette étude est de valider un court questionnaire de 21 – items déjà établi pour les patients atteints de MICI, facilement applicable en pratique clinique, qui regroupe l'activité de la maladie et la qualité de vie. Il s'agit d'une étude monocentrique prospective de validation où 54 patients ayant une MICI ont rempli le nouveau questionnaire comprenant 21 éléments (portant sur l'activité de la maladie et la qualité de vie), l'IBDQ-32, le CDAI et la FCMS. Une corrélation en utilisant le chi-2 entre les seuils des deux classes déjà établies est réalisée (la première classe reflétant l'activité de la maladie (AM) comprenant les domaines de l'activité physique, des urgences de défécation, du ballonnement abdominal, de la douleur abdominale, et des symptômes extradigestives, et la seconde présentant la qualité de vie (QDV) comportant les domaines de l'activité de la vie quotidienne, de l'urgence de défécation, de la satisfaction, et de sa santé en comparaison avec autrui. Une corrélation de Spearman est ensuite établie entre les classes, IBDQ, CDAI, et FCMS.

Résultats : On a collecté 54 patients, dont 44 (81.5 %) atteints de la maladie de Crohn et 10 (18.5 %) de la rectocolite hémorragique (RCUH). Le score de CDAI moyen= 112 ± 88 et CF-MS moyen = 5.4 ± 4.5. La corrélation entre les différents seuils déjà établis des scores de QDV, AM, et le total avec l'IBDQ, le CDAI, et la FCMS est statistiquement significative. Une corrélation de Spearman a montré que l'IBDQ est inversement corrélé à la qualité de vie dans la maladie de Crohn (rho= -0,793, p<0,001) et la RCUH (rho= -0,988, p< 0,001). De plus, le CDAI est corrélé à l'activité de la maladie (rho= 0,709, p < 0,001). Dans la rectocolite hémorragique, le CF-MS est également corrélé à l'activité de la maladie (rho= 0,988, p< 0,001). La congruence entre le seuil établi et le score correspondant sont spécifiés en utilisant le coefficient de Cohen Kappa.

			AUROC		Coefficient de Cohen Kappa	
Classe ()=score maximal	Vs	Seuil	N étude= 52	N validation= 54	N étude= 52	N validation= 54
QDV(50)	IBDQ	15	0.818	0.928	-0.461	-0.741
AM Crohn (61)	CDAI	17	0.819	0.843	0.608	0.477
AM RCUH (61)	FCMS	7	0.738	1	0.650	0.783
Total (97)	IBDQ	24	0.859	0.945	-0.611	-0.671
Total (97)	CDAI	31	0.834	0.766	0.608	0.519
Total (97)	FCMS	23	0.798	1	0.519	0.783

Conclusion : Cette étude a permis de valider la reproductibilité de ce nouveau questionnaire de 21 items qui constitue une méthode d'évaluation clinique courte et fiable pour l'évaluation de l'activité de la maladie et la qualité de vie des patients atteints de MICI. D'ailleurs, ce questionnaire doit être appliqué à d'autres populations pour valider la transportabilité.

P344

La profondeur de la cicatrisation muqueuse influence-t-elle le fardeau de la rectocolite hémorragique ?

C. Yzet [1], F. Brazier [1], C. Robert [1], C. Moreau [1], E. Meudjo [1], N. Richard [2], D. Chatelain [1], M. Fumery [1]

(1) Amiens ; (2) Rouen.

Introduction : La rectocolite hémorragique (RCH) est responsable d'un handicap significatif en affectant le bien-être physique, émotionnel et social. Les récentes recommandations internationales STRIDE II, considèrent l'absence de handicap et une qualité de vie normale comme des cibles thérapeutiques. Aujourd'hui, le degré de cicatrisation muqueuse à obtenir pour diminuer le handicap, l'incontinence et les urgences fécales sont largement méconnus.

Patients et Méthodes : Nous avons mené une étude transversale monocentrique entre janvier 2021 et juin 2023. Tous les patients consécutifs suivis pour une RCH présentant une rémission endoscopique (Mayo ≤ 1) bénéficiaient d'une évaluation du handicap par IBD-disk le jour de l'endoscopie. La cicatrisation histologique était définie comme un score de Nancy 0 ou 1 (2 biopsies par segments du rectum au colon droit). Le handicap modéré à sévère était défini comme un score global ≥ 40. L'incontinence était définie par un score de Wexner >5 et les urgences fécales par un score d'impériosité NRS > 1).

Résultats : 57 patients ont été inclus dont 34 (59,6%) femmes. L'âge médian et la durée de la maladie étaient respectivement de 47,4 (intervalle interquartile [IQR] [43,5; 51,2] et 13,0 ans (IQR, 13,1-18,4). 37/57 (65%) patients étaient classés Mayo 0 et 43/54 (80%) patients présentaient une cicatrisation histologique. Il n'existait pas de différence en termes d'âge, de sexe, d'indice de masse corporelle, de statut tabagique, d'extension de la maladie et de traitement pour les 3 groupes Mayo 1, Mayo 0 et cicatrisation histologique. Le score IBD-Disk global médian était de 29 [25,5; 37,5] et 27 (47%) avaient un handicap modéré à sévère. Le taux de handicap modéré à sévère n'était pas différent chez les patients Mayo 0 (7/20, 35%) vs Mayo 1 (20/37, 54%) (p=0.26), ou chez les patients avec (22/43, 51%) ou sans cicatrisation histologique (4/11,36%) (p =0,51). Parmi les 35 patients ayant bénéficié d'une évaluation des impériosités, 11 (31,4%) reportaient des besoins impérieux, sans différence entre les définitions de cicatrisation endoscopique ou histologique (p=0,72 et p =0,37). Parmi les 35 patients ayant bénéficié d'un score de Wexner, une incontinence était observée chez respectivement, 19% (4/21) et 14% (2/14) des patients Mayo 0 et Mayo 1 (p = 0.99), et 24% (6/25) vs 0% (0/7) des patients avec ou sans cicatrisation histologique (p =0,3).

Conclusion : La moitié des patients atteints de RCH ayant atteint une cicatrisation muqueuse présente un handicap modéré à sévère. La cicatrisation endoscopique Mayo 0 (vs 1) et la cicatrisation histologique ne semble pas apporter de bénéfice à court terme en termes de handicap, d'incontinence ou d'impériosité.

P345

Annonce diagnostique d'une maladie inflammatoire chronique de l'intestin : qu'en pensent nos patients ?

Z. Benzarti [1], S. Labben [1], H. Mbarek [1], B. Bouchabou [2], N. Hemdani [2], A. Nakhli [2], R. Ennaifer [2]

(1) Tunis, TUNISIE ; (2) La Marsa, TUNISIE.

Introduction : Les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI) peuvent considérablement altérer la qualité de vie des patients. Leur annonce diagnostique représente de ce fait un défi complexe à la fois pour les professionnels de la santé et les patients. Paradoxalement, cet aspect crucial de la prise en charge semble être négligé par la plupart des praticiens en Tunisie, ce qui a conduit à un manque alarmant de données sur la qualité de l'annonce des MICI.
L'objectif de notre étude était, à l'instar de l'étude ANNONCE-MICI *, d'évaluer la qualité de l'annonce diagnostique des MICI du point de vue du patient, tout en cherchant à déterminer les facteurs associés à la qualité de cette annonce.

Patients et Méthodes : Nous avons conduit une étude transversale basée sur un questionnaire anonyme mené à l'hôpital Mongi Slim. Des questions relatives aux données démographiques, au déroulement de l'annonce ainsi qu'à la qualité de celle-ci ont été recueillies. Une échelle numérique sur 10 points (0 = nul ; 10 = parfait) a été utilisé afin de faciliter l'évaluation par les patients de la qualité de l'annonce diagnostique. Les patients suivis pour une MICI, ayant exprimé leur refus de répondre au questionnaire n'ont pas été inclus. Les données ont été saisies et analysées moyennant le logiciel SPSS.26 pour Windows (p considéré significatif si <0.05).

Résultats : Quarante-trois patients ont été inclus, avec un âge moyen de 45 ans (extrêmes : 22 - 72), parmi lesquels 55,8 % étaient des hommes. Treize patients (30,2%) se considéraient être en poussée. Le délai moyen entre l'annonce de la maladie et le questionnaire était de 6,2 ans . L'annonce a été effectuée par un médecin spécialiste (gastro-entérologue ou chirurgien) dans la quasi-totalité des cas (N = 42), dont 28 étaient des médecins seniors. Les annonces ont eu lieu dans un centre hospitalo-universitaire pour 39 patients (90,7 %), une structure libérale pour 2 patients (4,7 %) et un hôpital régional pour 2 autres patients (4,7 %). La durée moyenne de la consultation dédiée à l'annonce était de 15,84 minutes, avec des variations allant de 1 à 60 minutes. Neuf patients (20,9 %) étaient accompagnés au moment de l'annonce, dont 6 l'avaient expressément demandé. Trente-deux participants (74,4 %) ont recherché des informations supplémentaires, principalement sur Internet (79,1 %), et 6 ont demandé un entretien complémentaire. Pour 11 des 43 patients (25,6 %), l'annonce a été jugée satisfaisante, avec une une qualité moyenne de 6,8 ± 1,8 sur 10. Seulement 19 patients (44,18 %) considéraient que l'annonce diagnostique était de bonne qualité (échelle numérique ≥ 8). De manière intéressante, 9 patients ont ressenti que le médecin qui leur avait fait l'annonce était complètement indifférent. Vingt-quatre patients (55,8 %) ont déclaré comprendre leur pathologie. En analyse multivariée, les facteurs associés à une annonce diagnostique de qualité (échelle numérique ≥ 8) étaient : un âge au moment du diagnostic supérieur à 45 ans (p = 0,007), une durée de l'annonce dépassant 15 minutes (p = 0,02), le fait que les patients ne se considéraient pas en poussée (p = 0,004), et le sentiment que le médecin ayant fait l'annonce était indifférent (p = 0,029).

Conclusion : Un nombre significatif de patients considère que l'annonce du diagnostic de leur MICI n'a pas été de qualité. Cette observation met en lumière l'importance de consacrer une attention particulière à cet aspect de la prise en charge et de proposer des pistes d'amélioration. En effet, il est essentiel que le patient comprenne sa maladie et l'accepte pour favoriser son adhésion au traitement.

P346

Aliments ultra-transformés : un rôle dans la colite aiguë grave ?

M. Afifi [1], Y. Tahiri [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 colite aigue grave est une urgence médico-chirurgicale pouvant révéler ou compliquer une maladie inflammatoire chronique de l'intestin (MICI). Les MICI sont des maladies multifactorielles dont le développement est corrélé au mode de vie occidental notamment à la typologie alimentaire des patients. Les habitudes alimentaires de ces derniers sont de plus en plus analysées. Le rôle des additifs alimentaires est souvent discuté avec l'augmentation considérable de la consommation des aliments hautement transformés (AHT) autant dans les pays industrialisés que dans les pays en voie de développement. Les AHT correspondent à des produits industriels enrichis par des additifs et des conservateurs (soda, biscuits, confiseries etc.), consommés au quotidien de nos jours.
L'objectif de notre étude est d'évaluer l'association entre la consommation des aliments ultra transformés et le risque de survenue d'une colite aigue grave inaugurale ou non d'une MICI.

Patients et Méthodes : Cette étude observationnelle rétrospective monocentrique a concerné les patients hospitalisés pour colite aigue grave au sein du service d'hépato-gastro-entérologie d'un centre hospitalier universitaire au cours des années 2022 et 2023. Les habitudes alimentaires des patients inclus ont été recensés à travers des questionnaires détaillés en utilisant la classification NOVA divisée en 4 catégories (1 : aliments non/peu transformés ; 2 : aliments culinaires transformés ; 3 : aliments transformés ; 4 : aliments ultra-transformés), en s'intéressant principalement à l'alimentation des participants 3 mois avant la survenue de l'épisode de CAG.

Résultats : Au total, 34 cas de colite aigue grave ont été inclus dans cette étude. La moyenne d'âge des participants est de 30 ans avec une prédominance féminine (sex ratio F/H de 1,83). Le principal motif d'hospitalisation est la survenue de diarrhées glairosanglantes. La CAG a été retenue devant la présence de > 6 évacuations glairosanglantes par jour chez tous les patients, et des critères mineurs tels que la fièvre > 37,5°C chez 32,4%, la tachycardie chez 61,8%, l'anémie chez 50%, l'élévation de la CRP et l'hypoalbuminémie chez 70,6%. La principale étiologie retrouvée est la rectocolite hémorragique (RCH) dans 61,8% des cas dont 52,6% de CAG inaugurale d'une RCH. La maladie de Crohn est retrouvée chez 17,6% des patients. Concernant les habitudes alimentaires, 50% estiment avoir une alimentation correcte. Les aliments non ou peu transformés sont consommés à tous les repas par une minorité de 11,8% contre plusieurs fois par semaine pour 44,1%. Les aliments culinaires transformés (sel, sucre, beurre, huiles végétales, etc.) sont utilisés quotidiennement par 52,9% et les aliments transformés (conserves, fromages frais, viandes fumées ou séchées) dans 14,7% des cas. Les aliments ultra transformés du groupe 4 sont consommés une à deux fois par jour par 55,9% des patients dont 52,3% de cas de RCH et 11% de cas de Maladie de Crohn. La consommation quotidienne d'AHT est d'autant plus importante chez les sujets jeunes de moins de 30 avec un pourcentage de 57,1%. Seule une minorité de 14% en consomme à chaque repas.

Conclusion : La consommation quotidienne d'aliments ultra transformés est corrélée à un risque plus élevé de poussée sévère de RCH que de Maladie de Crohn. Cependant, une étude plus large avec un effectif plus important permettrait de renforcer cette tendance. Les résultats de l'étude invitent à un assainissement de nos habitudes alimentaires en privilégiant la consommation d'aliments peu ou non transformés et une consommation avec modération des AHT afin de prévenir le risque de CAG inaugurale ou non de MICI.

P.347

Les connaissances, attitudes et pratiques des médecins généralistes concernant les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin

F.Z. Benamor Seghir [1], S. El Soussi [1], M. Tahiri [1], F.Z. Elrhaoussi [1], F. Haddad [1], W. Hliwa [1], A. Bellabah [1], W. Badre [1]
(1) Casablanca, MAROC.

Introduction : La maladie de crohn et la rectocolite hémorragique sont des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI) évoluant par poussées rémissions, dont l'incidence est en perpétuelle augmentation.
Les médecins généralistes, pivots du parcours de soins, jouent un rôle important dans la prise en charge initiale des patients avant de les référer vers un spécialiste, ce qui permet de leur éviter un parcours erratique et une évolution morbide.
L'objectif de notre travail est d'évaluer les connaissances, attitudes et pratiques des médecins généralistes dans la prise en charge des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude descriptive et épidémiologique menée durant le mois d'Août 2023.
L'enquête était accessible via un questionnaire Google Forms et était composée de 19 items, comprenant des données sociodémographiques et professionnelles, des éléments d'orientation cliniques et paracliniques initiaux, l'arsenal thérapeutique, le suivi évolutif et l'encadrement de grossesse.

Résultats : 96 médecins généralistes ont répondu au questionnaire. L'âge moyen des participants était de 30,2 ans (26 ans – 59 ans) avec un sex-ratio F/H de 2,17.
62,5% travaillent au secteur libéral et 89% en milieu urbain. Le nombre moyen d'année d'exercice était de 7 ans.
Tous les participants affirmaient connaître les MICI. Les symptômes faisant évoquer la maladie le plus fréquemment étaient les diarrhées chroniques liquidiennes et/ou glairo-sanglantes, les douleurs abdominales et le syndrome de malabsorption clinique (81,2%, 73% et 54,1% respectivement). 65,6% connaissaient les différentes manifestations extradigestives au cours des MICI et 52% ne connaissaient pas les complications de cette pathologie.
Les bilans biologiques et/ou radiologiques le plus souvent demandés en première intention étaient : un bilan inflammatoire (92,7%) et le scanner abdominal (58,3%).
La pierre angulaire dans le diagnostic d'une MICI était : le bilan endoscopique selon 90 participants (93,7%), alors que 6 (6,3%) entre eux considéraient que c'était le bilan radiologique.
Devant une forte suspicion d'une MICI, 96,8% réfèrent le patient à un gastro-entérologue.
Concernant le traitement de fond, 52% des répondeurs considéraient qu'il s'agit de l'association biothérapie et corticoïdes, 31% affirmaient qu'il repose sur la biothérapie, 10% jugeaient qu'il s'agit de l'azathioprine, alors que 7% pensaient qu'il repose sur la corticothérapie.
25% des participants affirmaient pouvoir assurer le suivi d'une MICI, et 60% une éducation nutritionnelle. 90% recommandent le sevrage tabagique.
Uniquement 3% des répondeurs pensent que la grossesse est contre indiquée chez les femmes atteintes de MICI. 69% la considèrent à haut risque l'adressant ainsi à un gynéco-obstétricien et/ou à un gastroentérologue pour complément de prise en charge.
85% des médecins généralistes avaient internet comme principale source d'information.

Conclusion : La coordination entre le médecin généraliste, premier référent de la population générale, et le gastro-entérologue est nécessaire pour optimiser la prise en charge de cette pathologie lourde dont les complications peuvent être désastreuses.
Il est ainsi primordial d'organiser des journées scientifiques de sensibilisation et de formation continue pour nos confrères afin d'améliorer cette prise en charge.

P.348

Prévalence et facteurs de risque de fatigue chez les patients atteints de maladie inflammatoire chronique de l'intestin en cicatrisation endoscopique

C. Yzet [1], F. Brazier [1], E. Meudjo [1], C. Moreau [1], C. Robert [1], E. Derval [1], N. Richard [2], M. Fumery [1]
(1) Amiens ; (2) Rouen.

Introduction : La fatigue est un symptôme fréquent au cours des maladies inflammatoires chroniques intestinales (MICI). De causes potentiellement multiples, la prise en charge de la fatigue au cours des MICI est complexe. Alors que les récentes recommandations internationales STRIDE II, considère l'absence de handicap et une qualité de vie normale comme des cibles thérapeutique, le degré de cicatrisation muqueuse à obtenir pour limiter la fatigue n'est pas connu. L'objectif de cette étude était d'étudier dans une population de patient MICI en cicatrisation endoscopique la prévalence de la fatigue et ses déterminants.

Patients et Méthodes : Nous avons mené une étude transversale monocentrique entre janvier 2019 et juin 2023. Tous les patients consécutifs suivis pour une maladie de Crohn (MC) et une rectocolite hémorragique (RCH) en cicatrisation endoscopique (CDEIS <4 et Mayo ≤ 1) bénéficiaient d'une évaluation du handicap par IBD-disk le jour de la coloscopie. La fatigue et la fatigue sévère étaient définies par une sous-score énergie de l'IBD-Disk >5 et >7, respectivement.

Résultats : 166 patients ont été inclus dont 64% (107/166) atteints de MC. La majorité des patients étaient traités par anti-TNF (91/166, 55%) dont la moitié en combothérapie (44/166). La prévalence de la fatigue et de la fatigue sévère étaient respectivement de 39% (65/166) et de 23.5% (39/166) sans différence significative entre MC et RCH (p=0,59). En analyse multivariée, les facteurs associés à la fatigue étaient le sexe féminin (OR=4,2, [1,1 ; 16,5], p= 0,040), la présence de douleurs articulaires (OR=4,36, [1,0 ; 18,2], p= 0,04), et de troubles du sommeil (OR =26,2, [5,5 ; 124,4], p <0,0001). L'âge jeune (OR=0,95, [0,9 ; 0,99], p= 0,023) étaient associés à un risque de fatigue significativement plus faible. La fatigue sévère était associée, en analyse multivariée au sexe féminin (OR=3,2, [1,1 ; 9,2], p= 0,026), à la présence de douleurs articulaires (OR=2,9, [1,1 ; 8,1], p= 0,037) et au troubles du sommeil (OR =11,3, [3,6 ; 35,9], p <0,0001).

Conclusion : Un tiers des patients atteints de MICI en cicatrisation endoscopique souffre de fatigue. Le sexe féminin, les arthralgies et surtout les troubles du sommeil sont des facteurs de risque de fatigue. Ces résultats plaident pour une prise en charge globale des patients atteints de MICI.

P349

Les manifestations extra-intestinales sont-elles associées à la sévérité digestive des MICI ?

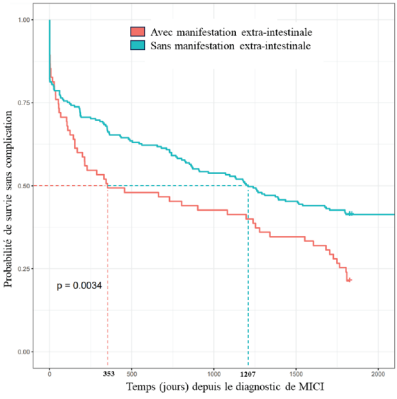
M. Nicol [(1)], M. Manceau [(1)], M. Hupé [(1)], N. Mathieu [(1)], T. Chateau [(1)]

(1) Grenoble.

Introduction : Les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI) sont souvent associées à des manifestations extra-intestinales (MEI) dont l'impact délétère sur la qualité de vie des patients est bien documenté. Toutefois leur rôle en tant que facteur pronostique dans l'atteinte digestive des MICI est peu connu. Le but de cette étude était d'évaluer le lien entre MEI et sévérité digestive de la MICI.

Patients et Méthodes : Cette étude monocentrique rétrospective incluait tout patient atteint de MICI avec cinq ans d'évolution. Le critère d'intérêt principal était la présence d'une atteinte digestive sévère, définie par un critère composite comprenant la survenue d'une hospitalisation, d'une chirurgie ou d'un décès en lien avec la MICI à cinq ans.

Résultats : Trois cents patients ont été inclus, dont un quart avaient des MEI. La présence de MEI était associée à la sévérité de la MICI à cinq ans d'évolution (76% vs 57.3%, p=0.006). Le risque hospitalisation était plus élevé (74.4% vs 54.2%, p=0.003), en lien avec les poussées (p=0.008), les complications (p= 0.017) et les colites aiguës graves dans la RCH (60% vs 20%, p=0.017). Il n'y avait pas de différence pour les chirurgies ou décès. Les patients avec MEI avaient plus d'anémie (28% vs 16%, p=0.034), d'infections sévères ou opportunistes (29.3% vs 14.2%, p=0.005) et de localisation colique dans la MC (30% vs 18.4%, p=0.045).



Analyse de survie selon Kaplan Meyer sans complication (hospitalisation, chirurgie ou décès) chez les patients atteints de maladie inflammatoire chronique de l'intestin (MICI), avec ou sans manifestation extra-intestinale. Cohorte EXTRAGUT.

Conclusion : L'évolution naturelle des MICI semble défavorable lorsqu'elles sont associées aux MEI. Cela pourrait justifier d'une prise en charge individualisée chez ces patients.

P350

Le score DUBLIN : s'agit-il d'un facteur prédicteur de l'échec thérapeutique chez les patients atteints de rectocolite hémorragique ?

E. Souilem [(1)], A. Bouazizi [(1)], W. Dahmani [(1)], N. Elleuch [(1)], A. Hammami [(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'endoscopie constitue un élément clef pour la prise en charge et le suivi des patients atteints de rectocolite hémorragique (RCH). Actuellement, le score Mayo endoscopique (ME) et le score UCEIS (ulcerative colitis endoscopic index of severity) sont les plus utilisés pour évaluer l'activité de la maladie. Néanmoins, l'étendue de la RCH n'a pas été incluse dans ces scores ; d'où venait le score DUBLIN (Degree of UlcerativeColitisBurden of Luminal Inflammation) qui est un score clinique simple calculé comme étant le produit du score Mayo et de l'étendue de la maladie (E1-E3).

L'objectif de cette étude était d'évaluer la corrélation entre ces différents scores endoscopiques de comparer leur performance dans la prédiction de l'échec thérapeutique au cours de la RCH.

Patients et Méthodes : Une étude rétrospective a été menée au sein du service de Gastro-entérologie du Centre Hospitalo-Universitaire (CHU) Sahloul, Sousse, colligeant 50 patients atteints de RCH présentant une poussée aigue, ayant eu une coloscopie. L'échec thérapeutique a été défini par la nécessité d'une escalade thérapeutique ou d'une colectomie. La corrélation entre les scores endoscopiques et les paramètres biologiques a été évaluée en utilisant le test de Pearson. L'évaluation de la performance de chacun des scores a été faite moyennant le calcul de l'aire sous la courbe ROC.

Résultats : Nous avons inclus 50 patients avec une moyenne d'âge de 41 ans et un sexe ratio (H/F) = 0,85. Parmi ces patients 24(48%) étaient sous aminosalicylés, 11(22%) sous immunosuppresseurs et 4 sous anti-TNF. La moyenne de taux de CRP était 72,7±66,7 mg/l. Celle de l'albuminémie était de 30,87±5,47g/L. La majorité des patients présentait une poussée modérée à sévère. La répartition de l'étendue de la maladie était comme suit : E1 (n = 2, 4%), E2 (n = 16, 32 %) et E3 (n = 32, 64%). Le score DUBLIN était corrélé de manière statistiquement significative à la fois avec le MES (r = 0,733, p < 0,001) et le score UCEIS (r = 0,652, p < 0,001). Le score UCEIS était également significativement corrélé au MES (r = 0,816, p < 0,001). Cependant, aucune corrélation statistiquement significative n'a été observée entre les scores et les paramètres biologiques (CRP, albumine). Les aires sous la courbe ROC étaient de 0,503 (ME ; p=0,02), 0,604 (UCEIS ; p <,001), de 0,740 (DUBLIN ; p <,001). De plus, l'analyse multivariée a révélé qu'un score DUBLIN≥4 était significativement associé à l'échec thérapeutique (odds ratio=1,965, [IC95% [1,195-3,230] ; p = 0,008).

Conclusion : Notre étude a mis en évidence une corrélation significative entre les scores DUBLIN, UCEIS et MAYO. Le score DUBLIN avait néanmoins la meilleure performance dans la prédiction de l'échec thérapeutique, soulignant l'intérêt de son intégration dans l'évaluation initiale des poussées de RCH.

P351

Prévalence et facteurs associés à la fatigue chez les patients atteints de MICI

N. Elleuch [1], H. Kallel [1], R. Limam [1], W. Dahmani [1], A. Hammami [1], A. Ben Slama [1], M. Ksiaa [1], A. Braham [1], H. Jaziri [1], A. Jmaa [1]
(1) Sousse, TUNISIE.

Introduction : Les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI) représentent un ensemble de pathologies caractérisé par des symptômes parfois pénibles et invalidants. La fatigue est l'une des plaintes les plus fréquemment rapportées par les patients. Cependant, peu d'études ont analysé les déterminants de la fatigue au cours des MICI. L'objectif de notre travail est d'estimer le taux de prévalence de la fatigue, et d'identifier les facteurs associés à celle-ci chez les patients porteurs de MICI.

Patients et Méthodes : La fatigue et neuf autres dimensions de l'incapacité liée aux MICI ont été évaluées dans une enquête transversale, incluant des patients suivis et hospitalisés entre mars et septembre 2023, et ce à l'aide du questionnaire IBD-Disk. La fatigue et la fatigue sévère ont été définies par un sous-score « Énergie » > 5 et > 7 respectivement. La corrélation entre l'Énergie et les autres items de l'IBD-Disk a été analysée à l'aide du coefficient de corrélation de Pearson. Les déterminants de la fatigue ont été évaluée en analyse univariée par le test de Chi-2 et multivariée au moyen de la régression logistique multinomiale.

Résultats : Nous avons inclus 166 patients, 53,6% sont des hommes, et 69,3% sont porteurs de maladie de Crohn. L'âge moyen était de 39 ± 12,7 ans. Plus que deux tiers (69,9%) vivaient en zone urbaine. La MICI était active chez 48,8% des cas, des selles nocturnes étaient rapportées dans 27,1% des cas et 14,5% des participants étaient hospitalisés au moment de l'inclusion. On note 59% de patients sous biothérapie en traitement d'entretien. Le score total moyen de l'IBD-Disk est de 36,4 ± 21. Le sous-score Énergie a obtenu la notation la plus élevée (4,9 ± 2,9). Les taux de prévalence de la fatigue et de la fatigue sévère étaient respectivement de 42,2% et 22,9%. Des corrélations significatives ont été observées entre la fatigue et toutes les autres dimensions des incapacités liées aux MICI évaluées par l'IBD-Disk (p<0,001). Les corrélations les plus fortes ont été observées entre la fatigue et la régulation de la défécation (r=6,42), la fatigue et le travail et études (r=6,30), et entre la fatigue et le sommeil (r=6,20). En analyse univariée, les facteurs significativement associés à la fatigue et la fatigue sévère étaient le genre féminin (respectivement p=0,040 et 0,047), l'activité de la maladie (p<0,001), la présence de selles nocturnes (p<0,001), l'hospitalisation (p<0,001), l'anémie (respectivement p=0,005 et 0,014), le taux élevé de CRP (p<0,001 et 0,030 respectivement), l'hypoalbuminémie (p<0,001 et 0,042 respectivement) et l'absence de traitement par biothérapie (respectivement p=0,02 et 0,01). La vie en zone urbaine était significativement associée à la fatigue (p=0,015).

Conclusion : Les causes de la fatigue sont multiples et vont au-delà des éléments clinico-biologiques associés à la MICI, englobant également des aspects sociaux, géographiques et des perturbations du sommeil. Cela souligne la nécessité d'adopter une approche globale dans la gestion des patients atteints de MICI.

P352

Santé mentale et absentéisme au travail dans les maladies inflammatoires de l'intestin : résultats d'une enquête prospective monocentrique

H. Aouroud [1], J. Rizkou [1], M. Aouroud [1], F.E. Lairani [1], O. Nacir [1], A. Ait Errami [1], S. Oubaha [1], S. Zouhour [1], K. Krati [1]
(1) Marrakech, MAROC.

Introduction : Les maladies inflammatoires de l'intestin (MICI), dont la maladie de Crohn (MC) et la rectocolite hémorragique (RCH) sont des affections chroniques récidivantes qui peuvent avoir un effet considérable sur la qualité de vie d'un individu. Malgré l'amélioration du traitement, 20 à 25 % des patients présentent des symptômes persistants. Les taux d'anxiété et de dépression sont plus élevés chez les patients atteints de MICI et leur gravité augmente avec l'évolution de la maladie, ce qui peut avoir un impact significatif sur la productivité au travail L'objectif de cette enquête était d'évaluer la prévalence de la dépression/anxiété, du présentéisme et du niveau d'exercice physique chez les patients atteints de MICI.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude prospective monocentrique dans laquelle des patients adultes atteints de MICI, en rémission clinico-biologique, ont été invités à répondre à des questionnaires de manière anonyme : Le score d'anxiété et de dépression hospitalière [HADS], l'échelle de présentéisme de Stanford [SPS-6] et le score d'exercice de Godin. La collecte des données s'est déroulée de Janvier 2023 à Juin 2023. L'analyse statistique a été réalisée à l'aide du logiciel SPSS Version 2.0. Le test du chi carré a été utilisé pour analyser les variables catégorielles. L'analyse de régression logistique a été utilisée pour relier une variable catégorielle dépendante unique à un certain nombre de facteurs de risque.

Résultats : Au total, 117 patients ont été recrutés. La majorité d'entre eux étaient atteints de la maladie de Crohn [MC, 62,2 %] et étaient de sexe masculin [53,0 %], avec un âge médian de 29 ans [16 – 69 ans]. Un diagnostic psychiatrique a été posé chez 10,8 % des patients avant le diagnostic de leur maladie inflammatoire de l'intestin. En outre, 14,2 % des patients ont reçu un diagnostic psychiatrique après le diagnostic de MICI, ce qui est plus fréquent chez les patients atteints de MC [41,6 % des patients atteints de MC, p <0,01]. Un score HADS-Anxiété ou HADS-Dépression ≥8 était présent chez 46,1 % des patients, 27,4 % ayant un score ≥11. Un faible taux de présentéisme au travail était présent chez 34,0 % des patients. Les patients diagnostiqués avec une dépression/anxiété avaient un mode de vie plus sédentaire [p <0,01], un présentéisme au travail plus faible [p <0,01] et un taux de chômage plus élevé [p <0,01].

Conclusion : Un pourcentage significatif de patients atteints de MICI en rémission souffrent d'anxiété et/ou de dépression. Les facteurs de risque sont la MC, le sexe féminin, l'utilisation de médicaments biologiques, les maladies anciennes et/ou périanales. La dépression/anxiété est associée à un mode de vie sédentaire, à un absentéisme plus faible au travail et au chômage. Des outils de dépistage validés et des orientations appropriées vers des psychologues et/ou des psychiatres devraient être utilisés dans les cliniques spécialisées dans les MII.

P353

Evaluation de la qualité du sommeil chez les patients atteints d'une maladie inflammatoire chronique de l'intestin

Z. Chraibi [1], W. Hliwa [1], F.Z. Elrhaoussi [1], M. Tahiri [1], F. Haddad [1], A. Bellabah [1], W. Badre [1]
(1) Casablanca, MAROC.

Introduction : La maladie de Crohn et la Rectocolite hémorragique sont des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin dont la physiopathologie est multifactorielle. Parmi les facteurs environnementaux incriminés, le rôle du trouble du sommeil a récemment été mis en avant. Dans l'autre sens, il semblerait que les patients suivis pour MICI seraient plus sujets à des troubles du sommeil. L'objectif de ce travail était d'évaluer la prévalence des troubles du sommeil chez les patients atteints de MICI et de définir la corrélation entre l'activité clinique de la maladie et la sévérité du trouble du sommeil.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude transversale prospective incluant les patients suivis pour une MICI, reçus à la consultation et/ou vus en hôpital de jour durant les deux mois précédant l'étude. La qualité du sommeil a été évaluée par le score de Pittsburgh (PSQI). Elle est altérée le score PSQI > 5. L'activité de la maladie de Crohn (MC) a été évaluée par le Crohn's Disease Activity Index (CDAI) et celle de la rectocolite hémorragique (RCH), par le score Mayo clinique. Les données ont été saisies et analysées par le logiciel JAMOVI 2.4.6.

Résultats : Dans cette étude, 100 patients ont été inclus. L'âge moyen de nos patients était de 36.2 ± 14.3 avec un sex ratio H/F de 1.22. Soixante pour cent des patients étaient suivis pour une maladie de Crohn.
Chez les patients suivis pour maladie de Crohn, 25 (41.7%) étaient en rémission et 22 (36.7%) en poussée modérée à sévère. Concernant les patients suivis pour RCH, 16 (40%) étaient en rémission, et 7 (17.5%) en poussée modérée à sévère.
Le score PSQI moyen était de 6.14 ± 3.26 avec score > 5 chez 53% des patients.
Les patients suivis pour maladie de Crohn avaient un score PSQI moyen de 6.38+/-3.21 et ceux suivis pour RCH un score de 5.55+/-3.38. Il n'y avait pas de différence significative entre les deux groupes concernant le score PSQI moyen (p=0.161).
La qualité du sommeil était altérée chez 26.8% des patients en rémission clinique, contre 71.2% des patients en poussée. Il existe une corrélation positive (r=0.764) statistiquement significative (p<0.001), entre le Score CDAI, et donc l'activité de la maladie, et le score PSQI chez les patients suivis pour maladie de Crohn. Aussi, il existe une forte corrélation entre le score Mayo et le score PSQI (r=0.708, p<0.001).

Conclusion : Cette étude a montré que les troubles du sommeil étaient présents chez près de la moitié des patients suivis pour MICI, avec une forte corrélation avec l'activité clinique de la maladie.

P354

Maladies inflammatoires chroniques de l'intestin et foie : à propos d'une série universitaire

D. Azzouzi [1], M. Kadiri [1], N. Lagdali [1], F.Z. Chabib [1], C. Berhili [1], M. Borahma [1], I. Benelbarhdadi [1], F.Z. Ajana [1]
(1) Rabat, MAROC.

Introduction : Les atteintes hépatiques associées aux maladies inflammatoires chroniques de l'intestin sont fréquentes et variées selon le type de MICI (maladie de Crohn (MC) ou rectocolite hémorragique, RCH). Les hépatopathies dites « auto-immunes » qui comprennent la cholangite sclérosante primitive (CSP) la plus fréquente, les hépatites auto-immunes, la cholangite biliaire primitive (CBP) et les hépatites virales B et C ont étés étudiés dans notre série.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive et analytique portant sur 1673 malades porteurs d'une maladie inflammatoire chronique (MICI) des intestins (1103 Crohn et 561 RCH). Le diagnostic de MICI était porté sur un faisceau d'arguments cliniques, endoscopiques, histologiques et radiologique. L'objectif de notre travail est de rapporter la fréquence de l'association des hépatopathies chez les patients atteints d'une MICI.

Résultats : L'association de CSP et MICI a été retrouvée chez 16 patients (n=16). L'association à la maladie de Crohn a été retrouvée chez 13 patients (1,17 %) et à la rectocolite hémorragique chez 3 patients (0,53 %). Le traitement par l'acide urso-desoxy-cholique a été instauré chez tous nos patients. 7 de nos malades ont été perdu de vue. 2 de nos patients sont décédés : l'un par un sepsis dans le cadre d'une cirrhose stade C et l'autre par une ischémie entéro-mésentérique, 2 n'ont pas répondu au traitement et 5 ont bien évolués sur le plan clinico-biologique.
L'association de la cholangite biliaire primitice et MICI a été retrouvée chez 2 patients (n=2). L'association a été retouvée uniquement avec la maladie de Crohn chez 2 malades (0,18 %). Une malade avait une maladie de Crohn iléo-colique fistulisante avec un antécédent de résection grêlique étendue associée à une CBP séro-négative avec un stade de Sheuer 1 traitée par AUDC et par Adalimumab pour sa maladie de Crohn, l'autre patiente avait une maladie de Crohn iléo-colique en abstention thérapeutique avec une CBP au stade A3F3 de Métavir sous AUDC avec une bonne évolution clinico-biologique.
L'association de l'hépatite auto-immune et MICI a été retrouvée chez 06 patients (n= 6). L'association à la maladie de Crohn a été retrouvée chez 5 malades (0,45%) et à la RCH chez 1 patient (0,18%). 3 cas de l'HAI secondaires aux AntiTNF chez des malades avec une maladie de Crohn (secondaire à l'IFX chez 2 malades et à l'ADA chez une malade) imposant le switch vers l'ADA chez une patiente et à l'IFX pour les 2 autres. 3 cas d'HAI séropositives type 1 (chez 2 malades avec une maladie de Crohn iléo-colique et une malade avec une RCH pancolique) mis sous AZA avec bonne amélioration du bilan hépatique.
L'association de l'hépatite virale B et MICI a été retrouvée chez 11 patients (n=11). L'association à la maladie de Crohn a été retrouvée chez 8 malades (0,73%) et à la RCH chez 3 patients (0,53%). La majorité des malades ont été traités par Interferon pegylé puis Entecavir sauf chez 2 cas avec un portage inactif avec un AgHbe négatif et une charge virale inférieure à 100 UI/l qui étaient en abstention thérapeutique pour leur MICI.
L'association de l'hépatite virale C et MICI a été retrouvée chez 5 patients (n=05). L'association à la maladie de Crohn a été retrouvée chez 2 malades (0,18%) et à la RCH chez 3 patients (0,53%). 4 malades ont été traité par l'association Sofosbuvir+Velpatasvir pendant 3 mois avec bonne évolution clinico-biologique. Une patiente avait été traitée par Interferon pegylé + Ribavirine.
L'association de la stéatose hépatique et MICI a été retrouvée chez 10 patients (n=10). L'association à la maladie de Crohn a été retrouvée chez 8 malades (0,73%) et à la RCH chez 2 patients (0,36%). Tous les patients étaient mis sous régime pauvre en lipides avec mesures hygiéno-diététiques pour baisser le poids. La PBF a été faite chez 2 malades objectivant une Fibrose F2 chez un malade et F1 chez l'autre.

On note 5 cas d'hépatite médicamenteuse. Il s'agit de 3 cas d'hépatotoxicité à l'Azathioprine qui ont été switchés au 6-Mercatopurine (Purinethol) et 1 cas d'hépatotoxicité aux 5ASA (avec nephrotoxocité qui a été mis sous AZA) et 1 cas d'hépatotoxicité à l'IFX switché à l'ADA.

Conclusion : La prévalence des diverses anomalies hépatobiliaires associées aux maladies inflammatoires de l'intestin (MICI) est en cinétique de hausse. Dans notre série le chef de file des hépatopathies associées aux MICI est la CSP. Ces données nécessitent une confirmation par des études prospectives plus élargies.

P355

Croyances et comportements alimentaires chez les patients suivis pour maladies inflammatoires chroniques de l'intestin

W. Khemiri [(1)], M. Ayari [(1)], A. Ghannouchi [(1)], M. Mtir [(1)], Z.E.I. Abdelaali [(1)], H. Douggui [(1)], T. Jomni [(1)]

(1) La Marsa, TUNISIE.

Introduction : Les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI) représentent un défi majeur pour les patients avec un impact conséquent sur leur qualité de vie, affectant leurs habitudes alimentaires, leurs interactions sociales et leur bien-être émotionnel. Il existe un fort intérêt des patients pour le rôle que leur alimentation peut jouer au cours des MICI. Cependant les études évaluant la perception de l'alimentation chez les patients tunisiens font défaut. L'objectif de ce travail était d'étudier les croyances et les comportements alimentaires des patients adultes suivis pour MICI.

Patients et Méthodes : Nous avons mené une étude longitudinale moyennant à un questionnaire auto-administré diffusé en ligne dans le groupe de l'Association Tunisienne des Maladies de Crohn et de RCH. A travers 17 items, nous avons recueillies les données évaluant les comportements et les croyances alimentaires des patients suivis pour maladie de Crohn (MC) ou pour rectocolite hémorragique (RCH).

Résultats : Au total 121 patients (MC= 59%, RCH= 41%) ont été colligé avec un âge moyen de 38,1±11,4 ans et un sexe ratio de H/F= 0,73. Vingt-trois patients étaient des tabagiques actifs. Au moment de la réalisation du questionnaire, 26,4% des patients étaient en poussée de leur maladie. Sur le plan thérapeutique, les patientes étaient sous azathioprine (24%), corticoïdes (17,2%) et anti-TNF (16,4%).
Quatre-vingt-trois patients pensaient que l'alimentation est un facteur déclenchant de la maladie avec une nette prédominance masculine (80% *versus* 60,8%, p=0,02) mais sans différence entre le groupe RCH et le groupe MC (p=0,61). Concernant le rôle de l'alimentation, 41 des patients jugeaient que l'alimentation était plus importante que le traitement médical pour le contrôle de maladie, d'une importance égale pour 47 patients et sans impact pour 6 patients. Quatre-vingt-douze patients pensaient que l'alimentation pourrait induire une poussée de la maladie avec un recours à un régime d'exclusion noté dans 86,8% et 76% pensaient qu'une modification de l'alimentation pourrait induire une rémission de la maladie. Les aliments les plus fréquemment évités étaient les épices (33,1%), les aliments sucrés (18,2%) et le gluten (17,4%).
Les aliments épicés étaient considérés comme le principal aliment aggravant de la maladie sous-jacente par 90,1% des patients, suivis par les aliments de la restauration rapide (75,9%), les agrumes (70,4%) et les légumineuses (64,7%). Le lait ainsi que les produits laitiers étaient considérés comme des facteurs déclenchants des poussées de la MICI par 57% et 34,7% des patients, respectivement. Environ la moitié de nos patients pensaient que les pates n'avaient pas d'impact sur la maladie, alors que le riz a été considéré comme le principal aliment calmant de la maladie chez 47,7% des patients. D'un autre côté, 52,2% des patients considéraient les légumes riches en fibres comme potentiellement responsable de poussées. Les fruits étaient considérés par 41,7% des patients comme inducteur possible de poussées alors que 20,4% les considéraient comme pourvoyeur de rémission. Environ la moitié des patients pensaient que les viandes rouges et le café étaient sans impact sur l'évolution de la maladie sous-jacente. Le jeune était considéré comme pourvoyeur de rémission chez 55,1% des patients et sans effet considérable pour 53 patients. Concernant les compléments alimentaires, 56% des patients en consommaient avec une prescription médicale notée dans 65,6%.

Conclusion : Notre étude met en lumière l'importance que rattachent les patients à leur régime alimentaire dans la gestion de leurs symptômes avec une prédominance du régime restrictif. Ceci souligne ainsi l'importance d'une approche holistique dans le traitement des MICI, prenant en compte à la fois les traitements médicaux traditionnels ainsi qu'une information et prise en charge diététique appropriés.

P356

Stomie et maladies inflammatoires chroniques de l'intestin : quel impact sur la qualité de vie des patients ?

J. Rizkou [1], H. Aouroud [1], F.E. Lairani [1], O. Nacir [1], A. Ait Errami [1], S. Oubaha [1], S. Zouhour [1], K. Krati [1]
(1) Marrakech, MAROC.

Introduction : La chirurgie a une place importante dans l'arsenal thérapeutique des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI), avec la confection d'une stomie temporaire ou définitive pour certains d'entre eux. Par contre, la stomie entraine systématiquement une désorganisation de la maîtrise du corps et un retentissement majeur sur la qualité de vie des patients. 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. Le but de notre travail était d'étudier le retentissement psychologique et sur la qualité de vie des patients traités pour MICI vivant avec une stomie.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective transversale, ayant inclus les patients présentant une maladie inflammatoire chronique de l'intestin vivant avec une stomie, réalisée au sein de notre service sur une durée de 4 ans (Mars 2019 – Mars 2023). Un questionnaire comportant des questions concernant les caractéristiques démographiques et les données médicales ainsi qu'une fiche du score validé de la qualité de vie des patients stomisés " Stoma-QOL score" ont été élaborés. Ces fiches ont ensuite été diffusées sous forme papier et remplies par les patients en présence d'un médecin.

Résultats : Cinquante réponses au questionnaire ont été recueillies. Il s'agissait d'une iléostomie, d'une colostomie gauche et d'une colostomie droite dans 62%, 28% et 10% des cas, respectivement. L'âge moyen au moment de la stomie était de 33+/-10 ans. La durée moyenne d'évolution de la maladie avant la stomie était de 25 mois. Cinquante-six pour cent (56%) des patients avec une stomie se disaient en rémission de leur maladie, 20% en poussée et 24% ne savaient pas. Quatre-vingts deux pour cents (82%) des patients ont refusé l'acte chirurgical initialement. Les principales causes de ce refus étaient : la stomie était source de handicap social dans 34% des cas, le refus de vivre avec une stomie dans 60% des cas et par peur de développer des troubles sexuels dans 16% des cas. Néanmoins, 80% des patients considéraient que la stomie avait contribué à la rémission de leur MICI. La médiane du score de qualité de vie était de 45,6. Plus de 60% des patients stomisés ont rapporté une mauvaise qualité de vie (Stoma-QOL <50). 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.

Conclusion : La réalisation d'une stomie permet une rémission de la maladie sous-jacente chez les patients MICI. Néanmoins, La pose d'une stomie engendre des conséquences physiques et psychologiques majeures pour les patients. Ce qui indique l'importance de l'éducation et de l'information du patient pour améliorer et maintenir une qualité de vie meilleure.

P357

Déclin de la productivité en milieu professionnel au cours de la maladie de Crohn

I. Briki [1], S. Laabidi [1], H. Aboubecrine [1], S. Ismail [1], D. Gouiaa [1], N. Ben Mustapha [1], M. Serghini [1], M. Fekih [1], A. Labidi [1], J. Boubaker [1]
(1) Tunis, TUNISIE.

Introduction : La maladie de Crohn a été associée à une altération de la qualité de vie. Le milieu professionnel semble également affecté par le retentissement de cette maladie chronique. Nous avons cherché à évaluer la productivité au travail chez des patients à l'aide du score WPAI:CD (Work Productivity and Activity impairement) spécifique à la maladie de Crohn et déceler les facteurs associés à un mauvais rendement an milieu professionnel.

Patients et Méthodes : Nous avons interrogé des patients travailleurs et atteints de maladie de Crohn (MC) lors de leur passage en consultation externe et en hôpital de jour dans un service tertiaire de gastro-entérologie, sur une période étendue de janvier 2023 à avril 2023. Ont été exclus les patients avec indication d'hospitalisations urgente. Les caractéristiques cliniques, le statut socio-économique, les caractéristiques de l'emploi et les antécédents thérapeutiques/ chirurgicales de la maladie ont été recueillis. La maladie active était définie par un score CDAI > 150. Quatre paramètres du questionnaire WPAI:CD spécifique à la maladie de Crohn (présentéisme, absentéisme, perte globale de productivité au travail (PP) = absentéisme-(1-absentéisme*présentéisme),perte d'activité) ont été déterminés.
Deux groupes ont été définies par rapport à la médiane du paramètre perte de productivité (PP).

Résultats : Au total, 40 patients atteints de MC ont été inclus dont 88 % d'hommes, d' âge moyen 40 ans et indice de masse corporelle moyen de 24 kg/m². Plus que la moitié (53%) des patients avaient un niveau éducationnel universitaire, 30% secondaire et16% primaire . Le secteur d'emploi le plus dominant était celui des services (51 %).
Les milieux professionnels étaient équipés de sanitaires chez 85% des sujets. Le phénotype prédominant de la maladie de Crohn était la forme iléo-colique (46%) avec participation ano-périnéale (51%). Plus de la moitié (65%) avaient déjà subi une intervention chirurgicale. Les patients sous anti-TNF et immunomodulateurs étaient répartis comme suit: 92% sous biothérapie dont 88% sous infliximab, 84% sous immunosuppresseurs dont 95% sous azathioprine. Au moment de l'interrogatoire, la maladie était active chez 25%. Les scores moyens globaux du WPAI:CD étaient les suivants: Présentéisme = 20%±28%; Absentéisme=3%±7%; perte de productivité globale au travail = 21%± 29%; perte d'activité =25%± 33%.
La perte de productivité était corrélée au score CDAI (r de spearman=0,333; p=0,029) et à utilisation d'azathioprine (r=0,431 ; p=0,009). La médiane de PP était de 0% définissant deux groupes: avec perte de productivité (23%) et sans perte de productivité (77%). En analyse univariée, le groupe avec des scores de perte de productivité élevés était associé à un niveau éducationnel plus bas (p=0,046), à l'utilisation d'azathioprine((p=0,009) et à une maladie active (p=0.034). L'analyse multivariée a retenu le niveau éducationnel universitaire comme étant un facteur protecteur (OR=0,079 ; 95%IC [0,013-0,600]; p=0,013).

Conclusion : Notre travail a montré que la perte de productivité au cours de la maladie de Crohn dépendait non seulement d'une maladie plus active nécessitant des traitements plus puissants comme des immunomodulateurs mais surtout d'un niveau éducationnel plus bas. Cela montre l'importance de l'éducation thérapeutique des patients afin de les aider à comprendre leur maladie pour prévenir le déclin de la produtctivité en milieu de travail.

P358

Prévalence de l'anxiété et évaluation de la qualité de vie d'une série de patients suivis pour maladie de Crohn

M. Boutaghane [1], F.Z. Agoune [1], K. Belhocine [1]
(1) Alger, ALGÉRIE.

Introduction : La Maladie de Crohn (MC) est une pathologie de plus en plus fréquemment observée dans les pays émergents. Outre son impact digestif et systémique, elle est souvent associée à des comorbidités psychologiques et/ou psychiatriques, qui influent considérablement sur le vécu, le ressenti, la qualité de vie des patients, dont la restauration représente l'un des objectifs thérapeutiques actuels.
Le but de ce travail était de déterminer la prévalence de l'anxiété et d'évaluer la qualité de vie (QDV) d'une cohorte de patients suivis pour Maladie de Crohn en phase active et de rémission.

Patients et Méthodes : Étude prospective, descriptive monocentrique incluant 100 patients de plus de 18 ans suivis pour une Maladie de Crohn (50 patients en rémission, 50 patients en poussée active), réalisée sur une période de 6mois (mars-août 2023). La mesure de l'anxiété/dépression a été réalisée à l'aide de l'échelle HAD (Hospital Anxiety and Depression scale) et celle de la qualité de vie par l'IBD-Disk. La saisie et l'analyse des données ont été réalisées avec le logiciel SPSS (test ANOVA, test U de Mann-Whitney, degré de significativité p<0.05).

Résultats : Cent patients ayant accepté de répondre aux questionnaires et ne présentant pas de contre-indication ont été inclus. L'âge moyen était de 30,5 ans [18-69ans] avec un sex-ratio H\F de 0.77. Quatre-vingt pourcent des patients étaient sous Anti-TNFα (Infliximab/Adalimumab), 15% sous immunosuppresseurs (Azathioprine/Méthotrexate), 5% sous corticoïdes et antibiotiques (ciprofloxacine et métronidazole).
Selon le score HAD, en période de Poussée : 14% (n=7/50) des patients étaient asymptomatiques sur le plan anxiété/dépression, 32% (n=16/50) avaient une symptomatologie douteuse et 54% (n=27/50) avaient une anxiété certaine (score>11). En période de Rémission, 44% (n=22/50) des patients ne présentaient pas de symptomatologie anxieuse ou dépressive selon l'échelle HAD, 24% (n=12/50) avaient une symptomatologie douteuse et 32% (n=16/50) avaient une anxiété/dépression certaine. La prévalence de l'anxiété était significativement supérieure lors des poussées 86% (n=43/50) *versus* période de rémission 56% (n=28/50) (p= 0,0001).
Concernant la qualité de vie appréciée par l'IBD-Disk, lors des poussées de la MC, 34% des patients avaient une QDV sévèrement altérée (score>7), 52% moyennement altérée (score total entre 4-7) et 14% avaient une bonne QDV (score<3). En période de rémission, 10% des patients avaient une QDV sévèrement altérée, 54% moyennement altérée et 36% avaient une bonne QDV.
Le score total moyen de l'IBD-Disk était de 59,34/100 en période de poussée et de 41,66/100 en période de rémission. La QDV était significativement plus altérée en période de poussée (p= 0,001).

Conclusion : Anxiété et Dépression sont largement observées au sein de notre série de patients suivis pour Maladie de Crohn. La prévalence de l'anxiété est nettement plus élevée en période de poussée qu'en période de rémission (86% *versus* 56% ; p=0,001) avec plus d'un tiers de patients anxieux/dépressifs en rémission. La qualité de vie est impactée chez 2/3 de nos patients, quelle que soit la phase de la maladie. Ces résultats confirment l'importance de l'évaluation des troubles psycho-psychiatriques chez les patients pris en charge pour Maladie de Crohn par une équipe multidisciplinaire afin d'atteindre l'objectif de restauration de la qualité de vie.

P359

IBD-Disk : vers la validation de la version arabe classique du questionnaire ?

H. Kallel [1], N. Elleuch [1], W. Dahmani [1], R. Limam [1], H. Jaziri [1], A. Ben Slama [1], M. Ksiaa [1], A. Braham [1], A. Hammami [1], A. Jmaa [1]
(1) Sousse, TUNISIE.

Introduction : L'IBD-Disk est un questionnaire visuel validé de 10 questions, auto-administré, utilisé pour évaluer l'incapacité liée aux MICI. Il a été traduit en plusieurs langues et validé dans différentes populations depuis son émergence. L'objectif de notre étude est d'explorer la cohérence interne et la fiabilité des items de l'IBD-Disk dans sa version arabe classique, et d'analyser la force de corrélation entre chaque item et la somme de l'échelle.

Patients et Méthodes : Étude transversale monocentrique incluant les patients porteurs de MICI. Tous les individus ont répondu au questionnaire en arabe classique de l'IBD-Disk. La cohérence interne de l'IBD-Disk a été évaluée en utilisant le coefficient alpha de Cronbach entre les combinaisons d'items. Une valeur > 0,70 était considérée comme acceptable, > 0,80 comme bonne, et > 0,90 comme excellente. La corrélation corrigée de Cronbach a été évaluée au moyen du coefficient de corrélation de Pearson.

Résultats : Nous avons inclus 166 patients, 53,6% sont des hommes et 69,3% sont atteints de maladie de Crohn. L'âge médian était de 38 ans [30-48]. Le score total moyen était de 36,4 ± 21,0. Les items « Énergie », « Émotion » et « Travail & études » ont obtenu les scores les plus élevés (respectivement 4,9 ± 2,9, 4,7 ± 3,1, et 4,4 ± 3,2). En incluant les 10 items de l'échelle IBD-Disk, une valeur de 0,913 IC 95% [0,893-0,932] a été observée pour l'alpha de Cronbach, démontrant une bonne fiabilité entre les différents sous-scores. En effectuant la procédure de retrait un par un, l'alpha de Cronbach variait entre 0,902 et 0,915, confirmant que tous les items contribuent à la construction. Le coefficient alpha de Cronbach était positif pour chaque paire d'items de l'IBD-Disk au début de l'étude (voir tableau I). Les paires d'items qui ont montré la meilleure corrélation étaient [Douleurs abdominales-Défécation], [Énergie-Défécation] et [Énergie-Sommeil]. En revanche, les paires d'items qui étaient les moins interconnectées étaient [Douleurs articulaires-Douleurs abdominales], [Douleurs articulaires-Vie sociale] et [Douleurs articulaires-Image de soi]. De plus, tous les éléments ont montré une corrélation corrigée de Cronbach entre chaque item et le reste de l'échelle r > 0,4, p<0,001. L'énergie a présenté la plus forte corrélation (r=0,751), et les douleurs articulaires la plus faible (r=0,506).

	Douleurs abdominales	Défécation	Vie sociale	Travail & études	Sommeil	Énergie	Émotions	Image de soi	Vie intime	Douleurs articulaires
Douleurs abdominales	-									
Défécation	0,819	-								
Vie sociale	0,646	0,625	-							
Travail & études	0,717	0,673	0,764	-						
Sommeil	0,693	0,714	0,672	0,747	-					
Énergie	0,739	0,781	0,669	0,773	0,765	-				
Émotions	0,647	0,612	0,693	0,758	0,726	0,741	-			
Image de soi	0,603	0,646	0,742	0,629	0,661	0,698	0,716	-		
Vie intime	0,720	0,716	0,749	0,673	0,677	0,692	0,702	0,753	-	
Douleurs articulaires	0,506	0,552	0,517	0,588	0,614	0,582	0,559	0,500	0,627	-

Conclusion : Notre travail a démontré une excellente homogénéité des items de l'IBD-Disk dans sa version arabe classique, et une bonne corrélation entre chaque item et le score total restant. Toutefois, une mesure prospective du coefficient de corrélation intra-classe de la version arabe classique sera nécessaire pour évaluer sa reproductibilité dans le temps.

P360

Facteurs prédictifs de diagnostic ultérieur de maladie de Crohn après un premier épisode d'iléite aiguë

M. Mahmoudi [1], A. Nciri [2], A. Khsiba [1], M. Yakoubi [3], A. Ben Mohamed [3], M. Medhioub [1], L. Hamzaoui [1], M. Azouz [1]

(1) Nabeul, TUNISIE ; (2) Monastir, TUNISIE ; (3) Tunis, TUNISIE.

Introduction : L'iléite aigue est une entité clinique indépendante, associant cliniquement un syndrome appendiculaire et une imagerie abdominale montrant des signes d'inflammation de la dernière anse iléale. En pratique clinique il est régulièrement difficile de différencier une origine infectieuse d'une première poussée de MC. L'objectif de cette étude est de déterminer les facteurs prédictifs de diagnostic de maladie de Crohn après un premier épisode d'iléite aigue.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une rétrospective monocentrique s'étalant sur une période de septembre 2017 à septembre 2023. Les patients présentant une iléite aigue confirmée radiologiquement ont été inclus. Les données cliniques, biologiques et de l'imagerie ont été collectées.

Résultats : 57 patients ont été colligés avec un âge moyen de 21 ans [13-67] et un sex-ratio H/F de 1,76. La symptomatologie révélatrice était faite de douleurs abdominales dans tous les cas. Une diarrhée aigüe était notée dans 41 cas (72%). Une fièvre était notée dans 16 cas (28%). Un syndrome carentiel était retrouvé dans 9 cas (15,7%). L'étendue moyenne de l'iléite était de 16 cm [6-45]. Une colite radiologique associée était retrouvée dans un tiers des cas. Le délai moyen de réalisation de l'endoscopie était de 1,6 mois [1-4].
En analyse univariée, on a trouvé une corrélation statistiquement significative entre le diagnotic ultérieur de maladie de Crohn et l'âge inférieur à 30 ans (p=0,031), un taux de CRP constamment élevé après antibiothérapie (p=0,013), l'absence de colite radiologique initiale (p=0,041) et l'apyrexie (p=0,022).
La présence d'un syndrome carentiel tend vers la significativité statistique avec le diagnostic ultérieur de maladie de Crohn (p=0,057).
En analyse multivariée, on a trouvé une corrélation significative avec la présence d'un syndrome carentiel (p=0,012).

Conclusion : Une iléo-colonoscopie devrait etre rapidement pratiquée chez tout patient jeune présentant une iléite aigue, indépendamment de son étendue, dans un contexte d'apyrexie. La suspicion de maladie de Crohn serait plus forte en présence d'un syndrome de malabsorption et en cas de résistance à l'antibiothérapie empirique.

P361

Peut-on considérer le syndrome des jambes sans repos comme une manifestation extra-digestive des MICI ?

A. Hassini [1], H. Koulali [1], D. Ikram [1], F. Adamou [1], O. El Mqaddem [1], A. Zazour [1], Z. Ismaili [1], G. Kharrasse [1]

(1) Oujda, MAROC.

Introduction : le syndrome des jambes sans repos (SJSR) ou syndrome de willis-Ekbom est un trouble sensitivo-moteur chronique caractérisé par un besoin impérieux de mouvement volontaire des jambes qui peut être d'origine génétique ou secondaire á une maladie inflammatoire chronique de intestin. L´association entre SJSR et les MICI est mal définie, et leur prévalence augmente à l´échelle mondiale. Le but de notre travail est de déterminer la prévalence, la sévérité et les facteurs de risque du SJSR chez les patients atteints de maladie inflammatoire chronique de l´intestin.

Patients et Méthodes : Pour cela nous avons effectué une étude transversale monocentrique entre février et septembre 2023,nous avons inclus tous les patients atteints de MICI et nous avons exclus les patients sous antidépresseurs, agents dopaminergiques, avec des antécédents personnels de troubles psychiatriques ou une neuropathie sévère,nous avons défini le syndrome de jambes sans repos selon la définition de l'International Restless Legs Syndrome Study Group et la sévérité a été évalué selon l´échelle de sévérité de international restless legs syndrome scale (IRLES).

Résultats : Notre étude a inclus 50 patients atteints de MICI .l'Age moyen de nos patients était de 36,8 +/- 13 ans avec un sexe Ratio (H/F) de 0,85.Parmi ces patients 83 % avait une maladie de Crohn (MC) dont Le siège était iléo-colique dans 37,2% des cas, iléal dans 27,9% et colique dans 9,3% des cas.57% avaient un phénotype inflammatoire, 90% avait un phénotype fistulisant et 90% sténosant. Concernant la recto-colite-hémorragique :elle était distale, colique gauche et pancolique dans respectivement 7%, 81% et 11,7% des cas. Par ailleurs 2 patients étaient Diabétiques et une hypertension artérielle était notée chez 1 malade.
La prévalence du SJSR dans notre série est de 87% avec une forme très sévère dans 8,2 % des cas et sévère chez 24,5% des cas, 26,5 % des patients présentent des symptômes modérés,et 28,6% des patients présentent des symptômes légers. Tous les malades diabétique et hypertendus dans notre série présentent un SJSR.
Un dosage de la ferritinémie a été réalisé chez tous les patients, 53 % des malades avait au taux de ferritine <50 ug/L parmi lesquels 8,6% présentaient une forme très sévère .
Dans notre série une association significative a été mise en évidence entre le SJSR et la localisation iléo-colique de la MC p=0,005 ainsi que le phénotype inflammatoire de la maladie p=0,05.

Conclusion : Le syndrome des jambes sans repos est un syndrome fréquent et encore largement sous diagnostiqué chez les patients atteints de MICI,notre série a révélé une association significative entre la localisation iléo-colique de la maladie de Crohn ainsi que le phénotype inflammatoire de la maladie .

P362

Monitoring non invasif des patients MICI : résultats de l'échographie abdominale

H. Cherkaoui [1], F. Benahsin [1], M. Lahlali [1], A. El Mekkaoui [1], N. Lahmidani [1], D.A. Benajah [1], S.A. Ibrahimi [1], M. El Abkari [1], M. El Yousfi [1], H. Abid [1]

(1) Fès, MAROC.

Introduction : L'imagerie abdominale couplée à l'endoscopie constitue un moyen de surveillance des patients atteints de maladies inflammatoires chroniques intestinales (MICI). Notre objectif est d'étudier la corrélation des résultats échographiques et endoscopiques des patients MICI en phase active et en période de suivi pour déterminer la fiabilité de l'échographie comme moyen de suivi des sujets atteints de MICI.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude prospective sur une période de 2 ans (février 2021-an cours), incluant les patients suivis pour MICI ayant bénéficié d'une endoscopie digestive, d'une échographie abdominale, et d'un scanner ou IRM abdominale. L'échographie abdominale était réalisée par le même opérateur. Les données quantitatives ont été analysées en utilisant la moyenne, la médiane et l'écart-type. On a utilisé le test statistique Chi-2 avec une valeur significative de 0,05 pour les valeurs qualitatives.

Résultats : Nous avons inclus 59 patients avec un âge moyen de 40 ans (18-68 ans, médiane : 42 ans, ET : 16 ans) et un sexe ratio H/F de 1. 66% (n=39) des patients avaient une maladie de Crohn (MC) et 34% (n= 20) avaient une RCH. Pour les antécédents, 2 patients ont eu une résection iléo-caecale et un patient une hémi-colectomie droite. Le score de HB (MC) moyen est de 4 (0-11, ET : 3,51) et le score de Mayo (RCH) moyen est de 3 (0-8, ET : 2,15). Tous les patients ont bénéficié d'une échographie abdominale et d'une coloscopie avec un délai moyen de 10 jours (1-17jours, ET : 5 jours) entre les 2 examens. Chez les patients atteints d'une MC (n=39), la localisation était grêlique (17%), iléocolique droite (58%), colique (25%). La maladie de Crohn était compliquée dans fistule (10%), sténose (10%), collection (20%). La perte de stratification était retrouvée chez 34% des patients, l'aspect peigné du mésentère chez 23%, une sclérolipomatose chez 26%. Chez les patients atteints d'une RCUH, l'épaississement était essentiellement pancolique (55%), colique gauche (45%). La graisse mésentérique était hypodense chez 20% des patients atteints de RCUH. Pour tous les patients MICI, les signes extradigestifs était une lithiase vésiculaire (5%), stéatose (13%). Le score de Limberg était de 2 (60%), de 1 (25%) et de 3 (15%). La coloscopie était réalisée avec intubation iléale chez la majorité des patients (65%). Elle avait montré des ulcérations chez 70%, un érythème dans 10% des cas et normale dans 20% des cas. Le score de CDEIS (MC) moyen est de 10 (0-35, ET : 11), le score UCEIS (RCH) moyen est de 2 (0-7, ET : 1,7). Le scanner / IRM abdominale réalisé chez tous les patients montrait une concordance de la localisation dans (90% des cas) et du résultat (86%) des cas. Il existe une corrélation significative entre l'épaississement intestinal à l'échographie et les ulcérations endoscopiques (p : 0,02), entre l'activité inflammatoire endoscopique et échographique (p : 0,01) et entre la localisation de l'épaississement intestinal et des ulcérations en endoscopie (p : 0,01), entre le scanner abdominal et l'échographie abdominale (p : 0,04), calprotectine fécale supérieure à 200 et l'épaississement digestif (p : 0,03). Les limites dans notre étude sont l'obésité (BMI > 30) et la localisation rectale.

Conclusion : L'échographie est non irradiante, reproductible et disponible. Nos résultats sont comparable à ceux de la littérature et le but est d'avoir suffisamment de recul dans la population marocaine pour instaurer l'échographie abdominale comme moyen de suivi non invasif et non contraignant pour le patient atteint de MICI.

P363

La dénutrition chez les patients crohniens : résultats préliminaires d'une étude prospective monocentrique

J. Rizkou [1], H. Aouroud [1], F.E. Lairani [1], O. Nacir [1], A. Ait Errami [1], S. Oubaha [1], S. Zouhour [1], K. Krati [1]

(1) Marrakech, MAROC.

Introduction : La maladie de Crohn (MC) est souvent associée à une dénutrition qui peut être lié à l'exsudation grêlique, ou à l'inflammation. Celle-ci favorise les complications infectieuses et ralentit la cicatrisation muqueuse chez ces patients fragiles. L´évaluation de l´état nutritionnel ainsi que son amélioration est un des objectifs majeurs de la prise en charge. Le but de notre travail est d´évaluer les caractéristiques cliniques et biologiques de la dénutrition chez des patients crohniens et de mettre en évidence ses facteurs prédictifs.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude prospective descriptive et analytique, de septembre 2019 au mars 2023, incluant 138 patients crohniens hospitalisés ou suivis en consultation présentant une dénutrition (IMC<18,5). Les caractéristiques épidémiologiques, socioéconomiques et cliniques des patients ont été recueillies ainsi que celles liées à la maladie et à sa prise en charge. L'indice de masse corporelle [IMC : poids en kg/ (taille en m) 2], a été relevé pour l'évaluation du statut nutritionnel ainsi que les paramètres nutritionnels (taux d'hémoglobine (g/dL), taux d'albuminémie (g/L), taux de prothrombine, bilan phosphocalcique et bilan lipidique). Le score CDAI a été utilisé pour l´évaluation de l´activité de la maladie. L´étude des facteurs prédictifs de la dénutrition a été réalisée grâce au logiciel SPSS 20.0 en modèles univarié et multivarié

Résultats : 138 patients atteints de MC ont été inclus dans notre étude. L'âge moyen de nos patient était de 36,4 ans [17-72] avec un sexe ratio F/H de 1,6 . La MC évoluait depuis une moyenne de 62 mois [1 -191]. La maladie était active(CDAI>150) chez 82,13% :minime chez 62,3%, modérée chez 22,85%, sévère chez 14,85 %, avec une topographie majoritairement iléo-colique(35%). Seuls 14,9 % des patients avaient déjà eu une résection chirurgicale. La dénutrition (IMC<18,5) était : modérée 61,5%, sévère : 14,95 % et profonde : 4,3%. 49.5% avaient une anémie, 42% avaient un bilan lipidique perturbé, et 56.6% avaient une hypoalbuminémie. Les caractéristiques épidémiologiques et socioéconomiques, la durée d'évolution de la maladie, et le traitement de fond n'étaient pas prédictifs de dénutrition dans notre étude. En revanche, Une maladie active était plus fréquente chez les sujets dénutris par rapport au sujets non dénutris (56% Vs 18% p=0,002). En analyse multivariée l´activité de la maladie (p=0,005 ;OR=2,19 ;IC[1,15-10,16]), la résection chirurgicale(p<0,001 ;OR=1,003 ;IC[1,01-2,05]) et la localisation iléo-colique p=0,003 ;OR=1,07 ;IC[1,03-9,07]) sont associés à la dénutrition. Enfin, concernant les caractéristiques biologiques, il semblerait que le taux d'albuminémie soit le mieux corrélé (p = 0,01) à l'IMC par rapport aux autres paramètres (hémoglobine, bilan lipidique et phosphocalcique).

Conclusion : Les carences nutritionnelles sont fréquentes en cas de MC. Les facteurs prédictifs dans notre série sont l´activité de la maladie, la résection chirurgicale et la localisation iléo-colique. Une prise en charge appropriée avec recours à des conseils diététiques par un nutritionniste ou si nécessaire à un support nutritionnel de préférence entéral permettent le contrôle de la maladie et le rétablissement d´un état nutritionnel optimal.

P364

Evaluation de la fatigue au cours des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin

S. Hamza [(1)], S. Ayadi [(1)], A. Mensi [(1)], E. Bel Hadj Mabrouk [(1)], Y. Zaimi [(1)], L. Mouelhi [(1)]
(1) Tunis, TUNISIE.

Introduction : La fatigue est un symptôme souvent rapporté par les patients atteints de Maladie Inflammatoire Chronique de l'Intestin (MICI). Sous-diagnostiquée, elle est source d'un handicap quotidien et ses causes sont potentiellement multiples.
L'objectif de notre étude est d'évaluer la fréquence de la fatigue au cours des MICI et d'en étudier les facteurs associés.

Patients et Méthodes : Nous avons mené une étude transversale de recueil prospectif colligeant tous les patients hospitalisés ou suivis à la consultation externe ayant une MICI, sur une période de six mois.
L'évaluation de la fatigue a été réalisée par l'intermédiaire du score de sévérité de fatigue basé sur l'échelle Fatigue Severity Scale (FSS). Il comporte neuf questions cotées de 1 à 7. Une fatigue significative était définie par un score moyen supérieur ou égal à 5,5 soit un score total supérieur à 36.
Nous avons calculés le score IBD-disk, permettant d'évaluer le handicap fonctionnel au cours des MICI. Il comprend dix items (douleurs abdominales, diarrhée, douleurs articulaires, vie sociale, éducation et travail, sommeil, énergie, émotions, image corporelle et vie sexuelle) chacun évalué sur une échelle visuelle analogique (EVA) Likert de 0 à 10 (0 = normal ; 10 = handicap majeur) pour un score total variant de zéro à 100. Plus le score est élevé, plus la qualité de vie (QdV) est altérée. Nous avons considéré un retentissement important de la MICI sur chaque domaine lorsque le sous-score était supérieur à 5.
Ce même jour, une évaluation de l'activité clinique de la maladie par l'indice d'Harvey Bradshaw pour la maladie de Crohn (MC) et le score partiel de Mayo pour la rectocolite hémorragique (RCH) a été réalisée. Les données anamnestiques, cliniques et biologiques ont été recueillies.
Tous les patients ont donné leur consentement éclairé oral avant de répondre aux questionnaires.

Résultats : Au total, 65 patients ont été inclus, d'âge moyen de 47,58±10,18 ans avec un sexe ratio (H/F) de 0,44. Trente-quatre patients (52,3%) avaient une activité professionnelle au moment de l'inclusion, cinq patients (7,7%) étaient en retraite et 26 patients (40%) étaient au chômage. Vingt-six patients (40%) avaient une activité physique régulière (marche, sport...).
Parmi les 65 patients étudiés, 47 avaient une MC (72,3%) et 18 avaient une RCH (27,7%). Au moment de l'inclusion, 35 patients (53,8%) étaient en rémission et 30 patients (46,2%) étaient en poussée.
Les valeurs moyennes des scores de FSS et de l'IBD-disk étaient respectivement de 3,2±1,7 [1,22 – 6,67] et de 23,83 ±17,35 [3 – 66]
Une fatigue était notée chez 80% des patients ayant une poussée de leur maladie et chez 56,4% des patients en rémission. Le score FSS était significativement associée à l'activité de la maladie (p=0,002)
La présence d'une fatigue selon le FSS était significativement associé au sexe féminin (p=0,022), à l'absence d'une activité professionnelle (p=0,026), à la localisation iléo-colique de la MC (p=0,024), à la prise de corticoïdes (p=0,034) et à la CRP (p=0,044).
Le score IBD-disk était significativement plus élevé chez les patients présentant une Fatigue (43,5 vs 20,25 ; p<0,001). La présence d'une Fatigue était associée aux troubles du transit (p=0,048), troubles du sommeil (p=0,035), troubles émotionnels (p=0,017) et une altération de de l'image de soi (p=0,001).

Conclusion : La fatigue est fréquente chez les patients présentant une MICI active ou quiescente et semble être multifactorielle. Elle devrait avant tout être identifiée chez tous les patients suivis pour une MICI, pour une prise en charge optimale équilibrée entre ses différentes causes.

P365

Comparaison entre le score de qualité de vie spécifique aux maladies inflammatoires chroniques de l'intestin SIBDQ au questionnaire général SF12

F.Z. Benamor Seghir [(1)], S. Touil [(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'évaluation de la qualité de vie (QDV) des patients atteints de maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI) est devenue incontournable dans la prise en charge de cette pathologie chronique et parfois invalidante. Par conséquent, plusieurs questionnaires psychométriques ont été proposés.
Le but de notre travail est de comparer les performances respectives des 2 scores : SIBDQ et SF12.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude prospective colligeant 78 patients suivis en ambulatoire pour MICI, s'étalant sur une période de 6 mois (de Janvier à Juin 2023).
La QDV a été évaluée en utilisant 2 scores traduits en langue française, un spécifique aux MICI : SIBDQ et l'autre général non spécifique aux MICI : SF12, qui ont été comparés par la suite.

Résultats : L'âge moyen des patients était de 36,3 ans avec un sex-ratio (H/F) de 1,45.
Parmi les 78 patients colligés, 52 étaient suivis pour maladie de crohn (MC) et 26 pour rectocolite hémorragique (RCH). La durée moyenne du suivi était de 3 ans. Au moment de l'inclusion, 56% des patients étaient en rémission clinique. Le score moyen CDAI était de 153,2.
La MC était iléo-colique (86%), colique (12%) et iléale (2%). Des lésions ano-périnéales étaient présentes chez 23 patients (11,5%). 21 patients (40,3%) ont déjà subi une résection iléo-coecale. 10 patients (19%) présentaient des manifestations extra-digestives. Sur le plan thérapeutique, 92,3% étaient sous azathioprine, 5,7% sous infliximab et 2% sous adalimumab.
La RCH était distale (23%), gauche (57,8%) et pancolitique (19,2%). 3 patients (11,5%) ont déjà présenté une colite aigue grave. 21 patients (80,8%) étaient sous 5-ASA, 3 (11,5%) sous infliximab et 2 (7,7%) sous azathioprine.
Le score SIBDQ moyen était de 45,06 ± 5 [extrêmes 24-66]. Le retentissement important de la MICI sur la QDV défini par un score SIBDQ inférieur à 40 était observé chez 10 patients (7 suivis pour MC et 3 pour RCH).
L'analyse du score SF12 a révélé un score moyen de santé physique de 32,11 ± 5,3 [extrêmes 22-60,6] et un score moyen de santé mentale de 38± 5,2 [extrêmes 16,3-45,17].
Le score global du SIBDQ et de ses domaines étaient significativement corrélés avec toutes les dimensions du SF12 (r=0,71, p=0,01). Ce qui signifie que plus les valeurs du score global du SIBDQ et de ses domaines étaient élevées et plus les valeurs des dimensions du SF12 l'étaient également.

Conclusion : Notre étude a révélé une concordance entre le score SIBDQ et SF12, suggérant l'utilité de ce dernier dans l'évaluation de la qualité de vie des patients dans la pratique quotidienne.

P366

L'élévation de l'indice de masse corporelle et son influence chez les patients atteints de maladies inflammatoires chroniques de l'intestin

S. Ben Rhouma [1]
(1) Tunis, TUNISIE.

Introduction : La survenue des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI) chez des patients ayant une obésité ou une surcharge pondérale est rare. L'objectif de notre étude était de rechercher d'éventuelles particularités épidémio-cliniques, évolutives et/ou thérapeutiques de ces maladies, quand elles sont associées à une élévation de l'indice de masse corporelle (IMC).

Matériels et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective comparative étalée sur 3 ans incluant tous les patients atteints d'MICI et suivis au service de Gastro-entérologie de Bizerte.Les patients colligés ont été répartis en deux groupes selon leur IMC au moment du diagnostic de la MICI: (groupe 1 : IMC ≥ 25kg/m^2 et groupe 2 : IMC <25kg/m^2). Nous avons réalisé une étude analytique comparant les deux groupes selon les données épidémio-cliniques, thérapeutiques et évolutives de leur maladie.

Résultats : 246 patients ont été colligés. Ils étaient répartis en 123 hommes et 123 femmes avec un âge moyen de 34.6 ans (14-87). Parmi eux, 46 (18.69%) avaient un IMC>25Kg/m^2. L'âge moyen des sujets ayant une surcharge pondérale ou une obésité lors du diagnostic de la MICI était de 38.8 VS 47.3 ans pour le deuxième groupe avec une différence statistiquement significative (p<0,0001). Lors de la poussée inaugurale de la maladie, l'état général des patients du groupe 1 était plus fréquemment conservé (score OMS=1) : 93.8% VS 83% ;p=0.007, le recours à une hospitalisation était moins fréquent (61% VS 58,2% ; p=0.04), la CRP était moins fréquemment élevée (>45mg/l) : 28,3% VS 48,9% ;p=0.021 et le recours à la corticothérapie systémique était moins fréquent (21.6% VS 33.2% ; p=0.034) .Il n'y avait pas de différence entre les deux groupes concernant la répartition des malades selon le sexe, le délai moyen de consultation, la durée moyenne du suivi de la maladie, l'aspect endoscopique initial, le type des lésions histologiques, les modalités du traitement d'entretien, la présence et le nombre moyen de manifestations extra-digestives.
Parmi les patients ayant une rectocolite hémorragique, les formes pancoliques étaient plus rares chez les patients du groupe 1 par rapport à l'autre groupe (13% VS 34.2% ; p=0.0028) et les formes recto sigmoïdiennes plus fréquentes (28.8% VS 11,7% ; p=0.034) tandis que les rectites avaient la même fréquence pour les deux groupes.
Parmi les patients ayant une maladie de crohn, il n'y avait pas de différence entre les deux groupes concernant la localisation de la maladie mais le phénotype non sténosant non pénétrant était plus fréquent chez les patients du groupe 1 (71,7% VS 42,8% ; p=0.03) sans différence significative pour les autres phénotypes.

Conclusion : Les MICI survenues chez des sujets ayant un IMC >25Kg/m^2 paraissent moins sévères.Les formes pancoliques de la RCH sont plus rares et les formes rectosigmoidiennes sont plus fréquentes. Pour la maladie de crhon, le phénotype non sténosant non pénétrant est plus fréquent.

P367

Prévalence et gravité des troubles sexuels chez les hommes atteints de MICI : à propos d'une population tunisienne

H. Bouhlel [1], **M. Ben Abdelwahed** [1], **M. Mabrouk** [2], **A. Gnaba** [2], **R. Limam** [1], **M. Zakhama** [2], **N. Ben Chaaben** [2], **L. Safer** [2]
(1) Tunis, TUNISIE ; (2) Monastir, TUNISIE.

Introduction : L'impact des maladies inflammatoires de l'intestin (MICI) sur l'activité sexuelle et l'image corporelle peut altérer considérablement la qualité de vie. Des études antérieures ont rapporté que la dysfonction érectile (DE) pourrait avoir une prévalence remarquable d'environ 25 à 45 % dans la population masculine atteinte de MICI, contre 10 à 20 % dans la population générale du même âge.
L'objectif de cette étude était de déterminer le taux et la sévérité de la dysfonction érectile dans une cohorte de patients masculins atteints de MICI et d'identifier les facteurs de risque associés.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude observationnelle monocentrique. De juillet 2022 à juillet 2023, tous les patients de sexe masculin atteints de MICI,maladie de crohn (MC) et rectocolite ulcéro-hémorragique (RCH), qui se présentaient aux consultations et à l'hôpital du jour, ont été invités à remplir le questionnaire de l'Index international de la fonction érectile (IIEF). Les données cliniques, y compris le comportement de la maladie, les antécédents de traitement et les interventions chirurgicales antérieures, ont été recueillies. Des analyses statistiques descriptives et analytiques ont été réalisées.

Résultats : Au total, 70 hommes atteints de MICI, dont 38 suivis de la MC et 32 de la RCH, ont été recrutés. Dans l'ensemble, l'âge médian était de 34 ans (intervalle, 17 - 65) ; l'indice de masse corporelle (IMC) médian était de 27.2 kg/m^2 (intervalle, 17,6 - 35). La moitié des sujets étaient des fumeurs actifs ou d'anciens fumeurs (50 %). La grande majorité (75%) recevait des immunomodulateurs, moins de la moitié avait des antécédents de chirurgie liée aux MICI (42,6%). Le score total médian de l'IIEF était de 63 (de 18 à 75). Au total, 35 % des patients souffraient de dysfonction érectile (DE), selon le sous-score de la fonction érectile. L'analyse univariée a montré que l'âge (p = 0,001), la durée du traitement biologique (p<0,05), les niveaux de calprotectine fécale (p<0,05) et l'atteinte anopérinéale (p<0,05) étaient des variables significativement associées au score IIEF total ; l'âge (p = 0,003), le niveau de calprotectine (p<0,05) et l'atteinte Anopérinéale (p<0,05) étaient également significativement corrélés avec le sous-score de la fonction érectile. Au niveau multivarié, l'âge, le niveau de calprotectine fécale et l'atteinte anopérinéale étaient des facteurs influençant de manière significative à la fois le score IIEF total (p = 0,003, p = 0,002 et p=0,001, respectivement) et le sous-score de la fonction érectile (p = 0,001, p = 0,01 et p=0,001 respectivement).

Conclusion : Trente-cinq des patients atteints de MICI souffraient de dysfonctionnement érectile, alors que des taux de 5 à 15 % chez des sujets sains du même âge ont déjà été rapportés dans la littérature. Sur la base de nos résultats, les gastro-entérologues devraient évaluer la fonction sexuelle des patients atteints de MICI et, le cas échéant, les orienter rapidement vers des examens andrologiques afin d'améliorer leur qualité de vie.

P368

Impact des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin sur la fertilité

S. Hamza [1], S. Ayadi [1], A. Mensi [1], E. Bel Hadj Mabrouk [1], Y. Zaimi [1], L. Mouelhi [1]
(1) Tunis, TUNISIE.

Introduction : La fertilité fait partie des préoccupations majeures chez les patients atteints de maladies inflammatoires chroniques (MICI). Un certain nombre de questionnements et d'incertitudes émanent de cette population à propos de l'impact de la maladie et des traitements sur la fertilité et la capacité à concevoir un enfant sain. L'objectif de notre étude était d'évaluer la fertilité des patients atteints d'une MICI.

Patients et Méthodes : Nous avons mené une étude transversale incluant les patients suivis pour une MICI au sein de notre service de gastro-entérologie. Nous avons collecté les données relatives au suivi gynécologique pour les femmes, le déroulement des grossesses et les données relatives au projet parental.

Résultats : Au total, 65 patients ont été inclus dont 45 étaient des femmes (69,2%) et 20 étaient des hommes (30,8%), d'âge moyen de 47,58±10,18 ans avec des extrêmes allant de 24 à 67 ans.
Vingt-cinq femmes (55,6%) parmi les patientes interrogées étaient ménopausées au moment de l'inclusion, 12,5% d'entre elles avaient une ménopause précoce et 20,8% avaient une ménopause prématurée.
Quinze femmes (75%) parmi celles en âge de procréation avaient une contraception au moment du questionnaire.
Quarante-deux patientes (93,3%) avaient déjà eu au moins une grossesse avec un maximum de neuf grossesses pour une patiente et un total de 167 grossesses pour la cohorte (figure 14). Le délai moyen de conception pour ces grossesses était de 8±22,1 mois avec des extrêmes allant de un à 120. Aucune patiente n'avait eu recours au PMA.
Après les accouchements d'enfants vivants, les interruptions volontaires de grossesse (IVG) étaient l'issue la plus fréquente des grossesses, suivie par les fausses couches spontanées (FCS). Trois grossesses ont été compliquées d'une mort fœtale in utéro (MFIU) chez deux patientes différentes. Aucune des IVG n'a été faite pour une indication thérapeutique. Une seule patiente était enceinte lorsqu'elle a répondu au questionnaire.
Dans notre série, un seul accouchement était survenu prématurément, à 35 semaines d'aménorrhée. Le poids moyen des enfants à la naissance était 2997,92±106,52 g. Leurs enfants n'avaient pas de faible poids à la naissance, ni de pathologies pouvant être liés à la MICI.
Sept des grossesses avaient entrainé une poussée de la MICI chez la mère. Il s'agissait d'une MC dans trois cas, et d'une RCH dans quatre cas.
Les compagnes de 85,7% des hommes avaient eu au moins une grossesse, avec un total de 45 grossesses pour la cohorte. Toutes ces grossesses ont été menées à terme. Aucun patient n'avait eu recours au PMA.
Leurs enfants n'avaient pas de problème de santé et avaient connu une naissance sans complication.
Quarante et un patients ont été interrogés sur leur désir de parentalité, nous avons en effet exclu de cette analyse la patiente enceinte et les patientes ménopausées. Seuls six d'entre eux ont déclaré avoir un désir de parentalité, au moment de l'inclusion, soit 14,6% des patients, dont deux hommes et quatre femmes.
Parmi les 35 patients qui ne présentaient pas de désir de parentalité, trois femmes mettaient ce choix en lien avec leur MICI, soit 8,7%. Les explications données par ces patients étaient : une peur de transmettre la maladie à leur enfant, une peur des effets secondaires des traitements sur la grossesse et sur l'enfant à venir, une inquiétude quant au fait de pouvoir concilier vie de famille et maladie digestive chronique.
Les 33 autres patients expliquaient leur absence de désir de parentalité par leur jeune âge, par une vie professionnelle prenante, par le fait d'avoir assez d'enfants et d'avoir complété leurs familles dans la majorité des cas, ou tout simplement par l'absence d'envie d'avoir des enfants.

Conclusion : Bien que la maladie lorsqu'elle est en rémission n'a que peu ou pas d'impact sur la fertilité, les comorbidités psychologiques et les idées erronées sur la maladie peuvent conduire à l'absence volontaire de conception chez les patients souffrant d'une MICI.
Dans notre étude, les MICI ne semblent pas influencer la fertilité et le déroulement des grossesses.

P369

Troubles du sommeil et maladies inflammatoires chroniques de l'intestin : quel lien ?

R. Ardif [1], A. Zaoui [1], I. El Fadli [1], S. Salhani [1], H. Ouaya [1], H. Meyiz [1], I. Mellouki [1]
(1) Tanger, MAROC.

Introduction : La qualité du sommeil est un déterminant majeur de la qualité de vie, devenue une cible thérapeutique dans la prise en charge des Maladies Inflammatoires Chroniques de l'Intestin (MICI). La relation entre MICI et les troubles du sommeil n'est toujours pas claire. Bien qu'une mauvaise qualité de sommeil serait fortement liée aux perturbations consécutives a` l'activité clinique de la maladie, les patients atteints de MICI souffriraient de troubles du sommeil même lorsque la maladie est cliniquement inactive. L'objectif de ce travail était d'évaluer la prévalence des troubles du sommeil chez les patients atteints de MICI.

Patients et Méthodes : Nous avons mené une étude prospective, incluant tous les patients suivis pour une MICI, qui se sont présentés à notre consultation depuis janvier 2023. La qualité du sommeil a été évaluée par le score de Pittsburgh (PSQI). La qualité de sommeil est altérée lorsque le score PSQI > 5. L'activité de la maladie de Crohn (MC) a été évaluée par l'indice de Harvey-Bradshaw (HBI), celle de la rectocolite hémorragique (RCH), par le score Mayo clinique.

Résultats : Nous avons inclus 60 patients, d'âge moyen de 42,18 ans (18-67) avec une prédominance masculine (sex-ratio H/F =1,08). La durée d'évolution moyenne de la MICI était 8 ans (14-1) . 56% des patients avaient une MC soit 33, de localisation iléale, iléocolique, et colique. Les manifestations ano-périnéales étaient présentes dans 18.2% des cas. Une activité de la maladie de crohn a été notée chez 8 patients (26.4%).
Vingts sept patients (45%) avaient une RCH. Une activité de la RCH a été notée chez 5 patients (18.5%). Le score PSQI moyen était de 5.72 (18-0). Un score PSQI >5 était noté chez 62% des patients. Il existe une association significative entre le score PSQI et l'activité de la maladie aussi bien chez les patients atteints de MC que ceux atteints d'une RCH . La qualité du sommeil était altérée chez 36.6% des malades en rémission vs 84.13% des malades en poussée, avec une différence statistiquement significative

Conclusion : Notre étude a montré que 62% des patients atteints de MICI souffrent d'une altération de la qualité du sommeil imposant une prise en charge pluridisciplinaire.

P370

Comportements alimentaires des patients au cours des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin

F.Z. Benamor Seghir [1], A. Said [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 patients atteints de maladies inflammatoires chroniques de l'intestin(MICI), peuvent présenter diverses carences nutritionnelles, qui sont en partie attribuables à leurs habitudes alimentaires et croyances.
L'objectif de notre travail est d'évaluer les comportements alimentaires des patients suivis pour une MICI.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude prospective monocentrique étalée sur une période de 6 mois (d'Avril à Septembre 2023), colligeant 82 patients suivis pour MICI, en ambulatoire ou hospitalisés.
Un questionnaire a été établi et proposé aux patients.

Résultats : L'âge moyen des patients était de 34,07 ans (19-65ans) avec un sex-ratio (H/F) de 2,54. La durée moyenne de suivi était de 36,2 mois (6-144 mois).
89% (N=73) étaient d'origine urbaine. Selon le niveau scolaire : 25,6% (N=21) des patients étaient non scolarisés, 12,2% (N=10) avaient un niveau primaire, 42,7% (N= 35) avaient un niveau lycée et 19,5% (N=16) avaient un niveau universitaire.
Les patients atteints d'une maladie de crohn (N=62) avaient une localisation iléo-coecale dans 85,5% (N=53) des cas, colique dans 11,3% (N=7) des cas, et iléale dans 3,2% (N=2) des cas.
Pour les patients atteints d'une recto colite hémorragique (N=20), la localisation était pancolique chez 70% (N=14), colique gauche chez 25% (N=5) et rectale chez 5% (N=1).
39% (N=32) des patients pensaient que l'alimentation avait pu déclencher leur maladie et 57,3% (N=47) croyaient qu'elle pourrait déclencher une poussée.
Une anorexie a été notée chez 42,6% (N=35). 31,7% (N=26) pensaient que leur comportement alimentaire pourrait entrainer des carences nutritionnelles.
46,3% (N=36) affirmaient que leur comportement alimentaire affecter leur vie sociale, et ce en évitant de manger à l'extérieur ou d'être accueilli chez des membres de la famille ou bien des amis.
Afin de prévenir une poussée de la maladie, nos patients ont indiqué que les aliments à éviter étaient principalement: les aliments épicés (89%), les produits laitiers (78%), les tomates (45,92%), les agrumes (31,7%) et les viandes rouges (26,8%).
Après une poussée, 45,1% des patients adoptent un régime sans résidu prolongé au-delà de 3 semaines.
Par ailleurs, 3,6% des patients adoptent un jeûne intermittent stricte (au-delà de 4-5 jours par semaine).
La principale source d'information était les réseaux sociaux chez 59,7% (N=49) des patients.

Conclusion : Selon notre étude, la majorité des patients atteints de MICI adoptent des régimes restrictifs qui pourront avoir un impact négatif à la fois sur leur état nutritionnel et sur leur vie sociale.
Par conséquent, une bonne éducation nutritionnelle par le médecin traitant s'avère primordiale dans leur prise en charge thérapeutique.

P371

Impact des maladies inflammatoires de l'intestin sur la vie professionnelle : prévalence et facteurs prédisposants

O. Chatti [(1)], N. Elleuch [(1)], W. Dahmani [(1)], A. Hammami [(1)], A. Braham [(1)], M. Ksiaa [(1)], A. Ben Slama [(1)], H. Jaziri [(1)], A. Jmaa [(1)]
(1) Sousse, TUNISIE.

Introduction : Les patients atteints d'une maladie inflammatoire chroniques de l'intestin (MICI) sont confrontés à des problèmes au travail, ce qui entraîne une perte de productivité et des coûts de santé indirects. Le but de ce travail est d'identifier la prévalence de l'altération de la vie professionnelle chez les patients porteurs d'une MICI et de déterminer les prédicteurs de ce trouble.Les patients atteints d'une maladie inflammatoire chroniques de l'intestin (MICI) sont confrontés à des problèmes au travail, ce qui entraîne une perte de productivité et des coûts de santé indirects. Le but de ce travail est d'identifier la prévalence de l'altération de la vie professionnelle chez les patients porteurs d'une MICI et de déterminer les prédicteurs de ce trouble.

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 professionnelle 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). Il s'agissait d'une MC dans 75.3% des cas (n=73) et d'une RCH dans 24,7% des cas (n=24). 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.
Trente-trois (32%) des répondants avaient un emploi actif. 75% (n=73) des employeurs porteurs de MICI ont partagé leur diagnostic de MICI avec leurs collègues, mais 25 %(n=24) d'entre eux l'ont regretté
Par rapport à la population générale, les employés avaient dans 54% des cas (n= 56) des contrats à durée indéterminée et 22,3 % (N=23) des employés avaient des contrats à temps partiel. Parmi les 10 patients avec un niveau universitaire seulement 3 patients (0,3%) bénéficiaient d'un emploi hautement qualifié.
L'altération de la vie professionnelle était notée chez 38 patients (39%) avec score moyen de l'IBD DISK à 3,1 [1 à 5]. Toutefois, la présence de manifestation ano-périnéales, le trouble du sommeil, la fatigue, la diarrhée étaient significativement associés à la présence d'altération de la vie professionnelle avec respectivement (p=0.002 ; p=0,02 ; p=0,003 ; p= 0,009).

Conclusion : Les MICI ont un impact négatif important sur la vie professionnelle. La fatigue et l'activité de la maladie sont les facteurs les plus incriminés .Ces résultats soulignent la nécessité d'instaurer des mesures de soutien pour améliorer l'expérience professionnelle chez porteurs de MICI.

P372

L'observance thérapeutique chez les patients atteints des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin

A. Hajlaoui [(1)], M. Sabbah [(1)], N. Bibani [(1)], H. Jlassi [(1)], D. Trad [(1)], D. Gargouri [(1)]
(1) Tunis, TUNISIE.

Introduction : L'OMS estime que la moitié des patients ne prennent pas leur traitement comme convenu avec le prescripteur. Ainsi l'évaluation de l'observance est primordiale dans la prise en charge des patients atteints de maladies chroniques notamment les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin, cette évaluation peut être parfois subjective, d'où l'intérêt de développer des échelles permettant d'unifier les modalités de recensement de ce genre de données.
L'objectif de notre étude est d'évaluer l'observance aux différents traitements de fond chez les patients atteints de MICI, et d'identifier les facteurs influençant cette variabilité.

Patients et Méthodes : Etude descriptive transversale menée sur une période de 6 mois [Juin-Novembre 2022], colligeant des patients atteints de MICI sous traitement de fond chez qui on a mené une enquête à l'aide d'un questionnaire.
Le recueil de données a été réalisé moyennant une fiche analytique relevant les données socioéconomique et médicales et le questionnaire Perceived Stress Scale (PSS) dans sa version française pour évaluer le degré de stress chez ses patients et les questionnaires « Morisky medication adherence scale -8 MMAS 8 » et « Girerd » pour évaluer l'observance au traitement.

Résultats : Quarante-sept patients ont été colligés, d'âge moyen de 43 ans [20–71 ans] et de sexe-ratio H/F de 0,59, de niveau d'étude supérieur (n=8), secondaire (n=13), primaire (n=21), analphabète (N=1). Quarante malades étaient atteints d'une maladie de Crohn et 7 patients avaient une rectocolite hémorragique. Vingt-neuf étaient d'origine urbaine et 18 d'origine rurale. La maladie était d'évolution ancienne (supérieure à 10 ans) chez 20 malades, récente (inférieure à 2ans) chez 19 malades. Tous étaient sous traitement de fond à type d'azathioprine chez 34%, anti TNF 19%, combo thérapie chez 19%, 5 ASA chez 8.5% et 17% étaient sous corticothérapie.
En ce qui concerne leur connaissance par rapport à leur maladie 14 patients estiment qu'elle est bonne alors que 7 trouvent qu'ils ont une mauvaise connaissance de leur maladie et de sa prise en charge, 26 malades ont une connaissance moyenne.
En étudiant le niveau de stress suscité par leur maladie 40 % ont su le gérer alors que 25.5% éprouvaient une difficulté importante à gérer ce stress, le reste (34%) éprouvaient une difficulté modérée.
Cinquante et un patients étaient considérés comme bon observant selon le MMAS-8, 32% avaient une observance moyenne et 17 %n'étaient pas observant. Les résultats étaient superposables en utilisant les deux score (Morisky et Girerd). Les principaux facteurs prédictifs de mauvaise observance étaient le niveau d'étude (p=0.042), le degré de connaissance de la maladie (p=0.011) et le niveau de stress élevé (p=0.001).

Conclusion : L'observance thérapeutique est le principal facteur prédictif du succès ou de l'échec de l'amélioration de la maladie sous traitement. Il est primordial d'éduquer les patients quant à l'importance de l'observance thérapeutique aussi bien lors de l'initiation du traitement mais aussi durant les visites périodiques. Il est aussi important d'identifier et d'agir sur les facteurs de non-observance.

P373

Les enjeux identitaires dans l'ajustement à la maladie de Crohn chez les jeunes adultes

N. Touma [1], L. Zanni [1], P. Blanc [2], G. Savoye [3], C. Baeza-Velasco [1]
(1) Paris ; (2) Montpellier ; (3) Rouen.

Introduction : La maladie de Crohn survient souvent entre 15 et 30 ans, une période marquée par la construction de soi. Cependant, peu d'études se sont intéressées à l'expérience du diagnostic et aux enjeux identitaires qui peuvent y être associés au cours de cette période développementale sensible. L'objectif de cette étude est donc d'explorer qualitativement l'expérience de la maladie de Crohn chez les jeunes adultes en retraçant leur parcours avec la maladie depuis le diagnostic.

Patients et Méthodes : Quinze jeunes adultes (18-35 ans) diagnostiqués de la maladie de Crohn ont participé à un entretien semi-directif. Les données narratives ont fait l'objet d'une analyse thématique et trente pour cent des entretiens ont été soumis à un double codage.

Résultats : Les résultats révèlent une évolution sur quatre thèmes principaux : (1) la prise en charge, (2) la perception de la maladie, (3) la gestion de la maladie et (4) la perception de soi. Pour une majorité de participants, le début de la maladie a été difficile, marqué par des symptômes sévères nécessitant une hospitalisation, de nombreux examens médicaux et parfois plusieurs consultations avant qu'un diagnostic ne soit posé. Ainsi, certaines personnes décrivent cette période comme un "calvaire", alors que pour d'autres elle est l'espoir d'un soulagement de leurs souffrances.
L'annonce du diagnostic a souvent été un "choc", un "bouleversement" ou un "effondrement", suivi de phases de déni associées à un désir de maintenir une "vie normale" et de ne pas être défini par la maladie. Malgré des débuts difficiles, une majorité de participants sont sortis grandis de leur expérience, avec le sentiment d'un développement personnel rendu possible par des processus d'autorégulation qui leur ont permis de puiser dans leurs propres ressources pour s'adapter à la maladie et l'intégrer à leur identité.

Conclusion : En mettant en évidence des possibilités d'évolution positive, cette étude suggère l'importance de soutenir les ressources psychologiques des jeunes adultes à un stade précoce après le diagnostic.

P374

Dénutrition et maladies inflammatoires chroniques de l´intestin : prévalence et facteurs de risque

A. Hassini [1], H. Koulali [1], F. Adamou [1], O. El Mqaddem [1], A. Zazour [1], Z. Ismaili [1], G. Kharrasse [1]
(1) Oujda, MAROC.

Introduction : Les patients atteints de MICI constituent un groupe à haut risque de dénutrition, cette dernière étant un facteur de risque de complications et de mauvais pronostic,l´évaluation de l'état nutritionnel et la nécessité d´une thérapie nutritionnelle de soutien jouent un rôle majeure dans la prise en charge des malades.Le but de notre travail est d´évaluer la prévalence de la dénutrition chez les patients atteints de MICI ainsi que ses facteurs de risque.

Patients et Méthodes : C´est une étude transversale à visée descriptive et analytique étalée sur 6 mois,incluant 144 patients.Les données épidémiologiques,cliniques et thérapeutiques ainsi que les mesures anthropométriques(Poids,taille,périmètre brachiale,tour de taille)et biologiques ont été recueillies.Un périmètre brachial(<21cm)et ou l'IMC(<18,5)ont été utilisés pour définir la dénutrition.

Résultats : Parmi 144 patients inclus, 20,1 % étaient dénutris ;La dénutrition était : modérée dans 34 % des cas (IMC≤18,5) et sévère dans 65% (IMC≤16);le sexe ratio est F/H :1,63 et l'âge moyen est de 33,8 +/- 12ans .5 malades étaient tabagiques soit (38%),une dépression a été notée chez 3 malades(60 %) et une tuberculose pulmonaire dans 3 cas (60%). La durée moyenne d'évolution de la MICI était de 5 ans.19,7% des patients (14 cas) sont suivis pour une maladie de Crohn(MC) et 11 patients ont une rectocolite hémorragique (RCH).17 % des patients dénutris étaient en poussée de leur maladie. 17% des patients étaient sous 5-ASA,30 % sous thiopurines seuls,20 % sous corticothérapie orale et 33,8 % sous anti-TNF.Le siège de la MC était iléal,iléo-colique et colique dans respectivement 25,9%,10,7% et 12,5% des cas. 3 malades soit (12%) avaient un phénotype inflammatoire, 9 patients avaient un phénotype sténosant (20,5%) et 7 patients avaient un phénotype fistulisant (46%). Par ailleurs, 13,3% avait des manifestations anopérinéales.8% des patients suivis pour MC ont eu une résection intestinale : iléo-caecale dans 11,5% des cas, iléo-colique dans 11,5% des cas et grêlique dans 3,8 % des cas. Concernant la RCH, elle était distale, colique gauche et pancolique dans respectivement 14,3 %, 59 % et 26,5 % des cas. L'évaluation nutritionnel a objectivé des apports journaliers insuffisants dans 8,3 % des cas, 58,3 % n'avaient aucun apport en produits laitiers, 4,2% % n'avaient aucun apport en produits carnés et 41,7 % consommaient<200 g de fibres /repas), une anorexie a été objectivée chez 44 % des patients, elle était : modéré dans 7,8 % des cas, et sévère dans 11,6 % des cas.
L´hypoalbuminémie p=0,01,l'anémie p=0,04 et l´hypocalcémie p=0,02 ont été diagnostiqués chez tous les patients dénutris .Une association significative a été mise en évidence entre le sexe masculin p=0,018, la dépression p=0,04, l´activité de la maladie p <0,001, la localisation iléale de la MC p=0,038 et la dénutrition . Tous nos malades ont bénéficié d´une thérapie nutritionnelle avec un suivi diététique en plus de leurs traitements de fond.

Conclusion : La dénutrition est une affection courante chez les patients atteints de MICI, sa prévalence semble plus élevé dans la maladie de Crohn, Les facteurs de risque dans notre série sont le sexe masculin, la dépression, l´activité de la maladie, la localisation iléale. la dénutrition est plus fréquente en cas de MC fistulisante et sténosante, prise des anti-TNF,corticothérapie et thiopurines,de résection iléo-caecale et iléo-colique mais sans association statiquement significative .

P376

Evaluation de la destruction intestinale au cours de la maladie de Crohn fistulisante moyennant le score de Lémann

S. Ben Jemia [1], A. Hammami [2], A. Labidi [3], S. Laabidi [3], N. Ben Mustapha [3], M. Serghini [3], M. Fekih [3], J. Boubaker [3]

(1) Monastir, TUNISIE ; (2) Sousse, TUNISIE ; (3) Tunis, TUNISIE.

Introduction : La maladie de Crohn peut être responsable, au cours de son évolution, de dommages intestinaux tels que des sténoses fibreuses, des fistules ou encore des collections. L'évaluation de sa sévérité s'appuyait jusqu'ici sur le nombre de poussées et leur sévérité ou sur le taux de complications ou de recours à la chirurgie. Actuellement, une nouvelle notion a vu le jour, celle de la destruction intestinale : une entité plus globale prenant en compte toutes les lésions destructrices du tube digestif incluant le recours à une résection intestinale. Dans le but de la quantifier, l'indice de Lemann a été développé.
Notre travail avait pour objectif de quantifier la destruction intestinale par le score de Lemann au cours de la maladie de Crohn luminale fistulisante et identifier les facteurs associés à la destruction tissulaire et à sa progression chez ces patients.

Patients et Méthodes : Nous avons mené une étude rétrospective, monocentrique, longitudinale ayant colligé les patients pris en charge pour une maladie de Crohn luminale fistulisante au service d'hépato-gastro-entérologie « A » de l'hôpital La Rabta sur une période de 25 ans. Les patients ont été évalués à leur première admission (t0) et après 5 ans de suivi (t1). L'index de Lemann a été calculé de manière manuelle en se basant sur les données de l'exploration endoscopique et radiologique ainsi que les antécédents de résection intestinale. Une destruction intestinale a été définie par une valeur ≥ 2 de l'IL. Pour évaluer l'évolution de la destruction intestinale nous avons calculé le Delta Lemann index égal à la différence entre l'IL à 5ans et l'IL initial.

Résultats : Nous avons retenu 30 patients. L'index de Lemann initial (à t0) avait une valeur moyenne de 10,9± 9,4 [0-34,9]. La destruction intestinale concernait 25(83,3%) patients. L'analyse des facteurs impactant la destruction intestinale a montré une association avec l'anémie à l'inclusion (p< 0,001). En analyse multivariée, l'anémie était retrouvée comme facteur impactant la DI (OR = 0,099 IC=95% [0,010, 0,962] ; p=0,046).
A 5ans, l'index de Lemann (t1) moyen était de 17,5 ± 9,3 [1-36,9]. La destruction intestinale a concerné 28(93,3%) malades. Aucun facteur n'était significativement associé à la destruction intestinale (à t1). Vingt-deux patients ont présenté une progression de la destruction intestinale tandis que 7 ont eu une régression et 1 seul patient était stable sur ce plan. En analyse univariée, un SES-CD initialement élevé était associé à la progression de la DI (p = 0,035).

Conclusion : Au décours de ce travail, nous insistons sur l'utilité du calcul de l'index de Lemann dans la prise en charge de la maladie de Crohn du fait de son impact potentiel sur la décision thérapeutique.

P376

Facteurs prédictifs de sarcopénie au cours de la maladie de Crohn

B. Barkia [1], H. Gdoura [1], W. Feki [1], A. Ghrab [1], I. Sallemi [1], L. Chtourou [1], M. Moalla [1], L. Mnif [1], A. Amouri [1], Z. Mnif [1], M. Boudabbous [1], N. Tahri [1]

(1) Sfax, TUNISIE.

Introduction : L'évaluation de la masse musculaire devient de plus en plus cruciale dans diverses pathologies, notamment dans les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin, telles que la maladie de Crohn. La sarcopénie est reconnue comme un indicateur défavorable dans la progression de cette maladie. Cette étude vise à repérer les prédicteurs de la sarcopénie chez les patients atteints de la maladie de Crohn afin de développer une approche de suivi personnalisée.

Matériels et Méthodes : Cette étude rétrospective unicentrique incluant des patients atteints de la maladie de Crohn qui ont bénéficié une IRM abdominale pendant leur suivi entre 2020 et 2023. Les données cliniques, biologiques et radiologiques ont été recueillies au moment de l'inclusion. La sarcopénie a été définie en se basant sur le quartile le plus bas de la superficie du muscle psoas, ajusté en fonction de la taille et du sexe des patients.

Résultats : L'échantillon était composé de 101 patients atteints de la maladie de Crohn, avec un sex-ratio de 0,94 et un âge moyen de 44,13 ans. Parmi ces patients, 30 étaient fumeurs actifs et 12 étaient alcooliques. Ils ont été classés en fonction de l'âge au moment du diagnostic de la maladie, avec 4 % diagnostiqués avant l'âge de 16 ans et 62,4 % entre 17 et 40 ans. En ce qui concerne la localisation de la maladie, l'emplacement iléal était le plus fréquent, touchant 41,6 % des patients. Le phénotype de la maladie de Crohn était principalement de nature inflammatoire chez 39,6 % des patients. Une atteinte périanale était présente chez 38 patients. Les traitements d'entretien variaient, avec 36,7 % sous Thiopurines, 10,9 % sous traitement anti-TNFα et 16,8 % sous Combothérapie (Thiopurines + anti-TNFα). La majorité des patients étaient en rémission (74,3 %). Près de la moitié de la population avait un taux de CRP positif, et 70,3 % présentaient une hypoalbuminémie. L'IMC était normal (entre 18,5 et 25kg/m^2) chez 53,5 % des patients.
L'analyse bivariée a mis en évidence des associations significatives entre la sarcopénie et le tabagisme (p=0,021), un âge de diagnostic précoce de la maladie (p=0,046), les manifestations anopérianales (p=0,029), une activité légère de la maladie (p=0,018), le taux de CRP (p<0,001), le taux d'albumine sérique (p=0,006) et un IMC inférieur à 18,5 (p=0,018).

Conclusion : Les prédicteurs identifiés fournissent des pistes précieuses pour une gestion plus personnalisée de la maladie, soulignant l'importance de surveiller attentivement les patients à risque et d'adapter leurs traitements en conséquence.

P377

Tuberculose intestinale et maladie de Crohn : un défi diagnostique et thérapeutique

A.M. Nefzi [1], M.A. Jouini [1], A. Labidi [1], S. Laabidi [1], D. Gouiaa [1], N. Ben Mustapha [1], M. Serghini [1], M. Fekih [1], J. Boubaker [1]
(1) Tunis, TUNISIE.

Introduction : La distinction entre une tuberculose intestinale (TI) surtout dans sa localisation iléocecale et une maladie de Crohn (MC) représente parfois un vrai défi diagnostique, surtout dans les pays où la tuberculose représente encore une maladie endémique.

L'objectif de notre étude était de comparer les aspects cliniques, biologiques, radiologiques, endoscopiques et histologiques de ces deux pathologies.

Patients et Méthodes : Une étude rétrospective a été menée sur huit ans, colligeant les patients hospitalisés pour prise en charge d'une TI ou d'une MC iléale. Les données démographiques, cliniques, biologiques, morphologiques et histologiques des patients ont été recueillis.

Résultats : Cinquante-sept patients ont été inclus dans l'étude : 40 patients avec une MC iléale et 17 patients avec une TI. Il n'y avait pas de différence significative entre les deux groupes concernant les données démographiques.
Sur le plan clinique : la durée d'évolution des symptômes était significativement plus longue chez les patients porteurs de MC (p=0,02), et la présence de fièvre et de sueurs nocturnes était significativement plus élevée chez les patients porteurs de TI (P< 0,001). Nous n'avons pas trouvé de différence significative concernant la présence des autres signes cliniques (l'amaigrissement, la diarrhée et les douleurs abdominales notamment les syndromes subocclusifs).
Sur le plan biologique, les patients porteurs de MC avaient un syndrome carentiel significativement plus marqué (p=0,005 et 0,035 respectivement pour la présence d'hypoalbuminémie et d'hypocholestérolémie). Par contre, on n'a pas noté une différence significative concernant la présence de syndrome inflammatoire biologique et de lymphopénie.
On a remarqué également que l'IDR à la tuberculine était négative chez presque un quart des patients porteur de TI et que seulement un tiers de ces patients avait des anomalies radiologiques évocateurs de tuberculose à la radiographie du thorax.
Sur le plan endoscopique : la rétraction du ceacum et les ulcérations transversales sont plus fréquemment retrouvées en cas de TI (p<0,001).
Sur le plan histologique : les granulomes épithéliodes et gigantocellulaires étaient significativement plus fréquents en cas de TI (p<0,001) mais la nécrose caséeuse n'était présente que seulement chez un tiers de ces patients.
A l'imagerie (entéro-TDM ou entéro-IRM) :la présence d'adénopathies intra-abdominales de plus de 1 cm et/ou nécrotiques est plus fréquemment décrite en cas de TI (p=0,001) tandis qu'une atteinte fistulisante était plus fréquente en cas de MC (p= 0,002).
Dans notre série, 31 patients ont eu recours à la chirurgie à vissée diagnostique et thérapeutique

Conclusion : Le diagnostic différentiel entre la TI et la MC iléale reste toujours difficile surtout en cas de localisation iléo-caecale. Malgré la présence de plusieurs arguments pouvant prédire le diagnostic le plus probable, un diagnostic formel est requis pour guider la prise en charge thérapeutique.

P378

Dysfonction sexuelle chez les patients atteints de MICI

O. Ghannei [1], O. M'solli [1], S. Ben Amor [1]
(1) Monastir, TUNISIE.

Introduction : De nombreuses études rapportent des dysfonctions sexuelles chez les patients atteints de MICI. Cela concerne environ 1 femme/2 et 1 homme/6 atteint de MICI.
L'objectif de ce travail était d'évaluer le taux de dysfonction sexuelle observé chez des patients atteints d'une MICI.

Patients et Méthodes : Il s´agit d´une étude prospective incluant 120 patients atteints des MICI et suivis dans notre service de Gastrologie . La fonction sexuelle était évaluée par l'International Index of Erectile Function pour les hommes et le Female Sexual Index Function pour les femmes.

Résultats : Durant la période de l'étude, 120 patients ont été inclus. On a noté une prédominance féminine avec un sex-ratio F/H à 1,5(72 femmes et 48 hommes). 50,8% des patients étaient porteurs d'une maladie de Crohn et 49,1 % d'une RCH (61MC / 59 RCH) avec un âge moyen de 52ans. Les manifestations anopérinéale étaient présentes chez 9% de patients. Une résection intestinale a été réalisée dans 7% des cas avec confection d'une stomie. 70%des patients étaient en rémission clinique lorsque l'enquête était réalisée. Au moment de l´inclusion,Vingt patients soit 16% n´ont pas accepté de parler de ce sujet Une dysfonction érectiles était observée chez 39, 5% des hommes .69,4% des femmes avaient une dysfonction sexuelles . 22,5% des patients étaient suivi en psychiatrie pour trouble d´anxiété généralisé et 8,3% avaient une dépression caractérisée.

Conclusion : 57% de nos patients atteints de MICI présentaient une altération de leur vie sexuelle.
ceci influence de façon négative leur qualité de vie d´où l´intérêt de rechercher attentivement les troubles sexuels chez les patients atteints de MICI

P379

La santé mentale chez les patients atteints des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin

A. Hajlaoui [(1)], M. Sabbah [(1)], N. Bibani [(1)], H. Jlassi [(1)], D. Trad [(1)], D. Gargouri [(1)]
(1) Tunis, TUNISIE.

Introduction : Le stress est une réaction normale face aux défis de la vie. C'est la façon dont le corps réagit aux agressions physiques ou psychiques. Plusieurs études montrent que les patients suivis pour des maladies chroniques notamment les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI) sont susceptible de développer un état de stress chronique.
Les buts de notre travail étaient d'estimer la fréquence du stress dans une série tunisienne de patients porteurs de (MICI) , de déterminer et d'agir sur les facteurs de risque de survenue ces troubles .

Patients et Méthodes : Etude descriptive, transversale menée auprès de patients porteurs de MICI au cours de la période allant de juin 2022 à novembre 2022.
Le recueil de données a été réalisé moyennant une fiche analytique relevant les données socioéconomique et médicales et le questionnaire Perceived Stress Scale (PSS) dans sa version française pour évaluer le degré de stress chez ses patients.

Résultats : Quarante-sept patients ont été colligés, l'âge moyen était de 43 ans [20–71 ans] et le sexe-ratio était de de 0,59. Seize patients étaient tabagiques. Le niveau d'étude était supérieur (n=8), secondaire (n=13), primaire (n=21), analphabète (N=1). Vingt-cinq patients étaient professionnellement actifs. Quarante malades étaient atteints d'une maladie de Crohn et sept malades avaient une rectocolite hémorragique.
La maladie était d'évolution ancienne (supérieure à 10 ans) chez 20 malades, récente (inférieure à 2ans) chez 19 malades. Tous les patients étaient sous traitement de fond à type d'azathioprine chez 34%, anti TNF 19%, combo thérapie chez 19%, 5 ASA chez 8.5% et 17% étaient sous corticothérapie
En étudiant le niveau de stress, 40 % estiment savoir gérer ce stress alors que 25.5% éprouvaient une difficulté importante à le gérer,le reste (34%) éprouvaient une difficulté modérée. Certains facteurs ont été corrélés significativement à ce stress (p<0,05) : Le sexe féminin, l'âge avancé,le niveau d'étude, les conditions socioéconomiques, le tabagisme,type de MICI, et la poussée de leur maladie

Conclusion : Selon les résultats de notre étude, le stress a été rapporté de manière fréquente par les patients atteints de MICI. Etant donné que, la perception du stress peut augmenter les symptômes et provoquer une poussée, il est nécessaire d'agir sur les facteurs de risques du stress dans de la prise en charge de la maladie.

P380

Le statut nutritionnel chez les patients atteints de MICI

A. Hassini [(1)], H. Koulali [(1)], F. Adamou [(1)], D. Douaa [(1)], O. El Mqaddem [(1)], A. Zazour [(1)], Z. Ismaili [(1)], G. Kharrasse [(1)]
(1) Oujda, MAROC.

Introduction : Les patients atteints de maladies inflammatoires chroniques de l´intestin (MICI) font face à plusieurs défis nutritionnels pouvant altérer leur qualité de vie et retentir sur leur pronostic. L´objectif de cette étude est d'évaluer l'état nutritionnel de ces patients et d'analyser les facteurs de risque associés.

Patients et Méthodes : Il s´agit d´une étude transversale á visée descriptive et analytique incluant 144 patients suivis pour MICI, les données épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques ainsi que les mesures anthropométriques et biologiques ont été recueillies. Les patients ont été stratifiés en 3 groupes selon la définition de l´OMS :
–G1 : Patients dénutris IMC ≤18.5 Kg/m^2.
–G2 : Patients en surpoids IMC entre 25Kg et 29.9 Kg/m^2 ;
-G3 : Patients obèses IMC ≥30 Kg/m^2.

Résultats : 144 patients ont été inclus, nous avions 78 femmes et 66 hommes. L´âge moyen était de 39 ans. 9% des patients étaient tabagiques et 5,6% éthyliques. La médiane de la durée d'évolution de la MICI était de 6 ans. 58,7% des patients sont suivis pour une maladie de Crohn(MC)et 42 % pour RCH. 27% des malades porteurs de MICI étaient sous azathioprine,et 10,4% sous corticoide,27 % étaient sous anti TNF. La localisation de la MC était iléo-colique dans 21,5 des cas, iléal dans 20,8% et colique dans 12,3% des cas. Le phénotype de la MC était inflammatoire, sténosant et fistulisant dans respectivement 20%, 33,8 et 14,6% des cas, par ailleurs, les manifestations anopérinéales étaient retrouvées chez 20 patients (15,4%).21, 6% des patients suivis pour MC avaient un antécédent de résection intestinale. Concernant la rectocolite hémorragique(RCH):elle était distale, colique gauche et pancolique dans respectivement 5,4%,71% et 23,6% des cas. Parmi ces patients, 50 % avaient un statut nutritionnel altéré:20,1 % des patients étaient dénutris, 16,7 % étaient en surpoids, et 13,2 % des patients étaient obèses. la dénutrition était plus fréquente chez les hommes (sexe ratio H/F :1,6) P=0,018, l'obésité et le surpoids étaient plus observés chez les femmes p = 0,01 . La dénutrition est plus fréquente en cas de MC, elle est associée significativement avec l´activité de la maladie p <0,001,la dépression p=0,04 et la localisation iléale p=0,038.l'obésité est significativement associée au sexe féminin p=0,01,tandis que une association significative a été mise en évidence avec la localisation iléo-colique p=0,02 et colique p=0,04 de la MC et le surpoids.

Conclusion : Notre étude a montré que la malnutrition (dénutrition, surpoids et obésité) est fréquente au cours des MICI ; elle est secondaire à plusieurs facteurs d´où la nécessité d´une prise en charge nutritionnelle de ces patients
.

P381

Densité minérale osseuse et maladie de Crohn : l'impact des facteurs nutritionnels

R. Hamouga [1], A. Dhib [1], S. Ayadi [1], A. Mensi [1], E. Bel Hadj Mabrouk [1], Y. Said [1], L. Mouelhi [1], Y. Zaimi [1], R. Debbeche [1]
(1) Tunis, TUNISIE.

Introduction : La perte osseuse est une complication extra-intestinale fréquente de la Maladie de Crohn (MC). Cette altération osseuse est multifactorielle. Le but de notre travail était de déterminer la prévalence de la perte osseuse au cours de la MC, et rechercher les facteurs de risque nutritionnels associés.

Patients et Méthodes : Nous avons mené une étude rétrospective, descriptive et analytique s'étalant sur une période de un mois au service de Gastro Entérologie de l'hôpital Charles Nicole . Les données ont été recueillies à l'aide d'un interrogatoire et à partir des dossiers médicaux.

L'évaluation de l'état nutritionnel a été réalisée par une enquête alimentaire ainsi que par des mesures anthropométriques et des paramètres biologiques.

Résultats : Vingt sept patients ont été inclus, avec n sexe-ratio H/F de 0.8 et un âge moyen de 42,48 ans.
Trente-trois pour cent des patients étaient tabagiques dont 7.4% consommaient de l'alcool. La maladie était principalement de localisation iléo-colique dans 55.6% des cas et de phénotype sténosant dans 40.7% des cas. Soixante huit pour cent des patients ont été opérés. Nos patients avaient des antécédents de prise des corticoïdes dans 66.6% des cas.
Parmi nos malades, 16 patients soit 59% présentaient une densité minérale basse.
L'ostéoporose et l'ostéopénie était retrouvée dans 22% et 37% des cas respectivement.
Les résultats de l'enquête alimentaire avaient mis en évidence des insuffisances d'apports énergétiques, en macronutriments, en fibres et en micronutriments.
Nous avons mis en évidence une association significative entre la perte osseuse et la consommation d'alcool (p=0.038), l'apport spontané insuffisant en fer (p=0.045), en calcium (p=0.048) et en zinc (p=0.048).

Conclusion : Les aspects nutritionnels jouent un rôle prépondérant dans le développement des anomalies de la densité osseuse. Par conséquent, une enquête alimentaire approfondie et une évaluation précise de l'état nutritionnel revêtent une importance capitale dans la prévention des carences nutritionnelles, qui sont des facteurs de risque contribuant à la diminution de la densité minérale osseuse.

P382

Anomalies endoscopiques et histologiques duodénales retrouvées au cours des gastroscopies systématiques dans les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin : expérience d'un service de gastroentérologie dans un centre hospitalier universitaire

F. Adamou [1], H. Koulali [1], A. Hassini [1], S. Rami [1], O. El Mqaddem [1], A. Zazour [1], Z. Ismaili [1], G. Kharrasse [1]
(1) Oujda, MAROC.

Introduction : la localisation duodénale dans les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI) est rare avec une incidence faible allant de l'ordre de 2 à 4% et se voit exclusivement dans la maladie de crohn (MC) . Le but de ce travail est de montrer l'apport de la gastroscopie avec étude anatomopathologique dans la découverte des anomalies duodénales chez les patients MICI .

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective, des patients suivi pour MICI dans un service d'Hépato-Gastroentérologie menée sur une période de 4 ans et demi (janvier 2019 à Juillet 2023). Tous les malades ayant bénéficié d'une gastroscopie durant cette période ont été inclus .

Résultats : 150 patients étaient inclus. L'âge médian était de 39 ans [18ans-70ans] repartis en 70 Hommes et 80 Femmes soit un sex ratio (H/F <1)=0,8 . 111 patients (74% des cas) avaient une MC et 39 patients une rectocolite ulcéro hémorragique (RCH). 40 patients ayant une MC ont bénéficié d'une résection iléo caecale soit 36% des cas, les antécédents familiaux de MICI étaient retrouvés chez 13 patients (8,6% des cas). Le tabagisme était présent chez 25 malades (16,66%) avec un taux d'alcoolisme chez 18 malades de 12% . la prise d'AINS était retrouvée chez 17 patients soit 11,3% des cas avec une prise d'IPP retrouvée chez 5 patients soit 3,3% des cas .A noter que 12 de nos patients étaient sous antidépresseurs (8%).
La gastroscopie était réalisée de façon systématique chez 140 patients (93,3%) et était normale chez 112 patients (74,6%) . Elle avait révélée :Une œsophagite chez 10 patients (6,6% des cas) ,une gastrite érythémateuse et érosive chez 14 paitents (9,33%) , un cas (0,6 %) d'antrite nodulaire a été identifié, une hernie hiatale de 3 cm chez 4 malades (2,6%) avec un cardia béant chez 1 malade, une atrophie fundique était retrouvée chez 2 malades (1,2%) compatible avec la maladie de Biermer .
11 anomalies endoscopiques au niveau duodénal ont été retrouvées chez nos patients notamment : 7 patients avaient des ulcérations aphtoides duodénales, (6 crohn et 1 RCH soit 4,6% des cas), 2 patients avaient une sténose duodénale soit 4,6% des cas , des Lymphagectasies duodénales et un polype duodénale étaient retrouvés chez un cas chacun (0,6% des cas)
Tous nos 150 patients ont bénéficié d'une biopsie duodénale systématique .les résultats de l'étude anatomopathologique étaient : la présence d'une duodénite non spécifique chez 77 patients soit 51,3% des cas. Parmi les 11 malades présentant les anomalies duodénales à la FOGD ; 3 biopsies duodénales ont confirmé la localisation haute de la maladie de crohn soit 2% des cas .

Conclusion : Dans notre série la localisation duodénale de la MC était de l'ordre 2 % des cas concordant avec les données de la litérature .

P383

Manifestations extra-intestinales au cours des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin : résultat d'une étude monocentrique de 210 cas

L. El Rharbaoui [(1)], S. Salhani [(1)], N. Al Maimouni [(1)], Y. Ait Ahmed [(1)], H. Ouaya [(1)], H. Meyiz [(1)], I. Mellouki [(1)]
(1) Tanger, MAROC.

Introduction : Les maladies inflammatoires chronique de l'intestin (MICI) sont des maladies à étiopathogénie plurifactorielle. Leur diagnostic repose sur un faisceau d'arguments dont les manifestations extradigestives (MED) en font parties. Ces MED restent relativement fréquentes, leur prévalence varie selon les séries.
L'objectif de notre travail est d'étudier la fréquence des manifestations extraintestinales au cours des MICI et les décrire.

Patients et Méthodes : Sur une période de 4 ans étalée de 2019 au 2022. Nous avons inclus tous les patients suivis pour MICI dans notre structure et tout dossier inexploitable ou patient perdu de vue a été exclu. A propos de 210 cas, nous avons réalisé une analyse descriptive rétrospective menée au service de gastrologie d'un centre hospitalier universitaire. les données ont été tirées des dossiers du service via une fiche d'exploitation puis analysées par le logiciel SPSS version 26. Une comparaison a été faite entre la maladie de crohn (MC) et recto-colite hémorragique (RCH) et le degré de significativité a été fixé à p=0,05.

Résultats : Sur l'échantillon de 210 patients étudié, on a noté 133 suivis pour une MC et 77 suivis pour une RCH. 49% avaient des manifestations extraintestinales associées (soit 103 malades) dont 74 cas (72%) de MC et 29 cas (28%) de RCH.
L'âge médian de nos malades était de 34 ans [26;45], avec un sexe ratio proche de 1. Un antécédent de tabac chez 16% et 7% avec une histoire familiale de MICI. L'atteinte extraintestinale était unique chez 26% et multiple chez 23% des malades.
L'atteinte articulaire périphérique était notée chez 24,4% (33 de MC et 18 de RCH), l'atteinte axiale faite de spondylarthrite ankylosante était présente chez 15 malades suivis pour MC et 2 malades suivis pour RCH, une sacro-iliite isolée a été notée chez 4,8% (2 cas dans RCH et 8 cas dans MC) et une atteinte à la fois axiale et périphérique dans 2 cas de MC. Nous avons noté aussi une association avec l'activité de la maladie et la localisation de l'atteinte articulaire : parmi les malades avec atteinte articulaire périphérique, 85% étaient en poussée, tandis que seulement 42% des malades avec atteinte axiale était en en poussée (p= 0.001).
Sur le total des patients, 75 ont pu réaliser une ostéodensitométrie pour le retentissement osseux, on note la présence d'une ostéopénie chez 21 cas et une ostéoporose chez 14 malades.
Les manifestations cutanéomuqueuses étaient notées dans 7,7% (16 malades). Nous avons noté 4 cas d'érythème noueux, 3 cas de pyoderma gangrenosum, 3 cas d'aphtose buccale, 3 cas de psoriasis, un cas de lichen pigmentogène, une pachyonychie et un lupus.
L'atteinte oculaire était présente dans 2,9% (6 malades). Il s'agissait d'une uvéite antérieure dans 5 cas et un cas de sécheresse oculaire. L'atteinte hépatobiliaire était retrouvée chez 6 malades. Une stéatose hépatique dans 5 cas de MC et une cholangite sclérosante primitive dans un cas de MC. En ce qui concerne les manifestations vasculaires, on a rapporté 6,2% des malades (5 cas de TVP, 3 cas d'EP, une thrombose de la veine rénale gauche, la veine mésentérique supérieure, un cas de thrombophlébite cérébrale et 2 cas de thrombose artérielle). D'autres manifestations rapportées : 3 cas de pancréatite aiguë, 2 cas de néphrolithiase et 2 cas d'amylose rénale.
En ce qui concerne la comparaison entre la MC et RCH, on note la fréquence des MED dans la MC que la RCH (55,6% vs 36,8%, p = 0,031). L'atteinte articulaire était plus fréquente dans la MC que RCH sans pour autant être significatif (43,6% vs 28,9%, p value = 0,076). Le retentissement osseux était plus fréquent dans la MC que RCH (p value = 0,033). Néanmoins, on note pas de différence significative dans le reste des manifestations rapportées.

Conclusion : Les manifestations extraintestinales au cours des MICI sont fréquentes, multiples et variées. Dans notre contexte, l'atteinte rhumatologique était dominante plus marquée dans la MC.Certaines de ces manifestations peuvent être plus préoccupantes que la maladie intestinale sous-jacente et aggravent le pronostic vital.

P384

Prévalence et facteurs de risque de l'ostéoporose et de l'ostéopénie chez les patients atteints de maladies inflammatoires chroniques de l'intestin

S. Merhaben [1], N. Trad [1], S. Ayadi [1], S. Mestiri [1], E. Bel Hadj Mabrouk [1], A. Mensi [1], Y. Zaimi [1], L. Mouelhi [1], Y. Said [1], R. Debbeche [1]
(1) Tunis, TUNISIE.

Introduction : L'ostéoporose et l'ostéopénie sont deux maladies osseuses courantes caractérisées par une densité osseuse réduite et un risque accru de fractures. Il a été démontré que les patients atteints de maladies inflammatoires chroniques de l'intestin(MICI) présentent un risque accru de développer une ostéoporose et une ostéopénie en raison de multiples facteurs.
L'objectif de notre étude était d'évaluer la prévalence et les facteurs de risque de l'ostéopénie et de l'ostéoporose chez les patients atteints de MICI.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive incluant des patients atteints de MICI suivis dans notre service entre janvier 2019 et décembre 2021 et ayant bénéficié d'une ostéodensitométrie. L'ostéopénie a été définie par un T-score entre -1,0 et -2,5, tandis que l'ostéoporose a été définie par un T-score < -2,5.

Résultats : Au total, 102 patients ont été inclus. L'âge moyen était de 42 ans ± 14,3, et le sexe-ratio H/F était de 0,75. Quarante et un patients (40,2 %) étaient tabagiques, 14 (13,7 %) étaient consommateurs d'alcool, et 41 (40,1 %) pratiquaient régulièrement une activité physique. Parmi les 58 femmes, 25 (43,1 %) étaient ménopausées. Onze patients (10,7 %) avaient une recto-colite hémorragique (RCH) et 91 (89,2 %) avaient une maladie de Crohn. Chez les patients atteints de RCH, cinq avaient une atteinte distale et six avaient une colite étendue. Chez les patients atteints de la maladie de Crohn, 57 (55,9 %) avaient une localisation colique, 77 (75,5 %) avaient une localisation iléale, dix (9,8 %) avaient une localisation digestive haute, et 23 (22,5 %) avaient des lésions ano-périnéales. Une résection intestinale a été réalisée chez 35 patients (34,3 %). Quatre-vingt et onze patients (88,2 %) ont été traités par des corticostéroïdes, et 31 patients (33,6 %) parmi eux avaient eu trois cures de corticostéroïdes ou plus. L'IMC moyen était de 22,2 kg/m² [13-40 kg/m²]. L'ostéodensitométrie a révélé une densité minérale osseuse réduite chez 66 patients (64,7 %).L'ostéopénie a été observée chez 37 patients (36,3 %), tandis que 29 patients (27,5 %) présentaient une ostéoporose. Le T-score moyen chez les patients atteints de recto-colite ulcéreuse était de -0,92, tandis que le score T moyen chez les patients atteints de la maladie de Crohn était de -1,27.
Pendant la période de suivi, trois patients ont présenté une fracture osseuse (deux avaient une ostéoporose et un avait une ostéopénie). L'étude a identifié plusieurs facteurs de risque de faible densité minérale osseuse, notamment le sexe féminin (p = 0,003), le tabagisme (p = 0,032), les patients traités par combothérapie (thiopurine et anti-TNF) (p = 0,015) et ceux ayant eu trois cures de corticoïdes ou plus (p = 0,001). De plus, une durée plus longue de l'évolution de la maladie était associée à un risque accru de faible densité minérale osseuse (p < 0,0001), avec une aire sous la courbe ROC de 0,61 [IC à 95 % : 0,50-0,75, p = 0,04].

Conclusion : Dans notre étude, les MICI étaient fortement associées à un risque accru d'ostéopénie et d'ostéoporose. Le tabagisme, le traitement par corticostéroïdes et la durée de l'évolution de la maladie représentaient les principaux facteurs de risque.

P385

Impact des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI) sur la qualité de vie

S. Hamza [1], S. Ayadi [1], A. Mensi [1], E. Bel Hadj Mabrouk [1], Y. Zaimi [1], L. Mouelhi [1]
(1) Tunis, TUNISIE.

Introduction : L'évaluation de la qualité de vie est devenue un pilier crucial dans la prise en charge des patients suivis pour une maladie inflammatoire chronique de l'intestin (MICI). En effet, les MICI touchent souvent des sujets relativement jeunes et peuvent être passablement incapacitantes.
Ainsi, l'objectif de notre travail était d'évaluer la QdV des patients suivis pour MICI en se basant sur un questionnaire simple et validé.

Patients et Méthodes : Nous avons mené une étude transversale de recueil prospectif colligeant tous les patients hospitalisés ou suivis à la consultation externe ayant une MICI, sur une période de six mois. Afin d'évaluer la QdV, nous avons utilisé le S-IBDQ qui est la version courte de l'IBDQ (short inflammatory bowel disease questionnaire). C'est un score validé qui comprend 10 questions comprenant différents items : le retentissement social, émotionnel de la maladie, les signes généraux et digestifs. Chaque item est noté de 1 (1= problème sévère) à 7 (absence de problème) et les scores totaux varient de 10 à 70. Plus le score est élevé, meilleure est la qualité de vie. Pour chaque patient le score HADS a été calculé, permettant de dépister une dépression.
Nous avons posé cette question à chaque patient afin d'évaluer la façon dont il perçoit l'influence de sa maladie sur sa QdV sexuelle : Pensez-vous que votre maladie influence de façon négative votre vie sexuelle ?

Tous les patients ont donné leur consentement éclairé oral avant de répondre aux questionnaires.

Résultats : Le taux de réponse était de 100% avec une bonne acceptabilité par tous les malades. Au total, 65 patients ont été inclus, d'âge moyen de 47,58±10,18 ans avec un sexe ratio (H/F) de 0,44.
La majeure partie de nos patients avait atteint un niveau d'éducation secondaire. Trente-quatre patients (52,3%) avaient une activité professionnelle au moment de l'inclusion, cinq patients (7,7%) étaient en retraite et 26 patients (40%) étaient au chômage. Le niveau de vie était jugé bon dans 11% des cas, moyen dans 54% des cas et mauvais dans 35% des cas. La majorité des patients (84%) avait une couverture sociale. Quatre patients (6,1%) étaient tabagiques. Vingt-six patients (40%) avaient une activité physique régulière (marche, sport...).
Dans notre série, 47 patients (72,3%) avaient une maladie de Crohn (MC) et 18 patients (27,7%) avaient une rectocolite hémorragique (RCH). Trente-cinq patients (53,8%) étaient en rémission et 30 patients (46,2%) étaient en poussée au moment de l'inclusion.
Le score S-IBDQ moyen était de 48,2±12,4 avec des extrêmes allant de 23 à 65. Un retentissement important de la maladie sur la QdV, attesté par un S-IBDQ <50, était constaté chez 18 patients (27,7%). Dix patients (15,4%) jugeaient que leur cercle social était réduit à cause de leur maladie. Quatorze patients (21,5%) avaient un profile dépressif. Les signes généraux étaient dominés par la fatigue qui était présente et handicapante chez 12 patients (soit 18,8%).
Vingt-deux patients (33,8%), dont 15 femmes (33,3%) et sept hommes (35%), percevaient que leur MICI avait un impact négatif sur leur sexualité.
Selon le HADS, une dépression douteuse ou certaine était présente chez 16 patients (24,6%).
Une altération de la QdV jugée par le S-IBDQ était significativement associé à un âge jeune au moment du diagnostic de la MICI (p=0,038), le chômage (p=0,042), et l'absence d'une activité physique (p=0,03). La présence d'une dépression douteuse ou patente jugée par le HADS ainsi que la perception d'une sexualité altérée par la MICI étaient significativement associé à un retentissement important des MICI sur la QdV jugé par le S-IBDQ (p=0,002 et p=0,004 respectivement).
L'activité et la sévérité de la maladie, les manifestations ano-périnéales, le nombre d'hospitalisations et de chirurgies n'ont

pas été retrouvé comme facteurs associés à une altération de la QdV (p=0,8 ; p=0,94 et p=0,72 respectivement) dans notre étude.

Conclusion : L'amélioration de la QdV des patients atteints d'une MICI est désormais un objectif thérapeutique majeur et non négligeable dans la prise en charge de la maladie. Obtenir une rémission de la maladie ne semble pas suffisant pour améliorer la QdV des patients. D'autres facteurs, en particulier la santé mentale et sexuelle, interviennent dans le bien-être général des patients ayant une MICI.

P386

Evaluation du rapport neutrophiles/ lymphocytes pour prédire l'activité de la rectocolite hémorragique

A. Derbel [(1)], G. Gharbi [(2)], M. Mahmoudi [(1)], A. Ben Mohamed [(2)], M. Yakoubi [(2)], A. Khsiba [(1)], M. Medhioub [(1)], L. Hamzaoui [(1)], M.M. Azouz [(1)]

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

Introduction : Les biomarqueurs de l'inflammation sont couramment utilisés pour évaluer l'activité de la rectocolite hémorragique (RCH). Cependant, ces paramètres manquent souvent de précision. D'où la nécessité de la détermination d'autres outils pour évaluer l'activité de la maladie.
Le rapport neutrophiles/lymphocytes (RNL) représente un biomarqueur simple non invasif et accessible retenu par certaines études dans l'évaluation l'activité de la RCH.
Le but de ce travail était d'évaluer l'utilité du rapport neutrophiles/lymphocytes (RNL) comme méthode non invasive dans la prédilection de l'activité de la RCH

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective colligeant tous les patients suivis pour une RCH durant une année (entre janvier 2022 et décembre 2022) pris en charge dans notre service de gastro-entérologie.
Nous avons relevé les données cliniques et biologiques à partir des dossiers des patients.
Nous nous sommes basés sur les données de la colonoscopie pour juger l'activité de la maladie (score UCEIS). Une maladie était jugée inactive si le score UCEIS =< 1. Les patients ont été répartis en deux groupes, le premier groupe incluait les patients ayant une maladie inactive (G1) et le deuxième ceux ayant une maladie active (G2).

Résultats : Soixante-cinq patients atteints de RCH ont été inclus, d'âge moyen de 48,7±15,03 ans et sexe ratio H/F de 1,4 . La RCH était inactive (G1) chez 5 patients (7,7%) et active (G2) chez 60 patients (92,3 %).
Les valeurs moyennes du RNL étaient de 1,2±0,53 dans le G1 et de 4,5±8,5 dans le G2.
Le RNL était significativement plus élevé dans le G2 par rapport au G1 (p =0,004).
L'Analyse de corrélation de Spearman a montré une corrélation positive significative entre le RNL et le taux des globules blancs (GB) (r = 0,654 ; p<0,0001), ainsi que le taux de la protéine C-réactive (CRP) (r=0,405 ; p=0,001) chez tous les patients atteints de RCH.
Chez les patients ayant une RCH active, le RNL était corrélé avec le taux des GB (r=0,592 ; p<0,001) et la CRP (r=0,435 ; p=0,001).
Cependant, nous n'avons trouvé aucune corrélation entre le RNL, la CRP et le nombre des leucocytes chez les patients ayant une RCH inactive.
Un modèle de régression linéaire a montré que le RNL est un prédicteur indépendant de l'activité de la maladie (OR : 2,4, IC 95 % : 1,07–5,2 ; p = 0,022). L'analyse de la courbe ROC a suggéré que la valeur seuil du RNL permettant de prédire une RCH active était de 1,45, avec une sensibilité et une spécificité de 85 % et 60 % respectivement (Air sous la courbe = 0,907).

Conclusion : Notre étude a montré qu'un rapport neutrophiles/lymphocytes élevé était associé à une maladie active dans la RCH avec un cut-off déterminé à 1,45. Ainsi, le RNL peut être considéré comme un biomarqueur utile, fiable et accessible pour évaluer l'activité dans la RCH.

P387

Maladies inflammatoires chroniques de l'intestin et le développement d´une atteinte rénale : étude prospective

M. Cherkaoui [1], S. Mechhor [1], H. El Bacha [1], N. Benzzoubeir [1], I. Errabih [1]

(1) Rabat, MAROC.

Introduction : L'atteinte rénale au cours des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI) est une manifestation extra-digestive rare. Elle peut aller de la simple lithiase rénale aux glomérulonéphropathies. L'objectif de notre étude est d'apprécier l'atteinte rénale au cours des MICI et d´établir les facteurs associés au développement de cette atteinte chez le patient atteint de MICI.

Matériels et Méthodes : Il s'agit d'une étude prospective descriptive et analytique menée au sein du service d´ hépato-gastro-entérologie et proctologie Médecine B du CHU Ibn Sina de Rabat entre 2021 et 2023 colligeant 424 patients atteints de MICI. La fonction rénale (créatinine sanguine et clairance de la créatinine selon la formule MDRD), la protéinurie de 24h sont demandées systématiquement. Ont été inclus tous les patients RCH et Crohn des deux sexes, et ont été exclu les patients ayant une insuffisance rénale d´une autre étiologie. L´étude des variables a été réalisées grâce au logiciel SPSS 20.0.

Résultats : Parmi 424 patients suivis pour MICI, 267 (62,97%) avaient une MC, 151 (35,61%) avaient une RCH et 6 (1,41%) avaient une colite indéterminée.
L'atteinte rénale a été objectivée chez 21 malades soit 4% des cas. Il s´agit de 9 femmes et 12 hommes avec sexe ratio (H/F)=1.33. L'âge moyen de ces malades était de 32.7±10.4. La rectocolite hémorragique était la plus fréquente, présente dans 15 cas (65.2%). La maladie de Crohn était plus fréquente présente chez 15malades (71%). De localisation iléale dans 5 cas, et colique dans 6 cas et iléocæcale dans 4cas. Il s´agissait de RCH chez 6 patients (28%). La créatininémie moyenne était de 10,4, et la protéinurie était positive chez 6 malades (28%). Le diagnostic retenu de l´atteinte rénale était comme suit, amylose rénale chez 3 patients (14%), lithiase rénale chez 9 (42%) patients et une toxicité rénale aux salicylés chez 2 patients (9%), et 7 patients (33%) avaient une protéinurie positive sans signification.

Conclusion : Notre étude a montré que l'atteinte rénale au cours des MICI est rare mais probablement sous-estimée du fait du caractère silencieux de certaines atteintes, elle est plus fréquente au cours de la maladie de Crohn que dans la RCH.

P388

Les manifestations uro-néphrologiques au cours des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin

R. Khemiri [1], S. Mestiri [1], H. Hassine [1], H. Dabbabi [1], D. Cherif [1], Y. Haythem [1], H. Kchir [1], N. Maamouri [1]

(1) Tunis, TUNISIE.

Introduction : Les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI) sont considérées commedes maladies de système pouvant affecter tous les organes. Leurs manifestations extra-intestinales (MEI) sont fréquentes représentées principalement par les manifestationsrhumatologiques, ophtalmologiques et dermatologiques. d'autres MEI telles que lesmanifestations uro-néphrologiques (MUN) sont moins bien décrites (4-23% selon lesétudes). Ces dernières revêtent plusieurs aspects allant de la simple anomalie dusédiment urinaire à la néphropathie et l'insuffisance rénale chronique .L'objectif de notre travail était d'étudier la prévalence de l'atteinte rénale chez lespatients suivis pour une MICI et d'analyser ses caractéristiques cliniques, biologiques,radiologiques et histologiques.

Matériels et Méthodes : Il s'agissait d'un travail observationnel rétrospectif. Les critères d'inclusions étaient : lespatients suivis pour une MICI durant une période de 8 ans [septembre 2015-septembre2023] .Les patients ayant toute autre pathologie pouvant être à l'origine d'une MUN ont eté exclus.

Résultats : Nous avons colligé 126 patients, d'âge moyen 37,3 ans [14-75] et de sexe ratio (H/F) 1,5 . 73,8% de nos patients avaient une maladie de Crohn (MC) et 26,2 % avaient une rectocolitehémorragique (RCH) . L'atteinte uro-néphrologique a été objectivée chez 19 malades soit15,07% des cas. Il s'agit de 9 femmes et 10 hommes . La MC était la plus fréquente, présentedans 18 cas (94,7%) . Cette dernière était iléo-colique dans 14 cas, colique dans 2 cas, iléocæcaledans 1 cas et ano-périnéale dans 1 cas. La RCH était présente chez 1 seul malade (5,3%) dontl'atteinte était pancolique. Le traitement d'entretien était à base de combothérapie (azathioprine et anti-TNF alpha) chez 13 malades (68,42%), d'azathioprine chez 4 malades(21,05%), de salicylés chez 2 malades (10,52%). L'examen cytobactériologique des urines avaitobjectivé une infection urinaire dans 8 cas (42,10%) . Une protéinurie positive était retrouvéechez 5 malades (26,3%). La clairance de la créatinine a permis d'objectiver une insuffisancerénale chronique chez 2 patients dont une a nécessité le cours à l'hemodialyse chronique et uneinsuffisance rénale aigue chez une patiente. Une biopsie des glandes salivaires accessoires ainsique une ponction biopsie rénale ont été réalisée dans 2 malades .Au terme de ce bilan, nous avons retenu le diagnostic d'une amylose rénale secondaire de typeAA dans 2 cas, une glomérulonéphrite extra-membraneuse dans un cas et uneglomérulonéphrite d'origine indéterminée chez 2 patients . Une néphropathie interstitiellechronique a été diagnostiquée chez 3 patients. Une pathologie lithiasique a été trouvée chez 9patients. Des complications mécaniques à type de fistule urinaire ont été rapporté dans 2 casnécessitant une prise en charge chirurgicale .

Conclusion : Les atteintes uro-nephrologiques au cours des maladies inflammatoires chroniques de l'intestinsont probablement sous-estimées du fait de son caractère silencieux et asymptomatique et nesemblent pas affecter la prise en charge de la maladie, mais elles peuvent altérer la fonctionrénale et entraîner de graves complications. Pour cette raison, leur recherche devrait êtresystématique afin de proposer une prise en charge adéquate.

P389

Evaluation de la qualité de vie des patients atteints de MICI à l'aide du questionnaire IBDQ-32

O. Ghannei [(1)], O. M'solli [(1)], S. Ben Amor [(1)], M. Trimech [(1)]

(1) Monastir, TUNISIE.

Introduction : l´évaluation de la qualité de vie est un pilier crucial dans la prise en charge des patients atteints de Maladies inflammatoires chroniques de l´intestin (MICI) . L'objectif de notre étude était d'évaluer la qualité de vie chez les patients atteints de MICI en utilisant le questionnaire IBDQ-32 et d'identifier les facteurs associés à une qualité de vie altérée.

Patients et Méthodes : Nous avons mené une étude prospective auprès des patients atteints de MICI et suivis à notre service de Gastrologie. Nous avons utilisé la version française du questionnaire IBDQ-32 qui a été validé chez l'adulte atteint de MICI. Le questionnaire est composé de 32 questions réparties en 4 différents sous domaines : symptômes physiques en lien avec la MICI (10 questions), symptômes physiques généraux (5 questions), fonctionnement émotionnel (12 questions) et fonctionnement social (5 questions). Chaque question à une réponse avec une échelle gradée de 1 à 7, 1 étant le score le moins bon, 7 le meilleur score. L'addition des différents scores permet d'obtenir le score total, allant de 32 (moins bon score) à 224 (meilleur score).

Résultats : 120 patients étaient inclus. La population d´étude était à prédominance féminine avec un sex-ratio F/H à 1,5(72 femmes et 48 hommes). 50,8% des patients étaient porteurs d'une maladie de Crohn et 49,1 % d'une RCH (61MC / 59 RCH) avec un âge moyen de 52ans. La durée moyenne d'évolution de la maladie était de 8,61ans [0,7-6,5]. Les manifestations anopérinéale étaient présentes chez 9% de patients. Une résection intestinale a été réalisée dans 7% des cas avec confection d'une stomie. 70%des patients étaient en rémission clinique lorsque l'enquête était réalisée. Pour le traitement en cours, 72 patients soit 60% étaient sous traitement immunosuppresseur et 35 % utilisaient les Aminosalicylés . Le score IBDQ-32 moyen est de 203.16 (écart-type de 30.21). Les 4 sous-domaines de qualité de vie explorés par l'IBDQ-32 sont tous homogène ment impactés lorsque le score baisse. Les patients atteints de MC ont un score plus bas que celui des patients atteints de RCH (123.2 *versus* 187.27; p=0.019). Les patients sous immunosuppresseurs ont un score IBDQ-32 plus bas que les patients naïfs de ces traitements (112.02 *versus* 199.31 ; p=0.003). Une MICI en pousse sévère est liée de façon statistiquement significative à un niveau bas de score IBDQ-32 .

Conclusion : Il ressort de notre étude que l'activité de la maladie et le traitement immunosuppresseur influencent de manière significative la QDV des patients atteints de MICI. Identifier des facteurs associés à la QDV ne permettra pas seulement d'augmenter nos connaissances sur ce domaine mais également de pouvoir adapter les modalités de traitement pour améliorer leur vie quotidienne.

P390

Y a-t-il une particularité de la localisation dans la maladie de Crohn ?

R. Belhocine [(1)], N. Lagdali [(1)], M. Borahma [(1)], M. Kadiri [(1)], F.Z. Chabib [(1)], I. Benelbarhdadi [(1)], F.Z. Ajana [(1)]

(1) Rabat, MAROC.

Introduction : La maladie de Crohn peut toucher tout le tube digestif mais ce sont l'iléon, le côlon et l'anus qui sont les plus atteints. Elle évolue par des épisodes de poussées et de rémissions et peut être associée à des complications.
Le but de cette étude est de savoir la particularité de la localisation de la maladie de crohn dans la prise en charge thérapeutique et la survenue de complications.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective portée sur 1165 cas de malades de crohn menée sur une durée de 11 ans au sein d'un service d'Hépato-Gastroentérologie. Ils ont été inclus tous les malades atteints de la maladie de crohn diagnostiquée sur des critères cliniques, endoscopiques, radiologiques et histologiques sur une période entre février 2012 et septembre 2023.

Résultats : On a inclus 1165 patients atteints de la maladie de Crohn. L'âge moyen était de 45±14 (de 18 à 82 ans). Le sex ratio M/F était de 0.9. Un antécédent d'appendicectomie a été noté chez 11.1% (n=130) des patients, et le tabagisme chez 24.9% (n=291) des cas. La localisation de la maladie de crohn était iléale L1 chez 9.7% (n=113) des patients, colique L2 chez 30.1% (n=351), iléo-colique L3 chez 56% (n=652) et digestive haute L4 chez 4.2% (n=49) des malades. Le phénotype était luminal dans 57.8% (n=673), sténosant dans 23.6% (n=275) et fistulisant dans 18.6%(n=217) des cas. Des MAP étaient décrites chez 29.3% (n=342) des patients avec une prédominance des fistules anales de 21.4%, suivie de fissures anales de 6.4% et d'abcès anaux de 1.5%.
La corticothérapie était un traitement de poussée chez 52.8% des cas en L1, 61.3% en L2, 70% en L3 et 55.3% en L4.
Un traitement de fond était instauré chez 65.4% des cas en L1 (n=74) (30.3% d'azathioprine, 12.4% d'infliximab et 7.9% d'adalimumab), 68.9% en L2 (n=242) (25.2% d'azathioprine, 12.8% d'infliximab et 6.6% d'adalimumab), 71% en L3 (n=463) (37.8% d'azathioprine, 5.5% d'infliximab et 10.4% d'adalimumab) et 65.3% en L4 (n=32) (36.8% d'azathioprine, 26.3% d'infliximab et 15.8% d'adalimumab).
Le recours à la chirurgie était noté chez 31.5% des patients en L1, 11.7% en L2, 37.3% en L3 et 13.2% en L4.
Des complications étaient décrites chez 7.9% des cas en L1, 7.3% en L2, 12.6% en L3 et 10.6% en L4. En effet, les occlusions prédominaient dans L1 avec 5.6%, en L2 de 0.4%, en L3 de 4.5% et en L4 de 4.%. Les perforations étaient notées surtout dans L4 chez 2.2% des cas, dans L3 de 2.2% et dans L2 de 1.1%. Les colites aigues graves et les dégénérescences malignes étaient surtout décrites dans l'atteinte colique respectivement chez 3.3% et 0.8% des cas. Les abcès abdominaux étaient de 2.2% en L1, 1.1% en L2, 12.6% en L3 et 5.3% en L4.

Conclusion : La localisation iléo-colique est la plus prédominante et nécessitant le plus une corticothérapie, un traitement de fond ou bien le recours à la chirurgie.
Les complications sont plus décrites dans la localisation iléo-colique suivie de la localisation haute Cependant, les occlusions intestinales prédominent dans la localisation iléale alors que les colites aigues graves et les dégénérescences malignes s'observent essentiellement dans la localisation colique.

P391

Evaluation du niveau de connaissance des internes aux urgences sur les critères diagnostiques des maladies inflammatoires chroniques intestinales

F.C.F.P. Rahantasoa [(1)], J.B.A. Razafindrahita [(1)], R. Rasampy [(1)], F. Rasoaherinomenjanahary [(1)], L.H. Samison [(1)]

(1) Tananarive, MADAGASCAR.

Introduction : Les maladies inflammatoires chroniques intestinales (MICI) constitue une des pathologies digestives dont la prise en charge est en constante évolution durant les dernières années. Dans notre pratique hospitalière, le premier contact avec les patients symptomatiques qui se présentent aux urgences sont assurés par les internes. L'objectif de ce travail est d'évaluer le niveau de connaissance des internes sur les critères diagnostiques de cette maladie afin d'offrir une meilleure prise en charge.

Patients et Méthodes : Notre enquête était transversale ciblant les internes aux urgences des Centres Hospitaliers Universitaires. Le questionnaire était recueilli de façon anonyme. Les paramètres comprenaient : le niveau de l'interne, les symptômes du MICI, les bilans paracliniques recommandés pour poser le diagnostic, leur niveau de satisfaction concernant leur connaissance sur la prise en charge des MICI.

Résultats : Cinquante-six internes avaient été enquêtés. La douleur abdominale (n=55) et les diarrhées (n=50) étaient les signes cliniques les plus évoqués. La majorité des enquêtés (n=30) ne réalisaient pas systématiquement un examen proctologique. L' anémie et la malabsorption étaient évoqués chez vingt-cinq internes. Selon 89% des enquêtés, l'iléocoloscopie devrait être réalisé systématiquement pour dépister les MICI. Lors de leur stage hospitalier, 71% des internes avaient rencontré au moins un cas de MICI. Tous es internes avaient considéraient comme incomplète leurs formations sur cette maladie.

Conclusion : La connaissance des internes aux urgences sur les MICI reste insuffisante. Des séances de formation continue ciblant cette population médicale améliorera la qualité de nos prises en charge hospitalières.

P392

État des connaissances des patients atteints de MICI : résultats inquiétants

N. Al Maimouni [(1)], S. Salhani [(1)], I. Eljaadi [(1)], H. Ouaya [(2)], H. Meyiz [(1)], I. Mellouki [(1)]

(1) Tanger, MAROC ; (2) Marrakech, MAROC.

Introduction : L'état de connaissance des patients vis -à- vis de leur maladie joue un rôle crucial dans la prise en charge thérapeutique, en facilitant l'acceptation du diagnostic, leur participation active au traitement et une meilleure observance thérapeutique.
Peu d'études ont été menées pour évaluer le niveau de connaissances des patients atteints de maladies inflammatoires chroniques de l´intestin (MICI).
Le but de notre travail est de rapporter l'état de connaissance des patients atteints de MICI.

Matériels et Méthodes : Il s'agit d'une étude épidémiologique transversale menée au sein du service d'hépato-gastroentérologie, sur une période de 5 mois, de juin 2022 à octobre 2022. Cette étude a inclus tous les patients âgés de plus de 16 ans suivis pour une MICI. Nous avons utilisé un questionnaire auto-administré composé de 26 questions réparties en trois volets : le volet des connaissances générales, le volet thérapeutique et le volet des complications liées aux MICI.

Résultats : Durant la période de l'étude, 100 patients ont été inclus. Il s'agissait d'une maladie de Crohn dans 74% des cas (N=74) et d'une RCH dans 26% des cas (N=26). La médiane d'âge était de 31,5 ans [25,44] et un sex-ratio H/F de 0,88. Dix-sept pour cent des patients (N=17) n'étaient pas scolarisés, et seulement 12% de nos patients (N=12) avaient un niveau scolaire universitaire. La durée médiane de suivi de la maladie était de 4 ans [2,9].
Dans notre étude, la médiane des réponses correctes était de 9 [7,12]. Le volet des connaissances générales présentait la médiane des réponses correctes la plus élevée, soit 6 [4,7], notamment en ce qui concerne le nom de la maladie (49 %, N=49) et son origine inflammatoire (32 %, N=32). Pour le volet thérapeutique, la médiane était de 2 [1,3], dont presque la moitié des patients ne connaissait pas les noms de leurs traitements (N= 46). En ce qui concerne les complications, la médiane des réponses correctes était de 1 [0,3], dont seulement 41% des patients (N=41) semblaient craindre la dégénérescence de la maladie.
Notre étude a mis en évidence une corrélation positive significative entre le niveau de connaissance des patients et plusieurs facteurs, notamment l'âge (p=0,001), le niveau d'éducation (p = 0,004), les antécédents familiaux de MICI (p = 0,011), ainsi que l'éducation préalable au traitement (p = 0,014). On a noté que les patients plus jeunes, ayant un niveau d'éducation universitaire, des antécédents familiaux de MICI, et ayant reçu des informations avant de commencer leur traitement, connaissent mieux leur maladie.

Conclusion : Les résultats préliminaires de notre étude révèlent un manque considérable de connaissances chez nos patients, portant sur tous les domaines de la maladie et plus spécifiquement dans le volet de traitement et des complications. Ce manque de connaissances peut être attribué en partie au taux élevé d'analphabétisme dans notre contexte, d´où l'importance d'une sensibilisation accrue des patients à leur maladie, en mettant en place des ateliers éducatifs adaptés à leur niveau de compréhension.

P393

Taux de CRP et présence de signes de gravité endoscopique au cours de la colite aiguë grave : existe-t-il une corrélation ?

M. Lahkim Bennani [(1)], R. El Jim [(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 [(1)]
(1) Fès, MAROC.

Introduction : La colite aiguë grave constitue une forme sévère des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI) pouvant mettre en jeu le pronostic vital du patient, nécessitant une prise en charge rapide. La rectosigmoidoscopie permet d'explorer la muqueuse et la réalisation de biopsies. Cependant, il est important de noter que cette technique, bien que nécessaire, présente un caractère invasif et peut occasionner des défis liés à son accessibilité et ses complications. L'objectif ultime de notre étude consiste à évaluer la corrélation entre la CRP et l'activité endoscopique.

Matériels et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective analytique sur une durée de 6 ans allant de Juillet 2017 à Juillet 2023, incluant 83 patients. Au cours de cette étude, nous avons collecté des données épidémiologiques, cliniques et biologiques, notamment les taux de CRP. La recto sigmoïdoscopie a été utilisée pour évaluer la présence ou l'absence de signes de gravité endoscopique.
Une analyse bivariée a été mise en œuvre pour évaluer la relation entre la CRP et les signes de gravité endoscopique, en recourant à des tests paramétriques comme le test du khi-2 et l'analyse de variance (ANOVA). L'analyse statistique a été réalisée par le logiciel SPSS26.
Les patients ont été répartis en deux groupes : un premier groupe avec une CRP inférieure à 100 et un second groupe avec une CRP supérieure à 100.

Résultats : Notre étude inclut 83 patients, dont 44 hommes (53%) et 39 femmes (47%), avec un sexe ratio H/F de 1,12. L'âge moyen des patients était de 38 ans. Une colite aigue grave inaugurale était objectivée chez 36,1% des patients, tandis que 63,9% avaient déjà été diagnostiqués avec une maladie inflammatoire chronique de l'intestin (MICI). Les MICI sous-jacentes étaient une rectocolite hémorragique (RCH) dans 71,7% des cas et une maladie de Crohn dans 28,3% des cas. Le score de Lichtiger initial moyen était de 11,7. Un abcès abdominal a été objectivé sur le scanner chez 2,4% des patients. La moyenne de la CRP à l'admission était de 84, avec une médiane de 64. Parmi les patients sans signes de gravité endoscopique, la moyenne de la CRP était de 65,73. Pour les patients présentant des signes de gravité endoscopique, la moyenne de la CRP s'élevait à 129,15. L'analyse bivariée a établi une corrélation statistiquement significative entre le taux de CRP et les signes de gravité endoscopique (p=0,001).
Le premier groupe (CRP <100) comprenait 52 patients, tandis que le deuxième groupe (CRP >100) en comptait 31. Dans le premier groupe, 13,5% des patients présentaient des signes de gravité endoscopique, contre 58,1% dans le second groupe. L'analyse bivariée a démontré une différence statistiquement significative dans les pourcentages de patients présentant des signes de gravité endoscopique entre les deux groupes (p<0,001).

Conclusion : Cette étude renforce l'existence d'une corrélation positive entre la gravité endoscopique et le taux de la CRP. Les résultats montrent que la CRP peut être un outil fiable pour prédire la gravité de l'atteinte intestinale, en particulier chez les patients présentant un taux de CRP supérieur à 100.

P394

Prévalence et facteurs prédictifs de l'infection à *Helicobacter pylori* chez les patients atteints de maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI) : expérience d'un service de gastroentérologie dans un centre hospitalier tertiaire

F. Adamou [(1)], H. Koulali [(1)], A. Hassini [(1)], O. El Mqaddem [(1)], A. Zazour [(1)], Z. Ismaili [(1)], G. Kharrasse [(1)]
(1) Oujda, MAROC.

Introduction : Les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI) sont des affections chroniques dont l'étiologie à ce jour n'est pas élucidée. Plusieurs hypothèses ont été avancées, certaines suggérant un lien avec l'Helicobacter pylori(HP), dont la prévalence diminue grâce aux protocoles d'éradication. Cependant, les données disponibles dans la littérature présentent une grande variabilité.
L'objectif de notre travail est de déterminer la prévalence de l'infection à HP dans une population de malades atteint de MICI sur la base des résultats des biopsies gastriques ainsi que les facteurs prédictifs de l'HP chez cette population avec analyse des aspects épidémiologiques, endoscopiques et histologiques de ces patients .

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive étendue sur une période de 4 ans et demi allant de Janvier 2019 à Juillet 2023 colligeant tous les patients suivis pour MICI et ayant été explorés par une gastroscopie avec realisation de biopsies.Les patients ayants eu moins de 4 biopsies gastriques ont été exclus . Les données ont été recueillies à partir de l'étude des dossiers et L'analyse statistique a été faite en utilisant le logiciel SPSS vs. 21.0.

Résultats : 150 patients ont été colligés. L'âge médian était de 39,9 ans [18ans-71ans ; +/- 13,49] dont 80 femmes (53,3%) avec un sex ratio H/F = 0,8 . La consommation du thé était présente chez tous nos patients soit 100% des cas . Le tabagisme était présent chez 25 malades (16,66%) avec un taux d'alcoolisme chez 18 malades (soit 12% des cas) . la prise d'AINS était retrouvée chez 17 patients (soit 11,3% des cas) avec une prise d'inhibiteurs de pompes à protons (IPP) chez 5 patients (soit 3,3% des cas) .Par ailleurs, la phytothérapie était présente chez 15 patients .Tous nos patients ont bénéficié d'une gastroscopie avec réalisation de biopsies gastriques, comprenant au moins 3 biopsies antrales et 2 fundiques. 93,3% des patients avaient bénéficié d'une gastroscopie systématique . Parmi les participants, 66 étaient positifs à l'HP (HP+) (N=66), dont 61 asymptomatiques. Parmi les symptômes présentés, 4 patients souffraient d'épigastralgies et un cas de reflux gastro-œsophagien (RGO) a été observé . La prévalence de l'HP dans notre échantillon était de 44 %, avec une prédominance féminine (56 % de femmes contre 44 %d'hommes). L'infection à HP était plus fréquente chez les individus âgés de 21 à 45 ans ainsi que chez ceux de plus de 60 ans, avec un pic de l'infection entre 30 et 40 ans . Les aspects endoscopiques retrouvés chez les malades HP+ étaient les suivants : une œsophagite chez 6 patients (9% des cas), une gastrite érythémateuse et érosive chez 4 patients (soit 6% des cas), une hernie hiatale chez 3 patients (soit 4,5% des cas), une Antrite micronodulaire chez 1 patient (1,5% des cas). Des ulcérations aphtoides duodénales et bulbaires étaient observées chez 5 patients, soit 7,5% des cas. Par ailleurs, dans notre série la gastroscopie était normale chez 112 malades .
L'analyse des données épidémiologiques dans notre échantillon a montré que , la prise chronique d'AINS(P=0,01), la phytothérapie (P=0,05) , la consommation du thé(P=0,03) l'antécédent de cancers digestif(P=0,01),l'âge jeune (<37 ans : P=0,05), les patients suivis pour rectocolite ulcero hémorragiques RCH (P=0,001) étaient un facteur de risque d'infection à HP avec un P significatif .

Conclusion : Dans notre étude la prévalence de l'infection à l'*Helicobacter pylori* est de 44%.L'ATCDS de RCH était un facteur de risque principale d'infection à HP dans notre échantillon avec un P très significatif à=0,0001.De ce fait faut-il explorer systématiquement tout patient MICI à la recherche de l' HP ?

P395

Cuisiner sa santé : comment les habitudes alimentaires affectent la qualité de vie des patients marocains atteints de MICI ?

Y. Benhayoun Sadafyine [1], F. Belabbes [1], A. Nadi [1], H. Delsa [1], O. Bahlaoui [1], W. Khannoussi [2], I. Benelbarhdadi [3]

(1) Casablanca, MAROC ; (2) Oujda, MAROC ;
(3) Rabat, MAROC.

Introduction : Les Maladies Inflammatoires Chroniques de l'Intestin (MICI) sont des affections intestinales chroniques qui ont un impact significatif sur la qualité de vie des patients. Les habitudes alimentaires sont souvent suspectées d'avoir un rôle dans le déclenchement ou l'apparition des poussées des MICI, bien que des lacunes persistent dans notre compréhension de ces liens.
Cette étude vise à analyser les données détaillées sur les habitudes alimentaires des patients marocains atteints de MICI et à explorer leur relation avec la sévérité de la maladie et la qualité de vie; dont le but final est de développer des recommandations alimentaires personnalisées adaptées à notre contexte pour réduire les risques de complications et améliorer leur qualité de vie

Matériels et Méthodes : Il s'agit d'une enquête descriptive, analytique prospective et monocentriquequi a inclus 32 patients adultes éligibles dans notre structure sur une période de 4 mois. Les participants ont rempli un questionnaire élaboré et validé par un nutritionniste spécialiste, en français et en arabe,comprenant des questions fermées et ouvertes pour recueillir des informations sur leurs habitudes alimentaires en période de poussée et de rémission des MICI ainsi que des questions validées concernant leur qualité de vie. Les données ont été analysées à l'aide de paramètres de description, de tests de régression et de corrélation via le logiciel Jamouvi version 1.6.9. Un résultat avec un $p < 0,05$ était considéré statistiquement significatif.

Résultats : L'âge médian de nos participants était de 31 ans, avec une prédominance féminine de 83,33%. Parmi les patients, 58,3% souffraient de la maladie de Crohn, et 41,7% de la rectocolite hémorragique (RCH). De plus, 83,3% avaient déjà présenté une carence nutritionnelle liée à leurs MICI et 91,7% d'entre eux prenaient des compléments alimentaires divers.
Tous les participants ont exprimé leur conviction qu'il existait une corrélation entre leur état de santé et leur régime alimentaire et ont déclaré suivre un régime alimentaire spécifique depuis le diagnostic. 58 % des patients pensent que les légumes affectent positivement l'état de santé en période de poussée. En période de rémission, 58,3% des patients ont continué à suivre un régime spécifique, et 55,6% ont déclaré avoir été influencés par des informations trouvées sur Internet ou les réseaux sociaux.
Par eilleurs, 100%, ont indiqué adopter une alimentation moulinée, et 91,70% des participants ont déclaréprivilégier une alimentation liquide pendant les périodes de poussée des MICI.
Sur une échelle de 0 à 10, 33,33% des participants ont évalué la difficulté de leur régime alimentaire comme étant de niveau 8, ce qui était significativement positivement corrélé à leur niveau de stress.
Enfin, plus de 40% des patients ont signalé un niveau de stress supérieur à 7 sur 10. Ce seuil était significativement plus bas chez les patients suivant le régime prescrit par leur médecin traitant ($p < 0,05$) par rapport aux autres sources d'information.

Discussion : Cette première enquête dans notre contexte a objectivé des lacunes importantes concernants la nutrition chez les pattients atteints de MICI. C'est un résultat concordant avec plusieurs données de la littérature.
Cependant, il serait pertinent d'instaurer des séances d'éducation individuelle et en groupe selon notre contexte marocain dans le cadre de l'amélioration de la prise en charge incluants gastro-entérologues, nutritionnistes et pshychologues.
Il serait nécéssaire aussi de penser à la mise en place d'un programme de détection précoce de dénutrition et des carences nutritionnelles fréquentes au cours des MICI.

Conclusion : Notre étude met en évidence un manque de connaissances parmi les patients marocains atteints de MICI en ce qui concerne la nutrition pendant leurs maladies, pouvant être attribués à des facteurs socio-économiques et à l'utilisation de mauvaises sources d'information. Ainsi, il est essentiel que les médecins traitants fournissent une éducation nutritionnelle adéquate pour améliorer la prise en charge globale du patient dans le contexte marocain et dans un cadre pluridisciplinaire mettant en valeur l'éducation thérapeutique des patients.

P396

Quels comportements alimentaires chez les patients crohniens ?

J. Rizkou [1], H. Aouroud [1], F.E. Lairani [1], O. Nacir [1], A. Ait Errami [1], S. Oubaha [1], S. Zouhour [1], K. Krati [1]

(1) Marrakech, MAROC.

Introduction : Les patients atteints d'une maladie de Crohn (MC) peuvent souffrir d'un large éventail de carences nutritionnelles expliquées en partie par leurs croyances et comportements alimentaires. L'objectif de l'étude était d'enquêter les croyances et les comportements alimentaires sur une cohorte de patients avec une MC et d'évaluer leur impact sur la vie sociale des patients.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude monocentrique étalée sur une période de 6 mois (Septembre à mars 2023) ayant colligé tous les patients suivis pour MC diagnostiquée au moins 3 mois avant la date du début de l'étude. Un questionnaire préétabli a été proposé aux patients.

Résultats : 174 patients ont répondu au questionnaire. L'âge moyen des patients était de 33 ans (17-71 ans) avec un sex-ratio H/F à 0,87. La durée moyenne de suivi est estimée de 29.9 mois (3-240 mois). Parmi nos patients, 29,3 % (n = 51) des patients croyaient que l'alimentation avait pu déclencher leur maladie, alors que 66,6 % (n = 116) pensaient qu'elle pouvait également jouer un rôle dans le déclenchement d'une poussée. Au total, 89 % des patients (n = 155) avaient déjà reçu des conseils concernant leur alimentation depuis le diagnostic de leur maladie. Le plaisir de manger était altéré chez 18,3% des patients (n = 32). Soixante-treize pourcent des malades (n = 127) pensaient que leur comportement alimentaire pourrait causer des déficits nutritionnels. Afin de prévenir une poussée de la maladie, les aliments à éviter selon nos patients étaient principalement : les aliments épicés (93.1% ; n = 162), les fruits et légumes en général (43.1% ; n = 75) et plus particulièrement les tomates, les agrumes, les crucifères, les légumes et les légumineuses et les produits laitiers (31% ; n = 54). Cent-cinq patients (60,3 %) déclaraient refuser des repas à l'extérieur par peur de déclencher une poussée et 12 % (n = 21) ne partageaient pas le même menu que les autres membres de leur famille. Au moment des poussées, seul un 6,3 % des patients (n = 11) suivaient un régime alimentaire normal alors que 93,6 % (n = 163) adoptaient un régime pauvre en résidus (52.8% ; n = 92) et/ou en produits laitiers (26,4% ; n = 46)

Conclusion : La plupart de nos patients suivis pour une MC adoptent des régimes restrictifs ayant un effet délétère aussi bien sur leur état nutritionnel que leur vie sociale. Une information appropriée avec des conseils diététiques concernant les répercussions de ces croyances et de ces comportements alimentaires est nécessaire afin d'insister sur les dangers des restrictions alimentaires.

P397

Corrélation entre le score de Lichtiger et les scores endoscopiques chez les RCH en colite aiguë grave

O. Merzouki [1], K. Attaqi [1], H. Ouaya [1], H. Meyiz [1], I. Mellouki [1]

(1) Tanger, MAROC.

Introduction : La prise en charge des poussées sévères de RCH (rectocolie hémorragique) nécessite une bonne caractérisation initiale des lésions, la recherche de signes de gravité et de facteurs prédictifs de sévérité afin de pouvoir décider et conseiller les patients sur la meilleure prise en charge initiale et la thérapeutique de maintien à distance de la poussée sévère. Le score de Lichtiger est un des scores cliniques les plus répandus dans la pratique courante de par sa simplicité. Sur le plan endoscopique, les scores d'UCEIS et de mayo endoscopiques sont validés pour asseoir les lésions endoscopiques.
L'objectif est d'apprécier la corrélation entre le score de Lichtiger et les scores endoscopiques chez les patients en colite aigue grave

Matériels et Méthodes : Etude rétrospective monocentrique des cas de colite aigue grave. Les patients répondant aux critères clinico-biologiques (critères de Truelove et Witts) d'une colite aigue grave ont été retenus, le lichtiger à l'admission ainsi que les scores de Mayo endoscopiques et UCEIS ont été recensés.
L'analyse statistique a été réalisée à l'aide du logiciel SPSS 28.0.

Résultats : Entre Septembre 2021 et Mai 2023 123 dossiers ont été analysés, 39 cas ont été retenus comme colite aigue grave. La moyenne d'âge était de 41,7 ans, le sexe ration Hommes/Femmes était de 1,2.
La poussée était inaugurale dans 09 cas, dans le reste de la série l'ancienneté de la maladie était en moyenne de 04 ans, et l'atteinte pancolique était prédominante avec 15 cas.
Dans notre série, 18 patients avaient un lichtiger à l'admission inférieur à 11 (46%).
Sur le plan biologique, 10 patients présentaient une anémie, 09 patients présentaient une hyperleucocytose, 21 patients avaient une CRP augmentée.
En ce qui concerne les complications, un seul patient a présenté un état de choc.
Sur le plan endoscopique, pour le score de Mayo endoscopique, il était de 03 chez 35 patients, avec un score à 2 chez les 4 autres patients. Le score UCEIS était de 05-06 chez 14 patients, et de 07-08 dans les 25 cas restants. Des signes de gravité endoscopiques étaient présents dans 10 cas.
Nous avons trouvé dans notre série une corrélation entre le score de Mayo endoscopique et le score UCEIS (spearman=0,403, p=0,015)
Dans notre série, nous n'avons pas trouvé de corrélation entre le score de Lichtiger et le score UCEIS (Spearman=0,238, p=0,162), de même entre le score de Lichtiger et le score de Mayo endoscopique (spearman=0,004, p=0,981)

Conclusion : Le score de Lichtiger a une grande utilité dans la prise en charge des patients suivis pour RCH de par sa reproductibilité et constitue un bon atout prédictif de complications des colite aigues graves. Cela dit, il sous-estime l'atteinte initiale lors des colites aigues graves et ne constitue donc pas un outil majeur de la prise en charge initiale de celles-ci.

P398

Régime méditerranéen : impact sur l'évolution de la maladie de Crohn

F. Kahlaoui [1], M. Sabbah [1], N. Bibani [1], H. Jlassi [1], D. Trad [1], M. Benabid [1], K. Aoun [1], A. Bouratbine [1], D. Gargouri [1]
(1) Tunis, TUNISIE.

Introduction : La maladie de Crohn (MC) est une pathologie inflammatoire intestinale chronique dont l'étiopathogénie est complexe impliquant plusieurs facteurs immunogénétiques et environnementaux dont des facteurs nutritionnels. L'impact du régime alimentaire sur l'évolution de la MC est un sujet d'actualité qui demeure néanmoins relativement peu étudié. Le but de notre travail était d'étudier l'impact du régime méditerranéen sur l'évolution de la MC.

Patients et Méthodes : Il s'agissait d'une étude prospective monocentrique incluant les patients suivis pour MC sur une période de dix mois (juin 2020 à mars 2021). Nous avons relevé à l'interrogatoire le régime alimentaire suivi pour chaque patient, les modalités thérapeutiques au moment de l'inclusion ainsi que les données évolutives. Le régime méditerranéen était défini une consommation élevée de légumes, de fruits, de céréales, de légumineuses, de graisses insaturées (huile d'olive), et une faible consommation de graisses saturées, de viande, et de sucreries. Une évolution défavorable de la maladie était définie par la présence d'un ou plusieurs de ces événements : Une poussée définie par une maladie cliniquement active estimée par l'indice de Best (>150) et par un syndrome inflammatoire biologique, et de complications à type d'occlusion intestinale aigüe (OIA), de collection et d'intervention chirurgicale pour MC. Nous avons comparé les patients suivant le régime méditérannéen et les patients ne le suivant pas (logiciel SPSS, p significatif si <0,05).

Résultats : Nous avons colligé 49 patients suivis pour MC, avec un âge moyen de 40,4 ans [18 – 65 ans] et un genre-ratio H/F de 2,06. La durée moyenne d'évolution de la maladie était de huit ans [6mois- 27 ans], de localisation principalement iléo-colique chez 68% des patients et de phénotype à la fois sténosant et fistulisant chez 48% de l'effectif. Trente-six patients (73,4%) étaient sous traitement médical au moment de l'inclusion. Sur le plan nutritionnel, l'indice de masse corporelle (IMC) moyen était 20,8 kg/m² [14-31] et une hypoalbuminémie inférieure à 35g/l était notée chez 14 patients (28,6%). Au bout de 6 mois de suivi, sept patients (14,3%) ont développé une poussée de leur maladie, trois patients (6,1%) ont eu une OIA, cinq patients (10,2%) ont été opéré pour leur MC et quatre patients (8,2%) ont eu une collection de siège périnéal chez trois patients et intra-abdominal chez un patient.
Le régime méditerranéen était suivi chez 17 patients (34,7%). Le non-suivi du régime méditerranéen était associé à la survenue d'OIA (p=0,007) et d'intervention chirurgicale pour MC (p=0,002).

Conclusion : Le régime méditerranéen aurait un impact positif sur l'évolution de la MC en prévenant les complications. Des études élargies sont de ce fait nécessaires afin de mieux étudier la relation entre le régime alimentaire et l'évolutivité de la MC et d'inclure ce paramètre dans la prise en charge des patients.

P399

Facteurs de risques associés aux troubles du sommeil chez les patients suivis pour MICI

Z. Chraibi [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 objectifs thérapeutiques au cours des MICI ont récemment évolué à l'occasion du dernier consensus STRIDE 2 et incluent, au-delà du contrôle de l'inflammation, à plus long terme, l'amélioration de la qualité de vie. Parmi les composants majeurs de la qualité de vie, un sommeil de bonne qualité.
L'objectif de ce travail est de mettre en évidence les différents facteurs pouvant influer sur la qualité du sommeil chez les patients atteints d'une MICI.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude prospective et analytique incluant les patients suivis pour une MICI, reçus à la consultation et/ou vus en hôpital de jour durant les deux mois précédant l'étude. La qualité du sommeil a été évaluée par le score de Pittsburgh (PSQI). La qualité de sommeil est altérée lorsque le score PSQI > 5. L'activité de la maladie de Crohn (MC) a été évaluée par le Crohn's Disease Activity Index (CDAI) et celle de la rectocolite hémorragique (RCH), par le score Mayo clinique. Les données ont été saisies et analysées par le logiciel JAMOVI 2.4.6.

Résultats : Dans cette étude, 100 patients ont été inclus. L'âge moyen de nos patients était de 36.2 ± 14.3 avec un sex ratio H/F à 1.22. Soixante pour cent des patients étaient suivis pour une maladie de Crohn.
La localisation iléo colique était dominante chez 45% des patients suivis pour maladie de Crohn et localisation distale était dominante chez 35% des patients suivis pour une RCH.
Chez les patients suivis pour maladie de Crohn, 25 (41.7%) étaient en rémission et 22 (36.7%) en poussée modérée à sévère. Concernant les patients suivis pour RCH, 16 (40%) étaient en rémission, et 7 (17.5%) en poussée modérée à sévère.
Les facteurs significativement associés à une mauvaise qualité de sommeil étaient la localisation pancolique chez les patients suivis pour RCH (p<0.001), l'activité de la maladie (p<0.001), les manifestations extra-intestinales (p=0.004), et la présence d'une stomie (p=0.019).
A l'opposé, l'âge, le sexe ainsi que le type de MICI n'étaient pas significativement associés à la survenue de trouble du sommeil avec un p value respectivement à 0.533, 0.643, 0.191.

Conclusion : Selon les résultats de notre étude, une mauvaise qualité du sommeil est significativement associée à l'activité de la maladie, la présence de manifestations extra digestives, l'existence d'une stomie, ainsi que la localisation pancolique chez les patients porteurs d'une RCH. Une prise en charge adéquate de la maladie pourrait améliorer la qualité de sommeil chez ces patients et donc leur qualité de vie.

P.400

Intérêt de la chirurgie dans le diagnostic étiologique des iléites terminales

A.A.T. Alraeeini [1], H. El Bacha [1], S. Mechhor [1], M. Cherkaoui [1], N. Benzzoubeir [1], I. Errabih [1]
(1) Rabat, MAROC.

Introduction : L'iléite terminale ou l'inflammation de l'iléon est une pathologie relativement rare, elle associe un syndrome clinique particulier avec douleur de la fosse iliaque droite, des signes généraux ainsi qu'une modification de l'iléon terminal en imagerie. Cette dernière peut être aigue ou chronique et pose souvent un problème de diagnostic étiologique. Toutefois la chirurgie possède un double intérêt, à la fois diagnostic par la possibilité d'une exploration chirurgicale ainsi que par la confirmation anatomopathologique et thérapeutique. L'objectif de ce travail est de mettre en évidence le rôle de la chirurgie dans le diagnostic étiologique des iléites terminales à travers une série de cas.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive menée entre Juillet 2018 et Juillet 2023 incluant tous les patients opérés pour iléite terminale diagnostiquée au sein de notre service et ayant eu un examen anatomopathologique de la pièce opératoire, un bilan étiologique exhaustive a été réalisé chez tous nos patients afin de rechercher les principales étiologies représentées par : la maladie de Crohn, la tuberculose iléo caecale, le lymphome ou encore la Yersiniose… à savoir : un bilan inflammatoire, un bilan infectieux, un bilan phtisiologique (Quantiféron, radiographie thoracique…), un bilan radiologique (Entero TDM/IRM), un bilan endoscopique (Iléo coloscopie), et un dosage des marqueurs tumoraux (LDH, β2 microglobuline). Au terme de ce bilan revenu négatif une résection iléo caecale a été réalisée chez tous nos patients.

Résultats : Durant la période de notre étude 66 malades ont subi une résection iléo caecale suite à une iléite terminale et chez qui l'ensemble des explorations à visée étiologique étaient revenues négatives avant chirurgie. L'âge moyen est de 46 ans [18-72ans] le sexe ratio H/F est de 0,6. Tous les patients avaient un syndrome douloureux de la fosse iliaque droite, associé à un syndrome sub-occlusif dans 32 cas (49%), à une diarrhée dans 26 cas (39%) et à une constipation dans 8 cas (12%). La fièvre était présente chez 1 patient sur 2 soit dans 50% des cas. L'examen des pièces de résection iléo-caecale a permis de retenir les diagnostiques suivants : une maladie de Crohn chez 46 patients (67%), chez ces patients l'examen anatomopathologique de la pièce opératoire a retrouvé un granulome sans nécrose caséeuse chez 20 malades soit dans 44% des cas, en l'absence de ce dernier le diagnostic a été retenu sur la présence d'au moins 3 critères histologiques (lésion aphtoïde, irrégularité architecturale des cryptes, fibrose de la sous muqueuse, ulcérations fissuraires…) chez 26 malades soit 56% des cas, L'origine infectieuse a été retrouvé chez 8 patients (12%), une tuberculose iléo-caecale chez 3 patients (6%) par la mise en évidence d'un granulome épithélioïde et gigantocellulaire centré par de la nécrose caséeuse en histologie,une tumeur caecale chez 1 patients (2%) et une inflammation chronique non spécifique chez 7 patients (11%) , une association maladie de Crohn tuberculose iléo-caecale chez une seule patiente (2%).

Conclusion : L'iléite terminale pose un réel problème diagnostic pour le gastro entérologue. La chirurgie est un outil majeur qui permet de répondre à cette problématique de par l'exploration per opératoire qu'elle nous permet et par les examens anatomopathologique ou bactériologique ciblés sur pièce opératoire, le tout permettant dans la majorité des cas une confirmation du diagnostic étiologique.

P.401

Le Medio-Gastric Per Oral Endoscopic Myotomy (MG POEM) dans la prise en charge du twist médio-gastrique post sleeve-gastrectomie : à propos de 10 cas

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

Introduction : La sleeve gastrectomie par voie laparoscopique (LSG) est une technique chirurgicale très répandue mais la prévalence des sténoses symptomatiques post LSG, incluant le twist médio-gastrique, varie entre 0,1 et 4% et leur prise en charge par dilatation endoscopique ou pose de prothèse se solde souvent par un échec thérapeutique nécessitant une conversion en by-pass. Les techniques d'endoscopie sous muqueuse sont de plus en plus développées et peuvent être utilisées dans cette indication; on parle de Medio Gastric Per Oral Endoscopic Myotomy (MG POEM).

Patients et Méthodes : Nous reportons une série de 10 cas âgés de 34 à 70 ans qui ont bénéficié d'un MG POEM entre Janvier 2020 et Juin 2023 pour traiter un twist médio-gastrique post LSG symptomatique. L'objectif était de décrire la technique et de documenter son efficacité avec le score de GOOSS (Gastric Outlet Obstruction Scoring System) et une échelle numérique de qualité de vie (EN) à 6 mois de la procédure ainsi qu'au dernier suivi. La procédure consistait en la réalisation d'un POEM gastrique avec myotomie et incision de la zone fibreuse.

Résultats : Le score de GOOSS médian était de 1/3 [0-3] et l'EN de qualité de vie moyenne était de 2,1/10 [0-4] en pré-opératoire. Toutes les procédures ont été réalisées avec succès. 3 patients ont présenté des complications dans les suites gradées de II à IVa de la classification AGREE. La médiane de suivi était de 32 mois. Tous les patients ont vu leur qualité de vie et leur prise alimentaire s'améliorer au décours de la procédure. 2 patients ont bénéficié de séances de dilatation pneumatique au décours pour la prise en charge de l'apparition d'une sténose cicatricielle post MG POEM. Le score de GOOSS médian était de 3/3 [2-3] et l'EN de qualité de vie moyenne était de 7/10 [5-9] au dernier suivi.

Conclusion : Le MG POEM paraît être une technique prometteuse en termes d'efficacité, néanmoins non dénuée de risques, pour la prise en charge des twists médio-gastriques post LSG, nécessitant d'être réalisée dans un centre expert.

P.402

Développement d'un modèle d'intelligence artificielle pour prédire la mortalité chez les patients atteints d'hémorragie variqueuse

S. Salhani [1], N. Al Maimouni [1], L. El Rharbaoui [1], R. Ardif [1], H. Ouaya [2], H. Meyiz [1], I. Mellouki [1]
(1) Tanger, MAROC ; (2) Marrakech, MAROC.

Introduction : L'hémorragie variqueuse est l'une des complications les plus fréquentes chez les patients cirrhotiques et peut être d'origine œsophagienne ou gastrique. La mortalité au cours de ces épisodes est estimée entre 15% et 20%. L'identification des patients à haut risque de décès est d'autant plus importante qu'elle permet d'optimiser la prise en charge. Plusieurs scores ont été développés dans ce but, notamment le score de Glasgow-Blatchford. Notre étude vise à développer un algorithme d'intelligence artificielle ainsi qu'à évaluer sa capacité, en comparaison avec le score de Glasgow-Blatchford, à prédire la mortalité dans une population de patients cirrhotiques présentant une hémorragie variqueuse.

Matériels et Méthodes : La première phase a consisté à collecter un ensemble de données de 150 patients à analyser. Cet ensemble de données a été obtenu à partir des archives des dossiers des patients hospitalisés dans le service d'hépato-gastro-entérologie entre 2019 et 2023. Tous les patients décédés d'autres causes ou ayant des données manquantes ont été exclus.Les patients ont été divisés en deux groupes : un groupe de survivants et un groupe de non-survivants.Les variables de l'ensemble des données comprenaient l'âge, le sexe, le bilan hépatique complet, la pression artérielle à l'admission, l'hémoglobine, les plaquettes, l'urée, la créatinine, le nombre de culots globulaires transfusés, la présence ou l'absence d'encéphalopathie hépatique ou de syndrome hépatorénal, le score de Child-Turcott Pugh et le Meld-Na.Pour notre étude, Joblib, Pandas et Random Forest (RF), des modèles d'intelligence artificielle, ont été appliqués pour construire un logiciel prédisant la mortalité dans l'hémorragie variqueuse.La deuxième phase a consisté à comparer la performance de notre algorithme avec le score de Glasgow-Blatchford, connu pour être validé pour prédire la mortalité dans les hémorragies gastro-intestinales.

Résultats : L'âge moyen des patients était de 56 ±14 ans. Une nette prédominance masculine de 67 % a été constatée. Le taux de mortalité a été estimé à 22 %. Le score moyen de Child Turcotte Pugh était de 6,8 ±2, et celui de Meld NA de 14. Sur le plan biologique, 40% des patients avaient une hémoglobine < 7g/dl à l'admission et ont reçu une transfusion de culots globulaires au cours de leur hospitalisation. L'urée moyenne était de 0,5, la créatinine moyenne de 10. Un syndrome hépato-rénal a été rapporté chez un seul patient. Environ 27% des patients ont souffert d'encéphalopathie.A l'exception de l'AST et de l'ALT, tous les autres paramètres biologiques et cliniques étaient corrélés à la mortalité, notamment l'hémoglobine à l'admission, le nombre de culots globulaires transfusés, les complications, la fonction rénale... (p<.001)L'évaluation de notre logiciel sur d'autres patients a montré qu'il était performant pour prédire la mortalité dans les hémorragies variqueuses, avec une aire sous la courbe de 0,810.Le score de Glasgow-Blatchford a montré une meilleure valeur prédictive de la mortalité avec une AUC de 0,875.

Conclusion : L'apport de l'intelligence artificielle dans la prédiction de la mortalité chez les patients souffrant d'hémorragie variqueuse est indéniable. Néanmoins, le développement d'un logiciel fiable avec une bonne sensibilité et spécificité nécessite une base de données plus importante. Bien que le score de Glasgow-Blatchford soit légèrement supérieur, il a tendance à surestimer le risque de mortalité, dans la population survivante, contrairement à notre logiciel.

P.403

Évaluation de l'efficacité du G-POEM dans la gastroparésie après une œso-gastrectomie polaire supérieure type Lewis Santy : étude rétrospective multicentrique internationale

P.J. Silete [1], J.P. Ratone [2], G. Vanbiervliet [3], A. Debourdeau [4], L. Caillo [5], V. Vitton [2], M. Barthet [2], J.M. Gonzalez [2]
(1) Dijon ; (2) Marseille ; (3) Nice ; (4) Montpellier ; (5) Nîmes.

Introduction : La gastroparésie est un trouble fonctionnel digestif défini par un ralentissement, symptomatique ou non, de la vidange gastrique en l'absence de tout obstacle mécanique organique. Dans les études, l'efficacité du G-POEM se situe entre les 55 et 75%, cependant, un des critères d'exclusion était les patients qui avaient eu une chirurgie œsophagienne type Lewis-Santy. L'œsogastrectomie polaire supérieure type Lewis Santy est une chirurgie de référence des pathologies malignes de l'œsophage et de la jonction œso-gastrique. En raison de la vagotomie inhérente, certains patients (jusqu'à 30 %) peuvent développer une gastroparésie réfractaire postopératoire dans laquelle un pylorospasme semble jouer un rôle important. Ainsi, nous proposons ici d'évaluer l'efficacité du G-POEM dans cette indication.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective multicentrique internationale. Les patients inclus devaient avoir bénéficié d'une œsogastrectomie polaire supérieur type Lewis Santy puis développé une gastroparésie réfractaire sévère. Le diagnostic était posé sur les symptômes, la scintigraphie et/ou un bézoard à l'endoscopie. Tous avaient bénéficié d'un G-POEM en traitement de cette gastroparésie. L'objectif principal était de documenter l'efficacité clinique, définie par une amélioration du score GCSI > 1 point à 6 mois du G-POEM. Les objectifs secondaires étaient d'évaluer la qualité de vie par une EVA (entre 0 et 10), les particularités techniques et les complications évaluées par la classification AGREE.

Résultats : Nous présentons en abstract les résultats intermédiaires sur 26 patients ont bénéficié d'un G-POEM après gastrectomie polaire supérieure (objectif 120 patients). Tous avaient eu soit une scintigraphie de vidange gastrique (n=18) compatible ou une endoscopie œso-gastro-duodénale (n=26) montrant soit un bézoard gastrique (n=16) et/ou un pylorospasme (n=13). Avant le G-POEM, le score GCSI étant en moyenne à 2,26 (+/- 1,04). L'EVA de qualité de vie était à 2,84/10 (+/- 1,84). A 6 mois, l'efficacité clinique était obtenue chez 61% des patients avec un score GCSI était moyen à 1,38 (+/- 1,19). Deux complications sont survenues dont une per-procédure (classification AGREE grade I) et une autre à plus de 30 jours (classification AGREE grade I). Selon les patients, il ressentait une efficacité avec une amélioration de la qualité de vie de 3 points (+/- 2,2) sur 10.

Conclusion : Les résultats intermédiaires de notre étude montrent que la pyolorotomie endoscopique est prometteuse dans cette indication, avec une efficacité clinique dans 61% des cas et une procédure qui reste sure. Nous prévoyons l'inclusion au total d'environ 120 patients sur 15 centres.

P.404

Gastroentéro-anastomose écho-endoscopique assistée par drain dans le traitement de la gastroparésie réfractaire à la pyloromyotomie endoscopique par GPOEM : une nouvelle option thérapeutique prometteuse

J.M. Gonzalez [1], V. Vitton [1], M. Gasmi [1], M. Barthet [1]

(1) Marseille.

Introduction : La pylorotomie endoscopique per orale (GPOEM) est devenu un traitement important de la gastroparésie réfractaire, démontrant une efficacité d'environ 65 à 70% dans les 2 dernières études randomisées. Néanmoins, 30% des patients ne sont pas répondeurs, avec peu d'alternative pour eux. En parallèle, la gastro-entéro-anastomose sous écho-endoscopie (EUS-GEA) s'est développée ces dernières années dans les obstructions antro-pyloriques malignes, et plus récemment bénignes, avec d'excellents résultats cliniques (>90%). Nous présentons les résultats de cette technique dans la gastroparésie réfractaire au GPOEM.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective pilot monocentrique en centre expert. Les patients présentant une gastroparésie prouvée par scintigraphie, ayant déjà eu un GPOEM avec soit un échec initial, soit une récidive des symptômes durable, et traités par EUS-GEA ont été inclus.
L'indication a été validé en staff de pathologies fonctionnelles complexes et expliquée aux patients. Les procédures étaient réalisées chez des patients intubés, avec la technique de EUS-GEA assistée par drain, avec utilisant une Prothèse d'apposition de type Axios de 20mm. L'efficacité clinique était l'objectif principal, évaluée à 6 mois par le GCSI avec comme définition une diminution de plus de 50%. Les objectifs secondaires étaient les évènements indésirables, l'évolution pondérale et le taux de récidive au-delà.

Résultats : Douze patients ont été inclus entre juin 2021 et Avril 2023, 9 femmes 3 hommes, d'âge médian 46 ans [16-78]. Tous les patients avaient une scintigraphie de vidange gastrique anormale sauf un qui avait un bézoard. Le délai moyen d'amélioration après le GPOEM était de 8,1 ± 15 mois et 50% des patients n'ont jamais été améliorés. La moitiés des patients avaient une perte pondérale > 10% et une patiente était en nutrition parentérale.
L'efficacité clinique était obtenue chez 75% des patients à 6 mois, et chez les 3 autres patients le GCSI était tout de même diminué de plus de 1 point traduisant une efficacité partielle. Le GCSI médian préopératoire était à 4,1 [1,6 – 5] contre 1,6 [0-2,6] à 6 mois de suivi (p<0,05). Il n'a été noté aucune complication per procédurale, ni évènement indésirable en lien avec la GEA dans le suivi. Le suivi médian post-opératoire était de 11,5 mois [6-26].. Tous les patients ont eu une reprise pondérale sans support nutritionnel. Deux patientes ont récidivé partiellement après 12 mois, mais avaient une constipation terminale sévère.

Conclusion : L'EUS-GEA avec la technique assistée par le drain est un traitement très prometteur, sur et efficace de la gastroparésie réfractaire à tous les autres traitements incluant le GPOEM. Ces résultats doivent être confirmés de manière prospective, notamment quant au devenir de la prothèse Axios.

P.405

Le défaut de relaxation de la jonction œso-gastrique : caractéristiques cliniques, paracliniques et évolutives

M. Oumaima [1], A. Labidi [1], L. Zouiten [1], D. Gouiaa [1], S. Laabidi [1], N. Ben Mustapha [1], M. Serghini [1], M. Fekih [1], J. Boubaker [1]

(1) Tunis, TUNISIE.

Introduction : La manométrie œsophagienne à haute résolution (MOHR) est actuellement un outil indispensable pour le diagnostic des troubles moteurs œsophagiens.La classification de Chicago dans sa 3ème et 4ème version classe ces troubles en 3 groupes : les troubles avec défaut de relaxation de la Jonction œsogastrique (JOG), les troubles majeurs et les troubles mineurs du péristaltisme.
Le défaut de relaxation de la JOG est une entité peu décrite dans la littérature, regroupant l'achalasie et l'obstruction isolée de la JOG.
L'objectif de ce travail était de décrire les caractéristiques des patients présentant un défaut de relaxation de la JOG et de chercher les facteurs prédictifs de réponse au différentes modalités thérapeutiques.

Patients et Méthodes : Nous avons mené une étude longitudinale rétrospective, étalée sur 4 ans puis une étude transversale afin d'assurer un contrôle clinique des patients par appel téléphonique et un contrôle manométrique. Nous avons inclus tous les patients présentant un défaut de relaxation de la jonction œsogastrique, défini sur la MOHR par une pression de relaxation intégrée ≥ 21mmHg.Nous avons consigné les données cliniques, endoscopiques, histologiques, radiologiques et manométriques des patients. Pour évaluer la réponse thérapeutique, nous avons comparé les scores d'Eckardt ainsi que les MOHR avant et après traitement.
Le succès thérapeutique était défini par un score d'Eckardt de contrôle ≤ 3.

Résultats : Nous avons colligé 87 patients d'âge moyen de 48,9 ans avec un sexe ratio H/F de 0,97.La symptomatologie était dominée par la dysphagie dans 99% des cas suivie par les régurgitations dans 87% des cas. Le délai moyen entre le début des symptômes et le diagnostic était de 45 mois [1-360].
La médiane du score d'Eckardt en pré thérapeutique était égale à 5[0-12]. La FOGD était normale dans 48% des cas et avait objectivé un signe du ressaut positif dans 43% des cas, une stase et une dilatation œsophagienne dans 27% et 14% des cas respectivement.
Une achalasie type 1 a été retrouvée chez 47 patients (54%) *versus* 29 cas (33%) d'achalasie type 2 et 11 cas (13%) d'obstruction isolée de la JOG. Aucun cas d'achalasie type 3 n'a été recensé dans ce travail.
La PRI et la pression moyenne de repos du SIO étaient de 31mmHg et de 50 mmHg respectivement et 52% des patients avaient soit un SIO hypertonique soit un SIO infranchissable.
Parmi nos patients 31% n'ont reçu aucun traitement. La majorité des patients traités (77%), ont eu une dilatation pneumatique seule (nombre moyen de séances de 1,8) et 17% ont été traités par myotomie de Heller. Un seul patient a été traité par myotomie per-orale endoscopique (POEM).
Le succès thérapeutique, était noté chez 65% des patients, toutes modalités confondues, sans supériorité évidente de la myotomie de Heller, par rapport à la dilatation pneumatique(p=0,3).La variation entre le score d'Eckardt initial et le score de contrôle était statistiquement significative (p<0,001).Nous n'avons pas trouvé une corrélation entre la PRI et la pression de repos du SIO à la manométrie initiale et la réponse thérapeutique.
La MOHR de contrôle a été réalisée chez 30% des patients après un délai moyen de14,8 mois ±13,5.
Nous avons constaté une diminution de la valeur de la PRI chez 70% des patients dont 35% avaient une PRI post traitement ≤ 10.
Nous n'avons pas constaté une association significative entre une pression de repos du SIO ≤ 10 mmHg en post traitement et le succès thérapeutique. De même pour une PRI ≤ 10.
Les facteurs prédictifs d'échec thérapeutique retrouvés dans notre étude étaient un score d'Eckardt initial élevé (p=0,03), la présence de douleurs thoraciques(p=0,04) et la présence d'une dysphagie sévère(p=0,02).

Conclusion : Nos résultats attestent que le succès thérapeutique a été obtenu chez plus que 2/3 des patients traités sans différence statistiquement significative entre la dilatation pneumatique et la myotomie de Heller.Un seul patient a été traité par POEM avec une réponse clinique complète.
Des études futures contrôlées randomisées comparant ces 3 techniques sont nécessaires pour valider nos résultats.

P.406

Gastrites chroniques à *Helicobacter pylori* : scores OLGA et OLGIM dans trois centres hospitaliers

A. Tsobze [(1)], H.Y. Kissi [(1)], S. Doffou [(1)], A. Yaogo [(1)], K.A. Attia [(1)]

(1) Abidjan, CÔTE D'IVOIRE.

Introduction : Les scores Operative Link on Gastritis Assessment (OLGA) et Operative Link on Gastritic Intestinal Metaplasia Assessment (OLGIM) sont 2 classifications histopronostiques permettant de sélectionner les formes de gastrites chroniques nécessitant une surveillance endoscopique rigoureuse. Ils sont utilisés en complément du Sydney system des gastrites chroniques à *Helicobacter pylori* (Hp) qui permet une graduation claire des lésions précancéreuses mais a l'inconvénient de ne pouvoir établir un lien immédiat entre le phénotype de la gastrite chronique et son risque de malignité. Le but de notre travail était de décrire la gastrite chronique à Hp selon les scores OLGA et OLGIM et de rechercher les facteurs associés à la survenue de lésions histologiques sévères.

Patients et Méthodes : Nous avons conduit une étude transversale analytique sur une période de 06 mois, allant du 1er Janvier 2023 au 30 Juin 2023. Etaient inclus dans notre étude les patients des 2 genres de plus de 18 ans ayant une gastrite chronique à Hp diagnostiquée sur l'analyse histologique de biopsies gastriques. La réévaluation des paramètres du Sydney System de l'atrophie et de la métaplasie intestinale, de l'antre et du corps gastrique, a permis de définir respectivement les stades OLGA et OLGIM : les stades 0, I et II représentaient les gastrites à faible risque de dégénérescence néoplasique et les stades III et IV représentaient les gastrites à haut risque de dégénérescence néoplasique. Le seuil de significativité retenu était une valeur $p < 0,05$.

Résultats : Nous avons colligés 346 patients dans notre étude dont l'âge moyen était de 44.4 ±14,2 ans, et le sex ratio de 0,71. Hp était majoritairement rencontré au niveau de l'antre dans 96,8% des cas. Les lésions d'atrophie glandulaire et de métaplasie intestinale étaient présentes dans l'antre dans respectivement 32,4% des cas et 12,7% des cas. Les stades de gastrites chroniques à faible risque évolutif (OLGA et OLGIM 0-I-II) étaient les plus fréquents. Pour le score OLGA, ils étaient respectivement de 67,9 % ; 22,0% et 8,1 %. Pour le score OLGIM, ils étaient respectivement de 86,7% ; 8,4% ; et 4,3%. Les gastrites chroniques à haut risque (OLGA-OLGIM III et IV) étaient très peu fréquentes. Les stades III représentaient 2,0% des cas selon le score OLGA et 0,6% des cas selon le score OLGIM. Aucun des patients n'avait présenté un stade IV. Après analyse multivariée, le tabac s'est révélé être le principal facteur de risque associé à la survenue de lésions histologiques sévères selon le score OLGA.

Conclusion : Les lésions histologiques sévères (OLGA-OLGIM III et IV) sont rares dans notre contexte, malgré la forte prévalence de l'infection à *Helicobacter pylori*. Le tabac est le principal facteur de risque associé à la survenue de gastrites à haut risque de dégénérescence néoplasique.

P.407

Facteurs modifiant la réponse thérapeutique au cours de la maladie de Biermer

M. Mabrouk [1], S. Mohsen [1], M. Ben Abdelwahed [2], I. Jemni [1], M.H. Loghmari [1], N. Ben Chaaben [1], L. Safer [1]

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

Introduction : La maladie de Biermer est l'une des causes les plus fréquentes de carence en vitamine B12.Il est connu que l'hypothyroïdie et le traitement par la métformine sont des facteurs aggravants de cette carence.
L'objectif de notre travail était d'étudier l'influence de ces deux facteurs sur la réponse thérapeutique à la supplémentation en vitamine B12 chez les patients atteints de maladie de Biermer.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective incluant les patients suivi pour maladie de Biermer aux services de Médecine interne et de Gastro-entérologie entre Janvier 2010 et octobre 2022.
Les patients recevaient une supplémentation parentérale par voie intramusculaire selon le même protocole : une injection/j pendant 7 jours puis une injection hebdomadaire pendant un mois puis une injection mensuelle au long cours. Ils ont été contrôlés à 1 semaine puis à 1 mois du traitement puis par des rendez-vous trimestriels.
Le groupe 1(G1) est représenté par les patients sans antécédents et le groupe 2(G2) par les patients ayant un diabète sous metformine et/ou une hypothyroïdie

Résultats : Au total, 210 patients d'âge moyen de 58 ans (28-101 ans) avec un sexe ratio F/H de 1.13 ont été inclus.
Le groupe 1 incluait 110 patients, et le groupe 2 incluait 100 patients (46 avaient une hypothyroïdie ancienne > 10 ans équilibrée sous traitement,44 patients étaient diabétiques> 10 ans sous metformine à dose >/= 2g/j, et 10 patients avaient les 2 pathologies)
La carence en vitamine B12 a été révélée par un syndrome anémique chez la majorité des patients(n=194 soit 92,4%). Des symptômes neurologiques était observé chez 14 patients (6.6%)
La NFS a montré une anémie macrocytaire chez 121 patients (57,6%), normocytaire chez 27 patients (12,9%), microcytaire chez 3 patient (1,4%), une pancytopénie chez 31 patients (14,8%), une bi cytopénie chez 15 patients (7,1%) ,et chez 13 patients (6,2%) elle était strictement normale.
La crise réticulocytaire était observée entre j7 et j10 dans le groupe 1 et entre j14 et j21 dans le groupe 2.
La durée moyenne de normalisation de la NFS était de 48 jours globalement (35 jours G1 vs 67 jours G 2)
L'amélioration clinique complète était obtenue dans une moyenne de 101 jours globalement (75 jours G1 et 138 jours G2)

Conclusion : Les résultats de notre travail suggèrent que l'hypothyroïdie et le diabète sous metformine peuvent retarder la réponse thérapeutique au cours du traitement de la maladie de Biermer. Ceci pourrait-il, si confirmé par des études prospectives, inciter à proposer une modification du protocole thérapeutique dans le cas de ces pathologies.

P.408

La dilatation pneumatique dans le traitement de l'achalasie est-elle toujours d'actualité à l'heure du POEM ?

D. Anelone-Aké [1], C. Leandri [1], S. Scialom [1], F. Corre [1], R. Hallit [1], M. Carpentier-Pourquier [1], A. Belle [1], S. Chaussade [1], R. Coriat [1], M. Barret [1]

(1) Paris.

Introduction : La dilatation pneumatique (DP) est un des traitements les plus répandus des patients atteints d'achalasie. Cependant, l'efficacité et la sécurité de la myotomie endoscopique œsogastrique (POEM), l'incertitude sur la durée d'efficacité du traitement par DP et des taux de perforations atteignant 4% dans certaines séries ont conduit certains centres à abandonner cette option thérapeutique.
Nous avons étudié l'efficacité et la sécurité d'un traitement par dilatations pneumatiques graduelles (30, 35 +/- 40 mm) en vie réelle chez des patients atteints d'achalasie, et recherché des facteurs de risque d'échec de cette modalité thérapeutique.

Patients et Méthodes : Les patients consécutifs présentant une achalasie, diagnostiquée en manométrie haute résolution selon la classification de Chicago et naïfs de traitement ont été inclus dans cette étude monocentrique rétrospective réalisée dans un centre tertiaire du traitement des troubles moteurs œsophagiens.

Résultats : Nous avons inclus 144 patients entre 2017 et 2022 présentant une achalasie et n'ayant jamais eu un traitement préalable.
Cette population comportait 83 hommes, d'âge moyen de 52,4 ans.
Il existait 41,6% achalasie de type I, 53,2% d'achalasie de type II, et 5,3% d'achalasie de type III. 88,3% patients ont bénéficié d'une série de deux dilatations à 30 et 35 mm, 6,4% patients d'une unique dilatation à 30 mm et 5,1% des patients de trois dilatations à 30, 35 puis 40 mm.
Le score d'Eckardt moyen avant traitement s'élevait à 6,1 avec une PRI moyenne de 23,5 mmHg.
Le score d'Eckardt moyen en post traitement s'élevait à 1,1 avec une PRI moyenne de 11,3 mmHg.
Une seule dilatation s'est compliquée d'une perforation, traitée par la pose d'une prothèse œsophagienne et une antibiothérapie adaptée. Il n'y avait pas d'indication chirurgicale pour la prise en charge de cette perforation. Aucune hémorragie n'a été observée. Au total, le taux de complication sévère était de 0,54 % .
Le taux de succès clinique au premier suivi à 3 mois était de 81,4% sans différence statistiquement significative entre les sous types d'achalasie. Le temps de suivi médian était de 20 mois, avec un taux de récidive de 51% à 21,5 mois. Au dernier suivi, les patients présentaient en moyenne un score d'Eckardt de 1,3 avec 49% des patients en rémission clinique sans avoir eu besoin de nouveau traitement. Après nouveau traitement par une nouvelle série de dilatation, on observait une rémission clinique chez 73% des patients au dernier suivi.

Conclusion : La dilatation pneumatique constitue un traitement permettant une amélioration symptomatique durable chez 73% des patients, au prix de 0,54% de complications. Cette technique garde donc une place dans l'arsenal thérapeutique, notamment chez des patients fragiles ou non éligibles au POEM

P.409

Effets des inhibiteurs de la pompe à protons au long cours sur le métabolisme phosphocalcique et la densité minérale osseuse

H. Smaoui [(1)], L. Chtourou [(1)], S. Ben Djmeaa [(1)], J. Dana [(1)], M. Moalla [(1)], A. Abdelmoula [(1)], H. Gdoura [(1)], M. Boudabbous [(1)], L. Mnif [(1)], A. Amouri [(1)], S. Baklouti [(1)], F. Ayadi [(1)], N. Tahri [(1)]
(1) Sfax, TUNISIE.

Introduction : Les inhibiteurs de la pompe à proton (IPP) sont largement prescrits en pratique clinique. Bien qu'il s'agisse d'une classe thérapeutique relativement bien tolérée, leur utilisation au long cours peut être associée à certains effets indésirables.
But du travail : Evaluer les troubles du métabolisme osseux liés à la prise chronique des IPP et rechercher les facteurs de risque associés à la baisse de la masse osseuse au cours de ce traitement.

Patients et Méthodes : C'est une étude cas-témoins, menée entre janvier 2021 et janvier 2022, incluant des patients traités par des IPP durant une période supérieure à 12 mois et des témoins indemnes n'ayant pas reçu un traitement par IPP, colligés au service d'hépato-gastro-entérologie de l'hôpital Hédi Chaker de Sfax. Tous les patients avaient répondu à un questionnaire préétabli et ont bénéficié d'un bilan biologique et d'une densitométrie osseuse.

Résultats : Au total, 90 patients et 90 témoins, appariés, étaient inclus. L'âge moyen des malades était de 55 ± 12,2 ans avec une sex-ratio (H/F) de 0,8. L'indication du traitement par IPP était dominée par le reflux gastro-œsophagien (72,2 %). La molécule la plus prescrite était l'Oméprazole (81,1%), à simple dose dans 93,3% des cas. La prise d'IPP était associée à une hypocalcémie (2.24 vs 2.27 ; p=0,04) et à une hypomagnésémie (0.82 vs 0.93 ; p=0,0001). Quatre-vingt patients avaient une carence en vitamine D3 (88,89%) et 44,4% une hyperparathyroïdie qui était associée à la prise d'IPP (66.48 vs 55,08 ; p=0,008). Une ostéopénie était notée chez 46 patients (51,1%) et une ostéoporose chez 6 patients (6,6%). Aucun patient n'avait une fracture pathologique. La prise d'IPP au long cours était significativement associée à la baisse de la densité osseuse (p=0,001). En étude univariée, les facteurs de risque étaient l'âge >50 ans (p=0,03), la ménopause (p=0,02), le manque d'exposition solaire (index solaire moyen 2.12 vs 1.75 ; p=0,005), la double dose d'IPP (p=0,03), la prise régulière des IPP (p=0,002), et l'association à un mucoprotecteur (p=0,007). En analyse multivariée, la baisse de la DMO était significativement plus constatée chez les patients âgés de plus de 50 ans avec un Odds-ratio de 2,78 et IC [0.724-0.953].

Conclusion : Nos résultats soulignent le risque d'anomalies du métabolisme phosphocalcique et de la baisse de la densité osseuse chez les patients sous IPP au long cours sans augmentation du risque fracture. Ceci impose rationalisation de prescription de ces médicaments surtout au long et une surveillance de ce risque en cas de prise prolongée des IPP

P.410

Prévalence de l'infection à *Helicobacter pylori* chez les cirrhotiques et son impact sur la sévérité des lésions gastroduodénales

A. Dhib [(1)], S. Ayadi [(1)], R. Hamouga [(1)], A. Mensi [(1)], E. Bel Hadj Mabrouk [(1)], Y. Said [(1)], L. Mouelhi [(1)], Y. Zaimi [(1)], R. Debbeche [(1)]
(1) Tunis, TUNISIE.

Introduction : L'infection à *Helicobacter pylori* (HP) est largement répandue dans le monde. Son rôle dans la genèse des pathologies gastroduodénales est établi depuis longtemps. La prévalence d'HP chez les patients atteints d'une cirrhose est variable selon les auteurs.Le but de ce travail est de déterminer la prévalence d'HP chez les cirrhotiques et d'évaluer son impact sur la sévérité des lésions gastroduodénales.

Patients et Méthodes : Etude rétrospective descriptive et analytique collegeant les patients suivis pour une cirrhose, ayant bénéficié entre janvier 2017 et aout 2023, d'une fibroscopie digestive haute (FOGD) avec des biopsies et étude anatomopathologique. Les patients étaient répartis en deux groupes : Groupe A (GA) : HP négatif, Groupe B (GB) : HP positif. On a ensuite comparé les données endoscopiques entre les deux groupes.

Résultats : Cent vingt-sept patients ont été inclus dans cette étude avec une prédominance masculine (sex-ratio = 1,49). L'âge moyen des patients était de 61 ans. Un tabagisme actif a été observé chez 23% des cas soit 29 patients : 7 appartenaient au GA et 22 au GB avec une différence significative entre les deux groupes (p=0,008). L'étiologie de la cirrhose était une hépatite B (33%), une hépatite C (24%), post NASH (14%), une CBP (9%), une hépatite auto-immune, une CSP et une intoxication éthylique (3%), un cas de cirrhose secondaire à une maladie de Wilson a été noté. L'étiologie de la cirrhose était indéterminée chez 11% des patients. L'indication de la fibroscopie était motivée par des épigastralgies (46%), une hypertension portale (38%) ou une hémorragie digestive (16%). La FOGD a objectivé la présence des varices œsophagiennes chez tous les patients (29% de grade I, 50% de grade II et 21% de grade III), des varices gastriques (VG) dans 14% des cas (22% GOV I, 56% GOV II, 22% IGV I), une gastropathie hypertensive (GH) dans 32% des cas (34% légère, 54% modérée, 12% sévère), une œsophagite chez 10 patients (8%), une gastrobulbite (GB) congestive chez 65 patients (51%), érosive chez 15 patients (12%), ulcérée chez 49 patients (39%) et nodulaire chez 17 patients (13%). Un ulcère évolutif gastroduodénal (UGD) était objectivé chez 32 patients soit dans 25% des cas dont 14% étaient de localisation bulbaire et 9% au niveau de l'antre gastrique. L'HP était identifié chez 69 patients soit dans 54% des cas, avec présence d'une gastrite active chez 38% des malades, une atrophie de la muqueuse gastrique chez 8% des malades et une métaplasie intestinale dans 10% des cas. En analysant les données endoscopiques entre les deux groupes A et B, il n'existait pas une différence statistiquement significative entre le statut HP de nos patients et la prévalence des lésions gastroduodénales observées d'une part et la sévérité de l'hypertension portale d'autre part.

Lésions endoscopiques	Groupe A	Groupe B	P
VG	15.5%	13%	0.691
GH	31%	33.3%	0.783
GB congestive	48.3%	53.6%	0.548
GB érosive	12.1%	11.6%	0.934
GB ulcérée	34.5%	42%	0.384
GB nodulaire	17.2%	10.1%	0.242
UGD	29.3%	21.7%	0.328
Œsophagite	8.6%	7.2%	0.775

Conclusion : L'infection à HP est assez fréquente chez les cirrhotiques. Les gastrobulbites congestives et ulcérées, la gastropathie hypertensive et l'ulcère gastroduodénal constituent les lésions les plus fréquemment observées. Par ailleurs, l'infection à HP ne semble pas avoir un impact sur la sévérité de ces lésions. Cependant, une agression de la muqueuse gastrique par cette bactérie potentialiserait son altération déjà induite par les troubles circulatoires au cours de l'hypertension portale, ce qui mériterait sa recherche et son éradication chez le cirrhotique autant que possible.

P411

Tolérance et efficacité de l'octréotide dans la prise en charge d'une rupture de varices œsophagiennes post-schistosomiase hépatosplénique

B.M. Ralaizanaka [1], N. Andriamandimbisoa [1], A. Randrianarisoa [1], J. Fenomanana [1], R. Rafaralahivoavy [1], L. Razafindrabekoto [1], C.I. Razafindrazoto [1], A.L.R. Rakotozafindrabe [2], T.H. Rabenjanahary [3], S.H. Razafimahefa [1], R.M. Ramanampamonjy [3]

(1) Fianarantsoa, MADAGASCAR ; (2) Antananarivo, MADAGASCAR ; (3) Tananarive, MADAGASCAR.

Introduction : La rupture des varices œsophagiennes (VO) est une urgence diagnostique et thérapeutique. Le pronostic est lié à l'hémodynamie, aux moyens de réanimation et à l'hémostase endoscopique par la ligature des VO. L'octréotide est un des traitements médicamenteux des hémorragies variqueuses. Cette étude évalue la tolérance et l'efficacité de l'octréotide dans le traitement des saignements variqueux post-schistosomiase hépatosplénique.

Matériels et Méthodes : C'est une étude transversale de 6 mois (mai à octobre 2023) dans une unité hémorragie digestive. Les critères d'inclusion étaient une hémorragie variqueuse sous octréotide avec un protocole en bolus de 50µg en intraveineuse suivi de 25µg/8 heures en sous cutané. Les causes cirrhotiques et l'octréotide injecté en pousse seringue électrique étaient exclues. Le diagnostic d'une schistosomiase hépatosplénique était posé devant un syndrome d'HTP, l'absence d'arguments biologiques et radiologiques d'une cirrhose hépatique et une fibrose péri-portale à l'échographie abdominale.

Résultats : Seize patients étaient retenus dans l'étude avec un sex ratio = 1. La moyenne d'âge était de 45 ans (20 à 72 ans). Le séjour moyen d'hospitalisation était de 6 jours. L'hématémèse était l'admission chez 62,5% des patients. Des épisodes de saignement digestif et de séances de ligature des VO étaient observés respectivement 87,5% et 56,25%. A l'admission, la PA moyenne était de 71 mm Hg (33 à 113 mm Hg) avec une moyenne de PAS à 98 mm Hg (60 à 148 mm Hg) et une moyenne de PAD à 57 mm Hg (20 à 100 mm Hg). La fréquence cardiaque (FC) moyenne était de 88/min (66 à 142/min). Une tachycardie >100/min et une PAS <90 mm Hg étaient respectivement présents chez 33,3% des patients. A la biologie, le taux moyen d'hémoglobine était de 58 g/l (28 à 130 g/l) et une hémoglobine <70 g/l était de 73,3%. Il y avait 85,71% de thrombopénie et une pancytopénie chez 57,14% des patients. Le taux moyen de la créatinine était de 96 µmol/l (40 à 419 µmol/l). En endoscopie, les varices œsophagiennes grade 3 avec signe rouge étaient retrouvées chez 92,3% des patients. Une transfusion de culots globulaires était réalisée dans 73%. Tous les patients avaient reçu un bolus de 50µg d'octréotide. L'administration de 25µg était de 2 doses (31,25%), de 3 à 5 doses (12,5%) et > 6 doses (56,25%). Après l'administration d'octréotide, les données hémodynamiques retrouvaient une PA moyenne de 93 mm Hg (63 à 100 mm Hg) avec une moyenne de PAS à 76 mm Hg (93 à 132 mm Hg), une moyenne de PAD à 48 mm Hg (48 à 84 mm Hg) et une FC moyenne de 57/min (60 à 120/min). Le taux moyen d'hémoglobine était de 74 g/l (48 à 91 g/l). Une tachycardie >100/min et un taux d'hémoglobine <70 g/l étaient présents respectivement chez un patient. Le taux moyen de la créatinine était de 54,5 µmol/l. Quatre patients étaient décédés et ils avaient reçu moins de 3 doses d'octréotide et aucune transfusion.

Discussion : Les recommandations thérapeutiques de la rupture des VO compliquant une HTP d'origine cirrhotique sont bien établies dans le consensus de Baveno VII. La présente étude avait rapporté un protocole thérapeutique différent à l'usage de l'octréotide et son indication dans l'HTP post-schistosomiase hépatosplénique. Une situation socio-économique défavorable d'un pays à faible ressource pourrait expliquée un tel essai clinique en faisant appel aux moyens disponibles localement devant la gravité et l'urgence thérapeutique d'une hémorragie variqueuse. Les résultats de cette étude sont limités par le faible échantillon de la population et les biais d'information suite à l'étude sans suivi.

Conclusion : L'usage de l'octréotide dans le traitement du saignement variqueux compliquant une HTP post-schistosomiase hépatosplénique serait bien toléré sur le plan hémodynamique et de la fonction rénale. Ce nouveau protocole d'octréotide en sous-cutané pourrait être aussi efficace que son administration intraveineuse. Les paramètres communs à l'usage d'octréotide dans l'hémorragie variqueuse dans cette étude seraient une FC >90/min, une PAM <70 mm Hg, une hémoglobine <70 g/l et des varices œsophagiennes grade 3 avec signe rouge. L'absence de transfusion et l'administration d'octréotide moins de 24 heures seraient liés à une hausse du décès.

P.412

Caractéristiques histologiques de la gastrite chronique à *Helicobacter pylori* : à propos de 302 cas

S. Aftis [(1)], H. Khadraoui [(1)], M. Nakmouche [(2)], H. Mahiou [(2)], W. Aissi [(1)], M. Oudjehih [(1)], F. Boutra [(3)], O. Bafdel [(1)]

(1) Batna, ALGÉRIE ; (2) Alger, ALGÉRIE ;
(3) Constantine, ALGÉRIE.

Introduction : L' *Helicobacter pylori* (*HP*) est une bactérie qui infecte préférentiellement l'épithélium gastrique humain. L'infection évolue vers la chronicité et peut se compliquer par un ulcère, un adénocarcinome par le biais d'une gastrite atrophique ou un lymphome du MALT.
L'objectif de notre étude était de définir les différents aspects histologiques de la gastrite associés à l'infection à *HP*.

Patients et Méthodes : Etude monocentrique, prospective colligeant 302 cas symptomatiques admis dans l'unité d'endoscopie du CHU de Batna à partir de février 2020 jusqu'à février 2023 pour exploration endoscopique haute avec biopsies à la recherche d'*HP* (protocole et classification de Sydney).
Critère d'inclusion : Tout patient dont la gastroscopie était indiquée pour pathologie digestive ou extra digestive suspecte d'*HP*, tout âge confondu, ont été exclus les ingestions récentes de produits caustiques et les hémorragies digestives massives.

Résultats : Sur l'ensemble de biopsies, 1% étaient non conformes à la lecture. 42,38% étaient pathologiques, mais n'avaient pas bénéficié d'une recherche de la bactérie, notamment en cas de néoplasie. À la suite d'une recherche active, la prévalence hospitalière avait remonté à 82%. L'âge moyen des cas infectés (n =249) était de 44,86 ans avec prédominance féminine (sex-ratio : de 0.83).
Presque la quasi-totalité des patients symptomatiques (98%) avait réellement un aspect pathologique. La gastrite chronique isolée a été retrouvée chez 96,79 % des patients. Les cas dégénérés (tous type de néoplasie) représentaient 3,21%. La majorité des cancers gastriques 8/9 étaient associé à l'HP avec un pourcentage de 89%. Les gastrites chroniques diffuses représentaient 83 % des cas.
Les différents paramètres du Sydney système étaient représentés selon leurs présence et degrés de sévérité. La cartographie de la métaplasie était utile. Les gastrites étaient majoritairement (71 %) de grade 2 ou 3. l'infiltrat inflammatoire était intense dans 31% des cas. L'activité remontait à 63% et était modérée ou intense dans 36% des cas, l'antibiothérapie modifiait énormément les caractéristiques de l'activité et la charge de l'HP qui était de faible intensité dans 44 % des cas. Néanmoins, elle se voyait élevée dans 14% des cas.
L'évolution vers l'atrophie constituait 48 % .Elle était légère dans 28%, et sévère dans 7%. 90 % des cas d'atrophie sévère étaient positif à l'*H. pylori*. La métaplasie intestinale retrouvée dans 19 % des cas, était souvent sévère (8% parmi les 19% décris), modérée dans 4% des cas. L'analyse des métaplasies multifocales révélait que 80% d'entre elles étaient associés à l'*HP*. Le fundus et l'antre pouvaient être métaplasiques mais de manière isolée dans 6% des cas, seulement 7% avaient une métaplasie multifocale.
Il avait une relation statistiquement significative entre l'âge et l'activité PNN, l'intensité de l'infiltrat Inflammatoire et la survenue de métaplasie Intestinale. En revanche, l'atrophie ne démontrait pas de lien avec l'âge. Il n'y avait pas de relation statistiquement significative entre le sexe et les différents paramètres histologiques.
Nous avons trouvé, une relation statistiquement significative (P<0,05) entre l'*HP* et le degré de l'infiltrat inflammatoire, l'activité, ainsi que l'atrophie muqueuse.

Conclusion : La gastrite était extrêmement fréquente, et précoce chez les patients infectés, il n'y avait pas de muqueuse normale, ni de gastrite aigue, L'atteinte chronique isolée et diffuse était de loin la plus retrouvée. L'évolution vers l'atrophie était plus fréquente et sévère en cas d'infection : Presque un patient sur deux 1/2 avait une atrophie à la biopsie, il devrait être sensibilisé, éradiqué et surtout pas réinfecté. La métaplasie intestinale était retrouvée avec un chiffre alarmant : Presque 1 patient parmi 5, peu importe son dégrée.

L'*HP* semblait augmenter l'intensité de l'infiltrat inflammatoire, l'activité de la gastrite et accélérait la sévérité d'atrophie. Paradoxalement, nous n'avons pas trouvé de relation statistiquement significative entre la présence de la bactérie et la métaplasie.

P413

Syndrome de Plummer Vinson : 18 ans d'expérience d'un centre d'endoscopie digestive

S. Diallo [1], T. Sidibe [1], M.P. Fall [1], M.N. Gueye [1], A.B. Fall [1], A. Yauck [1], M.L. Bassène [1]

(1) Dakar, SÉNÉGAL.

Introduction : Le syndrome de Plummer Vinson (SPV) est une pathologie rare. Elle est caractérisée par l'association d'une dysphagie, d'une anémie ferriprive et d'un anneau membraneux au niveau de l'œsophage cervical. En Afrique, quelques séries courtes ont été rapportées.
L'objectif de notre étude était d'évaluer les aspects cliniques, paracliniques, thérapeutiques et évolutifs des patients présentant un SPV.

Patients et Méthodes : Nous avons réalisé une étude rétrospective, descriptive et analytique sur une période de 18 ans allant du 1er janvier 2005 au 31 décembre 2022 au niveau du centre d'endoscopie de l'hôpital… . Ont été inclus tous les patients qui présentaient un SPV avec un suivi minimal de 9 mois.

Résultats : Nous avons inclus 219 patients. L'âge médian des patients était de 36 ans (extrêmes 13-96 ans). La tranche d'âge entre 21 et 30 ans était la plus représentée. Il y avait 91% de femmes avec un sex-ratio de 0,1.Des antécédents de saignement chronique étaient notés chez 53 patients (24,2%). Les manifestations cliniques étaient dominées par la dysphagie dans 100 % des cas et une chéilite angulaire dans 63 %. Une anémie ferriprive était présente dans 53,8 % des cas. Le taux moyen d'hémoglobine était de 10,5 g/dL (extrêmes 4 et 17 g/dL). L'endoscopie-œso-gastroduodénale objectivait un anneau de l'œsophage cervical sténosant dans tous les cas. Elle révélait dans 3 cas une tumeur ulcéro-bourgeonnante de l'œsophage associée au SPV. A l'histologie, il s'agissait d'un carcinome épidermoïde dans tous les cas.
Sur le plan thérapeutique, une supplémentation en fer était instituée chez 123 patients (56%) associée à une dilatation endoscopique aux bougies de Savary et Gilliard chez 195 patients (89%) avec une moyenne de 2 séances (extrêmes 1 à 20). Après 3 séances de dilatation endoscopique, une disparition de l'anneau était notée dans 70 % des cas . Au cours du suivi, il y avait 27,2 % de patients perdue de vue et une récidive de la dysphagie dans 6 % des cas .

Conclusion : Dans le centre d'endoscopie de l'hôpital … le SPV survient le plus souvent chez la femme jeune en période d'activité génitale. La supplémentationen fer associée à la dilatation endoscopique aux bougies de Savary Gilliard est un traitement efficace. Cependant le SPV est une lésion prénéoplasique et une surveillance endoscopique est nécessaire pour une detection précoce du cancer de l'œsophage.

P.414

Helicobacter pylori : une infection asymptomatique signifie-t-elle l'absence de lésions gastroscopiques ?

H. Aouroud [1], M. Aouroud [1], F.E. Lairani [1], O. Nacir [1], A. Ait Errami [1], S. Oubaha [1], S. Zouhour [1], K. Krati [1]
(1) Marrakech, MAROC.

Introduction : L'infection par *Helicobacter pylori* demeure la plupart du temps asymptomatique. On estime que seulement 20% des personnes contaminées par *Helicobacter pylori* présentent des symptômes cliniques en lien avec l'infection chronique : Gastrite chronique et la majorité du reste auront des lésions endoscopiques. Le but de notre étude était de déterminer les caractéristiques cliniques communes des patients infectés par *H. pylori* (HP) et étudier la relation entre l'infection par *H. pylori* et les symptômes cliniques et les manifestations gastroscopiques, en mettant l'accent sur les manifestations cliniques chez les patients asymptomatiques.

Patients et Méthodes : Nous avons obtenu les données de l'examen physique des patients qui ont subi le test respiratoire à l'urée 13C ou une biopsie gastrique entre Janvier 2015 et décembre 2022 dans notre hôpital. Les données démographiques de base, les données du questionnaire sur les symptômes cliniques et les données de l'examen clinique des patients ont également été recueillies, et l'analyse de corrélation a été effectuée.

Résultats : Un total de 716 participants ont été inclus dans l'étude. Le taux global d'infection par *H. pylori* était de 26,30 %. Les symptômes cliniques entre les patients *H. pylori* positifs et les patients *H. pylori* négatifs ne différaient pas de manière significative (P>0,05). Cependant, les patients *H. pylori*-positifs présentaient des manifestations gastroscopiques plus sévères (P<0,001).

Conclusion : Les patients infectés par HP ne présentaient pas de symptômes gastro-intestinaux spécifiques. Les patients atteints d'une infection asymptomatique présentaient des manifestations gastroscopiques étaient similaires à celles des patients atteints d'une infection symptomatique, et leurs lésions étaient plus sévères que celles des personnes séronégatives pour *H. pylori*-. Cette étude fournit une base théorique pour envisager la nécessité d'un traitement d'éradication chez les patients présentant une infection asymptomatique.

P.415

Connaissances, attitudes et pratiques des médecins généralistes sur la gestion de l'infection à *Helicobacter pylori*

K. Diallo [1], M.E. Dagan [2], D. Diallo [1], S.M. Sylla [1], O. Sow [1], F.D. Barry [1], A. Diallo [1], N.B. Doumbouya [1], A.R. Kpossou [2]
(1) Conakry, GUINÉE ; (2) Cotonou, BÉNIN.

Introduction : L'*Helicobacter pylori* (Hp) est une bactérie à gram négatif, fréquent en Afrique, du fait de la promiscuité et du bas niveau socio-économique. Il joue un grand rôle dans la pathogénie de la plupart des maladies digestives, notamment la maladie ulcéreuse gastroduodénale, l'adénocarcinome gastrique, le lymphome de Mucosa-Associated Lymphoid Tissue (MALT) et de façon incertaine la dyspepsie. Son diagnostic repose sur des méthodes invasives et non invasives et son traitement sur l'association des antibiotiques et des anti-sécrétoires, avec des schémas variables selon la région géographique et les recommandations locales du bon usage des antibiotiques. Les médecins généralistes sont les premiers acteurs dans la prise en charge des affections digestives. Plusieurs initiatives et recommandations des sociétés savantes ont été entreprises pour renforcer la pratique de ces professionnels sur la gestion appropriée des infections à Hp. Dans notre contexte, les soins de santé primaire sont assurés par les médecins généralistes qui, le plus souvent prescrivent des schémas d'éradication sans preuve évidente et sans suivi approprié. C'est pour ces raisons que nous avons entrepris cette étude qui avait pour objectif d'évaluer les connaissances, les attitudes et les pratiques (CAP) des médecins généralistes sur la gestion de l'infection à Hp.

Matériels et Méthodes : Il s'agissait d'une étude transversale, de type analytique sur une période de trois mois, ayant inclus des médecins généralistes, d'au moins deux années d'ancienneté. Ces médecins exerçaient dans l'un au moins des structures sanitaires suivantes de Conakry : Centre Hospitalier Universitaire (Hôpitaux Nationaux Donka et Ignace Deen), Hôpital Sino-guinéen, six centres médicaux communaux, huit cliniques privées. Des scores pré-établis variant de 25 à 75% étaient utilisés pour évaluer le niveau de CAP des généralistes sur l'infection à Hp.
Une question est correcte, lorsqu'elle est réussie à plus de 50% et le répondant obtient un score égal à 1. Elle est incorrecte lorsqu'elle n'est pas répondue à 50% et le répondant à un score égal à 0. Ensuite un score total est attribué au répondant en faisant la somme des scores. Le niveau est considéré comme faible si le score total est < 25%, moyen si le score total est entre 25-50%, bon si le score total se trouve entre 50-75% et très bon si le score total est > 75%. Le niveau de CAP est ensuite reparti en deux groupes de faible et bon. Pour un score < 60% le niveau de CAP était faible et bon si le score ≥ 60%. Des analyses uni et multivariée ont été réalisées pour identifier les facteurs associés aux CAP des médecins généralistes sur la gestion de l'infection à Hp. Le seuil de significativité a été fixé à un p-value ≤ 0,05 pour les comparaisons.

Résultats : Sur 384 enquêtés, seuls 236 avaient rempli le questionnaire (61,5%). L'âge moyen des enquêtés étaient de 34,7 ± 6,9 ans, avec des extrêmes de 25 et 65 ans et un sex-ratio de 3,1. Plus de la majorité des enquêtés avaient un faible niveau de connaissance sur l'infection à Hp (64,8% avec un score de ≤ 25%) et un tiers avaient de bonnes attitudes/pratiques (29,2% avec un score de 50 à 75%).
Les principaux symptômes liés à l'infection à Hp, cités par les enquêtés étaient les épigastralgies dans 94,1%, les régurgitations dans 70,3% et les douleurs retro sternales dans 44,5%. Presque tous les médecins avaient rapporté la maladie ulcéreuse comme principale indication de recherche d'Hp (91,9%). Les moyens diagnostiques les plus cités étaient la sérologie d'Hp (46,6%) et l'histologie des biopsies gastriques (71,2%). Plus de la moitié, utilisait la trithérapie classique pour l'éradication de l'infection à Hp (80,9%) et seulement 29,7% contrôlaient l'éradication. En analyse univariée, les facteurs associés aux connaissances étaient l'âge (p=0,029) et le sexe (p=0,018) et ceux des attitudes/pratiques étaient le sexe (p=0,014) et le type de structure (P=0,002). En multivariée, aucun facteur n'était significativement associé au niveau de connaissances des médecins généralistes.

Cependant le sexe masculin et le type de structure étaient significativement associés aux bonnes attitudes/pratiques avec des p-values respectifs de 0,015 et 0,002.
Mots clés : Infection à *Helicobacter pylori*, connaissances, attitudes, pratiques, médecins généralistes

Conclusion : Il ressort de cette étude un niveau faible de connaissance des médecins généralistes sur l'infection à Hp, ainsi que sur les attitudes/pratiques. Ce constat est plus marqué chez les médecins généralistes, âgés de plus de 35 ans et exerçant dans les structures privées. Des enseignements post universitaires sur l'infection à Hp de cette couche améliorerait la prise en charge de cette affection.

P416

La sténose ulcéreuse bulbaire : aspects clinique, thérapeutique et évolutif

S. Chtioui [1], M. Medhioub [1], A. Khsiba [1], A. Ben Mohamed [1], M. Mahmoudi [1], M. Yakoubi [2], L. Hamzaoui [1], M. Azouz [1]
(1) Nabeul, TUNISIE ; (2) Tunis, TUNISIE.

Introduction : La maladie ulcéreuse du bulbe compliquée de sténose est une situation non exceptionnelle en Tunisie. La dilatation endoscopique associée à l'éradication de HP constitue un traitement efficace de cette complication. Les objectifs de notre travail étaient de décrire les aspects clinique, thérapeutique et évolutif de la sténose ulcéreuse bulbaire et de déterminer les facteurs prédictifs d'échec et de complication du traitement endoscopique.

Patients et Méthodes : Il s'agissait d'une étude rétrospective incluant tous les patients hospitalisés pour sténose ulcéreuse du bulbe au service d'hépato-gastro-entérologie à l'hôpital Mohamed Taher Maamouri de Nabeul sur une période de 12 ans allant de janvier 2010 à décembre 2022.

Résultats : Il s'agissait de 137 patients dont 116 hommes avec un sex-ratio de 5,5. Ils étaient âgés en moyenne, de 51,7 ans [20-80]. Le tabagisme était noté dans 67,9% des patients. Six patients étaient sous AINS (4,4%). L'IMC moyen était égal à 21±3,3 Kg/m^2 [15-29]. Tous nos patients présentaient un syndrome de sténose digestive haute avec une durée moyenne d'évolution de la symptomatologie de 17,84 mois [1-30]. A l'admission, 129 patients étaient mis sous IPP double dose avec une durée moyenne de 7±3,3j. Un échec du traitement médical a été noté chez 77 patients (56,2%) avec persistance de la sténose bulbaire au contrôle endoscopique . Ces patient ont eu une dilatation endoscopique de la sténose bulbaire avec un nombre moyen de 2 séances / patient [1-4]. Le diamètre maximal du ballonet de dilatation variait entre 15 et 28mm. Le taux d'échec de la dilatation était de 16%. Une complication post dilatation était notée dans 37,2% des cas : 35% des patients avaient un saignement minime et 2,2% des patients avaient une perforation. Le traitement chirurgical a été indiqué dans 33 cas (24%). L'infection par HP a été documentée par un examen histopathologique chez 123 patients (89,8%). Une cure anti-HP a été prise correctement dans 78,1% des patients. Le contrôle histologique d'éradication n'a été pratiqué que dans 47,6% des cas seulement.
En analyse univariée, le tabagisme (p=0,05) et l'ancienneté de la symptomatologie (p=0,05) étaient des facteurs prédictifs d'échec du traitement endoscopique et du recours à la chirurgie. Le nombre de séances de dilatation (p=0,03) et la durée d'évolution de la symptomatologie (p=0,037) étaient des facteurs prédictifs de complications de la dilatation endoscopique.

Conclusion : Dans notre pays, la sténose ulcéreuse bulbaire demeure une situation non rare. La dilatation endoscopique constitue le principal moyen thérapeutique avec un taux d'échec faible. La durée d'évolution de la symptomatologie était le principal facteur déterminant d'échec et de complication du traitement endoscopique.

P.417

La toxicomanie et le RGO : un lien dissimulé !

N. Al Maimouni [(1)], L. El Rharbaoui [(1)], O. Lakhdar [(1)], O. Merzouki [(1)], H. Ouaya [(2)], H. Meyiz [(1)], I. Mellouki [(1)]
(1) Tanger, MAROC ; (2) Marrakech, MAROC.

Introduction : La toxicomanie constitue un problème majeur de santé publique, cependant, ses impacts sur le transit gastro-intestinal, en particulier en ce qui concerne le reflux gastro-œsophagien (RGO), sont souvent sous-estimés. L'objectif de cette étude est de rapporter la prévalence du RGO chez les toxicomanes, à la fois avant et après leur sevrage, au sein d'un centre spécialisé.

Matériels et Méthodes : Il s'agit d'une étude transversale, descriptive qui s'est déroulée en novembre 2022 au sein d'un centre de traitement pour les toxicomanes. L'enquête a été réalisée à l'aide d'un questionnaire rempli par le médecin, recueillant des informations sur les caractéristiques sociodémographiques des patients, le type de drogue consommée, la durée de la consommation, ainsi que les troubles digestifs présents avant et après l'administration de la méthadone. L'analyse des résultats est effectuée par le logiciel SPSS version 27.

Résultats : Au total, notre étude a inclus 142 patients. L'âge médian était de 43 ans [37 ;50], avec des extrêmes d'âge variant entre 26 et 68 ans. Nous avons observé une nette prédominance masculine, avec 139 hommes et 3 femmes. Pour ce qui est du niveau d'éducation, la moitié des patients avaient un niveau primaire (57%), 31% avaient un niveau secondaire, et 12% n'étaient pas scolarisés. En ce qui concerne les antécédents des patients, 4% d'entre eux avaient des antécédents de péritonite par perforation d'ulcère gastrique (N=6).
La majorité des patients utilisaient de l'héroïne (N=140, soit 98,6%). La cocaïne était consommée par 112 patients (79%). On a observé une association avec les amphétamines chez 36 patients (25,4%), les benzodiazépines chez 44 patients (31%), et la consommation de LSD chez un seul patient.
La consommation de tabac a été rapportée chez 134 patients (94,4%), l'alcool chez 57 patients (40,1%), et le cannabis chez 117 patients, soit 82,4%.
L'âge médian de début de consommation des drogues était de 20 ans [17 ;26] et la durée médiane de la consommation était de 21 ans [16.7 ;28]
Dans notre étude, nous avons observé que 41% des patients (N = 57) présentaient les signes typiques du RGO, ce qui en faisait le trouble digestif le plus fréquemment rapporté. Parmi ces patients atteints de RGO, une grande majorité, soit 98%, étaient des consommateurs d'héroïne (N = 56), tandis que 75% d'entre eux utilisaient à la fois de l'héroïne et de la cocaïne (N = 45). De plus, 97,7% de ces patients présentaient également une consommation de tabac (N = 54), tandis que 86% étaient des consommateurs de cannabis (N = 49), 47,3% consommaient de l'alcool (N = 27), et 35% avaient recours aux benzodiazépines (N = 20).
Parmi ces malades 24,5% ont eu recours aux IPP dont 15,7% en vente libre et 8,7% sur prescription médicale lors d'une consultation.
Après le sevrage par le traitement substitutif à la méthadone, une nette amélioration des symptômes de RGO a été observée chez les patients. En particulier, nous avons constaté une diminution marquée des symptômes, avec une réduction de moitié chez les consommateurs d'héroïne (N = 29, soit 50,8%), ainsi que chez les consommateurs de cocaïne et d'héroïne (N = 18, soit 31%). De plus, une amélioration notable a été observée chez les fumeurs (N = 29, soit 50,8%), les consommateurs de cannabis (N = 27, soit 47%), les consommateurs d'alcool (N = 14, soit 24,5%), et les utilisateurs de benzodiazépines (N = 8, soit 14%).

Conclusion : Le reflux gastro-œsophagien s'avère fréquent chez les toxicomanes ce qui souligne l'importance d'une prise en charge médicale globale et d'un sevrage encadré pour contribuer à l'amélioration de leur qualité de vie.

P.418

Sujet âgé vs sujet jeune : particularités cliniques, endoscopiques et thérapeutiques en cas d'hémorragie digestive haute. Étude prospective

R. Chaibi [(1)], F. Ait Iken [(1)], J.Y. Bangda Ekanga [(1)], A. Benhamdane [(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'hémorragie digestive haute (HDH) constitue l'urgence diagnostique et thérapeutique la plus 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'hémorragie digestive haute entre les sujets jeunes et sujets âgés.

Matériels et Méthodes : Il s'agit d'une étude prospective transversale monocentrique à propos de 332 patients, menée sur une période d'un an entre juin 2021 et août 2022.
Nous avons inclus dans notre étude tous les patient admis dans notre formation pour HDH. Nous avons réparti nos patients en 2 groupes, le groupe A correspondant aux sujets âgés ≥ 65 ans et le groupe B correspondant aux patients < 65 ans.

Résultats : Parmi les 332 patients colligés, 38,9% avaient plus de 65 ans. Le sex ratio H/F était de 2,79. Trente et un pourcent des patients étaient sous traitement anti-thrombotique, et 38,8 % 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 (31,8% vs 10,8%, p<0,001) la présence de comorbidités (39,1% vs 20,7 % p<0,001) la présence d'un saignement actif (9,3% vs 18,7%, p=0,019) et le recours à l'hémostase endoscopique (8,5% vs 17,7%, p= 0,019).
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 29,63 la probabilité de recours à une hémostase endoscopique (OR: 29,62, IC : 13,52- 64,90, 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 que les sujets âgés avaient plus de 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.

P419

Prévalence et facteurs associés à la métaplasie intestinale dans les gastrites chroniques dans un pays à forte endémicité à *Helicobacter pylori* : cas de la Côte d'Ivoire

G.D. Kouamé [(1)], K. Mahassadi [(1)], M.F. Yao-Bathaix [(1)]

(1) Abidjan, CÔTE D'IVOIRE.

Introduction : Peu d'études ont été faites dans un pays à forte endémicité à infection à *Helicobacter pylori* en Afrique Subsaharienne à la recherche de l'association de la Métaplasie intestinale (MI) avec une gastrite chronique. Nous faisons l'hypothèse que la MI est corrélée avec l'intensité de l'infection à *H. pylori* dans un pays à forte endémicité, la Côte d'Ivoire. Le but de notre étude était de déterminer la prévalence et les facteurs associés à la métaplasie intestinale dans les gastrites chroniques à *Helicobacter pylori* en Côte d'Ivoire.

Patients et Méthodes : Il s'agissait d'une étude prospective, transversale, multicentrique, réalisée sur une période de 5 mois, dans les centres hospitaliers de références d'Abidjan, spécialisés en Hépato-Gastro-Entérologie. Ont été inclus tous les patients qui avaient bénéficiés d'une Gastroscopie avec biopsies selon les critères du Sydney System pour l'étude anatomopathologique, ceux ayant une gastrite chronique et /ou métaplasie intestinale à *H. pylori* à l'histologie et chez qui tous les paramètres de la classification du sydney system avaient été bien renseignés. Les données ont été enregistrées dans Cspro version 7.2 puis exportées dans spss 26.0 pour analyse statistique. Les variables quantitatives ont été exprimées par leurs moyennes accompagnées de leurs écarts types et les variables qualitatives par leurs effectifs et pourcentages. Les tests de chi deux et Fischer ont été utilisés pour rechercher les associations entre les variables. Le seuil de significativité a été fixé à 5%.

Résultats : 152 patients ont été retenus. L'âge moyen était 44,9±12,9 ans avec une prédominance du sexe féminin (70,4%). La prévalence de la métaplasie intestinale était de 11,8%. En analyse univariée on n'avait pas retrouvé d'association significative entre les facteurs sociodémographiques (sexe, ethnie, niveau scolaire, profession), cliniques et anatomopathologique et la métaplasie intestinale dans les gastriques chroniques à *Helicobacter pylori*. Il n'y avait pas une association significative entre la métaplasie et l'intensité de l'infection à H.pylori (p=0,82). L'âge était le seul facteur de risque associé à la métaplasie intestinale dans l'étude comparative des deux populations avec et sans métaplasie intestinale. Il n'y avait pas non plus une association significative entre la métaplasie intestinale et le degré de sévérité de la gastrite chronique (p=0,08). Par contre en analyse multivariée on retrouvait que la MI était négativement associée à la prise prolongée des IPP et à un antécédent de RGO.

Conclusion : La prévalence de la métaplasie intestinale dans notre série était de 11,8%. L'âge était le seul facteur de risque associé à la métaplasie intestinale dans l'étude comparative des deux populations avec et sans métaplasie intestinale. Nos résultats suggèrent aussi que ni l'intensité de l'infection de l'*Helicobacter pylori*, ni l'activité de la gastrite n'influencent directement le développement de la métaplasie intestinale. Cependant la prise prolongée des IPP et le RGO protègeraient de la survenue d'une métaplasie dans les gastrites chroniques à H.pylori.

P420

Evaluation de la qualité de vie des patients ayant un reflux gastro-œsophagien

F.Z. Benamor Seghir [(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 : Le reflux gastro-œsophagien (RGO) est une affection chronique constituant un problème de santé publique : motif de consultation fréquent, prévalence élevée, retour fréquent aux soins, altération de la qualité de vie des patients, complications.Le but de notre étude est d'évaluer l'impact du RGO sur la qualité de vie de nos patients et déterminer les principaux facteurs participants à son altération.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude prospective descriptive, étalée entre Avril et Septembre 2023, colligeant 82 patients suivis en consultation de gastro-entérologie pour un RGO typique associé ou non à des manifestations extra-digestives.Le Reflux-Qual simplifié (RQS®), un questionnaire simple, fiable et sensible, a été utilisé pour l'évaluation de la qualité de vie de ces patients.

Résultats : L'âge moyen des patients était de 43 ans avec un sex-ratio (F/H) de 2,15.89% des patients (N=73) étaient d'origine urbaine. 86% (N=71) avaient un niveau socio-économique moyen à bas.Dans les antécédents, 31,7% (N=26) étaient tabagiques actifs, 12,2% (N=10) étaient alcoolique occasionnel, 8,5% (N=7) avaient un antécédent familial de cancer gastrique et 2,4% (N=2) étaient suivis pour sclérodermie.Le diagnostic de RGO était 100% clinique définit par l'association de régurgitations, pyrosis et syndrome postural. La durée moyenne d'évolution était de 4,3 ans. La fréquence moyenne du RGO par jour était de 3,3 épisodes par jour.

Les principaux produits alimentaires favorisant le RGO étaient : le thé chez 90,2% (N=74), les tomates chez 74,4% (N=61), les agrumes chez 67% (N=55) et le café chez 52% (N=43).

Concernant les valeurs de l'IMC, 2,4% (N=2) étaient en insuffisance pondérale, 52,5% (N=43) avaient un poids normal, 39% (N=32) étaient en surpoids et 6,1% (N=5) étaient en obésité modérée.

La FOGD était réalisé chez 75,6% des cas (N=62) révélant des anomalies chez 53% (N=33) des cas. Les lésions endoscopiques trouvées étaient réparties comme suit : gastrite chez 21 patients, hernie hiatale par glissement chez 10 patients, œsophagite peptique non sévère chez 5 patients et sévère chez 2 patients.

Tous nos malades recevaient un traitement anti-reflux au moment du questionnaire (inhibiteur de la pompe à protons). Une altération de la qualité de vie définit par un Reflux-Qual simplifié (RQS®) <16 était mise en évidence chez 28% (N=23) des malades.

Il existe une relation statistiquement significative entre le score RQS et les paramètres suivants :

- Le sexe : RQS était plus altéré chez les femmes (p=0,04)
- La fréquence des symptômes : plus les symptômes sont fréquents plus le RQS est bas (p=0,001).
- La durée d'évolution : plus les symptômes duraient >2ans plus le RQS était bas (p=0,003)

L'âge, l'IMC et les aliments précédemment décrits n'étaient pas corrélés à une modification significative de la QDV (p=0,45, p=0,56 et p=0,63 respectivement).

Conclusion : Dans notre étude une altération de la qualité de vie est notée chez 28 % des patients présentant un RGO. Cette altération est d'autant plus importante pour les patients de sexe féminin ayant des symptômes fréquents et évoluant de plus de 2 ans.

P.421

Aspects étiologiques et évolutifs de l'hémorragie digestive haute chez le sujet âgé

C. El Manjra [(1)], I. Bounouar [(1)], F.E. Lairani [(1)], O. Nacir [(1)], A. Ait Errami [(1)], S. Oubaha [(1)], Z. Samlani [(1)], K. Krati [(1)]
(1) Marrakech, MAROC.

Introduction : L'hémorragie digestive haute (HDH) est un motif de consultation fréquent aux urgences, avec une incidence annuelle de 40-150/ 100000 habitants de part le monde. Ses principales étiologies sont représentées par les causes non variqueuses. Elle aboutit à un nombre important d'hospitalisations, et est grevée d'une morbi-mortalité non négligeable, surtout chez le sujet âgé.
Le but de notre travail est de déterminer les aspects étiologiques et évolutifs de l'hémorragie digestive haute chez une catégorie particulière de patients, à savoir les sujets âgés.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude descriptive prospective étalée sur 2 ans (Janvier 2021- Janvier 2023) menée dans notre service d'endoscopie digestive. Ont été inclus dans l'étude tous les patients âgés de plus de 60 ans ayant bénéficié d'une exploration endoscopique dans le cadre d'une hémorragie digestive haute.

Résultats : Durant cette période, 326 cas ont été colligés. La moyenne d'âge de nos patients était de 72 ans, avec des extrêmes allant de 60 à 86 ans. Il y'avait une prédominance masculine (62.6% d'hommes et 37.4% de femmes) avec un sex-ratio de 1.6.
Les patients présentaient des comorbidités dans 52% des cas. La prise d'anticoagulants ou d'antiagrégants plaquettaires a été notée chez 36% de nos malades, alors que la prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) a été retrouvée chez 22%. 42% de nos patients ont nécessité une transfusion sanguine.
L'endoscopie digestive haute était pathologique dans 98.2% des cas. Les lésions retrouvées étaient représentées par des lésions muqueuses érosives de l'œsophage, estomac ou duodénum dans 26.7% des cas, un ulcère gastro-duodénal (UGD) dans 20.9% des cas, une rupture de varices œsophagiennes (RVO) dans 19.7% des cas, une œsophagite dans 19.2% des cas, une tumeur gastrique dans 4.6% des cas, des angiodysplasies dans 3.3% des cas, un syndrome de Mallory-Weiss dans 2.6% des cas et une rupture de varice gastrique dans 1.2% des cas. Chez 6 patients soit 1.8% de notre échantillon, la gastroscopie était normale, et la cause de l'hémorragie digestive n'a pu être déterminée. Une récidive hémorragique a été notée chez 12% de nos malades, tandis que la mortalité était de 7.2%.

Conclusion : L'hémorragie digestive haute du sujet âgé est en entité particulière de part sa gravité et le taux de mortalité élevé qui en découle. C'est une population fragile, porteuse de comorbidités fréquentes, et souvent sous traitements favorisant l'hémorragie digestive. De ce fait, une attention particulière doit être accordée à cette catégorie de malades, et une prise en charge multidisciplinaire s'avère nécessaire.

P.422

Corrélation entre le reflux gastro-œsophagien et l'indice de masse corporelle : sévérité des symptômes et constations endoscopiques

F. Ghrab [(1)], H. Gdoura [(2)], L. Chtourou [(2)], M. Moalla [(2)], L. Mnif [(2)], A. Amouri [(2)], M. Boudabbous [(2)], N. Tahri [(2)]
(1) Gabès, TUNISIE ; (2) Sfax, TUNISIE.

Introduction : Diverses études ont déjà établi un lien significatif entre l'augmentation de l'indice de masse corporelle (IMC) et les symptômes du reflux gastro-œsophagien (RGO). Les modifications anatomiques et physiologiques dues à l'obésité expliquent cette association. Notre étude vise à évaluer l'incidence de l'obésité dans une cohorte de patients atteints de RGO, en analysant la relation entre la sévérité des symptômes et l'IMC, tout en identifiant les aspects endoscopiques associés.

Matériels et Méthodes : Nous avons mené une étude rétrospective qui a inclus les patients suivis en consultation externe au cours de l'année 2021-2022. Cette étude a englobé plusieurs groupes de patients, notamment ceux présentant un poids normal, défini par un indice de masse corporelle (IMC) compris entre 18,5 et 24,9 kg/m², ceux en surpoids, définis par un IMC compris entre 25 et 29,9 kg/m², ainsi que ceux atteints d'obésité, définie par un IMC ≥ 30 kg/m². Les patients ont été interrogés au sujet de leurs symptômes liés au reflux gastro-œsophagien (RGO), notamment les symptômes typiques tels que le pyrosis et les régurgitations acides, ainsi que les symptômes atypiques tels que la toux chronique, le hoquet, l'enrouement de la voix, les laryngites récurrentes, les troubles du sommeil, les éructations, etc. Ces symptômes ont été évalués et classés en catégories légères, modérées et sévères en fonction de leur fréquence et de leur horaire de survenue.
Une étude statistique descriptive puis analytique utilisant le logiciel SPSS (version 26, test khi 2, p significatif si < 0,05) a été réalisée.

Résultats : Pendant la période de l'étude, un total de 81 patients a été recensé, comprenant 54 femmes et 27 hommes, avec un âge moyen de 51,14 ans (allant de 16 à 81 ans). Parmi ces patients, 15,9 % avaient un poids considéré comme normal, 40,2 % étaient en surpoids, et 42,7 % étaient atteints d'obésité. Un total de 24 patients étaient des fumeurs (29,6 %), et dix patients consommaient de l'alcool (12,3 %). Le diagnostic de reflux gastro-œsophagien (RGO) a été établi cliniquement, caractérisé par la présence de pyrosis chez 75,3 % des patients et de régurgitations acides chez 46,9 % d'entre eux, en plus d'autres symptômes atypiques tels que la toux chronique (18,5 %), les éructations (9,9 %), l'enrouement de la voix (6,2 %), les nausées (4,9 %), les troubles du sommeil (4,9 %), le hoquet (3,7 %), et les laryngites à répétition (2,5 %). Les symptômes ont été classés comme sévères dans 38,3 % des cas, modérés dans 56,8 % des cas, et légers dans 3,7 % des cas. Près de la moitié des patients (n=40) ont signalé une composante diurne et nocturne de leurs symptômes. Une endoscopie œso-gastro-duodénale (EOGD) a été réalisée chez 97,5 % des patients, parmi lesquels 24,4 % présentaient une hernie hiatale, 26,8 % une œsophagite peptique, et un seul cas présentait une lésion d'endobrachyœsophage.
Les patients ayant un poids normal (n=13) présentaient tous des symptômes qualifiés de modérés. Parmi les patients en surpoids, vingt-quatre (72,7 %) avaient des symptômes modérés, tandis que huit patients (24,2 %) présentaient des symptômes sévères, avec 93,9 % des EOGD présentant des résultats pathologiques (hernie hiatale n=9, œsophagite peptique n=10, EBO n=1). La majorité des patients atteints d'obésité (65,7 %) consultaient en raison de symptômes sévères, tandis que 25,7 % consultaient pour des symptômes modérés, avec 94,3% des EOGD montrant des résultats pathologiques (31,4 % hernie hiatale, 31,4 % œsophagite peptique), avec un taux de corrélation statistiquement significatif (p<0,001).

Conclusion : Selon notre étude, une association significative a été établie entre le reflux gastro-œsophagien (RGO) et l'obésité. Nos résultats mettent en évidence une augmentation notable de la prévalence des symptômes du RGO qualifiés de sévères en parallèle avec l'augmentation de l'indice de masse corporelle (IMC).

P.423

Automédication par les inhibiteurs de la pompe à protons chez le personnel de santé

L. Grihe [1], W. Boukamza [1], H. Ouaya [1], H. Meyiz [1], I. Mellouki [1]
(1) Tanger, MAROC.

Introduction : Les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) sont commercialisés depuis plus de vingt ans, et représentent l'une des classes thérapeutiques les plus prescrites, occupant ainsi une place importante dans l'arsenal thérapeutique. Néanmoins, ce sont des médicaments qui ne sont pas totalement anodins, et dont l'accès libre augmente le risque de survenue de complications et d'effets indésirables liés notamment à l'automédication.
Le but de l'enquête est d'évaluer la fréquence et les modalités de l'automédication par les inhibiteurs de la pompe à protons chez le personnel de santé.

Matériels et Méthodes : Nous avons mené à travers un questionnaire une étude transversale, prospective et évaluative, nous avons interrogé 120 médecins (internes et résidents).

Résultats : Le sexe ratio H/F était de 0.9, et l'âge moyen était de 27. Les médecins résidents représentaient 59.2%(n= 71), et les médecins internes représentaient 40.8%(n=49). Concernant les antécédents, 79.2% (n= 95), n'avaient pas d'antécédents particuliers, et 20.8%(n= 25), souffraient d'une pathologie. La majorité des interrogés (85.8%) (n= 103), ont déjà pris un inhibiteur de la pompe à protons. Plus que la moitié (56.9%) l'avaient pris sans prescription médicale, et 28.9% l'avaient pris avec prescription médicale. Seulement 14.2% (n= 17), qui n'ont jamais pris d'inhibiteurs de la pompe à protons. Les conseils sur la prise de ce médicament ont été donné par un médecin ou un pharmacien dans 57.5%(n= 71), par un délégué médical dans 16.7% (n= 19) des cas, 5.8%(n= 7) par l'entourage, et 20%(n= 23) des interrogés n'ont pas reçu de conseils avant la prise de l'inhibiteur de la pompe à protons. L'indication principale de la prise de sa prise était des épigastralgies chez 38.3%(n= 46) des interrogés, l'éradication de l'*Helicobacter pylori* chez 31.7%(n= 38), un reflux gastro-œsophagien chez 28.3%(n= 34), une dyspepsie fonctionnelle chez 15%(n= 18), et 5%(n= 7) des interrogés l'ont pris en association avec un autre traitement médical. La molécule choisie était l'oméprazole dans 47.9%(n= 56) des cas, l'ésoméprazole dans 46.2%(n= 54), le pantoprazole dans 4.3%(n= 5) des cas. La durée de la prise était moins d'une semaine chez 27.5%(n= 33) des interrogés, d'une semaine à un mois chez 24.2%(n= 29), et plus d'un mois chez 48.3%(n= 58) des interrogés. Le critère de choix était son efficacité dans 67.5%(n= 81) des cas, son coût dans 29.2%(n= 35), recommandation du pharmacien dans 13.3%(n= 16), et recommandation du délégué médical dans 6.7%(n= 8) des cas. Le rythme de la prise de l'inhibiteur de la pompe à protons était majoritairement (60%(n= 72)) en fonction des symptômes, et journalier chez 40%(n= 48) des interrogés. La majorité des interrogés (76.7 %(n= 92)) n'ont pas eu d'effets indésirables secondaires à la prise d'IPP, tandis que 23.3%(n= 28) ont eu des effets secondaires. La majorité des interrogés 62.5 %(n= 75) ne connaissaient pas les risques et les complications engendrés par la prise des inhibiteurs de la pompe à protons. Dans notre étude, 50.8%(n= 61) consultaient un médecin en cas de survenue de complications ou d'effets indésirables et 47.9%(n= 56) des interrogés ne consultaient pas.

Conclusion : Notre étude a révélé une proportion relativement élevée de l'automédication par les inhibiteurs de la pompe à protons chez le personnel soignant. En raison de leurs effets secondaires et de risque de négliger une symptomatologie révélatrice d'un vrai problème de santé, il semble crucial de bien s'assurer de la bonne connaissance de traitement, de son indication, et de sa posologie pour ne pas entrainer un mésusage. D'autres études visant l'information et l'éducation sur la prise des inhibiteurs de la pompe à protons des médecins d'une part, et de la population générale d'autre part sont alors nécessaires.

P.424

Résultats de la dilatation pneumatique chez des patients naïfs de traitement au cours de l'achalasie

M. Moalla [1], H. Smaoui [1], H. Gdoura [1], A. Abdelmoula [1], M. Boudabbous [1], L. Mnif [1], A. Amouri [1], L. Chtourou [1], N. Tahri [1]
(1) Sfax, TUNISIE.

Introduction : L'achalasie primaire est un trouble moteur de l'œsophagedont la prise en charge dans notre pays repose sur la dilatation pneumatique (DP) ou la myotomie de Heller.
L'objectif de notre étude était de décrire les aspects cliniques et paracliniques de l'achalasie et d'identifier les facteurs prédisposant à une mauvaise réponse à une 1ère séance de DP réalisée en première intention.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective étalée sur 13 ans, entre 2010 et 2023, incluant tous les patients ayant une achalasie retenue sur des arguments cliniques, endoscopiques et manométriques, et traités par DP. La dilatationa été effectuée à l'aide d'un ballonnet de 30 mm au cours de la 1ère séance. L'évaluation de l'efficacité du traitement s'est basée sur le Score d'Eckart. On a défini la mauvaise réponse à la 1ère séance par un score >3. Les sujets ayant une achalasie secondaire n'ont pas été inclus. Les patients ayant déjà eu une myotomie de Heller ont été exclus.

Résultats : Vingt-cinq patients ont été inclus dont 7 ont été exclus. Au total, nous avons colligé 18 malades d'âge moyen était de 53,8 ans±20,7 ans. Le sex-ratio F/H était de 0,63. La dysphagie était présente dans tous cas. Une impaction alimentaire a été survenue chez 1 malade. Le délai moyen de diagnostic était de 22,8±12,8mois. La gastroscopie a objectivé un ressaut (N=11,61,1%), un aspect en rosette du cardia (N=3, 16,7%) et une stase œsophagienne (N=1,5,6%). Elle était normale dans 16,7% des cas. La manométrie a montré une achalasie detype 1 chez 72,2% et de type 2 chez 27,8% des patients. La pression moyenne du SIO était de 34,8± 6,5mmHg, et la pression de relaxationintégrale (PRI) moyenne était de 26,9 ± 4,6mmHg. Après une 1ère séance de DP, une mauvaise réponse a été retrouvée chez 27,8% des patients (N= 5). Le délai de récidive des symptômes était en moyenne4,4 ±1,5 mois. Une seule séance a été suffisante chez 12 patients et 6 autres ont nécessité une 2ème séance. Au total 24 DP étaient réalisés soit en moyenne 1.3 dilatations par patient.
En analyse univariée,la durée d'évolutionde plus de 24 mois, la pression initiale du SIO < 35 mmHg étaient significativement associés à une mauvaise réponse à une 1ère séance de DP(p=0.022 et p=0.007respectivement).
En analyse multivariée, seule la pression initiale du SIO < 35 mmHgétait un facteur prédictif indépendant de mauvaise réponse à une 1ère séance de DP (p=0,017)
Le type de l'achalasie n'a pas été identifié comme facteur de risque de mauvaise réponse (p=0,5)

Conclusion : La dilatation pneumatique est une traitementefficace, simple et bien toléré de l'achalasie. Son indication devrait prendre en considération la présence ou non de facteurs prédictifs de mauvaise réponse .

P.425

Gastrite à *Helicobacter pylori* chez les patients cirrhotiques : prévalence et impact pronostiques

A. Neji [1], S. Mrabet [1], R. Harbi [1], R. Halloul [1], I. Akkari [1], S. Harrathi [1], E. Ben Jazia [1]
(1) Sousse, TUNISIE.

Introduction : L'*Helicobacter pylori* (Hp) est un agent pathogène des gastrites chroniques actives, et il est impliqué dans la genèse de la maladie ulcéreuse gatro-duodénale. Toutefois, son rôle dans la pathogénie des lésions de la muqueuse gastrique et son intérêt pronostique chez le cirrhotique restent mal définis.
Le but du travail est de déterminer la prévalence des gastrites à Hp, et sa corrélation entre la sévérité de la cirrhose et les lésions de la muqueuse gastrique .

Matériels et Méthodes : Il s'agit d'une étude descriptive rétrospective incluant des patients suivis pour cirrhose ayant bénéficier d'une endoscopie œso-gastro-duodénale (EOGD), entre janvier 2015 et janvier 2022.

Résultats : Ont été colligés 198 patients cirrhotiques durant la période d'étude. Les patients étaient répartis en 86 hommes et 112 femmes. L'âge moyen des patients était de 57 ans avec des extrêmes de 17 ans et 88 ans. La cirrhose était classé Child-Pugh A dans 48 cas, Child-Pugh B dans 104 cas et Child-Pugh C dans 46 cas .Les étiologies retrouvées de la cirrhose étaient : l'hépatite virale B dans 25,8 % des cas, l'hépatite virale C dans 14,1 % des cas, la cholangite biliaire primitive dans 15,6 %, la stéato-hépatite non alcoolique dans 13,6 %. L'indication de l'EOGD était l'hémorragie digestive haute dans 43%, la recherche des signes d'hypertension portale (HTP) dans 31 % et des douleurs épigastriques dans 26 % des cas. Les signes endoscopiques d'hypertension portale étaient présents dans 88 % des cas dont 25,8 % sont représentés par des varices œsophagiennes grade 1 ; 56,3 % des varices œsophagiennes grade 2 et 17,8 % des varices œsophagiennes garde 3. 6.8 % des patients avaient des varices gastriques et 78,5 % des patients avaient une gastropathie hypertensive. L'EOGD a objectivé une gastrobulbite érythémateuse chez 17 patients et un ulcère gastro-duodénal chez 6 patients. 32 patients ont bénéficié de biopsies gastriques, et 14 avaient Hp+ à l'examen histologique soit une fréquence de 44 % . Une atrophie de la muqueuse gastrique et une métaplasie intestinale étaient respectivement observée dans 9,3% et 3,1% des cas.
L'étude analytique avait montré que la gastrite à Hp n'était pas corrélé avec le score de Child-Pugh avec (p =0 ,10) Cependant, l'Hp était positivement corrélé avec la gastrobulbite érythémateuse et à la gastropathie de l'HTP avec (p =0 ,02).

Conclusion : La gastrite à Hp est assez fréquente chez nos patients cirrhotiques. Elle était significativement associée à la gastrobulbite érythémateuse et à la gastropathie de l'HTP .

P.426

Prévalence et facteurs prédictifs de l'atrophie gastrique et la métaplasie intestinale dans la gastrite à *Helicobacter pylori*

S. Fyras [1], L. Khayat [2], N. Elleuch [3], H. Jaziri [3], W. Dahmani [3], M. Ksiaa [3], A. Ben Slama [3], S. Ajmi [3], A. Braham [3], A. Hammami [3], A. Jmaa [3]
(1) Tunis, TUNISIE ; (2) Monastir, TUNISIE ; (3) Sousse, TUNISIE.

Introduction : L'atrophie gastrique et la métaplasie intestinale sont des lésions précancéreuses qui peuvent évoluer vers un cancer gastrique. L'évolution des anomalies histologiques induites par *Helicobacter pylori* (HP) vers ces deux lésions dépend de certains facteurs liés à la bactérie elle-même, à l'hôte et aux facteurs environnementaux. L'objectif de cette étude est d'évaluer la prévalence et les facteurs associés à l'atrophie gastrique et à la métaplasie intestinale chez les patients infectés par HP.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective monocentrique, menée sur une période de 15 mois incluant tous les patients présentant une infection à HP diagnostiquée sur des biopsies gastriques. Les caractéristiques histologiques de la gastrite chronique ont été évaluées selon la classification de Sydney.

Résultats : Nous avons colligé 300 patients d'âge moyen de 51 ans [10-82] avec un sex-ratio (H/F) de 0,8. L'atrophie gastrique était retrouvée chez 24,7% des patients (n=74). Elle était légère dans 44,3%, modérée dans 38,6% et sévère dans 17%. La localisation antrale était la plus fréquente (64,9%).
En analyse multivariée, l'atrophie gastrique était significativement liée à un âge supérieur à 40 ans (p=0,027). Dans notre étude l'atrophie n'était pas liée à la densité de colonisation par HP ni à la sévérité de l'activité de la gastrite (p=0,07, p=0.36).
Une métaplasie intestinale était présente chez 33 patients avec une prévalence de 11%. La localisation antrale était la plus fréquente 63,3%.
L'étude de corrélation a révélé que la métaplasie était significativement liée à un âge supérieur à 40 ans et à l'atrophie sévère (p=0,002, p<0,001).

Conclusion : La métaplasie intestinale et l'atrophie étaient significativement liées à un âge supérieur à 40 ans, soulignant la nécessité d'une vigilance accrue chez ces patients. L'absence de corrélation entre la densité de colonisation par HP et ces lésions pourrait expliquer leur persistance après éradication de la bactérie.

P427

Profil endoscopique de la gastrite à *Helicobacter pylori* : à propos de 302 cas

S. Aftis [1], M. Nakmouche [2], H. Mahiou [2], W. Aissi [1], O. Bafdel [1], M. Oudjehih [1], F. Boutra [3], H. Khadraoui [1]

(1) Batna, ALGÉRIE ; (2) Alger, ALGÉRIE ;
(3) Constantine, ALGÉRIE.

Introduction : L'*Helicobacter pylori* (HP) est une bactérie à tropisme gastrique humain. L'infection entraine constamment une gastrite chronique qui prend plusieurs aspects et qui, avec le temps peut évoluer vers un ulcère, un adénocarcinome ou un lymphome du MALT par le biais d'une gastrite atrophique ou la stimulation des follicules lymphoïdes. L'objectif de notre travail était de définir les différents aspects endoscopiques de la gastrite associés à l'infection à HP à travers une cohorte hospitalière du Sud-Est Algérien.

Patients et Méthodes : Etude prospective, monocentrique colligeant 302 patients symptomatiques ; sur une durée de 3 ans à partir de février 2020, pour exploration endoscopique digestive haute avec biopsies à la recherche d'HP, selon le protocole et la classification de Sydney. Tout patient (tout âge confondu) chez qui la gastroscopie était indiquée pour pathologie digestive ou extra digestive suspecte d'HP, était inclus. Les ingestions récentes de produits caustiques et les hémorragies digestives massives ont été exclues.

Résultats : La prévalence hospitalière était de 82%. L'âge moyen des patients infectés était de 44,86 ans avec prédominance féminine (sex-ratio : 0.83). L'endoscopie a révélé un aspect de gastrite dans presque la totalité des cas (99,6 %). L'atteinte combinée de l'antre et du fundus était retrouvée dans 73%. La gastrite antrale isolée était rencontré dans seulement 26,5%. La gastrite chronique liée aux cancers tout type confondu (3,21%). Le taux d'ulcères gastriques (2,8%) sténosès (6,8%). Les ulcères bulbaires (11,6%) et les bulbites (8,8%).
Au niveau du fundus, La muqueuse était d'aspect normal dans 27 % des cas. Les principales lésions élémentaires macroscopiques fréquemment retrouvés, était l'érythème, il constituait presque la moitié des cas (46,6%), suivie directement de l'atrophie dans (42,6%), et avec un moindre degré les nodules (11,2%) puis l'œdème (10,8%). Nous avons noté que l'atrophie des plis (8,0%) était plus fréquente que l'hyperplasie des plis (2%). Les points hémorragiques dans (7,6%). Les érosions planes (4,0%) et les érosions surélevées (1,2%). Les formes associées représentaient la moitié des cas (51%). Les associations les plus retrouvées étaient l'érythème et l'atrophie (48%).
Au niveau de l'antre, il n'y avait qu'un seul cas infecté avec une apparence endoscopique normale. Presque les mêmes lésions décrites précédemment étaient retrouvées. L'érythème constituait plus de (82%) des cas, suivie de l'atrophie (75%) ; puis les nodules (23%) et l'œdème (10%). Les points hémorragiques étaient présents dans (8% cas). Les érosions planes dans (7%). Les érosions surélevées dans (3%). Les formes associées représentaient plus de 84%. Les formes saines (0,4%) et les formes simples (13%). 59% des patients avaient surtout une association de 2 lésions. Les associations lésionnelles les plus fréquentes étaient l'érythème avec atrophie vue dans 79% des cas. L'association triple Erythème + Nodules + atrophie était vue dans la moitié des cas (Gastrites antrales bigarrées nodulaires).
La cinétique des lésions endoscopiques élémentaires selon l'âge était variable. En analyse multivariée : Il s'avérait qu'il y avait une relation statistiquement significative entre les différentes tranches d'âge, le sexe et l'érythème (P< 0,05). Néanmoins, nous avons noté qu'il y avait une relation statistiquement significative entre l'aspect d'anémie de Biermer et le sexe.

Conclusion : L'infection se manifeste presque toujours par des anomalies endoscopiques. Les lésions étaient plus fréquentes au niveau de l'antre. L'érythème était de loin la lésion prédominante. Un seul patient pouvait présenter plusieurs lésions en même temps : Les formes associées venant au premier rang et dépassaient largement les formes saines et les formes simples. L'association : Erythème + Atrophie et parfois Nodules était le plus souvent rencontré (Gastrites bigarrées parfois nodulaires).

P428

La surveillance endoscopique de la maladie de Biermer

A. Mouffak [1], M. Salihoun [1], F. Bouhamou [1], M. Acharki [1], I. Serraj [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 donc 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 : Il s'agit d'une étude rétrospective menée entre Janvier 2006 et Août 2023 rapportant tous les patients connus suivis pour maladie de Biermer. Tous les patients 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 : 384 cas de maladie de Biermer ont été colligés parmi 24262 endoscopies, soit une fréquence de 1.58%. L'âge moyen des patients était de 47 ans avec une légère prédominance masculine (53,5%). 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 nous n'avons pas retrouvé de cas d'adénocarcinome gastrique. La surveillance endoscopique et anatomopathologique reste impérative.

P.429

Corrélation entre la densité de la colonisation par l'*Helicobacter pylori* et la sévérité des gastrites

F.Z. Benamor Seghir [1], C. Boukhars [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'*Helicobacter pylori* (HP) est une bactérie pathogène courante, identifiée comme principal facteur causal de la gastrite chronique. En cas de persistance de cet état inflammatoire, des altérations épithéliales peuvent progresser vers l'atrophie et/ou la métaplasie intestinale et/ou la dysplasie.
Le but de notre travail est d'analyser la relation entre la densité de la colonisation de la muqueuse gastrique par l'HP et la sévérité de certains paramètres histologiques de la gastrite (activité de l'inflammation, atrophie glandulaire, métaplasie intestinale et dysplasie).

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective colligeant 400 patients, présentant une infection à HP documentée histologiquement.

Résultats : L'âge moyen des patients était de 41,3 ans avec un sex-ratio (H/F) de 2,23.La fibroscopie œso-gastro-duodénale a objectivé des anomalies chez 92% des patients tandis que chez 8% elle était normale.La gastrite était antro-fundique dans 86% des cas et seulement antrale dans 14% des cas.La densité de la colonisation par l'HP était légère (+) chez 33,4% des patients, modérée (++) chez 51% des patients et importante (+++) chez 15,6% des patients.L'activité gastrique était significativement liée à la densité de l'HP (p<0,001) : il y'a plus de gastrite en activité sévère dans le groupe HP (+++) vs HP (+) (93% vs 12%).
La relation entre la densité de l'HP et l'atrophie glandulaire ainsi que la métaplasie intestinale et la dysplasie n'était pas significative.
Concernant l'atrophie glandulaire, elle était plus fréquente dans le groupe HP (+++) comparé au groupe HP (+) (44% vs 11,4%) avec un p=0,17.De manière similaire, la métaplasie intestinale était plus fréquente dans le groupe HP (+++) comparé au groupe HP (+) (11,6% vs 6,3%) avec un p=0,11.
Du même, la dysplasie était plus objectivée dans le groupe HP (+++) comparé au groupe HP (+) (5,6% vs 2%) avec un p=0,6.

Conclusion : L'activité de la gastrite était significativement associée à la densité de la colonisation gastrique par l'*Helicobacter pylori*.Bien que la présence des lésions atrophiques, de la métaplasie intestinale et de la dysplasie soit plus élevée en cas de densité d'HP plus importante, cette association n'était pas statistiquement significative.

P.430

Prévalence et facteurs associés aux cancers gastriques sur 3 060 endoscopies hautes en République Démocratique du Congo

J. Bwemere Mungwete [1]
(1) Bukavu, CONGO (RDC).

Introduction : Le cancer de l'estomac est un problème majeur de santé publique, il s'agit essentiellement de l'adénocarcinome qui représente de loin la variété histologique la plus fréquente 90 à 95%. peu d'etudes en Afrique centrale y sont consacrées. Etudier les aspects épidémiologique, clinique, anatomo-pathologique et prise en charge des cancers de l'estomac à l'Hôpital Général de Référence de Panzi/ RD Congo.

Matériels et Méthodes : Il s'agit d'une étude transversale descriptive et analytique portant sur 3036 endoscopies digestives hautes dont 161 patients ont le cancer gastrique, pendant 9ans. Les cas ont été colligés à partir des registres et/ou des dossiers des patients aux archives. Les données recueillies ont été analysées par le logiciel SPSS 23. L'interprétation des résultats sous forme de pourcentages et P-value, avec une significativité statistique si p est inferieur ou égal à 0,05.

Résultats : La prévalence des lésions cancéreuses de l'estomac est de 5,24%, dont 57% des hommes et 43% des femmes avec la tranche d'âge entre 55 – 64ans majoritaire soit 34,89%, l'âge moyen ±ET étant de 56,23±13,04ans.L'épigastralgie constitue le principal motif de consultation 93,17%, Dans les antécédents ; la Tradithérapie représente 52,80% avec p=0,01204, l'ulcère gastrique 45,30% avec p=0,0000 , HP 33,50% avec p=0,0000 et Tabac 24,20% avec p=0,0236 qui ont constitués les facteurs de risques dans la survenue des cancers de l'estomac dans notre contexte. L'examen physique est marqué par la sensibilité épigastrique 94,40% et la pâleur cutanéomuqueuse 45,58%. La FOGD couplée à l'histologie des biopsies confirment le diagnostic, l'adénocarcinome est le type le plus fréquent à 96,9%.

Conclusion : la prevalence hospitalière des cancers gastrique est de 5,24 %, la majorité de patient viennent aux stades avancés, un diagnostic précoce, l'éradication de l'HP, l'évitement de la traditherapie, ainsi que la prévention d'autres facteurs de risque, la disponibilité de la chimiothérapie favoriseraient la prise en charge.

P431

Apport de l'endoscopie œso-gastroduodénale et de l'histologie dans l'exploration des douleurs épigastriques

C. Abe [(1)], A.W. Ndjitoyap Ndam [(1)], N.L. Tangie [(1)], D. Sobguemezing [(1)], C. Dongmo [(1)], M.G. Kouam Djumalla [(1)], S.M. Biwole [(1)]
(1) Yaoundé, CAMEROUN.

Introduction : La douleur épigastrique est un motif fréquent de consultation en Hépato gastroentérologie. Son origine peut être extradigestive : cardiaque, pulmonaire ; et son exploration peut être biologique, morphologique ou endoscopique. Le couple endoscopie-biopsie permet la meilleure approche diagnostique dans l'exploration de ces douleurs. L'examen endoscopique pourrait révéler des lésions inflammatoires, des lésions avec perte de substance, et des lésions tumorales ; aspect complété par l'analyse histologique qui va confirmer et classifier le type de lésions inflammatoires, décrire des lésions précancéreuses voire malignes. Cette étude a été réalisée dans le but de mettre en évidence les lésions endoscopiques, histologiques devant une douleur épigastrique liée à une atteinte du tractus œsogastroduodénal

Patients et Méthodes : Il s'agissait d'une étude transversale descriptive et analytique avec collecte de données rétrospective de Janvier 2020 à Décembre 2022. Ont été retenus les dossiers de patients ayant bénéficié d'une Endoscopie Œsogastroduodénale (EOGD) avec ou sans biopsie, indiquée pour douleur épigastrique. Les données ont été collectées à travers des dossiers de patients.

Résultats : Nous avons retenu 239 cas remplissant les critères susmentionnés ; on avait une prédominance féminine (62,8%) avec un sexe ratio de 0,6 H/F. La moyenne d'âge était de 46±16 ans. La prise d'antiinflammatoires non stéroïdiens a été retrouvée chez 12% des patients. Les lésions gastriques représentaient 75%. L'aspect inflammatoire était le plus fréquent à l'endoscopie (92%) et était majoritaire chez les femmes. Les ulcères gastroduodénaux, plus fréquents dans le duodénum avaient une prédominance masculine (55%).
Seul un quart de notre échantillon avait eu une analyse histologique. L'infection à Hélicobacter pylori (*H. pylori*) était présente dans 51,5% des cas ; la gastrite chronique dans 69,7% ; la métaplasie et la dysplasie respectivement 15,2% et 18,2%. L'adénocarcinome gastrique a été retrouvé dans 3% de l'échantillon des patients ayant eu une analyse histologique ; des patients d'âge jeune (37 et 49 ans), de sexe masculin qui avaient consulté pour une douleur épigastrique isolée, sans altération de l'état général.

Conclusion : En somme, la douleur épigastrique est le motif de consultation le plus fréquent en Hépato gastroentérologie, et l'indication première d'EOGD. Les lésions bénignes sont plus fréquemment retrouvées chez les femmes, qui sont les plus nombreuses dans notre échantillon ; et les lésions plus graves que sont les ulcères, les adénocarcinomes sont majoritaires chez les hommes. Devant une douleur épigastrique d'origine œsogastroduodénale, l'exploration endoscopique-biopsique devrait être la règle.

P432

Association de l'*Helicobacter pylori* et de la maladie de Biermer : y a-t-il un surrisque de dégénérescence ?

J. Rizkou [(1)], H. Aouroud [(1)], F.E. Lairani [(1)], O. Nacir [(1)], A. Ait Errami [(1)], S. Oubaha [(1)], S. Zouhour [(1)], K. Krati [(1)]
(1) Marrakech, MAROC.

Introduction : La maladie de Biermer constitue un état précancéreux pouvant favoriser la survenue de tumeurs carcinoïdes et d'adénocarcinome gastrique. De même l'Hélicobacter pylori (HP) est un facteur de risque certain de cancer gastrique. 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 est 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 5 ans (de 2018 à 2023). 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 : Vingt-Huit patients ont été colligés d'âge médian 58,3 ans [21–84]. Le sex-ratio était de 0,66. La prévalence de HP était de 53,5 %. 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 60% dans le groupe HP+ *versus* 38.4% dans le groupe HP− (p=0,73). Une atrophie fundique sévère a été notée dans 66,6% des cas dans le groupe HP+ *versus* 46,1% 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 61,5% ; p=0,829). Les lésions de dysplasie étaient retrouvées dans 6.6% dans le groupe HP+ vs 0% dans le groupe HP− avec une différence significative (p=0,05).

Conclusion : Cette étude montre que la présence de l'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.433

Atteinte du tube digestif au cours de la sclérodermie systémique

O. Alaya [1], M. Kechida [2], R. Klii [2]
(1) Tunis, TUNISIE ; (2) Monastir, TUNISIE.

Introduction : La sclérodermie systémique est une maladie systémique qui touche le tissu conjonctif et les artérioles responsables des lésions de fibrose et d'oblitération vasculaire. Le tractus gastrointestinal est parmi les organes les plus fréquemment touché (70-95 %). Cette atteinte est hétérogène, pouvant toucher tout le tube digestif, de la bouche vers l'anus.
L'objectif de ce travail est de décrire les atteintes gastro-intestinales au cours de la sclérodermie systémique ainsi que d'étudier la relation entre les symptômes cliniques et les données des explorations digestives.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective observationnelle colligeant tous les patients suivis pour une sclérodermie systémique dans notre service sur une période de 14 ans (2007-2021). Le diagnostic positif de sclérodermie était retenu selon les critères de l'ACR-EULAR 2013 : nombre des points supérieur ou égal à 9. Nous avons relevé toutes les données anamnestiques, cliniques, endoscopiques et fonctionnelles. La corrélation entre la symptomatologie digestive et les données de la fibroscopie digestive ainsi que la manométrie était analysée à l'aide du logiciel SPSS (version 22).

Résultats : Trente-cinq patient ont été inclus avec une prédominance féminine (sex ratio à 0.34). L'âge moyen était de 45 ans avec un écart type de 17 ans. Parmi ces patients, 27 soit 77% avaient une symptomatologie digestive répartie comme suit : 18 patients (51%) symptomatiques de dysphagie, 14 patients (40%) de reflux gastro-œsophagien (RGO), 11 (31%) des épigastralgies dont 36% des cas étaient en rapport avec une infection à *Helicobacter pylori* et 2 (5%) des diarrhées dont une était en rapport avec une pullulation microbienne et l'autre secondaire à une tuberculose digestive. Vingt-cinq patients ont bénéficié d'une fibroscopie œsogastroduodénale (FOGD) et 14 d'une manométrie œsophagienne. A la FOGD, 6 (24%) patients avaient une œsophagite, 12 (48%) une gastropathie congestive et 2 (8%) un ulcère bulbaire. A la manométrie, tous les patients avaient un défaut de relaxation du sphincter inferieur de l'œsophage (SIO) et 12 (85%) une hypomotilité œsophagienne.
En étude univariée, la survenue d'un RGO était fortement corrélée à la durée de l'évolution de la maladie ($p<0.05$). Sur le plan fonctionnel, sa présence était associée à un défaut de relaxation de SIO à la manométrie($p=0.008$). La dysphagie n'était pas associée ni à la durée d'évolution de la maladie ni aux résultats de la manométrie. Les épigastralgies étaient fortement corrélées à une infection à *Helicobacter pylori* ($p=0.009$).

Conclusion : L'atteinte digestive est fréquemment associée à la sclérodermie systémique. Sa recherche s'impose chez tous les patients par des explorations digestives. Son traitement fait une partie intégrale de la prise en charge de la sclérodermie.

P.434

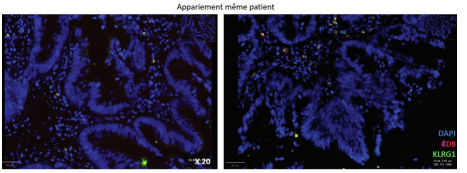
Évaluation de la voie inhibitrice KLRG1 des lymphocytes T infiltrant les cancers colorectaux métastatiques

C. Dupuis [1], J. Bonnereau [1], N. Hammoudi [1], A. Sonn [1], S. Hamoudi [1], E. Capelle [1], M. Bezault [1], P. Bertheau [1], F. Bouhidel [1], L. Maggiori [1], M. Allez [1], T. Aparicio [1], L. Le Bourhis [1]
(1) Paris.

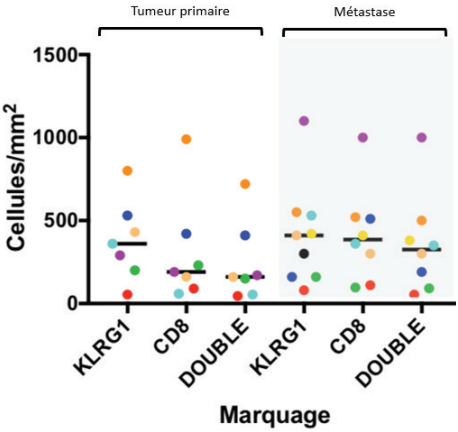
Introduction : Le cancer colorectal (CCR) est le 3ème cancer le plus fréquent et la 2ème cause de mortalité par cancer dans le monde. L'immunothérapie est en plein essor dans cette indication mais son efficacité est limitée : elle reste actuellement dédiée aux patients métastatiques présentant une instabilité microsatellitaire (MSI), soit environ 15% des CCR, dont seulement 5% sont métastatiques. Il parait donc essentiel de mieux comprendre la réponse anti-tumorale engagée dans la muqueuse intestinale, afin de découvrir de nouvelles cibles thérapeutiques.
Le récepteur G1 de type lectine des cellules tueuses (KLRG1) est notamment exprimé à la surface des lymphocytes T CD8 (LT CD8). Sa liaison avec la E-cadhérine, présente sur les cellules épithéliales intestinales, induit une voie de signalisation inhibitrice et pourrait jouer un rôle dans l'échappement immunitaire des tumeurs.
Un travail préalable a montré l'augmentation de la proportion de LT CD8 KLRG1+ aux stades avancés et de l'infiltration lymphocytaire tumorale en cas de blocage de la liaison KLRG1-E-cadhérine dans les CCR au niveau de la tumeur primaire. L'objectif de ce travail de recherche était de valider la présence de LT CD8 KLRG1+ au sein des métastases de CCR et de comparer cette proportion avec celle présente dans la tumeur primitive colique.

Matériels et Méthodes : Les patients et les échantillons sont issus d'une cohorte monocentrique prospective de patients atteints de CCR opérés dans le centre, débutée en 2017 et comprenant plus de 350 patients, inclusions toujours en cours. Dans ce protocole, des échantillons frais sanguins et de muqueuse saine du côlon et de la tumeur sont prélevés en collaboration avec les anatomo-pathologistes, en péri-opératoire. En parallèle, les données cliniques des patients sont recueillies.
On a utilisé la méthode d'immunohistoflurescence (IHF) sur des coupes de tumeurs primaires et métastatiques de CCR. Les blocs tissulaires étaient récupérés en anatomopathologie, découpés en lames et déparaffinés/réhydratés permettant la fixation d'anticorps primaires puis secondaires. Après atténuation des phénomènes d'autofluorescence, on faisait apparaître les cellules CD8 et KLRG1 positives en microscopie à épifluorescence, comptées manuellement.

Résultats : Sur les 160 premiers patients inclus dans la cohorte IMCO, 29 étaient métastatiques. 15 patients ont été opérés et 12 blocs de tissus métastatiques inclus en paraffine récupérés. On avait 10 métastases hépatiques et 2 carcinoses péritonéales. 11 patients, soit la quasi-totalité (92%), avaient reçu de la chimiothérapie avant la chirurgie de la métastase analysée. 100% des tumeurs avaient un phénotype MSS.
Le marquage IHF simultané de la tumeur primaire et de la métastase appariées du même patient a montré la présence de lymphocytes doubles positifs CD8+ et KLRG1+ au sein des métastases de CCR (Figure 1). De manière générale, la plupart des LT CD8 infiltrant la tumeur étaient également KLRG1+ ; l'inverse n'était pas vrai.



On a ensuite quantifié les différentes populations d'intérêt en faisant une moyenne sur les différentes images réalisées afin d'atténuer au mieux les hétérogénéités au sein d'une même lame (Figure 2).



Conclusion : Dans le CCR métastatique, les LT CD8 KLRG1+ sont capables d'infiltrer à la fois la tumeur primaire et ses métastases. Ces LT CD8 sont hautement cytotoxiques et leur phénotype « épuisé », dû à la liaison à la E-cadhérine, un de ses ligands présent sur les cellules épithéliales, est réversible. KLRG1 apparaît donc comme une cible intéressante pour l'immunothérapie du CCR, notamment métastatique. La modulation de cette voie, étudiée dans un modèle de coculture autologue de sphéroïdes de patients et de LT infiltrant la tumeur triés, est donc particulièrement pertinente pour évaluer l'intérêt thérapeutique d'un blocage de cette voie.

P435

Promouvoir la cicatrisation intestinale par une nutrition entérale exclusive avec dans un modèle murin de colite

E. Mas [(1)], K. Boumessid [(1)], V. Lacroix [(1)], M. Quaranta [(1)], M. Roy [(2)], A. Dumay [(2)], F. Barreau [(1)]
(1) Toulouse ; (2) Paris.

Introduction : La nutrition entérale exclusive (NEE) est la première ligne de traitement de la maladie de Crohn (MC) pédiatrique, mais ses mécanismes d'action demeurent mal compris. Nous avons étudié l'effet de la composition nutritionnelle et du TGF-β dans un modèle murin de colite, ainsi que le rôle du microbiote intestinal.

Matériels et Méthodes : Les souris ont été traitées avec du Dextran Sulfate Sodium (DSS) pendant 5 jours pour induire la colite, jusqu'au pic inflammatoire (jour 7) ou la restitution intestinale (jour 14). Après le traitement par DSS, certains d'entre eux ont reçu une formule de NEE avec TGF-β comme Modulen IBD® (souris DM) ou sans TGF-β comme Infatrini Peptisorb® (souris DINF), avec une supplémentation ou une neutralisation par TGF-β, et l'inflammation clinique a été évaluée. Après sacrifice, les inflammations macroscopiques et microscopiques ont été analysées, ainsi que la perméabilité intestinale (PI). La composition du microbiote muqueux du côlon a été analysée et une transplantation de microbiote fécal a été réalisée pour évaluer sa capacité à médier l'effet anti-inflammatoire et pro-régénérateur. Les cryptes coliques de souris DSS et NEE ont été cultivées sous forme d'organoïdes 3D et les propriétés cellulaires analysées.

Résultats : Les souris DSS ont développé une colite, comme en témoignent la perte de poids et l'inflammation clinique. Elle était accompagnée d'une inflammation macroscopique marquée par un épaississement du côlon et des œdèmes, et une PI élevée. En revanche, les souris DM présentent une récupération de poids plus rapide et une diminution des paramètres inflammatoires, avec une PI normalisée, suggérant une restitution et une fonctionnalité intestinale. Ces améliorations fonctionnelles n'ont pas été obtenues pour les souris DINF. De plus, la NEE des souris DM a modifié le microbiote par rapport à l'état DSS et atténué l'inflammation. Enfin, les organoïdes des cryptes coliques de souris DM traitées avaient une survie améliorée et une capacité de réépithélialisation.

Conclusion : Les deux formules de NEE ont des propriétés anti-inflammatoires, certainement médiées par la composition nutritionnelle. Cependant, le TGF-β joue un rôle important dans la restitution intestinale et la restauration de la barrière intestinale.

Remerciements, financements, autres :
Rotary, DGOS, Inserm

P.436

Étude du résistome et du virulome d'*Helicobacter pylori* par une approche NGS utilisant la technologie de capture d'ADN

P. Lehours [1], P.L. Maunet [1], L. Gillet [1], L. Benejat [1], A. Ducournau [1], M. Jauvain [1], E. Bessede [1], Q. Jehanne [1]
(1) Bordeaux.

Introduction : Le diagnostic bactériologique de l'infection par *H. pylori* à partir de biopsies gastriques nécessite soit une PCR, soit une culture. La culture échoue parfois en raison de la fragilité et de la croissance complexe de la bactérie. Le séquençage NGS à partir d'échantillons primaires est une solution pour étudier le résistome bactérien. Nous décrivons ici la mise en œuvre d'une nouvelle technique qui enrichit la biopsie en ADN d'intérêt, améliorant ainsi la qualité du séquençage NGS pour permettre directement l'étude du résistome et du virulome de la bactérie.

Matériels et Méthodes : 80 extraits d'ADN de biopsies gastriques, conservés à -80°C, ont été utilisés. La majorité de ces patients souffraient de gastrite ou d'épigastralgies. Pour ces 80 patients, l'âge moyen était de 46,9 ans, avec un sex-ratio H/F de 0,67. Tous les ADN étaient positifs pour *H. pylori* par PCR en temps réel. Sur ces 80 biopsies, 40 étaient positives en culture et 40 étaient négatives.
Le protocole SureselectXT de Agilent a été adapté pour être utilisé sur un système automatisé Magnis (50 à 100ng d'ADN). Le séquençage NGS a été réalisé sur le séquenceur Iseq100 (Illumina). Les sondes ARN utilisées sont celles du virulome (cagA et vacA), du résistome (ADNr 23S, ADNr 16S, gyrA, rpoB, pbp1, rdxA, frxA, fdxb) et du typage MLST. Les mêmes gènes ont été amplifiés par PCR en point final et séquencés par Sanger à partir des 40 ADN génomiques de souches de *H. pylori* isolées à partir des 40 biopsies positives en PCR et en culture. Ces séquences ont été comparées à celles obtenues par capture d'ADN.

Résultats : Le gène cagA est bien détecté, ainsi que le génotype vacA s1m1. Les mutations de l'ADNr 23S associées à la résistance aux macrolides et celles de la QRDR de gyrA associées à la résistance à la lévofloxacine sont correctement détectées. En revanche, la détection de mutations associées à la résistance au métronidazole est problématique. La classification MLST obtenue par cette technique est cohérente avec celle obtenue après analyse des séquences Sanger.

Discussion : Nos résultats montrent que la technique de DNA capture permet un accès fiable au virulome et au résistome de *H. pylori* directement à partir de biopsies.

Conclusion : Il reste à démontrer qu'elle peut être appliquée aux selles ou aux biopsies gastriques en bloc de paraffine.

Remerciements, financements, autres : Le CNRCH remercie tous les cliniciens et les biologistes nous faisant parvenir des biopsies gastriques pour diagnostic d'infection à *H. pylori*.

P.437

Evaluation de l'effet pro-inflammatoire des ions perchlorates sur la muqueuse digestive : un candidat potentiel dans l'induction de la maladie de Crohn ?

J. Gay-Quéheillard [1], A. Videau [1], A. Corona [1], G. Decocq [1], V. Bach [1], M. Fumery [1]
(1) Amiens.

Introduction : Par ses activités, l'Homme libère une grande diversité de xénobiotiques dans l'environnement. Dans bien des cas, leur devenir et leurs impacts à long terme sur les écosystèmes et la santé humaine sont peu connus. Partant d'une forte corrélation géographique, notre travail fait l'hypothèse d'un lien de causalité entre survenue d'une maladie de Crohn (MC) et pollution environnementale par les oxyanions perchlorates (PC) ClO4- issus des munitions de la première guerre mondiale (PGM) enfouies dans les sols. Cette hypothèse repose sur la corrélation spatiale très forte entre certains foyers épidémiques et les anciens champs de bataille de la Grande Guerre, ainsi que sur les propriétés toxicologiques de certains composés chimiques contenus dans ces munitions qui s'érodent progressivement. Aucune étude n'a jusqu'à présent évalué le lien entre une exposition chronique aux PC et l'apparition d'une MC. D'après les données du registre EPIMAD, la prévalence des MICI devrait atteindre 0,65% en 2035. Une étude des données du PMSI impliquant des membres de notre laboratoire a identifié 16 clusters de sur-prévalence de MC sur l'ensemble du territoire français dont le plus important se situe dans le Nord de la France. En 2022, des polluants typiques de la PGM ont été identifiés pour la 1ère fois dans l'eau du robinet de plusieurs villes des H-de-F à des concentrations élevées (>100ng/l) et corrélées aux PC.
Objectifs : Nous proposons une analyse de la relation entre l'héritage toxique de la Grande Guerre et la survenue de la MC par l'utilisation d'un modèle rat avec instillation intracolique d'acide trinitrobenzène sulfonique (TNBS), un modèle de référence pour l'étude de la MC.

Patients et Méthodes : Afin de répondre à cette problématique, des rats âgés de 2 mois répartis en 4 groupes expérimentaux (contrôles, PC, TNBS, TNBS/PC ; 12 animaux/groupe) ont été exposés au perchlorate de sodium (ClO4-Na+) dans l'eau de boisson (2 mg/l) ou au solvant (eau seule) pendant 8 semaines avant l'induction d'une colite expérimentale par le mélange TNBS (40mg/kg)/50% éthanol. 3 jours après l'induction de la colite (phase aiguë), les rats ont été sacrifiés pour prélèvements tissulaires (sang, colon). Nous avons pratiqué une étude histologique et des dosages sanguins.

Résultats : Le suivi de poids corporel des rats pendant toute la durée de l'expérimentation n'a pas indiqué d'impact significatif des PC. Le ratio poids/longueur du colon est significativement augmenté dans les groupes TNBS et TNBS/PC (0,172±0,0095 et 0,181±0,011 g/cm, respectivement) par rapport aux groupes contrôles et PC (0,077±0,003 et 0,075±0,003 g/cm, respectivement ; p<0,0001). L'épaisseur de la muqueuse colique est significativement doublée dans les groupes TNBS et TNBS/PC par rapport aux groupes contrôles et PC (p<0,0001). L'épaisseur de la sous-muqueuse colique est significativement augmentée dans les groupes TNBS et TNBS/PC (x7 et x11, respectivement ; p<0,0001) par rapport aux groupes contrôles et PC (p<0,0001). La musculaire colique apparait significativement plus épaisse dans le groupe TNBS/PC comparé au groupe TNBS (p<0,0001) et aux groupes contrôles et PC (p<0,0001). La concentration plasmatique d'IL-1b est très significativement doublée dans le groupe TNBS/PC par rapport au groupe TNBS (2277±255 vs 1195±84 pg/ml, respectivement ; p<0,0001) et aux groupes contrôles et PC (852±40 et 1055±75 pg/ml, respectivement ; p<0,0001). Les concentrations plasmatiques des autres cytokines mesurées (TNFa et IL-6) ne sont pas significativement modifiées.

Conclusion : Les résultats de cette étude indiquent des altérations morphométriques tissulaires chez les animaux soumis à la colite expérimentale validant notre modèle mais soulignent des impacts plus importants chez les rats soumis aux ions PC. Plusieurs marqueurs inflammatoires suggèrent également une cinétique de l'inflammation différente entre

les rats TNBS et TNBS/PC. Nos résultats suggèrent pour la première fois un effet « booster » des ions PC administrés par voie orale sur le développement d'une colite expérimentale chez le rat. Les ions PC présents dans l'environnement pourraient représenter un facteur environnemental à considérer dans la survenue de la MC.

Remerciements, financements, autres :
Nous remercions le financement "Soutien au rayonnement et à la recherche" S2R de l'Université de Picardie Jules Verne.

P438

Réseaux sociaux et information médicale sous l'oeil critique des professionnels

R. Bounour [1], Y. El Kirami [1], A. Lamine [1], M. Lahlali [1], H. Abid [1], A. El Mekkaoui [1], M. El Yousfi [1], D.A. Benajah [1], S.A. Ibrahimi [1], M. El Abkari [1], N. Lahmidani [1]
(1) Fès, MAROC.

Introduction : L'essor des réseaux sociaux a engendré une transformation majeure dans divers secteurs, et le domaine médical n'a pas été épargné par cette révolution. De nos jours, une observation de plus en plus fréquente de la présence active de médecins sur les plateformes sociales. Cette émergence croissante des réseaux sociaux par les professionnels de la santé a suscité des discussions sur les avantages et les défis associés à cette pratique. L'objectif principal de cette étude est d'apprécier la perception des médecins vis-à-vis des comportements de leurs confrères sur les réseaux sociaux. Cette appréhension contribuera à améliorer la qualité de la présence médicale en ligne.

Patients et Méthodes : Dans le cadre de cette étude, une enquête en ligne a été menée à l'aide d'un questionnaire élaboré. Nous avons sollicité la participation de 100 professionnels de santé provenant de diverses spécialités. Ces participants ont été invités à répondre à un ensemble de questions spécialement conçues pour explorer en profondeur les comportements des médecins vis-à-vis des réseaux sociaux. Les données recueillies à travers ces réponses ont ensuite fait l'objet d'une analyse approfondie.

Résultats : Cent médecins ont été inclus dans l'échantillon, dont 72 % étaient issus du secteur hospitalier et 28 % du secteur libéral. L'âge moyen des participants était de 35 ans, avec une majorité féminine représentant 58 % de l'échantillon. En ce qui concerne les spécialités, la moitié des participants étaient des gastro-entérologues, tandis que les autres appartenaient à diverses spécialités. Les résultats révèlent que 61 % des participants utilisent les réseaux sociaux à des fins exclusivement personnelles, tandis que 39 % les utilisent à la fois pour des raisons personnelles et professionnelles. Parmi ceux qui les emploient à des fins professionnelles, 87 % privilégient Instagram comme plateforme sociale principale. En ce qui concerne la perception générale, 45% des participants considèrent ces praticiens comme professionnels et novateurs, tandis que 26 % les jugent non professionnels, et 28 % sont restés neutres. Les avantages perçus par les participants sont multiples, avec 67 % des participants soulignant la sensibilisation accrue aux questions de santé et le partage d'informations médicales, tandis que 33 % considèrent que la présence en ligne des médecins est principalement orientée vers des fins publicitaires. Cependant, des inconvénients potentiels ont également été identifiés. Quatre-vingt-cinq pour cent des participants ont exprimé leur accord quant à la crainte d'une divulgation inappropriée d'informations médicales et à la perte de crédibilité professionnelle. Par ailleurs, 12 % ont évoqué une concurrence déloyale entre confrères, non basée sur les compétences professionnelles, tandis que 3 % des participants estiment qu'il n'y a aucun inconvénient à l'utilisation des réseaux sociaux dans le domaine médical. Quatre-vingt-seize pour cent des participants se sont montrés favorables à la mise en place de directives professionnelles spécifiques régissant l'activité des médecins sur les réseaux sociaux, dans le but de maintenir des normes éthiques élevées. Seuls 16 % des participants ont exprimé leur intention de développer une présence active sur les réseaux sociaux en tant que professionnels de la santé. En contraste marqué, le reste de l'échantillon, soit la grande majorité, a fermement déclaré son refus d'être présent et actif sur les plateformes de médias sociaux.

Conclusion : Les résultats de cette étude mettent en évidence que cette utilisation ouvre la voie à de nouvelles opportunités de communication, de sensibilisation et d'éducation médicale, tout en soulevant des préoccupations quant à la confidentialité des données, à la pertinence de l'information partagée et à la préservation de l'éthique médicale

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

JFHOD

JFHOD.COM



Index des Auteurs

A

Abadie G. Page 77
Abakar H.H. Page 275
Abdallah R. Page 162
Abdelaali Z.E.I. Page 288, 388
Abdelli M.N. Page 183, 228, 282, 283, 292
Abdelmaksoud M. Page 330
Abdelmoula A. Page 418, 427
Abdelouahab M. Page 250
Abdrashitov R. Page 130
Abe C. Page 431
Abergel A. Page 53, 132, 183, 188, 193, 196
Abi Farraj S. Page 382
Abi Nader E. Page 108
Abid C. Page 252
Abid H. Page 279, 285, 299, 303, 304, 317, 320, 348, 354, 392, 409, 435
Abid M. Page 334
Abihsera G. Page 271
Abitbol V. Page 13, 46, 81, 88, 90, 370, 374
Aboikoni A. Page 182, 279
Aboubecrine H. Page 389
Abramowitz L. Page 84, 124, 204
Acharki M. Page 284, 310, 351, 356, 429
Achemlal A. Page 203
Adala A. Page 340
Adam R. Page 189, 247, 260
Adam Hassan F. Page 10
Adamou F. Page 391, 398, 401, 402, 409
Addajou T. Page 277, 278, 281, 298, 299, 305, 306, 310, 344, 352, 424
Adenis A. Page 102, 239
Adhoute X. Page 51, 185, 190, 191, 347
Adiba S. Page 233
Adioui T. Page 203
Afifi M. Page 383
Aftis S. Page 313, 420, 429
Agostini H. Page 213
Agoune F.Z. Page 390
Agret F. Page 192
Aguilera Munoz L. Page 146
Aharbil F.E. Page 314, 334, 355
Ahoui-Apendi C. Page 327
Ah-Soune P. Page 88, 90
Aillaud D. Page 263
Aissi W. Page 313, 420, 429
Ait Ahmed Y. Page 290, 403
Ait Errami A. Page 201, 227, 231, 292, 294, 295, 297, 298, 306, 307, 314, 317, 334, 338, 351, 352, 355, 379, 386, 389, 392, 411, 422, 426, 431
Ait Hadad H. Page 271
Ait Iken F. Page 277, 278, 281, 299, 306, 344, 352, 424
Aitdjafer Z. Page 54
Ajana F.Z. Page 257, 302, 324, 349, 353, 356, 387, 407
Ajana R. Page 290
Ajani J. Page 102, 163
Ajmi S. Page 293, 328, 385, 428
Ajmia F. Page 357, 376, 378
Akez M. Page 122
Akhamlich I. Page 367, 376
Akir S. Page 203
Akkari I. Page 315, 428
Akyuz F. Page 365
Al Maimouni N. Page 74, 290, 403, 408, 414, 424
Aladjidi N. Page 32
Alam A. Page 85
Alanio A. Page 158
Alaya O. Page 432
Albeniz E. Page 8
Albert Nguyen T. Page 248, 252

Albouys J. Page 4, 8, 95, 157, 175, 176, 177
Albucher A. Page 206
Albuquerque M. Page 33, 128
Aldabbagh K. Page 70
Aleba A. Page 64
Alexandre O. Page 62
Alfarone L. Page 4, 5, 157
Alitti C. Page 57
Alla A. Page 54
Allaire M. Page 127, 129, 188
Allard M.A. Page 189
Allez M. Page 12, 71, 81, 86, 90, 169, 213, 375, 432
Allier Y. Page 16
Allimant C. Page 345
Almeida M. Page 202
Almeras M. Page 259, 267
Alogo M. Page 182, 279
Alonso Gomez M. Page 366
Alouani E. Page 92, 100, 156, 167, 170, 234, 243
Alraeeini A.A.T. Page 52, 413
Alric L. Page 67, 232
Altwegg R. Page 44, 71, 79, 83, 88, 90, 155, 213, 228, 370, 375
Alves A. Page 56, 99
Amaadour L. Page 254
Amaddeo G. Page 127, 134
Amalou K. Page 186, 321
Amara J. Page 179, 199, 286, 382
Amaral L. Page 327
Amarenco G. Page 71
Amer L. Page 179, 199, 286, 382
Amil M. Page 84, 155
Amine M. Page 203
Amiot A. Page 10, 13, 44, 46, 71, 79, 83, 134, 153, 184, 204
Amiot X. Page 53, 291
Amir Z.C. Page 38
Ammar M. Page 337
Ammar N. Page 304, 341
Amouri A. Page 304, 334, 341, 399, 418, 426, 427
Amrharhe E.M. Page 357
Amri F. Page 345, 346, 349
Amroun K. Page 144
Amzerin M. Page 263
Anass N. Page 312
Andrau P. Page 90
André M. Page 84
André T. Page 58, 59, 61, 100
Andriamandimbisoa N. Page 419
Andrieu T. Page 120
Anelone-Aké D. Page 417
Ankouane F. Page 289, 320
Annereau M. Page 104
Anschutz T. Page 27
Antoine C. Page 19
Antoine M. Page 25
Antonini T. Page 31, 55
Antoun L. Page 60, 235, 242, 245, 246
Anty R. Page 127, 190, 191
Anyanwu S. Page 91, 217, 364
Aouichat F. Page 239
Aoun K. Page 412
Aouroud H. Page 201, 227, 292, 294, 297, 317, 351, 379, 386, 389, 392, 411, 422, 431
Aouroud M. Page 201, 227, 292, 294, 297, 298, 317, 338, 351, 379, 386, 422
Aparicio T. Page 12, 29, 100, 156, 169, 170, 249, 375, 432
Arar H. Page 229
Archimbaud C. Page 94
Ardif R. Page 333, 396, 414
Aregui A. Page 170
Arifi S. Page 254
Arjafallah O. Page 173
Arkenau H.T. Page 164
Armuzzi A. Page 48
Arnone D. Page 222
Arrivé L. Page 59
Arrouy A. Page 67, 232
Arsenijevic T. Page 237, 342

Artru F. Page 20, 21
Artru P. Page 70, 162, 166, 168, 171
Asesio N. Page 169
Ashraf A. Page 330
Asnacios-Lecerf A. Page 29, 343
Asnafi V. Page 72, 248
Assaf A. Page 46, 288
Assaf C. Page 120
Assenat E. Page 36, 130, 143, 166, 240
Atienza P. Page 173
Atreya R. Page 27, 364
Attal J. Page 115
Attaqi K. Page 308, 411
Attar A. Page 179
Attia K.A. Page 416
Attisso M. Page 124
Aubé L. Page 239
Aubin A. Page 111
Aubourg A. Page 155
Aubry F. Page 176
Aubry M. Page 17
Auclin E. Page 100, 156
Audoynaud C. Page 120
Audureau E. Page 153
Aumar M. Page 24, 25, 26
Auvray M. Page 38
Avril S. Page 108
Ayadi F. Page 418
Ayadi S. Page 227, 254, 313, 316, 379, 393, 395, 402, 404, 418
Ayari M. Page 288, 388
Azammam S. Page 203
Azarkan A. Page 353
Azar-Kolakez A. Page 64
Aziz Q. Page 73
Azouz M.M. Page 405
Azouz M. Page 253, 280, 281, 301, 311, 312, 355, 391, 423
Azurmendi S.O. Page 237
Azzouzi D. Page 257, 387



Baba Hamed N. Page 101
Babbou K. Page 273
Bach V. Page 434
Bachet J.B. Page 59, 104, 105, 143, 162, 235, 237, 261
Badre W. Page 230, 275, 276, 277, 296, 309, 311, 314, 323, 329, 338, 350, 383, 384, 387, 393, 396, 412, 425, 430
Badurdeen D. Page 75
Baert F. Page 361, 364
Baeza-Velasco C. Page 398
Bafdel O. Page 313, 420, 429
Bahlaoui O. Page 312, 329, 336, 410
Bai A. Page 64
Bai Y. Page 164
Bailly S. Page 5
Bajul M. Page 76
Baklouti R. Page 256, 280, 287, 308, 309, 337
Baklouti S. Page 418
Bal A. Page 66
Balardy L. Page 234
Baldassarre M. Page 24
Balde C. Page 203
Balfour Sartor R. Page 213
Bali M.A. Page 342
Balp R. Page 247
Bamberger S. Page 65
Bancila I. Page 270
Bangda Ekanga J.Y. Page 203, 277, 278, 299, 305, 306, 424
Bangdiwala S.I. Page 73
Bani M.A. Page 104, 205, 241, 261
Baraduc E. Page 221
Barange K. Page 67, 92, 232
Baravian L. Page 136
Barbaza M.O. Page 106
Barbe R. Page 103, 205, 242, 261
Barbé F. Page 54, 200
Barbe-Richaud J.B. Page 196
Barde C. Page 66
Bardes J. Page 267
Bardet J. Page 66
Bardet S. Page 176
Bardier A. Page 119
Bardou M. Page 149, 269

Bardou-Jacquet E. Page 19, 20, 21
Barhoum M. Page 257
Barjij I. Page 263
Barkia B. Page 399
Barkun A. Page 149, 269
Barnich N. Page 213
Baron A. Page 53, 127
Barrat B. Page 176
Barrau M. Page 47, 224
Barrault C. Page 53, 193
Barreau F. Page 67, 232, 433
Barré-Audenet A. Page 85
Barret M. Page 5, 69, 157, 229, 262, 288, 417
Barrioz T. Page 181
Barry F.D. Page 422
Barthet L. Page 125
Barthet M. Page 139, 229, 230, 231, 413, 414, 415
Bartoli A. Page 6
Bartolome L. Page 219
Barusseaud A. Page 232
Bassaid T. Page 319
Bassène M.L. Page 256, 421
Basset C. Page 92
Bastian S. Page 101
Bastuji-Garin S. Page 153
Bataille J. Page 78
Batumona B. Page 255
Baud G. Page 26
Baudin E. Page 246
Baudry Schraub C. Page 375
Baume D. Page 255
Bazin T. Page 135
Bazoge M. Page 45, 49, 221, 360
Beaufrère A. Page 128
Beaugendre E. Page 17
Beaussire L. Page 63
Becar A. Page 182, 279
Béchade D. Page 162
Becheanu G. Page 270
Becker J. Page 372
Becq A. Page 98
Bedja S. Page 104, 241
Beguniot M. Page 265
Behal H. Page 24, 25
Bel Hadj Mabrouk E. Page 254, 313, 316, 393, 395, 402, 404, 418
Belabbes F. Page 312, 329, 336, 410
Belal N. Page 321
Belbouab R. Page 38
Belcadi Abassi A. Page 323
Belghanem F. Page 186, 321
Belhadj Y. Page 266
Belhocine K. Page 390
Belhocine R. Page 407
Belkebir Y. Page 68
Belkhodja H. Page 344
Bella E. Page 289
Bellabah A. Page 230, 275, 276, 277, 296, 309, 311, 314, 323, 329, 338, 350, 383, 384, 387, 393, 396, 412, 425, 430
Bellaïche M. Page 107
Bellanger C. Page 184
Belle A. Page 5, 95, 157, 229, 262, 279, 288, 417
Belleannée G. Page 208
Belletier C. Page 196
Belloula A. Page 321
Belmonte R. Page 54
Belqechou H. Page 180
Ben Abdallah H. Page 183, 228, 282, 283, 292
Ben Abdallah I. Page 76
Ben Abdallah K. Page 227, 321, 326, 379
Ben Abdelghani M. Page 100, 104, 143, 156, 166, 196, 261
Ben Abdelwahed M. Page 256, 280, 287, 293, 308, 309, 337, 394, 417
Ben Amor S. Page 301, 303, 400, 407
Ben Chaaben N. Page 256, 280, 287, 293, 308, 309, 337, 394, 417
Ben Dhaou A. Page 174
Ben Djmeaa S. Page 418
Ben Hamida S. Page 272
Ben Jazia E. Page 315, 428
Ben Jemia S. Page 309, 399
Ben Khadhra H. Page 127
Ben Mehrez C. Page 269, 321, 324
Ben Merabet Y. Page 127, 169, 170

Ben Mohamed A. Page 253, 280, 281, 301, 311, 312, 355, 391, 405, 423

Ben Moussa M. Page 174

Ben Mustapha N. Page 389, 399, 400, 415

Ben Radhia B. Page 340

Ben Rhouma S. Page 394

Ben Slama A. Page 293, 307, 328, 332, 339, 380, 385, 386, 390, 397, 428

Ben Soussan E. Page 95

Benabid M. Page 412

Benahsin F. Page 285, 392

Benajah D.A. Page 279, 285, 299, 303, 304, 317, 320, 348, 354, 392, 409, 435

Benakriche B.M. Page 65

Benalioua H. Page 38

Benallaoua M. Page 154, 202, 335

Benamar A. Page 189

Ben-Ammar I. Page 103, 344

Benamor Seghir F.Z. Page 323, 329, 338, 384, 393, 396, 425, 430

Benamouzig R. Page 154, 202, 204, 335

Bénard N. Page 239

Benass J. Page 278, 281, 305

Benbrahim Z. Page 254

Bendaoud M. Page 169

Benech N. Page 160

Benejat L. Page 434

Benelbarhdadi I. Page 257, 302, 312, 324, 329, 336, 349, 353, 356, 387, 407, 410

Beneyto M. Page 31

Benezech A. Page 44

Benhaim L. Page 248, 252, 261, 272, 344

Benhamdane A. Page 277, 278, 281, 298, 299, 305, 306, 310, 344, 352, 424

Benhayoun Sadafyine Y. Page 329, 410

Benjelloun N. Page 312

Benkhalifa S. Page 374

Benkirane A. Page 306, 344, 352, 424

Benmelouka K.N. Page 186, 321

Bennani Y. Page 312

Bennouna J. Page 61

Benoit J. Page 243

Bensalem A. Page 38

Bensenane-Oussalah M. Page 37, 54

Bensimon L. Page 239

Bensliman R. Page 339

Benusiglio P. Page 238

Benyamina A. Page 198

Benzarti Z. Page 181, 269, 273, 295, 297, 321, 324, 326, 383

Benzzoubeir N. Page 52, 175, 200, 253, 274, 323, 354, 357, 381, 406, 413

Beoletto F. Page 239

Berea T.N. Page 288

Berg S. Page 27

Berger A. Page 5, 9, 30, 39, 69, 89, 125, 137, 157, 194, 228

Bergez G. Page 69

Bergman M.M. Page 10

Berhili C. Page 257, 324, 356, 387

Bernoux A. Page 271

Berrag S. Page 203

Berraida R. Page 277, 278, 281, 298, 299, 305, 306, 310, 344, 352, 424

Berte N. Page 24

Bertheau P. Page 432

Berthet J. Page 120

Bertine M. Page 124

Bertrand A. Page 46, 204

Bertrand J. Page 172

Bertrand V. Page 12, 14, 47, 225

Besnard C. Page 32

Besse B. Page 205, 246

Bessede E. Page 134, 434

Betegnie A.L. Page 134

Beunon C. Page 95

Beuzit L. Page 21

Bezault M. Page 86, 432

Bhatia R. Page 263

Bhattacharjee A. Page 371

Biagi J. Page 143

Bibani N. Page 331, 397, 401, 412

Bibeau F. Page 260
Bichard P. Page 97
Bideau K. Page 193, 264
Bieche I. Page 104
Biedermann L. Page 48
Bigonnet M. Page 143
Bigot C. Page 196
Bijot J.C. Page 188
Billiauws L. Page 10, 78
Billuart O. Page 117
Binn M. Page 179
Binquet C. Page 19
Biquard L. Page 114
Biron A. Page 84, 90, 370
Bitoumbou E. Page 25
Biwole S.M. Page 289, 431
Bizid S. Page 183, 228, 282, 283, 292
Blain A.S. Page 22
Blaise L. Page 57, 128, 129
Blanc J.F. Page 104, 127, 166, 208
Blanc P. Page 151, 398
Blanchard F. Page 63
Blangiardo M. Page 126
Blehaut D. Page 120
Blet A. Page 55
Blondeaux A. Page 151, 373
Blons H. Page 61
Blot P.L. Page 169, 170
Blum Murphy M. Page 102
Bocquillon Q. Page 80
Bodergat T. Page 239
Boige V. Page 29, 60, 103, 104, 205, 241, 242, 245, 246, 250, 261, 344
Boileve A. Page 60, 103, 104, 168, 205, 235, 241, 242, 245, 246, 250, 258, 261, 344
Boilève J. Page 170
Boinette A. Page 148
Boisserie F. Page 130
Boissier E. Page 138
Boisson A. Page 237
Boisteau E. Page 169, 170
Boitel A. Page 15
Boivin E. Page 63
Boivineau L. Page 375
Bokambandja F. Page 255
Boleslawski E. Page 20
Bolliet M. Page 196
Bonin M. Page 262
Bonnard A. Page 24, 25
Bonnaud G. Page 372, 374
Bonnereau J. Page 432
Bonnet B. Page 28
Bonnet D. Page 67, 232
Bonnet J. Page 370, 375
Bonsack O. Page 367
Bonvalet C. Page 327
Borahma M. Page 257, 302, 324, 349, 353, 356, 387, 407
Borderon C. Page 24, 25
Bordet M. Page 41, 225
Borg C. Page 61, 104, 156
Bories E. Page 93
Boros C. Page 128
Boschetti G. Page 45, 215, 366
Bossevot R. Page 247
Bossuyt P. Page 27
Bostani S. Page 181, 228, 283, 295
Bothorel L. Page 89
Botsen D. Page 58, 70, 104, 144, 257
Bouali R. Page 183, 228, 282, 283, 292
Boualit M. Page 71
Boualiten K. Page 203
Bouam S. Page 158, 198
Bouaoud N.E.H. Page 168
Bouattour M. Page 127, 128, 166, 260
Bouayad A. Page 299, 303
Bouaziz J. Page 335
Bouazizi A. Page 385
Boubaker J. Page 389, 399, 400, 415
Boube M. Page 30
Bouchabou B. Page 181, 269, 273, 297, 321, 324, 326, 383
Bouchabou B. Page 295
Bouchahda M. Page 247
Bouchart C. Page 237, 342
Bouché O. Page 58, 64, 70, 104, 126, 143, 144, 161, 257
Bouchenak F. Page 168

Bouchet M. Page 346
Bouchet R. Page 125
Boudabbous M. Page 304, 334, 341, 399, 418, 426, 427
Boudaud M. Page 222
Boudjema K. Page 21
Boudriche D. Page 247
Boughoula K. Page 183, 228, 283
Bouguen G. Page 41, 44, 71, 83, 90, 118, 155, 225, 374
Bouhamou F. Page 23, 294, 310, 351, 429
Bouhidel F. Page 432
Bouhlel H. Page 280, 287, 293, 337, 394
Bouhlel W. Page 256, 280, 287, 308, 309, 337
Bouhnik Y. Page 79, 90, 155, 213, 359, 374
Bouhout K. Page 47
Bouissehak M. Page 324, 356
Boukamza W. Page 308, 427
Boukari R. Page 38
Boukechiche S. Page 8
Boukhal Z. Page 276, 277
Boukhars C. Page 323, 425, 430
Boukhraiss R. Page 302, 353
Boulant J. Page 99, 285
Boulard P. Page 195
Boumaiza M. Page 142
Boumessid K. Page 433
Bounouar I. Page 231, 295, 306, 352, 426
Bounour R. Page 435
Bouratbine A. Page 412
Bourchany A. Page 67
Bourdillel J. Page 10
Bourgeois A. Page 248, 252
Bourgeois V. Page 261
Bourgoin P. Page 105
Bourien H. Page 235
Bourlière M. Page 16, 51, 127, 190, 191, 347
Bournet B. Page 167, 206, 223, 234, 239, 346
Bourreille A. Page 79, 82, 86, 90, 155, 232, 370
Bourrier A. Page 13
Boursier J. Page 112, 113, 134, 193, 194
Boustière C. Page 99, 185
Boutaghane M. Page 390
Boutallaka H. Page 142, 247
Bouteloup C. Page 28
Boutra F. Page 313, 420, 429
Boutron-Ruault M.C. Page 10
Bouvier A.M. Page 56
Bouvier V. Page 56, 99
Bouzbib C. Page 197
Bouzeloc S. Page 268
Bouzid K. Page 168
Bouzidi A. Page 359, 365
Boyault S. Page 120
Boyer C. Page 62, 172, 207
Boyer J. Page 97
Boytchev I. Page 184
Bozon A. Page 375
Bragagnoli A. Page 163
Braghiroli M.I. Page 102
Braham A. Page 293, 307, 328, 332, 339, 380, 385, 386, 390, 397, 428
Branche J. Page 136, 151
Brand S. Page 12, 86
Branquinho D. Page 371
Brassart-Pasco S. Page 257
Brault Y. Page 359
Brazier F. Page 79, 80, 141, 382, 384
Brengel-Pesce K. Page 66
Bresso F. Page 91
Breton A. Page 25, 67, 232
Breurec S. Page 327
Breysacher G. Page 101
Briant A. Page 141
Bridoux V. Page 71
Bridoux-Henno L. Page 22, 24, 25
Brieau B. Page 5, 95, 157
Briki I. Page 389
Briot A. Page 251
Britta S. Page 27, 48, 358
Brixi H. Page 155
Brochard C. Page 71, 116, 118, 173, 225

Bronowicki J.P. Page 37, 54, 193, 200
Brouard C. Page 16
Brousse-Potocki J. Page 264, 268
Brouzes C. Page 72, 248
Brugel M. Page 126, 144, 257
Bruges R. Page 163
Brulé C. Page 4, 8
Brunac A.C. Page 92, 167, 234, 243
Bruneau J. Page 72, 248
Brunet T. Page 225
Brusset B. Page 127
Bryère J. Page 99
Bucalau A.M. Page 131
Buchard B. Page 188
Buecher B. Page 121, 238
Buisson A. Page 44, 45, 49, 50, 71, 80, 81, 83, 84, 86, 87, 88, 155, 213, 214, 221, 360, 370
Buisson P. Page 24
Bureau C. Page 31, 187, 195
Bureau-Stoltmann M. Page 16
Buronfosse A. Page 117
Burucoa C. Page 134
Buscail L. Page 92, 167, 206, 223, 234, 346
Bwemere Mungwete J. Page 430

C

Cabello Aguilar S. Page 240
Cabrol A. Page 187
Cadiot G. Page 88, 121
Cadranel J.F.D. Page 18, 53, 193
Caiazzo R. Page 26, 110
Caillo L. Page 83, 88, 95, 155, 375, 414
Caillol F. Page 93, 94, 95, 151, 185, 289
Caillou H. Page 260
Caku A. Page 262
Calavas L. Page 160
Calès P. Page 112, 194
Callon S. Page 144
Calméjane L. Page 44
Camara H. Page 367, 370
Campani C. Page 129
Campeotto F. Page 24, 106, 108
Camus C. Page 19, 20
Camus-Duboc M. Page 95, 97, 98, 152, 204
Canevet M. Page 268
Canivet C. Page 167, 206, 234, 239
Canivet C. Page 112, 113, 134, 194
Cao Q. Page 217
Cao-Lormeau V.M. Page 17
Capdevielle D. Page 115
Capelle E. Page 169, 432
Caprioli F. Page 27
Capront E. Page 339
Carbonell N. Page 193
Carbonnel F. Page 10, 86, 213
Carette C. Page 64
Cariou E. Page 31
Carlier C. Page 144, 257
Carlier H. Page 210
Carlo A. Page 118
Carlon M. Page 53
Caroli-Bosc F.X. Page 260
Caron B. Page 81, 88, 222, 367, 370
Caron E. Page 265
Caron N. Page 24, 25, 67, 69
Carpentier-Pourquier M. Page 262, 417
Carré E. Page 22
Carrere N. Page 346
Carrier P. Page 8, 196
Carrieri P. Page 16
Carton I. Page 60
Cartry J. Page 104, 241
Casado-Bedmar M. Page 233
Castagné C. Page 239
Castain C. Page 34
Castanié H. Page 70, 104
Castellani P. Page 51, 190, 191, 347
Castelli F. Page 19
Castier Y. Page 76
Castinel J. Page 203
Catalan R. Page 263
Cataldi F. Page 377

Catherine L. Page 327
Cattan L. Page 318
Cattan S. Page 127
Cattelan J. Page 53
Cauchy F. Page 128, 195
Causse X. Page 53, 196
Caussy C. Page 111
Caux C. Page 120
Cavaillon Pinod C. Page 345
Cavicchi M. Page 226
Cavillon A. Page 195, 206
Cayre A. Page 61
Cazelles A. Page 258
Cellier C. Page 72, 238, 248
Centeno D. Page 132
Cervantes B. Page 59
Chabib F.Z. Page 257, 302, 324, 349, 353, 356, 387, 407
Chabrun E. Page 5, 9, 157
Chahboun A. Page 332
Chaibi R. Page 277, 278, 281, 298, 299, 305, 306, 310, 344, 352, 424
Chaigneau J. Page 194
Chaigneau T. Page 56, 141
Chaillou E. Page 108
Chakhtoura F. Page 17
Chalaye J. Page 252
Chambaz M. Page 116
Chan S. Page 10
Chanez B. Page 143, 266
Chanteloup E. Page 71, 90, 150, 179
Chanteranne B. Page 28
Chanut L. Page 148
Chaouachi R. Page 254
Chapelle N. Page 69
Chapman C. Page 27
Chapon J. Page 50
Chaput U. Page 98, 150
Chardon L. Page 244
Charissoux A. Page 176
Charkaoui M. Page 44, 84
Charleux-Muller D. Page 367
Charlois A.L. Page 44, 215, 239, 366
Charpentier C. Page 124
Chateau T. Page 385
Chatelain D. Page 80, 382
Chatelain E. Page 110
Chatelanat O. Page 248
Chatti O. Page 332, 397
Chau I. Page 102
Chaussade S. Page 125, 157, 175, 177, 229, 262, 288, 417
Chautard R. Page 162
Chazouillères O. Page 31
Chbihi C. Page 254
Chebaro A. Page 21
Chedouba L. Page 375
Chehade M. Page 140
Cheikh I. Page 272
Cheikh N. Page 307
Cheker M. Page 299, 303
Chelbi E. Page 253, 355
Chen S. Page 48
Chen Y. Page 130
Chenevas Paule Q. Page 185
Cheng E. Page 211
Cherif D. Page 328, 330, 333, 406
Chérifa C. Page 180
Cherkaoui H. Page 320, 392
Cherkaoui M. Page 52, 175, 200, 253, 274, 323, 354, 357, 381, 406, 413
Chermak F. Page 34
Cherradi B. Page 263
Chery C. Page 37
Chetboun M. Page 26
Cheuleu Tchoussi épouse Njike Y.S. Page 320
Chevallier B. Page 261
Chevallier P. Page 251
Chevaux J.B. Page 99, 125, 157, 175, 176
Chevret S. Page 213
Chevrier C. Page 89, 203
Cheynet V. Page 66
Chiappa P. Page 196
Chibaudel B. Page 260
Chiche L. Page 336
Chilelli A. Page 161
Chiorean M. Page 361, 377
Chong G. Page 60
Choucroun N. Page 335
Chouef J. Page 254
Chouik Y. Page 111
Choy E. Page 368
Chraibi Z. Page 387, 412
Christensen B. Page 218
Christmann P.Y. Page 44
Chtioui S. Page 301, 423

Chtourou L. Page 304, 334, 341, 399, 418, 426, 427
Chung K. Page 17
Chupin A. Page 90
Ciora C. Page 270
Clairet V. Page 15, 148
Claren A. Page 251
Clavreul M. Page 232
Cleary J. Page 163
Clément I. Page 170
Clément K. Page 64
Cléry G. Page 207
Clifford G. Page 119
Closset J. Page 342
Clouzeau H. Page 108
Cluzeau V. Page 81
Co J. Page 117
Coban D. Page 45, 49, 221, 360
Coelho J. Page 291
Coevoet H. Page 12, 14, 225
Coffin B. Page 44, 71, 152, 204
Cohen D. Page 34
Cohen R. Page 59, 64, 100, 156
Cohen Haguenauer O. Page 341
Coilly A. Page 20, 193, 204
Coirier V. Page 19, 20
Colas C. Page 238
Colle E. Page 247
Collet T. Page 141
Collette B. Page 131
Collin R. Page 4
Collins M. Page 140
Colombel J.F. Page 27, 211, 213, 217, 364, 369
Colorado-Yohar S.M. Page 10
Colsch B. Page 132
Combes J.D. Page 119
Comte A. Page 108
Condat B. Page 17
Connan A. Page 116
Conroy T. Page 143
Conze P.H. Page 249
Copil F.D. Page 129
Coquet E. Page 336
Corbel A. Page 54
Corbin F. Page 262
Corcos O. Page 76
Coriat R. Page 69, 162, 168, 204, 229, 238, 262, 288, 417
Cornu E. Page 265
Coron E. Page 181
Corona A. Page 434
Corouge M. Page 158, 198
Corpechot C. Page 31
Corre F. Page 5, 9, 125, 262, 288, 417
Cosconea S. Page 205, 241, 242, 344
Costentin C. Page 35, 110, 112, 127, 193
Cotruta B. Page 270, 271
Cotte E. Page 366
Cottereau A.S. Page 246
Cottinet P.J. Page 30
Coulet F. Page 105, 238
Courbeyrette A. Page 372
Coustal C. Page 36
Coutable A. Page 239
Couteau C. Page 243
Coutris C. Page 179
Coutzac C. Page 171, 258
Couvelard A. Page 122, 142, 146
Couvert P. Page 37
Cozma M.A. Page 39
Crémilleux C. Page 25
Cretin T. Page 187
Cros J. Page 104, 105, 122, 128, 143, 146, 236, 341
Cross A.J. Page 10
Cruz-Correa M. Page 164
Culetto A. Page 92
Curlier E. Page 327
Curty B. Page 18
Cussac C. Page 187, 195

D

D'Abbundo G. Page 373
Dabadie A. Page 22, 108
Dabbabi H. Page 406
Dagan M.E. Page 422
Dagnra A.C. Page 124
Dahan L. Page 101, 104, 162
Dahan M. Page 4, 5, 8, 157, 192
Dahboul F. Page 132, 188
Dahel Y. Page 93, 94, 185, 289

Dahmani W. Page 293, 307, 328, 332, 339, 380, 385, 386, 390, 397, 428
D'Almeida R. Page 194
Dalmon I. Page 240
Damon H. Page 71
Dana J. Page 418
Danese S. Page 27, 211, 216, 219, 361, 371, 377
Danion P. Page 366
Danjoux M. Page 92, 243
Dano D. Page 266
Danset J.B. Page 5, 95, 150, 178
Dao T. Page 193
Dapo I. Page 211
Dardenne A. Page 238
Dargenio V.N. Page 125
Darif K. Page 263
Darnaude A. Page 285
Dartigues P. Page 104, 241
Darwane N. Page 204
Dasari A. Page 60
David B. Page 116
Dazza M. Page 266
de' Angelis N. Page 76
de Baère T. Page 29, 60, 104
de Broucker C. Page 33
de Castelbajac F. Page 204
de Chaisemartin C. Page 266
de Crignis L. Page 120
De Dosso S. Page 101
de Dreuille B. Page 78
de Haas A. Page 209, 212, 368
de Korwin J.D. Page 134
de la Fouchardière C. Page 58, 70, 100, 104, 156, 162, 266
de Lédinghen V. Page 34, 112, 193, 203
de l'Hermuzière C. Page 69
De Luca V. Page 266
de Maissin A. Page 90
de Matharel M. Page 197
de Mestier L. Page 121, 122, 142, 236, 246, 341
de Parades V. Page 85, 117
de Ponthaud C. Page 145, 246
de Reyniès A. Page 61
de Singly A. Page 192
De Vos M. Page 79
Debbabi H. Page 328, 330, 333
Debbeche R. Page 313, 316, 402, 404, 418
Deberne M. Page 239
Debette-Gratien M. Page 196
Debourdeau A. Page 7, 95, 139, 228, 229, 240, 414
Debuc Y. Page 268
Debzi N. Page 38
Decaens T. Page 127
Decocq G. Page 434
Decoster S. Page 187
Decré D. Page 98
Decrombecque C. Page 80
Defrance A. Page 88
Degand T. Page 5, 9, 125, 157
Degletagne C. Page 120
Deguelte-Lardière S. Page 246
Dejardin O. Page 56, 99
Dejour V. Page 79
Delacour T. Page 18
Delafosse P. Page 265
Delattre H. Page 271
Delaunay B. Page 166
Delchier J.C. Page 153
Delgéry H. Page 206
Delignette M.C. Page 55
Dellal A. Page 374
Dellon E. Page 140
Delmeule A. Page 215
Delmotte P.R. Page 19
Deloger M. Page 205
Delsa H. Page 312, 329, 336, 410
Delta D. Page 327
Demaré N. Page 154, 335
Demetter P. Page 237, 342
Demidem A. Page 132, 188
Deneche I. Page 60
Deneux-Pricope D. Page 79
d'Engremont C. Page 345
Denis A. Page 374
Denjean T. Page 344
Denost Q. Page 42
Deprez P. Page 69
Derbal B. Page 321
Derbel A. Page 328, 405
Deregnaucourt T. Page 148
Derlon A. Page 286
Dermeche S. Page 266
Dermine S. Page 10
Derval E. Page 79, 384
Descamps D. Page 124
Deschausaux M. Page 10

Desfemmes F.R. Page 117
Desfourneaux-Denis V. Page 116
Desgrippes R. Page 264
Desjonquères E. Page 134
Deslandres M. Page 260
Desmarets M. Page 15
Desprez C. Page 74
Desrame J. Page 162, 170
Desreumaux P. Page 365, 373
Deswyssen Y. Page 39
Deuffic-Burban S. Page 16
Devière J. Page 342
D'Haene N. Page 105, 237
D'Haens G. Page 27, 91, 216, 219, 361, 363, 377
Dhalluin V. Page 158, 198
Dhaouadi T. Page 227, 379
Dharancy S. Page 18, 19, 20, 26
Dhib A. Page 331, 402, 418
Dhiflaoui M.A. Page 307
Dhooge M. Page 238
Di Bartolomeo M. Page 102
Di Beo V. Page 16
di Donato E. Page 223
Di Fiore A. Page 63
Di Fiore F. Page 61, 63, 100, 101, 250
Di Martino V. Page 19, 132, 188
Dia D. Page 256
Diallo A. Page 422
Diallo D. Page 422
Diallo I. Page 256
Diallo K. Page 422
Diallo S. Page 256, 421
Diamantis S. Page 134
Dian L. Page 17
Diculescu M.M. Page 11, 270
Didelot J.M. Page 119
Dierickx L. Page 243
Dimitrov G. Page 26
Dioguardi Burgio M. Page 122
Dior M. Page 152
Diouf M. Page 79
Dirrenberger B. Page 286
Disse E. Page 111
Djeddi D. Page 25
Djelil D. Page 119
Doat S. Page 119
Docao C. Page 121
Dodel M. Page 45, 49, 221, 360
Doffou S. Page 416
Doki Y. Page 102
Dokmak S. Page 146, 236
Doncarli C. Page 336
Dondero F. Page 128
Dong C. Page 10
Dongmo C. Page 431
Donnadieu H. Page 115
Doré J. Page 202
Dos Santos M. Page 58
Doshi C. Page 217
Douaa D. Page 401
Douggui H. Page 288, 388
Doumbe-Mandengue P. Page 229
Doumbouya N.B. Page 422
Draullette M. Page 78
Dray D. Page 377
Dray X. Page 9, 150
Dréau H. Page 208
Drilhon N. Page 35
Drouet Y. Page 238
Drouillard A. Page 101, 171
Dryden G. Page 363
Duan R. Page 27, 48, 216
Dubcenco E. Page 91, 217, 363
Dubé J. Page 262
Dubern B. Page 64, 108
Dubian S. Page 80
Dubinsky M. Page 27, 219, 361, 376, 377
Duboc H. Page 152
Dubois P. Page 179
Dubois V. Page 215
Dubreuil O. Page 104, 162, 168
Duburque C. Page 187
Duclaux-Loras R. Page 67, 69, 366
Ducloux D. Page 15
Ducournau A. Page 434
Ducournau G. Page 127
Ducreux M. Page 60, 103, 104, 205, 241, 242, 245, 246, 250, 261, 272, 344
Duffas J.P. Page 232
Dugelay E. Page 108
Dukan P. Page 336
Dulai P. Page 362
Dulery C. Page 192
Dulong S. Page 247
Dumant C. Page 25
Dumay A. Page 233, 433
Dumbrava M. Page 270
Dumortier J. Page 19, 55

Duncan B. Page 364
Duplouye P. Page 120
Dupont B. Page 141
Dupont-Deshorgues A. Page 257
Dupont-Lucas C. Page 12, 14, 47, 225
Dupré A. Page 120, 168, 171
Dupuis C. Page 170, 432
Dupuy M. Page 36, 240
Duquerois A.S. Page 67
Durand A. Page 345
Durand F. Page 33, 35, 114, 193
Durand S. Page 132
Durand T. Page 232
Durand-Labrunie J. Page 261
Duru G. Page 47
Dusetti N. Page 143
Dutherage M. Page 63, 100, 156, 250
Duval M. Page 59
Duveau N. Page 71, 84, 88, 373

E

Eccleston J. Page 211
Edeline J. Page 21, 166, 235, 264
Edery J. Page 179
Ekouevi D. Page 124
El Abkari M. Page 279, 285, 299, 303, 304, 317, 320, 348, 354, 392, 409, 435
El Azhari A. Page 275, 276
El Azzam N. Page 294, 298, 338
El Bacha H. Page 52, 175, 200, 253, 274, 323, 354, 357, 381, 406, 413
El Balkhi S. Page 144
El Fadli I. Page 308, 332, 396
El Fassi S. Page 333
El Hajbi F. Page 102
El Helou S. Page 179, 199, 286, 382
El Hilali H. Page 254
El Husseini K. Page 35
El Jim R. Page 317, 409
El Khamlichi N. Page 290
El Khoury B. Page 150, 178
El Kirami Y. Page 435
El Koti I. Page 277, 278, 281, 298, 299, 305, 306, 310, 344, 352, 424
El Manjra C. Page 231, 295, 306, 352, 426
El Mekkaoui A. Page 279, 285, 299, 303, 304, 317, 320, 348, 354, 392, 409, 435
El Mouldi Y. Page 283, 330
El Mqaddem O. Page 282, 345, 346, 349, 353, 391, 398, 401, 402, 409
El M'rabet F.Z. Page 263
El Rawadi E. Page 60, 246
El Ray S. Page 330
El Rharbaoui L. Page 74, 290, 403, 414, 424
El Soussi S. Page 384
El Yousfi M. Page 279, 285, 299, 303, 304, 317, 320, 348, 354, 392, 409, 435
Elbaz F. Page 24
Elez E. Page 60
Elimova E. Page 163
Eljaadi I. Page 408
Elkrief L. Page 35
Elleuch N. Page 293, 307, 328, 332, 339, 380, 385, 386, 390, 397, 428
Ellis S. Page 58
Elloumi H. Page 272
Elloumi H. Page 331
Elommal H. Page 282
Elrhaoussi F.Z. Page 230, 275, 276, 277, 296, 309, 311, 314, 323, 329, 338, 350, 383, 384, 387, 393, 396, 412, 425, 430
Emile J.F. Page 135
Enaud R. Page 32
Enea D. Page 79, 105
Eng C. Page 60

Enguita-Germán M. Page 8

Ennaifer R. Page 181, 269, 273, 295, 297, 321, 324, 326, 383

Errabih I. Page 52, 175, 200, 253, 274, 323, 354, 357, 381, 406, 413

Escobar R. Page 219

Escoda T. Page 336

Essid N. Page 174

Essig M. Page 196

Estermann L. Page 137

Estrade J.P. Page 335

Etchepare N. Page 125

Etienne P.L. Page 64

Etienney I. Page 71, 119, 173

Eugen D. Page 271

Even M. Page 319

Eveno C. Page 266

Evesque L. Page 58, 143, 163

Evrad C. Page 207

Evrard B. Page 28

Evrard C. Page 162

Ewald J. Page 29, 185

Exbrayat C. Page 259, 265, 267

Eyharts D. Page 31

Eyraud P.Y. Page 345

Ezratty N. Page 154, 335

F

Fabre A. Page 108

Faccioli N. Page 64

Faes M. Page 209, 212

Fakhouri H. Page 325

Falcoz A. Page 100, 104

Fall A.B. Page 256, 421

Fall F. Page 256

Fall M.P. Page 256, 421

Fantognon G. Page 18, 53, 193

Fares N. Page 92, 166, 167, 187, 195, 234, 235, 243

Farges M.C. Page 28

Faron M. Page 246, 248, 252

Fartas A.R. Page 319

Fartmissi M. Page 230

Fathallah N. Page 84, 85

Faure J. Page 148

Faure P. Page 359, 372

Faure S. Page 36, 113, 115

Faust C. Page 231

Fawaz J. Page 119, 266

Fayemendy P. Page 77

Fayet L. Page 28

Feagan B. Page 212, 219, 361, 371, 377

Feeney K. Page 163

Fein F. Page 148

Feki W. Page 399

Fekih M. Page 389, 399, 400, 415

Felli E. Page 347

Fenaille F. Page 19

Feng T. Page 91, 217, 363

Fenomanana J. Page 419

Fenouil T. Page 6, 7, 105, 125

Fernandes H. Page 32

Fernandez De Sevilla E. Page 103, 104, 205, 241, 242, 248, 252, 261, 344

Fernini F. Page 38

Féron T. Page 121

Ferrand A. Page 67, 232

Ferrante M. Page 27, 48, 216, 358

Ferré V.M. Page 124

Ferru A. Page 62, 172

Fiegel N. Page 106

Filippi J. Page 374

Finkenstädt-Rand B. Page 247

Finn R. Page 130

Fischer M. Page 210

Fisher D. Page 362

Flacs M. Page 248, 252

Flahault A. Page 54

Flamant M. Page 47

Flecchia C. Page 100, 156, 170

Fleisher M. Page 363

Fleury M. Page 169

Flori N. Page 167, 234

Fonck M. Page 58

Fontanet A. Page 17

Ford S. Page 91

Forgues D. Page 24

Fortier-Beaulieu C. Page 7

Fotsing G. Page 155

Foubert F. Page 239

Fouchard I. Page 112, 113, 134
Foucher J. Page 34
Fouquet V. Page 24, 25
Fournier P. Page 31
Fradi Y. Page 297
Francois M. Page 24
François A.M. Page 152
François L. Page 244
Fraunhoffer Navarro N.A. Page 143
Freilich J. Page 161
Fremont E. Page 192
Frezet S. Page 203
Frin A.C. Page 251
Fromentin S. Page 202
Fuerea A. Page 103, 205, 250, 344
Fuks D. Page 145, 246
Fumery M. Page 12, 14, 44, 47, 49, 79, 80, 83, 86, 88, 141, 155, 220, 225, 359, 360, 363, 370, 382, 384, 434
Fumex F. Page 96
Fyras S. Page 293, 428

G

Gabriel C. Page 4, 137
Gagnière C. Page 46
Galeano C. Page 192
Galeas M. Page 265
Gallardo C. Page 163
Gallois C. Page 61, 100, 156, 258
Gallon C. Page 12
Galmiche A. Page 148
Ganne-Carrié N. Page 35, 57, 127, 128, 129, 134
Ganry O. Page 127
Garbet L. Page 197
Garbit V. Page 120
Garcia-Alfonso P. Page 60
Garcia-Carbonero R. Page 60
Gardiner S. Page 365
Gardy J. Page 56, 99
Gargouri D. Page 331, 397, 401, 412
Garin E. Page 21
Garin G. Page 120
Garioud A. Page 182
Garnier J. Page 185
Garret C. Page 206
Garrido M. Page 163
Garzelli L. Page 76
Gaschignard M. Page 32
Gasmi M. Page 415
Gastineau S. Page 22
Gatta-Chérifi B. Page 64
Gaujoux S. Page 145
Gaulier C. Page 265
Gauthier C. Page 192
Gauthier L. Page 234
Gauthier V. Page 126
Gautier S. Page 106
Gautier S. Page 267
Gavoille C. Page 58
Gay C. Page 45, 215, 366
Gay-Quéheillard J. Page 434
Gdoura H. Page 304, 334, 341, 399, 418, 426, 427
Geffriaud-Ricouard C. Page 260
Gelli M. Page 29, 60, 103, 104, 205, 241, 242, 246, 248, 252, 261, 344
Gelu-Simeon M. Page 53, 327
Geneviève F. Page 113
Genin M. Page 126
Genot S. Page 336
Gentilhomme L. Page 343
Geraci O. Page 149, 269
Gérard L. Page 244
Gérard R. Page 95, 125, 136, 151, 186, 373
Geroux L. Page 24
Gervais S. Page 113
Geyl S. Page 4, 8, 44, 88
Ghanem M. Page 183, 228, 282, 283, 292, 322
Ghannei O. Page 301, 303, 400, 407
Ghannouchi A. Page 388
Gharbi G. Page 253, 280, 281, 312, 355, 405
Gharbi K. Page 284
Gharbi R. Page 334
Gharbi Y. Page 300, 316, 322, 331
Gharsallah I. Page 322
Gheonea D. Page 271
Gheorghe C. Page 270, 271

Ghestem V. Page 81
Ghilardi L. Page 141
Ghiringhelli F. Page 58, 60, 104
Ghithia N. Page 316
Ghosh S. Page 217, 358
Ghosn J. Page 124
Ghozali N. Page 263
Ghrab A. Page 399
Ghrab F. Page 426
Giguet B. Page 19, 20, 21
Gil T. Page 247
Gillet A. Page 226
Gillet L. Page 434
Gilletta de Saint-Joseph C. Page 84, 88, 90, 155, 213, 223, 370, 375
Gillibert A. Page 71, 250
Gimenez-Roqueplo A.P. Page 142
Gincul R. Page 96
Giovannini M. Page 93, 94, 185, 289
Girard C. Page 67
Girot P. Page 251, 258
Gisbert J.P. Page 362
Giurgiu E. Page 248, 252
Glaziou P. Page 17
Glotfelty L. Page 140
Glover S.C. Page 211
Gnaba A. Page 287, 337, 394
Gnemmi V. Page 26, 110
Goemans A. Page 26
Goéré D. Page 29
Goetsch M. Page 219, 361, 371
Gohier E. Page 89
Gombault A. Page 34
Gomercic C. Page 40, 42, 285
Gomez T. Page 82
Gonneau-Lejeune J. Page 64
Gonzales E. Page 31
Gonzalez A. Page 190, 191, 347
Gonzalez J.M. Page 95, 139, 229, 230, 231, 413, 414, 415
Gonzalez S. Page 139
Gorelick K.J. Page 376
Goret N. Page 108
Goria O. Page 18, 35
Gornet J.M. Page 12, 79, 169, 204, 375
Gossec L. Page 374
Gotovkin E. Page 165
Gottrand F. Page 24, 25, 26, 125
Goudarzi N. Page 104, 241
Goudot M. Page 151
Gouiaa D. Page 389, 400, 415
Goujon G. Page 64, 168
Goujon J.M. Page 249
Goumard C. Page 59, 188
Gourari S. Page 38
Gourcerol G. Page 71, 74, 136
Gourgou S. Page 167, 272
Gourinda A. Page 263
Gouriou C. Page 118
Goutorbe F. Page 44, 84, 155
Gouyon B. Page 107
Gower-Rousseau C. Page 12, 14, 47, 225
Grabli D. Page 291
Gracian A.C. Page 60
Grainville T. Page 41
Grancher A. Page 63, 250
Grand D. Page 92
Grandjean M. Page 347
Grange R. Page 142
Gras M.E. Page 106
Grasset D. Page 264
Grau R. Page 30, 150
Green J. Page 376
Grihe L. Page 427
Grimaldi J. Page 5, 42
Gronier O. Page 177, 286
Grosdenier M. Page 62, 207
Gu G. Page 377
Guéant J.L. Page 37, 54, 200
Guéant-Rodriguez R.M. Page 37
Guediche A. Page 256, 280, 287, 293, 308, 309, 337
Guedj N. Page 121
Gueiderikh A. Page 250
Guellouz S. Page 44
Guelmami S. Page 174
Guenole M. Page 266
Guerzider A. Page 194
Guevara M. Page 10
Gueye M.N. Page 256, 421
Guggenbuhl P. Page 22
Guibert P. Page 167, 234
Guichon C. Page 55

Guidet J. Page 24
Guilbaud R. Page 124
Guilhamet M. Page 206
Guillaumée H. Page 240
Guillaumot M.A. Page 265
Guillemin A. Page 343
Guillermet-Guibert J. Page 232
Guillo L. Page 13, 44, 84, 88, 370
Guillon N. Page 12, 14, 47, 225
Guilmoteau T. Page 183
Guimbaud R. Page 61, 92, 100, 104, 156, 166, 167, 234, 243
Guinot A. Page 24, 25
Gunter M.J. Page 10
Guyot d'Asnières de Salins A. Page 172

H

Ha C. Page 365
Habauzit C. Page 374
Habersetzer F. Page 347
Habert A. Page 367
Hacoon J. Page 153
Haddad F. Page 230, 275, 276, 277, 296, 309, 311, 314, 323, 329, 338, 350, 383, 384, 387, 393, 396, 412, 425, 430
Haddad Hachimi C. Page 203
Hadjnaceur I. Page 247
Haffreingue A. Page 24
Hafi S. Page 282
Hafliger E. Page 171
Haghnejad V. Page 37, 53, 54, 200
Haida M. Page 314, 334, 355
Haj Kacem F. Page 334
Hajlaoui A. Page 397, 401
Hakim S. Page 141
Halfon P. Page 335, 336
Hallit R. Page 417
Halloul R. Page 428
Hambli S. Page 136, 373
Hamdi S. Page 307, 328
Hamel B. Page 7
Hamilton J. Page 140
Hammami A. Page 293, 307, 328, 332, 339, 380, 385, 386, 390, 397, 399, 428
Hammel P. Page 104, 142, 143, 162, 169, 204, 247
Hammoudi N. Page 12, 86, 168, 169, 375, 432
Hamouda S. Page 308
Hamoudi S. Page 432
Hamouga R. Page 316, 402, 418
Hamour F.Z. Page 273
Hamy A. Page 101
Hamza S. Page 269, 324, 393, 395, 404
Hamzaoui L. Page 253, 280, 281, 301, 311, 312, 355, 391, 405, 423
Hamzaoui N. Page 238
Haouari M.A. Page 85
Harb M. Page 150, 178
Harbi R. Page 315, 428
Harlé A. Page 143
Harrathi S. Page 315, 428
Hart A. Page 376
Hartwig J. Page 101
Hassani Z. Page 179
Hassid D. Page 375
Hassine A. Page 307
Hassine H. Page 328, 330, 333, 406
Hassini A. Page 391, 398, 401, 402, 409
Haumaitre C. Page 146
Hautefeuille V. Page 64, 80, 100, 156, 162, 168, 235, 260
Haythem Y. Page 406
Hdiye S. Page 277, 278, 298, 299, 306, 310, 344, 352
Heard I. Page 119
Heath A.K. Page 10
Hébuterne X. Page 81, 86, 88, 90, 155, 211, 213, 251, 375
Hedjoudje A. Page 75, 97, 180
Hein M. Page 237
Heinrich K. Page 156
Heinshild V. Page 192

Heissat S. Page 67

Helis C. Page 186, 273

Heluwaert F. Page 90, 110, 134, 153, 193

Hemdani N. Page 181, 269, 273, 295, 297, 321, 324, 326, 383

Henno S. Page 118, 119

Henriques J. Page 235

Hentic O. Page 104, 121, 122, 236

Hercberg S. Page 10

Hercent A. Page 121, 341

Hermabessière P. Page 34, 203

Herman-Demars H. Page 372

Hermann J. Page 265

Hermine O. Page 72, 248

Héroin L. Page 177

Herrero A. Page 20, 113

Herve C. Page 156

Hervieu V. Page 111

Heurgué A. Page 35, 127, 193

Higgins P. Page 211, 219

Higuero T. Page 372

Hilmi M. Page 241, 242

Hinaje K. Page 254

Hiol A. Page 202

Hirano H. Page 164

Hirano I. Page 140

Hiret S. Page 104, 166

Hiriart J.B. Page 34

Hiridjee S. Page 367

Hisamatsu T. Page 216

Hliwa W. Page 230, 275, 276, 277, 296, 309, 311, 314, 323, 329, 338, 350, 383, 384, 387, 393, 396, 412, 425, 430

Hmina A. Page 253, 274

Hoba J. Page 250

Hobeika C. Page 266

Hocine K. Page 141

Hocquet G. Page 117

Hoff A.C. Page 75

Hoibian S. Page 93, 94, 185, 289

Hollebecque A. Page 60, 100, 103, 104, 156, 166, 205, 235, 241, 242, 245, 246, 250, 261, 344

Holtved E. Page 102

Hon E. Page 210

Honein K. Page 179, 199, 286, 382

Honore C. Page 248, 252

Houbiers A. Page 248, 252, 261, 344

Hountondji L. Page 36

Houssel-Debry P. Page 19, 20, 21, 35

Houze P. Page 375

Hoyeau N. Page 119

Hozak R. Page 210

Hreinsson J.P. Page 73

Hsu C.H. Page 102

Huang X. Page 27

Huang Y. Page 75

Hubert M. Page 120

Hubner M. Page 266

Hubner R. Page 165

Hudesman D.P. Page 217, 358

Huet F. Page 22

Hugot J.P. Page 108, 233

Hunault G. Page 112, 194

Hunaut T. Page 121

Hupé M. Page 87, 90, 385

Huppertz J. Page 286

Husson-Wetzel S. Page 196

Huybrechts I. Page 10

I

Ibn Majdoub Hassani D. Page 304, 348, 354

Ibrahimi S.A. Page 279, 285, 299, 303, 304, 317, 320, 348, 354, 392, 409, 435

Ichai P. Page 20

Idir M. Page 115

Idrissi L.A. Page 312

Iglicki F. Page 179

Ikram D. Page 391

Iovanna J. Page 143

Irles Depe M. Page 34

Irtan S. Page 24, 25

Irving P. Page 27

Ishihara R. Page 165

Ismail S. Page 389

Ismaili Z. Page 282, 345, 346, 349, 353, 391, 398, 401, 402, 409

Issoufaly T. Page 114

Istratescu D. Page 11

Italiano A. Page 104, 241, 242

Itti E. Page 252

Iuliano R. Page 344

Izopet T. Page 187, 195

J

Jaafar A. Page 9

Jaber S. Page 20

Jaby O. Page 25

Jacob P. Page 150

Jacques J. Page 3, 4, 8, 9, 41, 42, 69, 125, 150, 152, 157, 175, 176, 177, 196

Jacquier C. Page 24, 25

Jaffrelot M. Page 92, 234, 243

Jairath V. Page 210, 218, 362, 369, 371

Jamonneau I. Page 220

Jamoul C. Page 209

Janet J. Page 176

Janjigian Y. Page 163

Jarrot C. Page 243

Jarti M. Page 314, 334, 355

Jaulin F. Page 103, 104, 241

Jauvain M. Page 434

Jaziri H. Page 293, 307, 328, 332, 339, 380, 385, 386, 390, 397, 428

Jeanbert E. Page 367

Jeddou H. Page 21

Jehanne Q. Page 434

Jemai R. Page 293

Jemni I. Page 256, 280, 287, 293, 308, 309, 337, 417

Jenvrin A. Page 236

Jerbi A. Page 181, 295

Jezequel M. Page 116

Jézéquel C. Page 21

Jiang Y. Page 165

Jiao L. Page 107

Jinga M. Page 271

Jioua C. Page 203, 277, 278, 299, 305, 306, 310

Jirka A. Page 77

Jlassi H. Page 331, 397, 401, 412

Jmaa A. Page 293, 307, 328, 332, 339, 380, 385, 386, 390, 397, 428

Joly F. Page 10, 78

Jomni T. Page 288, 388

Josseran L. Page 267

Joubaud F. Page 113

Jouët P. Page 154, 335

Jouini M.A. Page 400

Juif L. Page 15, 148

Juillerat P. Page 363

Julia C. Page 10

Julié C. Page 135

Jung C. Page 107

Junot C. Page 19

K

Kaaks R. Page 10

Kaassis M. Page 84, 155

Kabbaj N. Page 23, 284, 294, 310, 351, 356, 429

Kaci M. Page 319

Kadiri M. Page 257, 324, 356, 387, 407

Kahlaoui F. Page 412

Kalabic J. Page 48, 216, 358

Kalfa N. Page 25

Kallel H. Page 339, 380, 386, 390

Kamal M. Page 104

Kamga O. Page 289

Kanagaratnam L. Page 257

Kaouissi S. Page 253, 274

Kaouk N. Page 286

Karam I. Page 203

Karamouzis M. Page 163

Karayan L. Page 62, 207

Karinthi D. Page 158, 198

Karrer A. Page 225
Karsenti D. Page 99, 125, 207
Karvellas C.J. Page 20
Kaser A. Page 210
Kassar N. Page 187
Kassouri L. Page 85
Kato K. Page 102, 164, 165
Kawakami H. Page 102
Kchir H. Page 328, 330, 333, 406
Kechida M. Page 432
Kefi M. Page 340
Keller J. Page 73
Keraudren P. Page 367
Kerlogot L. Page 203
Kermarrec M. Page 264
Kermarrec T. Page 268
Key T.J. Page 10
Khadraoui H. Page 313, 420, 429
Khaireh Amoud N. Page 329, 338
Khanfour M. Page 179, 199, 286, 382
Khannoussi W. Page 312, 329, 336, 410
Kharrasse G. Page 282, 345, 346, 349, 353, 391, 398, 401, 402, 409
Khater S. Page 72, 248
Khayat L. Page 428
Kheloufi L. Page 197
Khemiri R. Page 406
Khemiri W. Page 388
Khemissa Akouz F. Page 70
Kherrour A. Page 247
Khiari A. Page 63
Khouildi D. Page 331
Khsiba A. Page 253, 280, 281, 301, 311, 312, 355, 391, 405, 423
Khyat C. Page 23, 294
Kianmanesh R. Page 144, 246
Kikweta J. Page 327
Kikwisina A. Page 255
Kim D.H. Page 149, 269
Kim S. Page 100, 260
Kimpiatu J.P. Page 255
Kirchgesner J. Page 44, 46, 81, 84, 88
Kissi H.Y. Page 416
Kitagawa Y. Page 102
Klaff J. Page 364
Kligys K. Page 27, 216, 358, 369
Klii R. Page 432
Klingberg A. Page 53
Kobayashi T. Page 209, 218, 219
Koch S. Page 15, 148
Kocsis J. Page 60
Koetse W. Page 216
Koivogui A. Page 271
Kojima T. Page 165
Konso M. Page 323
Korbi S. Page 34
Kordjani S. Page 174, 186, 321
Kormann R. Page 54
Kössler T. Page 101
Kouam Djumalla M.G. Page 431
Kouamé G.D. Page 425
Koulali H. Page 282, 345, 346, 349, 353, 391, 398, 401, 402, 409
Kouwakanou B. Page 307
Kowo M.P. Page 289, 320
Kpossou A.R. Page 422
Krati K. Page 201, 227, 231, 292, 294, 295, 297, 298, 306, 307, 314, 317, 334, 338, 351, 352, 355, 379, 386, 389, 392, 411, 422, 426, 431
Krifa N. Page 328
Ksiaa M. Page 293, 307, 328, 332, 339, 380, 385, 386, 390, 397, 428
Kudo M. Page 130
Kujawski M. Page 211
Kunzmann V. Page 156
Kwiatek S. Page 47
Kyrø C. Page 10

L

Laabidi S. Page 389, 399, 400, 415
Labat Z. Page 327
Labben S. Page 383
Labidi A. Page 389, 399, 400, 415

Laborde N. Page 38, 232

Laborey M. Page 161

Labreche K. Page 105

Labreuche J. Page 13

Labruyere M. Page 19

Lacerda A. Page 91, 217, 363, 364

Lacroix E. Page 71

Lacroix V. Page 433

Lacroute J. Page 286

Lafeuille P. Page 3, 6, 41, 152, 175, 177

Lagdali N. Page 257, 324, 356, 387, 407

Laharie D. Page 44, 71, 79, 84, 88, 89, 90, 209, 213, 359, 362, 370

Lahkim Bennani M. Page 409

Lahlali M. Page 279, 285, 299, 303, 304, 317, 320, 348, 354, 392, 409, 435

Lahlou W. Page 162

Lahmar W. Page 322

Lahmidani N. Page 279, 285, 299, 303, 304, 317, 320, 348, 354, 392, 409, 435

Lairani F.E. Page 201, 227, 231, 292, 294, 295, 297, 298, 306, 307, 314, 317, 334, 338, 351, 352, 355, 379, 386, 389, 392, 411, 422, 426, 431

Lairez O. Page 31

Lajoinie A. Page 161

Lakhdar O. Page 74, 424

Laly M. Page 70

Lam Y.H. Page 64

Lamarque D. Page 134, 135, 153, 267

Lamarque J.P. Page 135

Lambert A. Page 143

Lambert B. Page 246

Lambert J. Page 86

Lambert S. Page 264

Lambin T. Page 5, 125, 152

Lamine A. Page 279, 285, 299, 303, 304, 317, 320, 348, 354, 409, 435

Lamireau T. Page 24, 25, 32

Lamoureux A. Page 36

Landemaine A. Page 116, 118, 225

Lang S. Page 15

Langlois A. Page 264

Lannes A. Page 35, 112, 113, 134, 194

Laoufi N.R. Page 168

Lapillonne A. Page 24, 25, 107

Laporte A. Page 30

Laquière A. Page 99, 185, 207

Lardy H. Page 24

Larrey E. Page 188

Larrue H. Page 195

Lassailly G. Page 26, 110

Lassoued I. Page 332

Lastère S. Page 17

Latournerie M. Page 19

Launay L. Page 99

Launay S. Page 266

Launoy G. Page 56, 99

Laurain A. Page 179

Laurenceau T. Page 56

Laurent A. Page 128

Laurent C. Page 208

Laurent L. Page 236, 341

Laurent-Puig P. Page 61, 272

Lavie-Badie Y. Page 31

Laws E. Page 140

Lay S. Page 120

Lazin K. Page 376

Lazure T. Page 184

Le Bail B. Page 34

Le Baleur Y. Page 5, 9, 125, 150, 157, 178

Le Berre C. Page 13, 44, 82, 84, 88, 232

Le Beux E. Page 31

Le Beyec-Le Bihan J. Page 64

Le Bourhis L. Page 432

Le Brun Ly V. Page 70

Le Corre D. Page 61

Le Cosquer G. Page 13, 44, 223, 375

Le Couédic J. Page 116

Le Gall M. Page 233
Le Houarno A. Page 296
Le Magoarou T. Page 53, 193
Le Malicot K. Page 64, 70, 101
Le Mandat A. Page 24
Le Roy B. Page 162
Le Roy Feret E. Page 265
Le Sourd S. Page 64
Le Trung T. Page 271
Leandri C. Page 417
Lebeau L. Page 249
Lebeaud A. Page 235
Leblanc S. Page 7, 9, 69, 96, 125, 157, 175
Lebossé F. Page 55
Lebuffe G. Page 20
Lebwazé B. Page 255
Lecaille C. Page 171
Leclercq P. Page 4, 5, 157
Lecoeur A. Page 244
Lecompte J.F. Page 24
Lecomte T. Page 63, 64, 70, 104, 121, 143, 162, 171, 235, 260
Leconte M. Page 56
Lee K.W. Page 164
Lee N. Page 187
Lee S. Page 219
Lefebure, B. Page 63
Lefebvre T. Page 345
Lefevre C. Page 357, 367, 376, 378
Lefèvre J. Page 59
Legros R. Page 4, 8, 9, 42, 151, 157, 175, 176, 177
Legué C. Page 225
Lehmann-Che J. Page 169
Lehours P. Page 134, 434
Lei M. Page 102
Lellouche L. Page 262, 288
Lelong B. Page 266
Lemaire C. Page 258
Lemaitre C. Page 53, 193
Lepage C. Page 64, 70, 121, 272
Lepage P. Page 213
Lepetit H. Page 4, 5, 8, 157
Lepilliez V. Page 7, 9, 69, 96, 125, 157, 175
Lequoy M. Page 129, 134
Lermite E. Page 63
Leroi A.M. Page 71, 74
Lerosey L. Page 19
Leroux J. Page 7, 262, 288
Leroux S. Page 22
Leroyer A. Page 12, 14, 47, 225
Lesage A.C. Page 119
Lesage C. Page 36
Lesurtel M. Page 128
Leteurtre E. Page 26, 110
Letrillart J. Page 108
Letrillart, H. Page 291
Levi C. Page 114
Levi F. Page 189, 247
Lévi-Strauss T. Page 190, 191
Levoir D. Page 150
Levrero M. Page 111
Levy G. Page 211, 364
Lévy P. Page 286
Ley D. Page 12, 14, 47, 225
Lezmi G. Page 24
L'hermite S. Page 20
Lhermitte L. Page 72, 248
Lhotte M. Page 265, 267
L'Huillier R. Page 160
Li L. Page 164, 165
Li S. Page 130
Li X.M. Page 247
Liagre P. Page 192
Liao X. Page 216
Liberale G. Page 266
Lichtenstein G. Page 211
Lièvre A. Page 29, 118, 166
Lim A. Page 216
Limam R. Page 280, 308, 309, 337, 380, 386, 390, 394
Lin C.Y. Page 165
Lin Z. Page 210
Lindsay J. Page 27, 91, 364
Linglart A. Page 64
Lion A.S. Page 187
Lipson K. Page 104
Lirussi Borgnon J. Page 25
Liu J. Page 363, 364
Liuu E. Page 296
Lkousse M.A. Page 284
Locher C. Page 169, 171
Loftus E.J. Page 48, 216

Loghmari M.H. Page 256, 280, 287, 293, 308, 309, 337, 417
Lointier E. Page 31
Loir E. Page 266
Lombard-Bohas C. Page 244
Lonardi S. Page 60
Lopez A. Page 143, 258
Lopez C. Page 377
Loppinet T. Page 67
Lorenzo D. Page 95, 146
Lortat Jacob B. Page 76
Louafi S. Page 101
Louati C. Page 313
Louis E. Page 48, 79, 86, 358
Lourenço N. Page 162, 169, 170, 375
Loustaud-Ratti V. Page 8, 127, 196
Louvel D. Page 182, 279
Louvet A. Page 20, 26
Louvet C. Page 70
Louvion K. Page 204
Lubuela G. Page 128
Lucendo A. Page 140
Luciani A. Page 252
Lucidarme C. Page 187
Lucidarme D. Page 187
Lucidarme O. Page 59
Luegering A. Page 363
Lupinacci R. Page 105
Lupu A. Page 6, 7, 41, 152, 157
Luscan R. Page 108
Lussey C. Page 188
Luu A. Page 261

M

Maachi N. Page 314
Maamouri N. Page 328, 330, 333, 406
Mabizari R. Page 186, 273
Mabrouk A. Page 174
Mabrouk M. Page 287, 293, 337, 394, 417
Mabrut J.Y. Page 55
Macaigne G. Page 53, 204
Mace V. Page 206
Macgregor A. Page 115
Madec Y. Page 17
Maggiori L. Page 432
Magne F. Page 265
Magne S. Page 265
Magro F. Page 371
Magro F. Page 218
Mahamat-Saleh Y. Page 10
Mahassadi K. Page 425
Mahfouz E. Page 179, 199, 286, 382
Mahiou H. Page 313, 420, 429
Mahmoudi M. Page 253, 280, 281, 301, 311, 312, 355, 391, 405, 423
Maienza E. Page 248, 252
Maire F. Page 95, 99, 146
Mairin R. Page 289
Maizi M. Page 312
Maksud P. Page 188
Malgras B. Page 266
Malka D. Page 29, 60, 103, 104, 166, 235, 241, 242, 245, 246, 250
Mallet V. Page 35, 158, 198
Maloney J. Page 140
Manceau G. Page 168, 258
Manceau M. Page 385
Manfredi S. Page 101, 127
Mansar R. Page 260
Mantisi L. Page 291
Manuc T. Page 11, 270, 271
Mănuc M. Page 11, 270, 271
Manzano H. Page 263
Maoui K. Page 142, 247
Marced E. Page 363
Marcellin F. Page 16
Marchand L. Page 119
Marchese U. Page 246
Marciniak C. Page 26
Margina E. Page 161
Maria A. Page 36
Marie L. Page 251
Marijon H. Page 104
Marines D. Page 263
Marique L. Page 39
Marjollet C.A. Page 69
Marot G. Page 110
Marotte H. Page 374
Maroua S. Page 322
Marquet P. Page 196
Marteau P. Page 79
Martel M. Page 62, 207
Martel M. Page 149, 269

Martin A. Page 184
Martin B. Page 15
Martin N. Page 358
Martin N. Page 318
Martín-Arranz M. Page 91
Martin-Babau J. Page 58
Martinez-Vinson C. Page 67
Martino F. Page 327
Martins C. Page 81
Marty O. Page 150, 178
Mary J.Y. Page 213
Mas E. Page 38, 66, 67, 232, 433
Mas L. Page 59, 105
Masala G. Page 10
Masgnaux L.J. Page 5, 41, 42
Masson T. Page 100
Mastier C. Page 29
Mathieu J. Page 104, 241
Mathieu N. Page 87, 90, 374, 385
Mathivon G. Page 183
Mathurin P. Page 20, 26, 110, 193, 198
Matimbo J.J. Page 255
Matray C. Page 170
Matsumoto T. Page 209
Matsuoka K. Page 212, 362
Matteini F. Page 122
Mattio N. Page 138
Maudinas R. Page 22
Mauduit M. Page 143
Maulat C. Page 167, 195, 234, 346
Maunet P.L. Page 434
Maurel P. Page 196
Mayer P. Page 347
Maynadier X. Page 117
Maynard-Muet M. Page 111
Mazard T. Page 58, 100, 156
Mbarek H. Page 383
M'Baye D. Page 214
Mbendi C. Page 255
Mbvoumi Nloh A. Page 267
Mcdonnell A. Page 219, 376, 377
McHenry B. Page 164
McLellan P. Page 171
Mechhor S. Page 52, 175, 200, 253, 274, 323, 354, 357, 381, 406, 413
Medhioub A. Page 297
Medhioub M. Page 253, 280, 281, 301, 311, 312, 355, 391, 405, 423
Medkour M.T. Page 186
Medlij C. Page 150, 178
Medmoun M. Page 18, 53, 193
Medyouni H. Page 254
Mégraud F. Page 134
Mehdaoui C. Page 282, 353
Méheut L. Page 13
Meillat H. Page 168, 266
Meinzer U. Page 233
Mejait A.F.Z. Page 188, 279
Mekhael E. Page 382
Melchior C. Page 73, 74, 136
Mélin P. Page 56, 197
Mellas N. Page 254
Mellouki I. Page 74, 290, 308, 332, 333, 396, 403, 408, 411, 414, 424, 427
Melmed G. Page 48
Ménard C. Page 149, 262, 269
Mendiboure V. Page 17
Meneret, A. Page 291
Mensah E. Page 124
Mensi A. Page 227, 254, 313, 316, 379, 393, 395, 402, 404, 418
Menu Y. Page 261
Merad D. Page 99
Mercier M. Page 62, 100, 156, 170
Merdrignac A. Page 116
Merhaben S. Page 404
Merle P. Page 57, 127
Merle S. Page 53
Merrot T. Page 24, 25
Merzouki O. Page 74, 411, 424
Meskens-Spaulding C. Page 179
Mestiri S. Page 404, 406
Meszaros M. Page 113, 115
Metges J.P. Page 239, 260, 264
Meudjo E. Page 80, 382, 384
Meunier E. Page 94
Meunier L. Page 36
Meunier L. Page 113
Meurat A. Page 208

Meyer A. Page 10, 46, 71, 88, 184
Meyer J. Page 206
Meyiz H. Page 74, 290, 308, 332, 333, 396, 403, 408, 411, 414, 424, 427
Meynard J.L. Page 98
Meynier J. Page 80
Mezouari F.A. Page 309, 311
Mhadhebi M. Page 307
Michalak S. Page 113
Michallet M.C. Page 120
Michaud A. Page 80
Michel D. Page 67
Michel J.L. Page 24
Michel P. Page 63, 250, 261
Michiels C. Page 213
Migueres I. Page 195
Mikhael E. Page 179, 199, 286, 382
Milanesi E. Page 270, 271
Milky G. Page 149, 269
Mille D. Page 260
Milot L. Page 111, 160
Minacori R. Page 161
Minello A. Page 19
Mineur L. Page 101, 190, 191, 261
Mion F. Page 71, 137, 138, 153
Mir S. Page 267
Mitry E. Page 143, 204, 266
Mnif L. Page 304, 334, 341, 399, 418, 426, 427
Mnif Z. Page 399
Moal V. Page 113
Moalla M. Page 304, 334, 341, 399, 418, 426, 427
Modesto A. Page 187
Modesto I. Page 219, 371, 377
Moehler M. Page 163, 164
Mohamed S. Page 142, 247
Mohamed Ghouse A. Page 10
Mohamed Vall H. Page 304, 341
Mohammad O. Page 350
Mohkam K. Page 55
Mohsen S. Page 337, 417
Moinard-Butot F. Page 196
Mokhtari C. Page 18
Mokrane F. Page 167, 234, 243, 346
Molina T. Page 72, 248
Molina Beltran E.E. Page 343
Molinari D. Page 213
Molinié F. Page 56, 99
Moll F. Page 6
Monard L. Page 143, 272
Monino L. Page 39, 151
Monneret G. Page 55
Monot V. Page 197
Monsel A. Page 19
Monsere T. Page 255
Montialoux H. Page 18, 325
Montori S. Page 8
Montuclard C. Page 90
Moreau C. Page 80, 382, 384
Moreels T. Page 39
Moreno-Reyes R. Page 131
Moretti L. Page 237
Morin S. Page 22
Morris N. Page 219, 362
Morvan M. Page 264, 268
Mosca A. Page 233
Moses R. Page 219
Mosser L. Page 64
Motoyama S. Page 102
Mouawad C. Page 119
Mouawia A. Page 104, 205, 241
Mouchère H. Page 82
Moudombi L. Page 120
Mouelhi L. Page 227, 254, 313, 316, 379, 393, 395, 402, 404, 418
Mouffak A. Page 284, 310, 429
Mouliade C. Page 158, 198
Moulin V. Page 64, 171
Mounicou S. Page 208
Mounsif S. Page 336
Mourad A. Page 16
Mouri S. Page 19, 53, 197
Mousel L. Page 37
Mouslim I. Page 277, 278, 281, 299, 305, 306, 310, 344, 352

Moussata D. Page 84, 134, 153, 370

Mrabet S. Page 315, 428

Mrabti S. Page 277, 278, 281, 298, 299, 305, 306, 310, 344, 352, 424

M'solli O. Page 301, 303, 400, 407

Mtir M. Page 388

Mugnier A. Page 413

Mugnier M. Page 110

Mulé S. Page 252

Mulier G. Page 246

Muller M. Page 70, 142, 168, 258

Muller N. Page 236

Mulqui V. Page 94

Muscari F. Page 29, 167, 187, 195, 234, 346

Mutumwinka N. Page 18

N

Nachury M. Page 49, 79, 83, 84, 88, 358, 360, 373

Nacir O. Page 201, 227, 231, 292, 294, 295, 297, 298, 306, 314, 317, 334, 338, 351, 352, 355, 379, 386, 389, 392, 411, 422, 426, 431

Nadi A. Page 329, 336, 410

Nadiri K. Page 332

Nahon P. Page 57, 123, 128

Nahon S. Page 84, 370, 374

Nakase H. Page 211

Nakhli A. Page 181, 269, 273, 295, 297, 321, 324, 326, 340, 383

Nakmouche M. Page 313, 420, 429

Nammour J.P. Page 98

Namour F. Page 37, 54

Nancey S. Page 13, 44, 45, 47, 79, 84, 86, 88, 90, 155, 215, 217, 366, 370, 374, 375

Napoléon B. Page 96, 167, 207, 345

Napoléon M. Page 234

Nassar A. Page 76

Nassar A. Page 145

Nathani R. Page 163

Nault J.C. Page 57, 128, 129, 170

Naveilhan P. Page 232

Navez J. Page 237, 342

Nciri A. Page 256, 311, 312, 391

Ndarabu T. Page 255

Ndjitoyap Ndam A.W. Page 320, 431

Nefzi A.M. Page 330, 400

Neimark E. Page 27, 48, 216, 369

Neji A. Page 315, 428

Nejjari F. Page 203

Netter J. Page 238

Netter P. Page 367

Neuberg M. Page 248, 252

Neunlist M. Page 232

Neuzillet C. Page 104, 166, 343

Neveu I. Page 232

Ngalessami Mouakosso M. Page 327

Ngami R.S. Page 327

Ngele Efole J.R. Page 18

Ngo-Camus M. Page 104, 241

Ngoma P. Page 255

Nguyen T.T.N. Page 56

Nguyen-Khac E. Page 127, 141, 158, 193, 198

Nguyen-Tan-Hong T. Page 260

Nicol M. Page 385

Nicolas C. Page 266

Nicolas G. Page 10

Nicolas-Boluda A. Page 335

Nicolau A. Page 71, 81

Nicolet J. Page 271

Nicolle R. Page 103, 105, 143, 237

Nicotra C. Page 104, 241

Ningarhari M. Page 26

Njoya O. Page 289

N'Khaili A. Page 227, 292, 297, 317, 338, 351

Nkontchou G. Page 57, 128, 134

Noubissi Nouno E.C. Page 22
Nougaret S. Page 58
Nousbaum J.B. Page 35, 53, 56, 127, 193, 268
Novosiadly R. Page 102
Ntandja-Wandji L.C. Page 26
Nucit A. Page 357, 376, 378
Nuzzo A. Page 10, 13, 44, 76, 78

O

O'Brien D. Page 363
O'Neill C. Page 85
Oberti F. Page 127
Oberti F. Page 112, 113, 134, 194
Occelli F. Page 126
Ogata T. Page 102
Ogier-Denis E. Page 233
Oh D.Y. Page 164
Oldenburg B. Page 10
Olivari M. Page 110
Olivier A. Page 194
Olivier R. Page 181, 296
Olivier S. Page 17
Ollivier-Hourmand I. Page 35, 56, 127
Olschwang S. Page 207
Onana P. Page 40, 42
Oortwijn A. Page 209, 212
Oriot D. Page 181
Osman M. Page 265
Ouahbi H. Page 200
Oualaalou S. Page 203
Oualla K. Page 254
Ouaya H. Page 74, 290, 308, 332, 333, 396, 403, 408, 411, 414, 424, 427
Ouazzani S. Page 95
Oubaha S. Page 201, 227, 231, 292, 294, 295, 297, 298, 306, 307, 314, 317, 334, 338, 351, 352, 355, 379, 386, 389, 392, 411, 422, 426, 431
Oubella H. Page 200
Oudjehih M. Page 313, 420, 429
Oueslati A. Page 228
Ouizeman D.J. Page 7, 53
Oukouya-Daoud N. Page 26
Ouled Cheikh I. Page 38
Oumaima M. Page 415
Oumaya E.O. Page 13
Oumrani S. Page 95
Ouni I. Page 355
Oussalah A. Page 37, 54, 200
Ouzan D. Page 318
Ozenne V. Page 129

P

Paccalin M. Page 296
Paccard J.R. Page 235
Paepegaey A.C. Page 265
Pageaux G.P. Page 20, 36, 113, 115, 127, 193
Pagenault M. Page 41
Pages N. Page 367
Painchart C. Page 155
Palassin P. Page 36
Palazzo L. Page 96, 167
Palen A. Page 185
Pallai R. Page 60
Palle J. Page 168, 258
Palli D. Page 10
Palsson O.S. Page 73
Pan Y. Page 165
Panaccione R. Page 27, 48, 91, 211, 216, 364
Panes J. Page 91, 219, 361, 364
Panni T. Page 81
Pantel S. Page 55
Paoaafaite T. Page 17
Paradis V. Page 128, 233
Paradisi-Prieur L. Page 265
Parc Y. Page 59, 238
Parisi A. Page 166
Park C. Page 364
Park G. Page 218
Park S.R. Page 165
Parkes G. Page 48
Parlati L. Page 158, 198
Parlier D. Page 179
Parzy A. Page 104
Pascale A. Page 189
Pasmant E. Page 121
Pasquer A. Page 160
Passot G. Page 29

Pasteur J. Page 28
Pattou F. Page 26, 110
Paul S. Page 47, 215, 224
Paulissen J. Page 365
Paupard T. Page 12, 14, 88, 193, 225
Pax G. Page 37
Payancé A. Page 33, 114
Paye F. Page 246
Payen E. Page 108
Pazo Cid R.A. Page 164
Peaucelle A.S. Page 142, 224
Pellat A. Page 246
Pellegrin A. Page 63
Pellet G. Page 203
Pénaranda G. Page 190, 191, 318, 335, 336
Penault-Llorca F. Page 61
Pencreac'h S. Page 246
Peng Y. Page 165
Percie du Sert A. Page 226
Pereira B. Page 28, 45, 49, 50, 83, 87, 214, 221
Pereira Abrantes M. Page 120
Perez-Cuadrado-Robles E. Page 95, 151
Perkins G. Page 100, 156, 168
Pernot S. Page 70, 100, 156, 162, 171
Péron J.M. Page 92, 127, 187, 195
Perrier A. Page 105
Perrier H. Page 190, 191, 260, 347
Perrier M. Page 144, 257
Perrod G. Page 157, 238
Pesenti C. Page 93
Pessaux P. Page 347
Petar S. Page 91
Petera M. Page 132
Petit A. Page 57
Peyrat P. Page 120
Peyret D. Page 185
Peyrin-Biroulet L. Page 27, 48, 84, 86, 88, 90, 155, 210, 212, 216, 218, 219, 222, 359, 361, 364, 367, 368, 370, 371, 376, 377
Pezzella V. Page 58, 272
Pezzullo M. Page 131, 342
Phelip J.M. Page 70, 162, 247, 260
Phelip J. Page 191, 231
Philip J. Page 71
Philonenko S. Page 171
Pho D. Page 169
Phou V. Page 59
Piardi T. Page 144
Picard C. Page 32
Piche T. Page 40, 42
Pichois R. Page 80
Pichon M. Page 134
Picot M.C. Page 115
Piessen G. Page 101, 136, 151, 161
Piétri O. Page 51, 185, 190, 191, 347
Pigneur B. Page 108
Pilati C. Page 61
Pillet A. Page 62
Pinard F. Page 41
Pinceaux K. Page 19
Pineau P. Page 17
Pineton de Chambrun G. Page 86
Pinterpe G. Page 166
Pioche M. Page 3, 4, 6, 8, 9, 30, 41, 42, 69, 95, 125, 137, 150, 152, 157, 175, 177
Piroth L. Page 119
Pistilli B. Page 246
Pivarunas V. Page 27
Plantefève, R. Page 262
Plastaras L. Page 71, 90, 148, 155
Plauzolles A. Page 335, 336
Plessier A. Page 31, 33, 35
Pocard M. Page 119, 266
Pochart P. Page 65
Poghosyan T. Page 76
Poincloux L. Page 183
Poinsot P. Page 67, 108
Pointet A.L. Page 162
Poirot B. Page 169
Poisson Ligeza C. Page 64
Poitou C. Page 64
Poizat F. Page 266
Poizat F. Page 93
Pol S. Page 158, 198, 318
Poli-Merol M.L. Page 24, 25
Pollien E. Page 266

Pommaret E. Page 85
Poncet F. Page 265
Ponchon T. Page 3, 41, 97, 137, 152, 175, 177, 259
Pont J. Page 56, 197
Popa I. Page 291
Poprawa E. Page 196
Portal A. Page 162
Portefaix A. Page 66
Postic C. Page 233
Potop D. Page 24
Potts Bleakman A. Page 81
Poujol-Robert A. Page 35
Poullenot F. Page 77, 89, 155, 203
Pourchasse C. Page 264
Poureau P.G. Page 319
Pozet A. Page 162
Prat F. Page 69, 75, 95, 97, 146, 180
Preda C. Page 11
Prémaud A. Page 196
Privat J. Page 151, 207
Prothe C. Page 15
Protic M. Page 210
Protopopescu C. Page 16
Proust A.L. Page 265
Prouvot C. Page 142
Prunier D. Page 113
Psomas C. Page 336
Pudlarz T. Page 103, 205, 242, 245, 250, 344
Pujos-Guillot E. Page 132
Pulwermacher P. Page 18, 53, 193
Pureur D. Page 36
Puyraveau M. Page 148

Q

Qarch I. Page 349
Qin S. Page 130
Quantin X. Page 36
Quaranta M. Page 67, 232, 433
Quénéhervé L. Page 95, 181, 206, 268
Quenet F. Page 29
Queralto M. Page 71
Quilliot D. Page 77

R

R. Spigel D. Page 164
Rabahi-Louanchi N. Page 173
Rabenjanahary T.H. Page 419
Rabillard M. Page 375
Racaud-Sultan C. Page 232
Rachart A. Page 81
Radenne S. Page 119
Raevens S. Page 35
Rafaralahivoavy R. Page 419
Ragi O. Page 96
Raguideau F. Page 367
Rahantasoa F.C.F.P. Page 408
Rahaoui M. Page 346
Rahier J.F. Page 155
Rahmi G. Page 125, 157, 175
Rainteau D. Page 233
Rajabally M.N. Page 91
Rakotozafindrabe A.L.R. Page 419
Ralaizanaka B.M. Page 419
Ramaholimihaso F. Page 257
Ramanampamonjy R.M. Page 419
Ramdani M. Page 64
Rami S. Page 353, 402
Ramier C. Page 16
Ramont L. Page 257
Randrian V. Page 60, 62, 172, 249
Randrianarisoa A. Page 419
Ranke A. Page 25
Raqi I. Page 314
Rasampy R. Page 408
Rasoaherinomenjanahary F. Page 408
Raspado O. Page 120
Ratone J.P. Page 93, 94, 95, 125, 151, 185, 289, 414
Ratziu V. Page 129
Rautou P.E. Page 33, 35, 114
Raverdy V. Page 26, 110
Raymond E. Page 165
Raymond J. Page 134
Raynaud J.J. Page 154, 335
Razafimahefa S.H. Page 419
Razafindrabekoto L. Page 419
Razafindrahita J.B.A. Page 408
Razafindrazoto C.I. Page 419
Rebaudet S. Page 336
Rebeuh J. Page 108
Rebours V. Page 105, 122, 143, 146, 236, 341
Reboux N. Page 206, 268

Redondo I. Page 81, 218, 219, 362
Reenaers C. Page 13, 44, 79
Regenet N. Page 101
Regimbeau J.M. Page 29, 63
Regnault H. Page 134
Regueiro M. Page 365, 376
Reinisch W. Page 217, 219, 358, 369
Reizine E. Page 252
Rekab R. Page 321
Remond M. Page 205, 238
Renard C. Page 120
Renard Y. Page 144
Renaud F. Page 105
Renaud N. Page 318
Renouf D. Page 143
Restier L. Page 66
Retornaz F. Page 336
Rex S. Page 75
Rhaiem A. Page 309
Rhaiem R. Page 144
Riachi G. Page 127
Riahi S. Page 288
Ribaud C. Page 134
Ribeiro M. Page 196
Richard N. Page 12, 14, 80, 225, 382, 384
Richard S. Page 142
Richardet J.P. Page 53, 193
Ricq E. Page 226
Rieder F. Page 369
Rieux-Laucat F. Page 32
Riff A. Page 55
Riffi Temsamani S. Page 308
Rigaud C. Page 196
Rinaldi Y. Page 58, 101, 104, 260, 336
Risson J.R. Page 206
Ritter T. Page 361
Rivera P. Page 243
Rives M. Page 101
Rivet S. Page 162
Rivière B. Page 113
Rivière P. Page 77, 89, 90
Rivière P. Page 113
Rivoire M. Page 120, 168
Rivory J. Page 3, 6, 30, 41, 99, 137, 150, 152, 157, 175, 177, 207
Rizkou J. Page 201, 298, 379, 386, 389, 392, 411, 431
Rizzo J. Page 358
Robaszkiewicz M. Page 264, 268
Robert C. Page 220
Robert C. Page 80, 382, 384
Robic M.A. Page 187, 195
Robin F. Page 20, 21, 195
Roblin X. Page 44, 47, 88, 91, 215, 224, 374
Roca L. Page 167
Rochelle T. Page 62, 207
Rode A. Page 57
Rodrigues R. Page 8
Roger V. Page 63
Rogler G. Page 212
Roland D. Page 85
Rolland B. Page 16
Rolland C. Page 113
Rolland C. Page 232
Rollet A. Page 190, 191
Roman S. Page 137, 138
Roncancio-Diaz E. Page 161
Ronchon M. Page 108
Ronot M. Page 76, 122, 236
Rosa I. Page 204
Rosmorduc O. Page 189
Rostain F. Page 3, 5, 6, 7, 137, 152, 157
Roth G. Page 70, 104, 166
Rothenberg M. Page 140
Rotrou C. Page 115
Rouanet P. Page 168
Rouibaa F. Page 277, 278, 281, 298, 299, 305, 306, 310, 344, 352, 424
Rouillon C. Page 84, 90
Rouleau E. Page 103
Rouleau L. Page 207
Rouquette O. Page 183
Rousseau A. Page 103, 241, 242, 344
Rousseau A. Page 196
Rousseau, J.D. Page 262
Rouveyre R. Page 82
Roux C. Page 188
Roy M. Page 233, 433
Roycourt A.M. Page 226
Rozes S. Page 233
Rozieres A. Page 366
Rubin D.T. Page 216, 217, 364, 376
Rubod C. Page 13

Rudler F. Page 151
Rudler M. Page 19, 193, 197
Rudolph C. Page 212, 368
Ruemmele F. Page 108
Ruszniewski P. Page 122, 246

S

Sa Cunha A. Page 247
Saadoun J.E. Page 266
Sabard A. Page 108
Sabaté J.M. Page 73, 154, 202, 335
Sabbagh C. Page 63, 266
Sabbah M. Page 331, 397, 401, 412
Sabbek A. Page 256, 280, 287, 308, 309, 337
Sabouret A. Page 168
Sabourin J.C. Page 63
Sacerdote C. Page 10
Sacleux S.C. Page 20
Sadar F.Z. Page 38
Sadeu Wafeu G. Page 22
Sadio A. Page 124
Safa Far E. Page 85
Safdi M. Page 275, 276
Safer L. Page 256, 280, 287, 293, 308, 309, 337, 394, 417
Said A. Page 396
Said Y. Page 254, 313, 316, 402, 404, 418
Saidane M. Page 204
Saidani K. Page 186
Saint A. Page 251
Sainty J. Page 197
Salamé E. Page 196
Saléry C. Page 267
Salhani S. Page 290, 333, 396, 403, 408, 414
Saliba F. Page 20
Salihoun M. Page 23, 284, 294, 310, 351, 356, 429
Salim S. Page 279
Sallem O.K. Page 256, 337
Sallemi I. Page 399
Salloum C. Page 195
Samaan K. Page 362
Samalin E. Page 70, 161
Samison L.H. Page 408
Samlani Z. Page 295, 306, 426
Samlani Z. Page 231
Samuel D. Page 20
Sanavio M. Page 98, 228
Sanchez M. Page 78
Sánchez M.J. Page 10
Sands B. Page 210, 218, 219, 361, 371, 377
Santos-Antunes J. Page 125
Sarabi M. Page 120, 166
Sarafan-Vasseur N. Page 63
Sarba R. Page 80
Sarter H. Page 12, 14, 47, 225
Sartore-Bianchi A. Page 60
Sartoris R. Page 236
Sasaki M. Page 369
Satoh T. Page 60
Saunier M. Page 39, 137
Saurin J.C. Page 30, 150, 160
Sauvanet A. Page 142, 236, 246
Savoye G. Page 12, 14, 47, 84, 225, 325, 370, 398
Sawsen H. Page 272, 280, 281
Scalabre A. Page 24
Scanzi J. Page 50
Scemama U. Page 347
Schacher S. Page 101
Schaefer M. Page 8, 9, 30, 95, 125, 157, 175, 176
Schmid M. Page 101
Schmitt F. Page 24, 25
Schneck A.S. Page 327
Schreiber S. Page 27, 48, 211, 219, 361, 368, 377
Schwarz L. Page 63
Scialom S. Page 417
Sclafani F. Page 100, 156
Seddik H. Page 277, 278, 281, 298, 299, 305, 306, 310, 344, 352, 424

Sefrioui D. Page 58, 63, 250
Segrestin B. Page 111
Seguy D. Page 77, 125
Seidelin J. Page 363
Seksik P. Page 13, 46, 71, 84, 86, 90, 370
Sellami W. Page 337
Sellier F. Page 51, 185, 190, 191, 347
Selves J. Page 92, 167, 195, 234, 243
Senbel E. Page 374
Senellart H. Page 29
Senoussi F. Page 174
Serghini M. Page 389, 399, 400, 415
Serio C. Page 24
Seror O. Page 57, 128
Serraj I. Page 23, 284, 294, 310, 351, 356, 429
Serrero M. Page 13, 83, 86, 155, 375
Seux M. Page 318
Severyns T. Page 12
Seydou R. Page 350
Sfar I. Page 227, 379
Sfeir R.M. Page 244
Sfeir R. Page 125
Sgarbura O. Page 266
Shabbir A. Page 140
Shan K. Page 361
Shen L. Page 163
Shi J. Page 164
Shitara K. Page 163
Shousha H. Page 330
Shu L. Page 27
Shu Y. Page 165
Sibon D. Page 72, 248
Sickout S. Page 56
Sidali S. Page 35
Sideris L. Page 266
Sidibe T. Page 421
Siegel C. Page 362
Silete P.J. Page 414
Silvain C. Page 127, 196, 296
Silva-Rodriguez M. Page 54
Simon A. Page 17
Simon F. Page 108
Simon M. Page 44, 88, 90, 155
Simon M. Page 208
Simrén M. Page 73
Siproudhis L. Page 41, 71, 116, 118, 119, 173, 225
Sitbon A. Page 19
Skinazi F. Page 53
Skoczylas T. Page 163
Slama E. Page 272
Slim R. Page 179, 199, 286, 382
Smadhi R. Page 18, 53, 193
Smail N. Page 38
Smaoui H. Page 418, 427
Smith D. Page 58, 164
Smolenschi C. Page 60, 103, 104, 205, 235, 241, 242, 245, 246, 250, 261, 344
Sobguemezing D. Page 431
Sobhani I. Page 252
Sobhi K. Page 168
Sobrero A. Page 60
Sogni P. Page 16, 158, 193, 198
Sokol H. Page 50
Solassol J. Page 240
Soler-Michel P. Page 259, 267
Soliman H. Page 74, 152
Song A. Page 216
Sonn A. Page 432
Soret M. Page 188
Soua S. Page 183
Souaid C. Page 150, 178
Soualmia A. Page 186
Soub Defeu W. Page 320
Soubrane O. Page 128
Souilem E. Page 293, 385
Soulabaille A. Page 61
Soularue E. Page 162
Sourrouille I. Page 248, 252, 261, 344
Soustre T. Page 55
Sow A.K. Page 19
Sow O. Page 422
Spaes Y. Page 35
Spaeth D. Page 260
Sperber A.D. Page 73
Spergel J. Page 140
Spindler L. Page 85
Spitzer E. Page 168
Sportes A. Page 95, 99
Sroussi M. Page 61
Stacoffe M. Page 166
Stanislas S. Page 208
Stanowski P. Page 149, 269
Stavris C. Page 336

Stefanescu C. Page 71, 88, 370
Stepani P. Page 192
Stiers P.J. Page 368
Stolzel M. Page 161
Stouvenot M. Page 148
Sturm A. Page 209
Su C. Page 377
Subileau-Langlois T. Page 82
Subtil F. Page 6, 125, 152, 177
Suc B. Page 195, 346
Sullivan A. Page 261
Sulpice L. Page 19
Sultanik P. Page 129, 197
Sun J. Page 132, 188
Sun X. Page 140
Sutter O. Page 128
Svrcek M. Page 79, 105
Sylla S.M. Page 422
Szekanecz Z. Page 368

T

Tababi R. Page 287, 315, 328, 333
Tabernero J. Page 60, 164
Tack J. Page 73
Tadié J.M. Page 19
Tagemouati L. Page 250
Tahiri M. Page 230, 275, 276, 277, 296, 309, 311, 314, 323, 329, 338, 350, 383, 384, 387, 393, 396, 412, 425, 430
Tahiri Y. Page 383
Tahri N. Page 304, 334, 341, 399, 418, 426, 427
Taibi A. Page 176, 266
Taieb S. Page 173
Taïeb J. Page 29, 61, 100, 156, 162, 171, 258, 272
Takehiro A. Page 358
Takeuchi K. Page 48
Talbi O. Page 254
Talbotec C. Page 108
Talon I. Page 24, 25
Taly V. Page 272
Tammouch Z. Page 356
Tamzali A. Page 365
Tamzaourte M. Page 203
Tan H. Page 377
Tancredi I. Page 131
Tangie N.L. Page 431
Tanguy M.L. Page 29, 103, 250
Tanguy M. Page 114
Tannouri F. Page 131
Tannoury J. Page 252
Tarabay A. Page 60, 103, 104, 205, 241, 242, 245, 246, 250, 344
Tasu J.P. Page 249
Tauzin M. Page 107
Tavan D. Page 260
Tchoumak I. Page 286
Tchoundjeu B. Page 162
Tehfe M. Page 163
Teissier A. Page 17
Teiti I. Page 17
Ten Cate H. Page 368
Teneubaum F. Page 246
Testu S. Page 137
Thabut D. Page 19, 35, 129, 188, 197, 204
Theou-Anton N. Page 341
Thévenot T. Page 53, 193
Thibaut C. Page 258
Thieblemont C. Page 12
Thierry A. Page 58
Thierry A. Page 257
Thirot-Bidault A. Page 162, 168
Thobois M. Page 40, 42
Thomas M.C. Page 161
Tianshu L. Page 163
Tibouk A. Page 321
Tiereanu C. Page 11
Tilliette M.A. Page 357, 376, 378
Tjønneland A. Page 10
Tomasek J. Page 60
Tombedi M. Page 289
Tong T.Y. Page 10
Tonon L. Page 120
Torregrosa C. Page 171
Torres E.A. Page 363
Torti S. Page 6
Touchefeu Y. Page 29, 171, 206, 251
Toudic H.P. Page 95

Tougeron D. Page 29, 64, 100, 104, 156, 162, 165, 166, 172, 207, 235, 239, 249, 260

Touil S. Page 296, 393

Toullec C. Page 104, 171, 190, 191

Touly N. Page 222

Touma N. Page 398

Toumi F. Page 296

Tounian P. Page 64

Toure E. Page 63

Tournigand C. Page 104, 235

Toussaint E. Page 320

Touvier M. Page 10

Trad D. Page 331, 397, 401, 412

Trad N. Page 254, 313, 404

Tran A. Page 190, 191

Tran-Minh M.L. Page 375

Tremblais J. Page 181

Tressières B. Page 327

Treton X. Page 83, 86, 369

Trillaud H. Page 57

Trimech M. Page 301, 303, 407

Trombert-Paolantoni S. Page 134

Tron L. Page 56

Trouillet-Assant S. Page 66

Trouilloud I. Page 104, 162

Tselikas L. Page 60, 205, 246

Tshimpi A. Page 255

Tshiswaka T. Page 255

Tsobze A. Page 416

Tuech J.J. Page 63

Tumino R. Page 10

Tunay K. Page 222

Turck D. Page 12, 14, 47, 225

Turco C. Page 195

Turlin B. Page 21

Turpin A. Page 100, 104, 143, 156, 166, 168, 235, 242

Turquet A. Page 25

Turrini O. Page 185

Tyran M. Page 266

Tzedakis S. Page 246

U

Uguen T. Page 21, 127

Ulusakarya A. Page 104, 247

Ungurean C. Page 270, 271

Urbanek E. Page 225

Ursic Bedoya J. Page 20, 53, 113

Uzzan M. Page 44, 46, 84, 88, 90, 252

V

V. Zimina A. Page 164

Valainathan S. Page 35

Valantin V. Page 99

Valats J.C. Page 151

Valéry M. Page 60, 103, 104, 205, 235, 241, 242, 245, 246, 250, 344

Valgueblasse V. Page 4

Vallet-Pichard A. Page 158, 198

Van Beneden K. Page 368

van der Woude C.J. Page 368

Van Gestel D. Page 237

Van Hoek P. Page 368

Van Laethem J.L. Page 100, 105, 237, 342

Vanbiervliet G. Page 40, 42, 69, 95, 157, 285, 414

Vanbockstael J. Page 58

Vandamme F. Page 125

Vanderbecq Q. Page 59

Vanderlinden T. Page 187

Vanelslander P. Page 79

Varnier R. Page 171

Vauquelin B. Page 137, 228

Vauthier A. Page 375

Vecchiato L. Page 259, 267

Védie A.L. Page 122, 146, 236, 341

Veiga P. Page 202

Vendrell J. Page 240

Venet F. Page 55

Venezia F. Page 226

Veno M. Page 53

Vergnolle N. Page 232

Verkindt H. Page 26, 110

Verlynde J. Page 53

Vermeire S. Page 209, 219, 361, 376, 377

Vernerey D. Page 100

Vernet C. Page 104
Vernon V. Page 63, 250
Verset G. Page 131
Verset L. Page 237
Veyrard P. Page 224
Viaud J. Page 64
Vibert E. Page 20
Vicaut E. Page 71, 84, 90, 155
Vidal G. Page 8
Videau A. Page 434
Vidon M. Page 44, 88
Vienne A. Page 166
Viennois E. Page 233
Viennot S. Page 79, 155
Vienot A. Page 235
Vierasu I. Page 131
Vignon C. Page 187, 195
Villard S. Page 187
Villeret F. Page 55
Vilquin P. Page 341
Vincelet C. Page 271
Vitellius C. Page 134
Vitton V. Page 71, 139, 229, 230, 231, 413, 414, 415
Vladea R. Page 364
Vogel A. Page 130
Von Renteln D. Page 149, 269
Vrillon I. Page 54
Vuitton L. Page 15, 44, 71, 83, 84, 88, 90, 148, 155, 365, 370, 374
Vullierme M.P. Page 142, 345

W

Wagner M. Page 59, 119, 129, 188
Wallace K. Page 27, 48
Wallenhorst T. Page 3, 6, 9, 41, 42, 69, 95, 125, 150, 151, 152, 157, 175, 177
Wallyn M. Page 182, 279
Walraeve G. Page 186
Walsh A. Page 218
Walter T. Page 121, 160, 239, 244
Walter Petrich A. Page 213
Wang L. Page 165
Wang R. Page 163
Wangermez M. Page 181, 207
Wartel F. Page 53
Wartski A. Page 151
Weil Verhoeven D. Page 132, 188
Weiss E. Page 76
Weiss N. Page 19, 197
Weisshaupt C. Page 101
Willard-Gallo K. Page 237
Williet N. Page 142, 162, 224, 235, 247
Willot S. Page 25, 108
Wils P. Page 12, 14, 44, 47, 49, 71, 86, 90, 136, 155, 213, 225, 360, 370, 373
Wilsius E. Page 203
Wilson S. Page 99
Winock A. Page 234
Winter A. Page 58
Witkowski P. Page 36
Woillard J.B. Page 196
Wolf D.C. Page 361, 377
Wolf T. Page 184
Woolcott J.C. Page 376
Wosik K. Page 219
Wu H. Page 165
Wu J. Page 218
Wu J. Page 219, 365, 371, 376
Wuestenberghs F. Page 136, 154, 335
Wyrwicz L. Page 102, 163, 164, 165

X

Xu J. Page 102, 165
Xu R.H. Page 164
Xu Y. Page 164

Y

Yaacoub T. Page 286

Yachoutli Z. Page 332
Yacoub H. Page 328, 330, 333
Yaghi C. Page 179, 199, 286, 382
Yakoubi M. Page 253, 280, 281, 301, 311, 312, 355, 391, 405, 423
Yamaguchi K. Page 163
Yang S. Page 164
Yang Z. Page 60
Yangba Kalebanga O.A. Page 307
Yao J. Page 60
Yao J. Page 102
Yao-Bathaix M.F. Page 425
Yaogo A. Page 416
Yardin C. Page 176
Yarur A. Page 219, 361, 377
Yauck A. Page 256, 421
Yoon H. Page 165
Yoshino T. Page 60
Yosr H. Page 355
Yzet C. Page 49, 79, 80, 141, 152, 157, 175, 360, 382, 384

Z

Zaanan A. Page 64, 70, 168, 204
Zadro C. Page 187, 195
Zaegel-Faucher O. Page 119
Zafar P.E. Page 33
Zahraoui S. Page 351
Zaimi Y. Page 227, 254, 313, 316, 379, 393, 395, 402, 404, 418
Zakhama M. Page 256, 280, 287, 293, 308, 309, 337, 394
Zambrano J. Page 216, 358, 369
Zanni L. Page 398
Zaouga S. Page 272
Zaoui A. Page 396
Zappa M. Page 182, 279
Zazour A. Page 282, 345, 346, 349, 353, 391, 398, 401, 402, 409
Zeevaert J.B. Page 4, 5, 157
Zemmour C. Page 93
Zemmour Y. Page 249
Zerbib F. Page 39, 71, 89, 137, 140, 228
Zhang J. Page 165
Zhang J. Page 377
Zhang Y. Page 358, 369
Zhong P. Page 148
Zhu A.X. Page 130
Ziol M. Page 127, 134
Zmerli R. Page 282, 292
Zougmoré H. Page 18, 53, 193
Zouhour S. Page 201, 227, 292, 294, 297, 314, 317, 334, 338, 355, 379, 386, 422
Zouhour S. Page 298, 307, 351, 389, 392, 411, 431
Zouiten L. Page 415
Zoulim F. Page 55, 111
Zoulim G. Page 132